

Actas de la Asociación Andaluza de Urología

Revista 14, julio 2015



Editores:

Dr. D. Miguel Arrabal Martín
Dr. D. Jaime Bachiller Burgos
Dr. D. Álvaro Juárez Soto
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. ROMERO TENORIO	04
CARTA DEL PRESIDENTE	15
MESA EN INGLÉS DEL CONGRESO AAU	17
CONVOCATORIA PREMIOS Y BECAS	18
PUBLICACIONES EN REVISTAS CON FACTOR IMPACTO EN EL AÑO 2014 DE LOS ASOCIADOS	23
CURSO DE RESIDENTES: INFORME DE EVALUACIÓN	37
CASOS CLÍNICOS	63
PATRONOS	78

Junta Directiva

Presidente

Dr. Miguel Arrabal Martín

Vicepresidente

Dr. Jaime Bachiller Burgos

Secretario

Dr. Álvaro Juárez Soto

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. Alberto Sanjuan Salas

Vocal de Jaén

Dr. Francisco Gutiérrez Tejero

Vocal de Málaga

Dr. Bernardo Herrera Imbroda

Vocal de Sevilla

Dr. Antonio Carlos González Baena

Vocal de Médicos Residentes

Dr. Javier Amores Bermúdez



Editorial Dr. Romero Tenorio

LA ECLOSIÓN DE LA UROLOGÍA EN LA CIRUGÍA DE LA ILUSTRACIÓN PRIMER PROYECTO DOCENTE DE LOS RRCC.

Autor : Manuel Romero Tenorio

Unidad de Gestión Clínica Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

La consideración histórica de los Movimientos Culturales Ilustrados tuvieron evidentemente un **"antes"**, que se corresponde con el periodo más oscuro del saber urológico. Este saber fue despreciado y vituperado en manos de charlatanes, practicones y curanderos que arrastraron la Urología dentro de la Cirugía a una lamentable actividad.

¿Cómo fue posible este estado a mediados del siglo XVIII, considerando que la Cirugía Urogenital española venía de un esplendoroso siglo XVI?. ¿Donde quedaron las enseñanzas de Daza Chacón, Frago, Hidalgo de Agüero, J Calvo, Francisco Díaz, Alcázar, Miguel de Leriza, etc...?. ¿Porqué se siguió con esta inesperada y triste decadencia durante el XVII y mediados del XVIII?.

El **"después"** ilustrado supuso el advenimiento del periodo Romántico, a todas luces denostado por políticos nefastos e injerencias externas que culminaron con un autoritarismo invasor francés cultural y político.

La Medicina, la Cirugía no queda fuera de todo este entorno social. Pero la segunda mitad del siglo de **"Las Luces"** es rica en inquietudes docentes y desarrolla paralelamente aspectos quirúrgicos muy concretos, basados en la experiencia de excelentes cirujanos que inician el borrador de lo que será la Urología algunos años después.

En cuanto a la **"Pedagogía"** ensayada en la Escuelas Quirúrgicas, como cualquier otra docencia absorbe la doctrina Rousoniana, de Kant o Goethe, reflejada en las enseñanzas impartidas en las Academias, Reales Colegios, Sociedades Culturales o Económicas y Literarias con un insignificante reflejo en la Universidad Española. Espíritu observado por Riera en estudios previos sobre la Cirugía del periodo, en 1976.

La Cirugía de este periodo dieciochesco se va a centrar en la posición de innovar, renovarse y obsesionarse por ser **"utilitaria, dirigida"**, asumiendo como criterio fundamental, los principios que van a inspirar el **Despotismo Ilustrado** aplicado al conocimiento quirúrgico.

La Cirugía Urológica emerge tras salir de una cirugía **"intelectual, inoperante"** y sin "recursos" para convertirse en crisol del saber quirúrgico, **"utilitario"**.

Pensemos por un momento en las palabras de Menéndez Pelayo. **"El carácter utilitario de nuestra restauración científica en el siglo XVIII"**

no se puede ocultar. No la iniciaron hombres de ciencia pura, sino oficiales de Artillería y de Marina, Médicos y Farmacéuticos”.

¿De dónde creemos que salieron los principios de aquellos que sentarían las bases de la Urología de la siguiente década? ¿Quiénes consolidaron la Cirugía Urológica iniciando los conceptos que inspiraron la Endoscopia, la Endourología y doscientos años después la Laparoscopia?

Todo se plasmó en el **“rebrote o eclosión”** del conocimiento y práctica urológica dentro del contexto quirúrgico, basado fundamentalmente en:

- **La formación quirúrgica de los Cirujanos Navales. (fig.1, fig.2, fig.3)**



Figura 1



Figura 2



Figura3

- **La creación de un nuevo Proyecto Docente.**

- **La aparición de las Sociedades Literarias o Económicas – Culturales.(fig 5)**



Figura 5

- **El protagonismo de las Academias Reales. (fig 4)**



Figura 4

- **El papel de la Universidad Española.**

La formación y actividad urológica de los Cirujanos Navales va paralela a la implantación y consolidación de un Proyecto Docente pionero en nuestro País. El objetivo fundamental de la formación de estos cirujanos y su ejercicio urológico fue como hemos dicho práctico y experimental, nada más lejos de teoría y silogismos trasnochados que emanan de la Universidad de la época tal como acertadamente analiza Orozco en 1976.

Su finalidad es muy diferente por lo que se llevan a efecto las Ordenanzas de Patiño de 1717, y habiendo sido nombrado Juan Lacomba Cirujano Julio 2015

Mayor de la Armada en 1718, en 1720 se le concede a estos la facultad de destinar los cirujanos de los navíos del rey Borbónico a los hospitales. Por ejemplo en Cádiz, al Hospital de la Marina regentado por los Hermanos de San Juan de Dios.

“Se consolida una ruptura necesaria, del Real Colegio de Cirugía con la Universidad manejada por el Protomedicato” como nos aclara Riera en sus estudios sobre la Cirugía Ilustrada.

El milagro de esta recuperación se resuelve y Lacomba descubre al catalán Pedro Virgili. En él se despierta el **“espíritu urológico”** y se plasma en las mejores Observaciones urológicas de los Reales Colegios que realiza Pedro junto con José Torner, Francisco Borrás, Juan y Antonio Ameller, Antonio de San German, Benito Pujol, Antonio Beas, Esteban Marta, Vicente Pozo, Francisco Junoi, Antonio Mainez, Jopsé Soler, Juan Rivas, Ramón Frau, Pedro Vieta, Benigno Almendariz y Cristobal Bergada. Ramillete de cirujanos de orientación urológica alumnos del de Cádiz y que formaron parte del de San Carlos en Madrid y del Real Colegio de Barcelona. A ellos hay que añadir los que formaron parte específica de San Carlos, Francisco Aso, García Calsente, Sebastian Aso, Juan Francisco Sánchez, José Rives y Juan Montes.

En Cádiz se había despertado la inquietud urológica con bastante anterioridad, desde 1737 Lacomba hacía factible que los cirujanos navales puedan **adquirir “preceptos teóricos y principios de curación de medicina que es conveniente que sepan los cirujanos en sus viajes y campañas”**. Pero la actividad urológica no se asentará definitivamente hasta la llegada de aquellos Cirujanos Ayudantes mandados por Virgili a terminar su formación en Bolonia y Leyden como Salvaresa y Bejar, siendo formados en Paris , Manresa, Gomez Torres, Torobo, Mola, Cardenas y Ruiz.

Destaquemos el **“PRIMER PROYECTO DOCENTE MEDICO-QUIRURGICO”** de formación en España.

La Real Orden de 1774 entiende la aplicación de la **“Jurisdicción Exenta”**. Sustituyó definitivamente la barbarie de la actividad quirúrgica encomendada a los **“barberotes”** por la de cirujanos **“hábiles y capaces”** y las Ordenanzas de 1728 obligan a una formación Anatómica y Quirúrgica. Su finalidad, no sólo se orienta a formar cirujanos sino dar asimismo una formación médica adecuada. De forma paralela la Universidad se atrasa, y faltan años todavía para que el rector Blasco en la Universidad Levantina diera impulso a la cirugía dentro del marco docente de 1786, como nos muestra Peset en su estudio sobre la renovación científica de la Universidad Ilustrada.

Recibimos un regalo **“francés”**, la llegada de Jean de Lacombe, que fue nombrado Cirujano Mayor de la Armada, motivando todo lo que sucede posteriormente. Se inicia la enseñanza según los Estatutos de 1748 del

Colegio de Cádiz aprobados por Fernando VI el once de noviembre de dicho año.

El cuerpo docente, formado por: Cirujano Mayor, Cuatro Maestros Cirujanos (ayudantes de Cirujano Mayor) y un Boticario. Todos ellos con dedicación exclusiva, **“para que sin distracciones enseñen toda su facultad”**. Virgili se hace responsable de las materias que han de desarrollarse y que se basaban en las experiencias de Lorenzo Roland que impartía la docencia y práctica de Anatomía en el Anfiteatro, la materia Médica a cargo de Porcel y las Operaciones Quirúrgicas encomendadas a Francisco Nueve Iglesias, Pellicer y Nágera añadiéndoles las enseñanzas de Heridas y Vendajes.

Las rotaciones externas fueron obligatorias para obtener la titulación de Cirujano Mayor y se realizaban en Paris, Bolonia y Leyden como hemos comentado.

El protocolo propuesto por Virgili entiende la consecución del grado de Bachiller en Filosofía necesario para acceder a los estudios de Medicina, por la Real Orden de 17 de mayo de 1757, por lo que se diseña un sistema de enseñanza inédito no solo en España sino por lo novedoso de sus materias de ejemplo en Europa.

Fueron veinticuatro materias de las que hay que resaltar las específicamente “quirúrgicas”, Algebra Quirúrgica, Operaciones de Cirugía, Tumores, Fístulas, Heridas en general, Heridas por arma de fuego y Vendajes.

Fueron cuatro decenas de Textos los de obligada lectura, destacando para los cirujanos los estudios de Anatomía de Condomina, Lubet, Sabater, Nueve Iglesias y sobre todo de Antonio Ginbernat, Bonels y Antonio Rancé autor del primer tratado de disección publicado en España.

El conocimiento de la Cirugía se enmarca en el mejor tratado de la centuria de Diego Velasco y Francisco Villaverde, **“Curso Theorico-Practico de las Operaciones de Cirugía en que se contienen los más célebres descubrimientos modernos”**, impreso en Madrid en 1763.

Canivell lega al Colegio el “Tratado de Vendajes y Apósitos”, impreso en Barcelona en 1763 y en Cádiz en 1786.

A Domingo Vidal se le debe una serie de textos de gran utilidad para el alumnado, **“Tumores Ulceras y Heridas, Tratado Patológico Theorico-Practico de los Tumores Humorales”** impreso en Barcelona en 1782 y también en 1783 **“Tratado Theorico Práctico de las Heridas y Ulceras”**, añadiendo del mismo autor en 1791 **“Cirugía Forense”**.

Así se desarrolla el llamado **“METODO INSTRUCTIVO”** del Real Colegio de Cirugía. Es suficientemente claro por las circunstancias a quienes iban

dirigidos, alumnos que se iniciaban a la edad de quince, dieciséis años. Régimen de vida totalmente castrense y práctico, con anecdóticos castigos de **“pan y agua”** por no levantarse a estudiar.

La jornada se iniciaba a las cuatro de la mañana con dos horas iniciales de estudio, posteriormente todo programado; clases, prácticas, tertulias, comidas, con periodos de descanso y a las diez absoluto silencio. Así se cambia el inoperante Método Universitario de **“exclusivo de oyente”** al práctico **“Método Instructivo”** castrense.

Método que se desarrolla a lo largo de seis años y dos de práctica. Curiosamente el sexto curso entiende la repetición total del quinto.

Este plan se deroga en 1796 desapareciendo la acreditación médica quedando sólo como Real Colegio de Cirugía.

Es estrictamente necesario dedicar capítulo aparte a describir someramente unas de las páginas de oro de la Urología española. Las **“OBSERVACIONES UROLOGICAS DEL REAL COLEGIO DE CIRUGÍA DE CADIZ”** a las que hay que añadir aquellas del Colegio de San Carlos y las del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, que comentaremos más adelante.

La actividad urológica ya está totalmente definida, cobra fuerza y se hace patente con protagonismo en la cirugía ilustrada. Se han hecho con anterioridad catálogos como los realizados por Cozar en 1988.

Son cuarenta observaciones y tres manuscritos sobre urología realizadas estas últimas por Pedro Virgili. Sus autores merecen ser conocidos y nombrados por la comunidad urológica de nuestro tiempo. Francisco Ameller (O nº 68 y 22), Miguel Arricruz (O nº 275), Bernardo Beau (O nº 74,81,93,140), Jose Bejar (O nº 130), Antonio Candau (O nº 9), Francisco Canivell (O nº 75, 86, 105, 119, 164,) , Domingo Castillejos (O nº 137 ,159), Francisco Gomez (O nº 210), Pedro M. Gonzalez (O nº 263, Agustin Lacomba (O nº 117,118), Vicente Lubert (O nº 228), Juan de Navas O nº 143,154), Francisco Nueve Iglesias (O nº 27), Miguel Ramonet (O nº 77,88,96,102), Juan Rancé (O nº 29), Domingo Russ (O nº 17), José Sabater (O nº 172,190), Jose Selvareza (O nº 124), Juan de Vera (O nº 215), Domingo Vidal (O nº 252), Francisco Villaverde (O nº 120,147) , Pedro Virgili (O nº 20 y dos manuscritos).

Agrupados por patologías describen procesos de todo el aparato urinario, desde patologías renales como la observación de Bernardo Beau, hasta la patología de la uretra en malformaciones por Pedro Virgili y Beau describiendo un priapismo.

El Método **“instructivo”**, entiende un apartado de **“exposición”**, son las SESIONES CLINICAS de nuestra actividad hospitalaria actual.

Se recoge la Patología renoureteral en cinco observaciones (81,159,172,215 y 221); la Patología vesical, litiasis, retención urinaria, disfunción neurológica (75,86,96,119,140,190)

La Patología testicular en las observaciones (4,20,29,168). El tratamiento del Hidrocele se recogen en ocho observaciones (102,117,143,169,210,228,252,275)

Las enfermedades Venéreas se centran en procesos generales, observaciones (37 Y 138). Las lesiones no quirúrgicas y su tratamiento aparecen en las observaciones (77,120,124,.130).

Las Estenosis y Fístulas uretrales comprenden ocho manuscritos, observaciones (9,17,27,88,1478,154,y 263) hay que añadir el manuscrito que se presenta Virgili a la Asamblea Amistoso Literaria, y la Patología peneana no infecciosa en las observaciones (74, 93 y 101).

¿Cual fue el papel de la SOCIEDADES LITERARIAS y ECONOMICAS - CULTURALES , y qué relación tuvieron con la Urología?

El espíritu de estas Sociedades pasó por alto en muchos lugares de España el progreso puntual de la Medicina y la Cirugía. No fue así en Cádiz en donde la Asamblea Amistoso Literaria de Jorge Juan (1713-1773) sorprendentemente aportó datos incontestables y relevantes de la actividad urológica ilustrada.

Aunque su origen vió la luz en el norte de España (Vascongadas), su difusión a lo largo de toda la economía española fue notable.

En Andalucía, Cádiz (1713) Medina Sidonia, Puerto de Santa María, Puerto Real y Jerez de la Frontera (1781-1783), Córdoba (1779), Cabra y Priego (1779), Málaga (1789), Granada, (1775), Almería y Vera (1775).

Las Sociedades Literarias y Económicas –Culturales fueron uno de los productos más originales del dirigismo cultural borbónico. Instrumento frecuente reformista de la Corona. Su finalidad era con espíritu práctico, difundir conocimientos científicos y técnicos de la sociedad ilustrada durante el reinado de Carlos III.

Las noticias sobre este saber urológico las pudimos conocer a través de los estudios de Orozco en el 2000, hasta entonces no se había hecho un estudio de la contribución a la Urología por cirujanos como Fco. Canivell, Pedro Virgili, etc ...

Se produjo el hallazgo de "**Observaciones Clínicas**" manuscritas de Virgili y rubricadas por Carbonell, tras haberse discutido en la Asamblea Amistoso Literaria en la Biblioteca Nacional y el hallazgo de dos más, una sobre una castración y otra sobre una fístula perineal.

Guillen en 1940, ya nos dió cumplida cuenta de la actividad de la futura **"Sociedad Real de Ciencias"** y de todos los miembros que la formaron.

La primera comunicación de todas las urológicas es la de Virgili, datando sobre **"Una extirpación de teste"** leída y sin fecha, pero firmada con fecha de 1754.

Merece la pena relacionarlas aunque sea someramente: (todas de Pedro Virgili)

"Observación de una castración o extirpación de un teste, a causa de una supuración pútrida en él; habiendo precedido un antiguo sarcocele". (1754) Arch. Fac. Med. de Cadiz.

"Observación de una fístula complicada al periné" (1753). Biblioteca Nacional. Manuscrito 11553.

"Observación de un vicio de conformación en el conducto da la orina". (1755) Arch. Fac. Med. de Cadiz.

"Observación que prueban la dilatibilidad de que es capaz el canal de la uretra y de los diversos métodos que se han puesto en práctica para la extracción de concreciones pedrosas atascadas en la uretra de uno y otro sexo". (1756) Arch. Fac. Med. de Cadiz.

Se vé de forma palpable, que la Urología eclosiona dentro de la cirugía Ilustrada, siendo la cuarta parte de todas las comunicaciones y la mayoría de aquellas quirúrgicas. Eso a pesar del recelo de los científicos y directores de estos grupos culturales a que cirujanos o médicos formaran parte de ellas.

Sólo una breve pincelada merece la aportación UNIVERSITARIA, es difícil buscar referencias urológicas en el oscuro periodo de la universidad española del siglo XVIII. De hecho se entendía que las universidades **"menores"** como Avila, Toledo, Irache, Gandía, etc... podían dispensar Grados de Medicina, hasta que por Real Orden de 1794 se limitó a diez las autorizadas para esto, entre ellas Granada y Sevilla.

Las reformas iniciadas en Valencia en 1733 se extendieron al resto. En ellas era ya también obligatorio para los cirujanos un curso más de Operaciones Quirúrgicas y otro de Anatomía.

Olavide dada la precariedad de cirujanos en la Universidad, entrega la formación quirúrgica a los Reales Colegios y a los Hospitales Reales, dedicados para esta formación. Es fácil deducir que era sabedor de su competencia (Real Orden de 1737), así toda la actividad urológica emanó de estos.

En las ACADEMIAS REALES la Urología tuvo gran significación, especialmente en la Academia Hispalense que en 1700 iniciaba un largo camino como Regia Sociedad de Medicina y otras Ciencias de Sevilla, y en Cádiz como Sociedad Medico-Quirúrgica. Los cirujanos del Real de Cádiz prestigian en su fundación a la hispalense, así junto a Muñoz y Peralta encontramos a Ordoñez de la Barreda, Virgili, Lacombe y el Protomédico de la Armada Sánchez Bernal.

Al igual que en Sevilla y Cádiz en 1733, nació la Tertulia Literaria Médica Matritense por expreso deseo de Felipe V, mediante ella se activó el conocimiento quirúrgico y la organización hospitalaria.

Hermosilla Molina estudia en términos generales la actividad medico-quirúrgica del dieciocho pero sin embargo, es notoria la relación entre academias y sus componentes, cirujanos ilustrados con relevancia en la práctica urológica. Así destacamos a Sánchez Bernal, Gregorio Arias, Gaspar de Pellicer, Pedro Fernández Castilla, y otros muchos.

Es ingente la actividad urológica realizada, nos limitaremos al comentario de las más importantes. En total son veintisiete observaciones que abarcan un gran abanico de patologías urológicas.

Los procesos agudos vesicales e infecciones urinarias fueron descritos por Apizarra y Francisco Gómez en las disertaciones nº 689 y 690. Valderrama en infecciones urinarias altas, nº 682. La patología testicular por Peralta en la nº 686. El cólico renal por Francisco Buendía y Ponce en la nº 685. Sobre procesos venéreos Juan Calsente y Ruiz Tornero en las nº 687y 683. Los métodos para solucionar las retenciones de orina con sondajes, dilataciones uretrales, punciones variables a través del periné e hipogástricas, añadiendo el tratamiento de las complicaciones yatrogénicas y una pormenorizada descripción de la historia natural del proceso se la debemos a Jimenez nº 691, Francisco Rodriguez nº 691, Ruiz Tornero nº 693 y 695, y José Ramos nº 698.

El tratamiento del Hidrocele , **“hernia acuosa... propia de los testes, anasarca del escroto...”** fue descrita por Calero nº 696 y 697 y por Ramos nº 698.

En el Hospital del Espíritu Santo realizaron su actividad urológica Montero nº 699 y Gómez Espinosa nº 700. El tratamiento de la **“Carúncula del Veru”** por Bartolomé Calero nº 701.

La Litotomía, sus fundamentos anatómicos, técnica de ejecución, material empleado, evolución, complicaciones y tratamiento fueron motivo de estudio por Montero, Zapata, y Herrera nº 702,703,704 y 705. Se añade la espléndida comunicación de Luis Montero en 1748 sobre **“Observación de Operación Litotómica y Demostración Anatómica, Operada y Demostrada en el Insigne Hospital del Espíritu Santo”**.

Sobran palabras ahí están los hechos, Personas, Urólogos, aquellos que nos enseñaron el camino del saber Urológico. Sólo pensando en **"Aquellos"** dignificamos los **"Actuales"** y bendeciremos los **"Futuros"**, así nació la UROLOGÍA.

BIBLIOGRAFÍA

Bustos Rodriguez, M. : "Los Cirujanos del Real Colegio de Cádiz". (1746-1796) .Serv. de Public. de la Univ. de Cádiz. Cádiz 1987.

Ferrer Diego : "Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz". Colegio Oficial de Medicos.Cádiz 1961. Idem : "Historia abreviada del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cadiz". Publicación Nº 2 Tertulia del "Pozo de la Jara".Impr. Rosales. Cadiz. i960.

Hermosilla Molina , A. : "Cien años de Medicina Sevillana . La Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla". Exma. Dip. Prov. de Sevilla. Sevilla. 1970.

Lopez Cozar, JL.: "Aportación a la Urología del Real Colegio de Cirugía de Cadiz". T. Doc. Dir. Orozco . Fac. Med. de Cad. 1988.

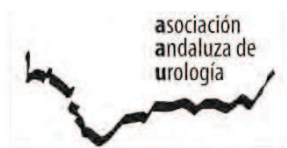
Orozco Acuaviva, A. : "Los Cirujanos Navales en la Asamblea amistoso Literaria de Jorge Juan". Edit. Fund. Uriach.Cadiz. 2000. Idem : " Pedro Viegili y el Hospital Real de Cadiz" Med. e Hist. Madrid. 1976.

Peset,J.Luis.: "La Facultads de Medicina de Granada y la Innovación científica del siglo XVIII". Actas IV Congr. Soc. Esp. Hist. De la Med., Grnada . 1973.

Riera, Juan: "Cirugía Española Ilustrada y su Comunicación con Europa Estudio y Documentación de un Inlujo Cultural" Valladolid. 1976. Idem: "Medicos y Cirujanos de Camara en la España del siglo XVIII". Cuadernos de Historia de la Medicina Española.Valladolid. 1976.

Romero Tenorio, M. : "La Litotomia en la España del Siglo XIX". T. Doc. Dir . Orozco Acuaviva. Cadiz. Fac, Med. Cadiz. 1986.

Carta del Presidente



Andalucía, 25 de abril de 2015

A finalizar el XXVII congreso de la AAU en Almería, en su asamblea general se produce la renovación parcial de la junta directiva, D. Francisco Anglada y D. Jorge Soler han prestado un excelente servicio a nuestra asociación como vicepresidente y secretario general, asumiendo siempre las actividades asignadas, con su colaboración ha sido posible realizar estudios multicéntricos, protocolos, mantenimiento de la página Web, congresos y cursos de formación., cualquier agradecimiento que desde aquí les dediquemos es poco, para la labor que han realizado. Ha sido un trabajo de equipo, en el que han participado, tesorero, vocales provinciales, ponentes, docentes y comités organizadores del congreso de Sevilla y Almería, para todos mi agradecimiento y especialmente para D. Antonio Fernández, D. Juan Francisco Domínguez, D. Cristóbal Marchal y D. Eduardo Camacho, vocales de Jaén, Huelva, Málaga y Sevilla, que también han finalizado su actividad como vocales de la AAU. Tengo que hacer un reconocimiento especial a D. Eduardo Camacho y D. José Luis Soler, como presidentes de los comités organizadores de los congresos de Sevilla y Almería, ambos con excelentes resultados.

Comenzamos una nueva etapa, en la asamblea del XXVII congreso se eligió nuevo vicepresidente a D. Jaime Bachiller Burgos y secretario general a D. Álvaro Juárez Soto y se ratificaron como vocales de Jaén, Huelva, Málaga y Sevilla, a D. Francisco Gutiérrez, D. Alberto Sanjuan, D. Bernardo Herrera y D. Antonio Carlos González, D. Javier Amores sustituye a D^a Cristina Baena como vocal de residentes.

La nueva junta directiva ha sido informada y ha podido comprobar el buen estado de salud de la AAU, y a partir de ahí se han planificado nuevas estrategias para continuar con el desarrollo de nuestras actividades. Se ha renovado contrato con la secretaría técnica por dos años, la gestión económica y asesoramiento fiscal será coordinada por D. Juan Moreno, como tesorero de la AAU. Se mantienen las actividades formativas, cursos de cirugía laparoscopia en colaboración con la Fundación Progreso y Salud en las instalaciones de CMAT-Iavante (Granada), curso de residentes y curso de urología pediátrica. El XXI curso de residentes se ha celebrado en Córdoba el 10-11 de abril de 2015, prácticamente han asistido todos los residentes de urología de Andalucía y tutores de residentes, los residentes demuestran cada año su capacidad para organizar, proponer y desarrollar temas de interés general, con la máxima calidad y compromiso, nuestro objetivo es

mantener esta mejora continua y colaborar en la organización y financiación del curso. El XIII curso de Urología Pediátrica se celebrará el 11-12 de septiembre de 2015.

Se ha considerado como objetivo prioritario, mejorar nuestra imagen corporativa, con una estrategia de comunicación innovadora, a través de la página Web, revista, boletín y rrss, bajo la coordinación del Dr Bachiller.



En la reunión de la junta plenaria del 13 de febrero, se presentó el documento de consenso sobre "Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria", elaborado con la colaboración de un grupo de expertos de las Unidades de Urología Funcional y Neurourología de hospitales andaluces, y que está siendo distribuido a profesionales e instituciones sanitarias. En esta línea de trabajo, hay nuevos proyectos sobre neoplasias del aparato genitourinario, el estudio sobre cáncer de próstata será coordinado por el Dr Alvaro Juárez y solicitaremos colaboración a todas las UGC de urología.

El XXVIII congreso de la AAU, en Jerez, es nuestra próxima gran cita, su comité organizador está trabajando con la mayor ilusión, vuestra colaboración y aportaciones científicas serán como siempre fundamentales para conseguir un gran congreso, que es el congreso de todos los urólogos andaluces. Sin duda, Jerez es un buen punto de encuentro.

Miguel Arrabal Martín
Presidente de la AAU

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Arrabal Martín', written in a cursive style.

3º MESA EN INGLÉS DEL CONGRESO AAU

En nuestro próximo congreso, Jerez 2015, la Junta Directiva de la AAU ha decidido presentar una nueva categoría de trabajos presentados: **COMUNICACIONES EN INGLÉS**. Con esta iniciativa, pretendemos dar un impulso a la internacionalización de la Urología Andaluza, siendo el congreso la plataforma ideal para identificar y promocionar a nuestras jóvenes promesas.

La Junta Directiva como reconocimiento, ha establecido un premio especial para la mejor comunicación en inglés.



Convocatoria de Premios y Becas

CONVOCATORIA BECA DE ESTUDIOS DE LA AAU - 2015

1. Queda convocada Una Beca de 1.500 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 30 de Julio de 2015.

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. Álvaro Juárez Soto
Secretario General AAU

CONVOCATORIA PREMIO DE LA AAU - MEJOR TESIS DOCTORAL-2015

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 2014 y el 30 de Junio de 2015.
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 30 de Julio de 2015.
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. Álvaro Juárez Soto



Secretario General AAU

CONVOCATORIA PREMIOS XXVIII CONGRESO AAU

1.- CATEGORIAS

Los trabajos científicos deberán presentarse en forma de:

- POSTER DIGITAL
- COMUNICACIÓN ORAL
- VIDEO
- COMUNICACIÓN ORAL EN INGLÉS

2.- CONDICIONES

1. La fecha límite de envío de los resúmenes de los trabajos es el 1 de Julio de 2015
2. Para la aceptación definitiva es imprescindible que, al menos, los dos primeros autores sean Socios de la AAU y el autor encargado de su presentación esté inscrito en el Congreso.

3.- REQUISITOS PARA LA ACEPTACIÓN DE LOS RESUMENES DE TRABAJOS

- a) Los que no cumplan con estas NORMAS o presenten algún defecto de forma serán rechazados.
- b) Debe tratarse de trabajos originales que no hayan sido publicados en libros ó revistas ni hayan sido presentados en otros Congresos.
- c) Los resúmenes de adaptarán al FORMULARIO disponible en la web del Congreso www.congresoaaau2015.com en el apartado Comunicaciones/Poster/Videos.
- d) Se recomienda estructurar el trabajo de acuerdo a los siguientes apartados: Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados y Conclusiones.
- e) El FORMULARIO cumplimentado se enviará por E-mail directamente desde la página web a la Secretaría Técnica del Congreso ó bien como archivo adjunto en formato Word, a la dirección de correo: secretaria@congresoaaau2015.com, en el ASUNTO se indicará Poster, Vídeo ó Comunicación.
- f) El Comité Científico podrá cambiar la presentación de un trabajo de Comunicación a Poster, por necesidades de Programa.

4.- PREMIOS

- Premio al Mejor Póster: Olivo
- Premio a la Mejor Comunicación Oral: Olivo
- Premio al Mejor Vídeo: Olivo
- Premio a la Mejor Comunicación en Inglés: Olivo

Para optar a los Premios los trabajos han de ser defendidos durante la celebración del Congreso.

El nombre de los Premiados se dirá durante la celebración de la Cena de Clausura.

D. Álvaro Juárez Soto



Secretario General de la AAU



**Publicaciones en revistas con
factor de impacto en el año 2014**

Con esta iniciativa, la Junta Directiva pretende recabar la producción científica de los urólogos andaluces en cada anualidad.

Será publicada en nuestro Boletín, así como en la mesa institucional de nuestro congreso.

Pretendemos difundir el conocimiento generado en nuestra comunidad, haciendo partícipes a todos los urólogos y valorando, de forma conjunta, nuestra producción científica .

A continuación se detalla la producción científica de 2014.

UROONCOLOGÍA

- **1º CÁNCER DE PRÓSTATA**

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: **Prostate Cancer Cell Response to Paclitaxel Is Affected by Abnormally Expressed Securin PTTG1.**

AUTORES: Carolina Castilla, M Luz Flores, Rafael Medina, Begoña Perez-Valderrama, Francisco Romero, Maria Tortolero, Miguel A Japon, Carmen Saez.

HOSPITAL: HUV Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Molecular Cancer Therapeutics 08/2014; 13(10). DOI:10.1158/1535-7163.MCT-13-0405

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 6,11

2º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: **Role of prostate specific density as prognostic factor in relapsed prostate cancer after robotic radical prostatectomy.**

AUTORES: C. Corchuelo-Maillo, M. Fajardo-Paneque, J.M. Conde Sánchez, C.B. Congregado Ruiz, I. Osman-García, J.M. Pena Outeiriño, S. Marmol-Navarro, R.A. Medina López.

HOSPITAL: HUV Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements, Volume 13, Issue 5, November 2014, Page 122

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

3º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Single nucleotide polymorphisms in DNA repair genes as risk factors associated to prostate cancer progression.

AUTORES: Henríquez-Hernández LA, Valenciano A, Foro-Arnalot P, Álvarez-Cubero MJ, Cozar JM, Suárez-Novo JF, Castells-Esteve M, Fernández-Gonzalo P, De-Paula-Carranza B, Ferrer M, Guedea F, Sancho-Pardo G, Craven-Bartle J, Ortiz-Gordillo MJ, Cabrera-Roldán P, Herrera-Ramos E, Rodríguez-Gallego C, Rodríguez-Melcón JI, Lara PC.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: BMC Med Genet. 2014 Dec 24;15:143. doi: 10.1186/s12881-014-0143-0.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 2.45

4º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: The role of positron emission tomography/computed tomography imaging with radiolabeled choline analogues in prostate cancer.

AUTORES: Navarro-Pelayo Láinez MM, Rodríguez-Fernández A, Gómez-Río M, Vázquez-Alonso F, Cózar-Olmo JM, Llamas-Elvira JM.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Nov;38(9):613-21. doi: 10.1016/j.acuro.2013.12.008. Epub 2014 Feb 16. English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

5º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Mediterranean diet adherence and prostate cancer risk.

AUTORES: López-Guarnido O, Álvarez-Cubero MJ, Saiz M, Lozano D, Rodrigo L, Pascual M, Cozar JM, Rivas A.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Nutr Hosp. 2014 Oct 31;31(3):1012-9. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8286.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.25

- **2º CANCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN**

- **3º CÁNCER RENAL**

- **4º CÁNCER RENAL METASTÁSICO**

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Treatment with antiangiogenics of advanced renal cancer: Are there differences between urologist and medical oncologist?

AUTORES: C.B. Congregado Ruiz, J. Conde Sánchez, I. Osman-García, C. Corchuelo Maillo, R. Medina López.

HOSPITAL: HUV Rocío

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements, Volume 13, Issue 5, November 2014, Page 160

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

- **5º CÁNCER VESICAL**

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Prognostic factors and survival differences between primary and progressive muscle-invasive bladder cancer.

AUTORES: L. Parra-Lopez, J.F. Villegas-Osorio, C.B. Congregado Ruiz, I. Osman-García, J.M. Conde Sánchez, R.A. Medina López.

HOSPITAL: HUV Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements, Volume 13, Issue 5, November 2014, Pages 155-156.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

2º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Methylation of tumor suppressor genes in a novel panel predicts clinical outcome in paraffin-embedded bladder tumors.

AUTORES: García-Baquero R1, Puerta P, Beltran M, Alvarez-Mújica M, Alvarez-Ossorio JL, Sánchez-Carbayo M.

HOSPITAL: H. Puerta del Mar. Cádiz

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Tumour Biol. 2014 Jun;35(6):5777-86.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 0,68

3º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: [Toxicity of intravesical gemcitabine in superficial bladder cancer treatment].

AUTORES: Beardo Villar P, Gamaza Martínez R, Gavira Moreno R.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Farm Hosp. 2014 May 1;38(3):249-51. doi: 10.7399/fh.2014.38.3.646.

4º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Preservacion vesical electiva en tumor vesical musculo invasivo.

AUTORES: G.Lendínez Cano, J. Rico Lopez, S. Moreno, E. Fernandez Parra, C. Gonzalez Almeida y E. Camacho Martínez.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014;38 (1): 7-13.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1,148

ANDROLOGÍA

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Primary treatment of painful varicocele through percutaneous retrograde embolization with fibred coils.

AUTORES: Puche-Sanz I, Flores-Martín JF, Vázquez-Alonso F, Pardo-Moreno PL, Cózar-Olmo JM.

HOSPITAL: Servicio de Urologia H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Andrology. 2014 Sep;2(5):716-20. doi: 10.1111/j.2047-2927.2014.00253.x. Epub 2014 Jul 30.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 2.53

2º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Erectile dysfunction, metabolic syndrome and arterial disease. Clinical-pathological relation by carotid ultrasonography.

AUTORES: Arrabal-Polo MA, Vera-Arroyo B, Lahoz-García C, Valderrama-Illana P, Cámara-Ortega M, Arrabal-Martín M, Zuluaga-Gomez A, Lopez-Carmona Pintado F.

HOSPITAL: H.U. San Cecilio. Complejo Hospitalario Universitario Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urologicas Españolas

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.2

3º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: El entrenamiento en tapiz rodante a domicilio mejora la calidad seminal en adultos con diabetes de tipo 2.

AUTORES: M. Rosety-Rodriguez (a), , J.M. Rosety (b), G. Fornieles (a), M.A. Rosety (c), A.J. Diaz (a), I. Rosety (d), A. Rodríguez-Pareja (e), M. Rosety (d), F.J. Ordonez (f), S. Elosegui (g)

(a) Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, Spain

(b) Departamento de Urología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, Spain

(c) Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Cádiz, Cádiz, Spain

(d) Departamento de Anatomía Humana, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, Spain

(e) Departamento de Ginecología, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, Spain

(f) Escuela de Medicina del Deporte, Universidad de Cádiz, Cádiz, Spain

(g) Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, Spain

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Brazilian Journal of Medical and Biological Research (2014) 47(4): 345-348, <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20143468> ISSN 1414-431X Short Communication ,

Vol. 30, núm. n03 (2014) 609-613

NUTR HOSP (v30 n03)

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 0.956

UROLOGÍA FUNCIONAL

LITIASIS

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Prediction of the energy required for extracorporeal shock wave lithotripsy of certain stones composition using simple radiology and computerized axial tomography.

AUTORES: Argüelles-Salido E, Campoy-Martínez P, Aguilar-García J, Podio-Lora V, Medina-López R.

HOSPITAL: HUV Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Mar;38(2):115-21

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1,148

2º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Calcium nephrolithiasis and bone demineralization: pathophysiology, diagnosis, and medical management.

AUTORES: Arrabal-Polo MA, del Carmen Cano-García M, Canales BK, Arrabal-Martín M.

HOSPITAL: Complejo Hospitalario Universitario Granada. Instituto IBS Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Curr Opin Urol. 2014 Nov;24(6):633-8.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 2.115

3º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Re: jodi a. Antonelli, naim m. Maalouf, margaret s. Pearle, yair lotan. Use of the national health and nutrition examination survey to calculate the impact of obesity and diabetes on cost and prevalence of urolithiasis in 2030.

AUTORES: Arrabal-Polo MA, Cano-García Mdel C, Arrabal-Martin M.

HOSPITAL: H. La Inmaculada. Huércal Overa.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 12.48

4º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Stones: Bone health in patients with kidney stones.

AUTORES: Arrabal-Polo MA, Arrabal-Martin M.

HOSPITAL: H. La Inmaculada. Huércal Overa.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Nature Reviews Urology.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 4.52

5º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: **Calcium nephrolithiasis and bone demineralization: pathophysiology, diagnosis, and medical management.**

AUTORES: Arrabal-Polo MA, del Carmen Cano-García M, Canales BK, Arrabal-Martín M.

HOSPITAL: H. La Inmaculada. Huércal Overa.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Current Opinion in Urology.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 2.11

6º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: **Vitamin D insufficiency is associated with higher carotid intima-media thickness in psoriatic patients.**

AUTORES: Orgaz-Molina J, Magro-Checa C, Rosales-Alexander JL, Arrabal-Polo MA, Castellote-Caballero L, Buendía-Eisman A, Raya-Álvarez E, Arias-Santiago S.

HOSPITAL: H. La Inmaculada. Huércal Overa.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Journal of Dermatology

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.95

7º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: **Association of 25-hydroxyvitamin D with metabolic syndrome in patients with psoriasis: a case-control study.**

AUTORES: Orgaz-Molina J, Magro-Checa C, Arrabal-Polo MA, Raya-Álvarez E, Naranjo R, Buendía-Eisman A, Arias-Santiago S.

HOSPITAL: H.U. San Cecilio. Complejo Hospitalario Universitario Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Acta Dermato Venereologica

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 4.24

ENDOUROLOGÍA

LAPAROSCOPIA

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Laparoscopic dissection of the intramural ureter to repair a complete transection of the distal ureter: Initial experience with a new minimally invasive technique that preserves the anatomy of the urinary tract.

AUTORES: Juarez-Soto A, Arroyo-Maestre JM, Soto-Delgado M, Beardo-Villar P, Arrabal-Polo MA, Sánchez-Margallo FM.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Can Urol Assoc J. 2014 May;8(5-6):E366-70. doi: 10.5489/cuaj.1699.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.92

2º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Radical cystectomy, hysterectomy with double adnexectomy and bilateral nephroureterectomy with transvaginal extraction.

AUTORES: Juarez-Soto A, Arroyo-Maestre JM, Soto-Delgado M, de Paz-Suarez M, Beardo-Villar P, Arrabal-Polo MA.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Dec;38(10):694-7. doi: 10.1016/j.acuro.2014.02.019.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1,148

ROBÓTICA

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Salvage robotic prostatectomy after brachytherapy.

AUTORES: M. Fajardo Paneque, C.B. Congregado Ruiz, J.M. Conde Sánchez, C. Corchuelo Maillo, I. Osmán Sánchez, J.M. Pena Outeiriño, R.A. Medina López.

HOSPITAL: H.U.V. Del Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements 11/2014; DOI:10.1016/S1569-9056(14)61239-2

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

2º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Salvage robotic prostatectomy after brachytherapy: Our initial experience.

AUTORES: M. Fajardo Paneque, C.B. Congregado Ruiz, J.M. Conde Sánchez, C. Corchuelo Maillo, I. Osmán Sánchez, J.F. Villegas Osorio, J.M. Pena Outeiriño, R.A. Medina López

HOSPITAL: HUV Rocío.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements 09/2014; 13(3):14. DOI:10.1016/S1569-9056(14)50189-3

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

TRASPLANTE

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Uncontrolled donation after circulatory death with Maastricht type I donors. Our experience.

AUTORES: C. Corchuelo-Maíllo, C. García-Sánchez, E. León-Dueñas, J. Martínez-Rodríguez, R.A. Medina-López.

HOSPITAL: HUV Rocío

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements, Volume 13, Issue 1, April 2014, Page 1013.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

URETRA

1º TITULO DE LA PUBLICACIÓN: Outcome of urethral strictures treated by endoscopic urethrotomy and urethroplasty.

AUTORES: Tinaut-Ranera J, Arrabal-Polo MÁ, Merino-Salas S, Nogueras-Ocaña M, López-León VM, Palao-Yago F, Arrabal-Martín M, Lahoz-García C, Alaminos M, Zuluaga-Gomez A.

HOSPITAL: Complejo Hospitalario Universitario Granada. Instituto IBS Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Can Urol Assoc J. 2014 Jan-Feb;8(1-2):E16-9.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.92

COLABORATIVOS

1º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Bladder cancer in Spain 2011: population based study.

AUTORES: Miñana B, Cózar JM, Palou J, Unda Urzaiz M, Medina-Lopez RA, Subirá Ríos J, de la Rosa-Kehrmann F, Chantada-Abal V, Lozano F, Ribal MJ, Rodríguez Fernández E, Castiñeiras Fernández J, Concepción Masip T, Requena-Tapia MJ, Moreno-Sierra J, Hevia M, Gómez Rodríguez A, Martínez-Ballesteros C, Ramos M, Amón Sesmero JH, Pizá Reus P, Bohorquez Barrientos A, Rioja Sanz C, Gomez-Pascual JA, Hidalgo Zabala E, Parra Escobar JL, Serrano O.

HOSPITAL: HUV Rocio. (Colaborativo)

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: J Urol. 2014 Feb;191(2):323-8

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,735

2º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Análisis comparativo de la incidencia de cáncer de vejiga en las comunidades de Andalucía, Cataluña y Comunidad de Madrid en el año 2011.

AUTORES: J.M. Cózar, B. Miñana, J. Palou-Redorta, R.A. Medina, F. de la Rosa-Kehrmann, F. Lozano-Palacio, M.J. Ribal-Caparrós, C. Hernández-Fernández, J.J. Castiñeiras-Fernández, M.J. Requena, J. Moreno-Sierra, J. Carballido-Rodríguez, V. Baena-González.

HOSPITAL: HUV Rocío, H. Virgen de las Nieves, Granada, H. Reina Sofía, Córdoba. H. V. Macarena, Sevilla, H. Carlos Haya, Málaga.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas urologicas españolas 12/2014; DOI:10.1016/j.acuro.2014.11.003

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1,15

3º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Complete remission of methastasic renal carcinoma in patients treated with tirosin kinase inhibitors. A multi institutional based study.

AUTORES: J.B. García Ramos, C.B. Congregado Ruiz, P. Beardo Villar, M. Soto Delgado, I. Osman, C. Baena Villamarín, M. Conde, F. Gutierrez Tejero, J. Moreno Jiménez, A. Juárez Soto, R.A. Medina López.

HOSPITAL: HUV Rocío (Colaborativo)

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: European Urology Supplements, Volume 13, Issue 5, November 2014, Pages 160-161

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37

4º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Initial experience with abiraterone acetate in patients with castration-resistant prostate cancer.

AUTORES: Beardo-Villar P1, Ledo-Cepero MJ2, Gavira-Moreno R3, Soto-Delgado M4, Soto-Villalba J2, Alvarez-Ossorio JL2, Juárez-Soto A4.

HOSPITAL: Hospitales de Jerez y Puerta del Mar. Cádiz.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Jun;38(5):339-45

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1,148

5º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Pre-chemotherapy abiraterone acetate. A proposal of a treatment algorithm in castration resistant prostate cancer.

AUTORES: Arrabal-Martín M, Anglada-Curado F, Cózar-Olmo JM, Soler-Martínez J, Moreno-Jiménez J, Castiñeiras-Fernández J, Ledo-Cepero MJ, Beardo-Villar P, Requena-Tapia MJ, Zuluaga-Gómez A; Grupo AAyEU.

HOSPITAL: Complejo Hospitalario Universitario Granada. Instituto IBS Granada. Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Universitario Virgen Macarena, Hospital Reina Sofía de Córdoba. Hospital del SAS de Jerez. Cádiz.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Jun;38(5):327-33.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.148

6º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Consensus document of the Spanish Urological Association on the management of uncomplicated recurrent urinary tract infections.

AUTORES: Prieto L, Esteban M, Salinas J, Adot JM, Arlandis S, Peri L, Cozar JM;

Realizado bajo los auspicios de la Asociación Española de Urología 2013.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Nov 14. pii: S0210-4806(14)00371-4. doi: 10.1016/j.acuro.2014.10.003. [Epub ahead of print] English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

7º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Bone health in patients with prostate cancer.

AUTORES: Miñana B, Cózar JM, Alcaraz A, Morote J, Gómez-Veiga FJ, Solsona E, Rodríguez-Antolín A, Carballido J.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Dec;38(10):685-93. doi: 10.1016/j.acuro.2014.05.003. Epub 2014 Jun 14. English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

8º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Focal therapy for prostate cancer. Rationale, indications and selection.

AUTORES: Gómez-Veiga F, Portela-Pereira P, Cozar-Olmo JM, Ahmed H, Moore C, Dickinson L, Algaba F, Izquierdo L, Alcaraz Asensio A, Martinez-Breijo S, Emberton M.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Jul-Aug;38(6):405-12. doi: 10.1016/j.acuro.2013.12.005. Epub 2014 Feb 18. English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

9º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Involvement of HLA class I molecules in the immune escape of urologic tumors.

AUTORES: Carretero R, Gil-Julio H, Vázquez-Alonso F, Garrido F, Castiñeiras J, Cózar JM.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Apr;38(3):192-9. doi: 10.1016/j.acuro.2013.06.006. Epub 2013 Dec 7. English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

10º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Reference values for the CAVIPRES-30 questionnaire, a global questionnaire on the health-related quality of life of patients with prostate cancer.

AUTORES: Gómez-Veiga F, Silmi-Moyano A, Günthner S, Puyol-Pallas M, Cózar-Olmo JM.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Actas Urol Esp. 2014 Jun;38(5):304-12. doi: 10.1016/j.acuro.2013.09.003. Epub 2013 Oct 30. English, Spanish.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 1.14

11º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Information needs and Internet use in urological and breast cancer patients.

AUTORES: Valero-Aguilera B, Bermúdez-Tamayo C, García-Gutiérrez JF, Jiménez-Pernett J, Cózar-Olmo JM, Guerrero-Tejada R, Alba-Ruiz R.

HOSPITAL: Servicio de Urología H.U. Virgen de las Nieves . Granada.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Support Care Cancer. 2014 Feb;22(2):545-52.

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 2.49

12º TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN: Sequential Combination of Mitomycin C Plus Bacillus Calmette-Guérin (BCG) Is More Effective but More Toxic Than BCG Alone in Patients with Non-Muscle-invasive Bladder Cancer in Intermediate- and High-risk Patients: Final Outcome of CUETO 93009, a Randomized Prospective Trial.

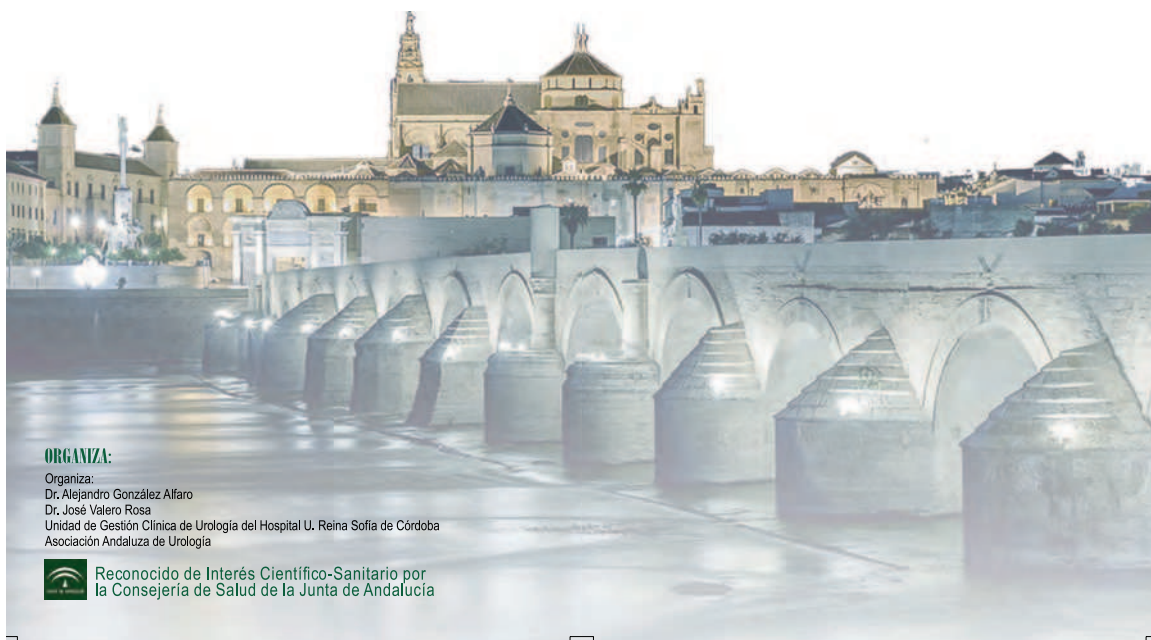
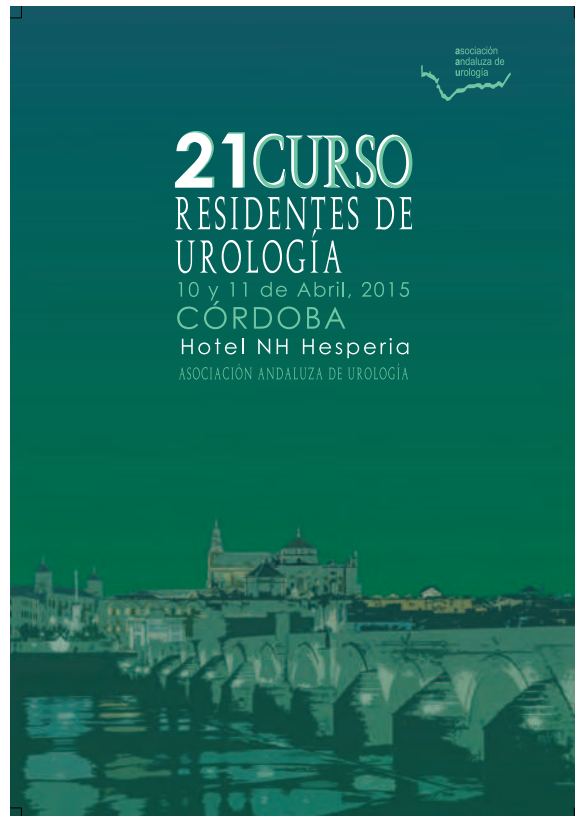
AUTORES: Solsona E, Madero R, Chantada V, Fernandez JM, Zabala JA, Portillo JA, Alonso JM, Astobieta A, Unda M, Martinez-Piñeiro L, Rabadan M, Ojea A, Rodriguez-Molina J, Beardo P, Muntañola P, Gomez M, Montesinos M, Martinez Piñeiro JA; members of Club Urológico Español de Tratamiento Oncológico.

REVISTA EN LA QUE SE HA PUBLICADO: Eur Urol. 2014 Oct 6. pii: S0302-2838(14)00963-4. doi: 10.1016

FACTOR DE IMPACTO DE LA REVISTA: 3,37



Curso de Residentes



21CURSO
RESIDENTES DE
UROLOGÍA
CÓRDOBA
Hotel NH Hesperia

MODERADORES

Dra. Rocio Saiz Marengo
Dr. Pablo Gómez Lechuga
Dr. José Valero Rosa
Dr. Juan Sebastián Leal Lombardo
Dr. José Carlos Bautista Vidal
Dr. Pablo Navarro Vilchez
Dra. Carolina Corchuelo Maillo
Dr. Ignacio Puche Sanz
Dr. Fernando Vázquez Alonso
Dr. Cristina León Delgado
Dr. Marta Fajardo Paneque
Dr. Jesús Ruiz García
Dr. Alejandro González Alfaro
Dr. José Flores Martín
Dr. José Luis Carazo Carazo
Dr. Roque Cano Castiella
Dra. Sara María Díez Farto
Dr. Javier Sánchez Luque
Dr. Álvaro García Valverde,
Dr. Juan Braulio García Ramos
Dra. Fátima Ramírez Chamorro
Dr. Raquel Berrio Campos



PONENTES

Dra. María José Requena Tapia
Dr. José Valero Rosa
Dr. Javier Amores Bermúdez
Dra. Karol Arleny Barahona Centeno
Dra. Beatriz Antón Eguía
Dr. Elisa Carmona Sánchez
Dr. Álvaro Sánchez González
Dr. José Luis Marengo Jiménez
Dra. Ana Cuaresma Díaz
Dra. Lydia Flores Sirvent
Dra. Patricia Molina Díaz
Dr. Fernando Candau Vargas-Zúñiga
Dra. María Domínguez Villalón
Dr. Miguel Arrabal Martín
Dr. Javier Cañete Bermúdez
Dra. Patricia Parra Servan
Dra. Clemencia Vanilla Varilla
Dra. Harold Almonte Fernández
Dra. Ana Román Martín
Dr. Ángel Cuevas Palomino
Dr. Juan Antonio Rivero Esteban
Dr. Rafael Prieto Castro

Dr. Luis Mariano Euceda Cema
Dra. Rocio Barrabino Martín
Dra. Beatriz La Iglesia Lozano
Dr. Javier Amores Bermúdez
Dr. Iván Revelo Cadena
Dr. Enrique Gómez Gómez
Dr. David A. Martín Way
Dr. Alejandro Domínguez Amillo
Dr. Antonio Jesus Arenas Bonilla
Dr. Juan Pablo Campos Hernández
Dr. Enrique Díaz Convalia
Dr. Loreto Parra López
Dr. José Carlos Navarro Serrato
Dr. Julia Sequeira García del Moral
Dra. Mercedes Leanez Jiménez
Dra. María Olmo Ruiz
Dr. Néstor Manuel Sánchez Martínez
Dra. Isabel Jiménez López
Dr. María José Gálvez del Pino
Dr. Ana Yáñez Gálvez
Dra. Rocio Caballero Cobos
Dr. Juan José Salamanca Bustos

21CURSO
RESIDENTES DE
UROLOGÍA
CÓRDOBA
Hotel NH Hesperia



VIERNES 10 DE ABRIL:

16:15h. - 16:30h. Entrega documentación.

16:30h. - 17:00h. Bienvenida del curso.

Dra. María José Requena Tapia,
Dr. José Valero Rosa,
Dr. Javier Amores Bermúdez.

BLOQUE I: INFERTILIDAD MASCULINA

Moderadores:
Dra. Rocio Saiz Marengo
Dr. Pablo Gómez Lechuga
Dr. José Valero Rosa

17:00h. - 17:15h. Valoración inicial, estudio hormonal y seminograma.

Dra. Karol Arleny Barahona Centeno.

17:15h. - 17:30h. Caso clínico sobre manejo de azoospermia.

Dra. Beatriz Antón Eguía.

17:30h. - 17:45h. Caso clínico sobre manejo de oligoastenoteratozoospermia.

Dr. Elisa Carmona Sánchez.

17:45h. - 18:00h. Diagnóstico e indicaciones quirúrgicas de varicocele.

Dr. Álvaro Sánchez González.

18:00h. - 18:30h. Pausa café.

BLOQUE I: INFERTILIDAD MASCULINA

Moderadores:
Dr. Juan Sebastián Leal Lombardo
Dr. José Carlos Bautista Vidal
Dr. Pablo Navarro Vilchez

18:30h. - 18:45h. Técnicas de obtención espermática.

Dr. José Luis Marengo Jiménez
Dra. Ana Cuaresma Díaz.

18:45h. - 19:00h. Técnicas de reconstrucción de la vía seminal.

Dra. Lydia Flores Sirvent
Dra. Patricia Molina Díaz.

19:00h. - 19:15h. Técnicas de reproducción asistida.

Dr. Fernando Candau Vargas-Zúñiga
Dra. María Domínguez Villalón.

19:15h. - 19:30h. INAUGURACIÓN DEL CURSO.

Dr. Miguel Arrabal Martín, Presidente de la AAU,
Dra. María José Requena Tapia, Jefa UGC Urología HURS,
Dr. Jaime Bachiller Burgos, Vicepresidente AAU,
Dr. Javier Amores Bermúdez, Vocal de residentes.

19:30h. - 19:50h. Conferencia: Cirugía de la glándula suprarrenal.

Dr. Miguel Arrabal Martín.

21CURSO
RESIDENTES DE
UROLOGÍA
CÓRDOBA
Hotel NH Hesperia



SÁBADO 11 DE ABRIL:

BLOQUE II: TRASPLANTE RENAL

Moderadores:

Dra. Carolina Corchuelo Maillo
Dr. Ignacio Puche Sanz
Dr. Roque Cano Castiñeira

10:15h. - 10:30h.

Elección y examen de donante y receptor (historia clínica, indicaciones, criterios de exclusión).
Dr. Javier Cañete Bermúdez
Dra. Patricia Parra Servan

10:30h. - 10:45h.

Extracción mono y multiorgánica (preparación de los pacientes, técnica quirúrgica, banco, líquidos de perfusión).
Dra. Harold Almonte Fernández

10:45h. - 11:00h.

Implante renal (preparación de los pacientes, posición, técnica quirúrgica).
Dra. Ana Román Martín
Dr. Ángel Cuevas Palomino

11:00h. - 11:15h.

Manejo postoperatorio. Diagnóstico y tratamiento de complicaciones postquirúrgicas.
Dr. Juan Antonio Rivero Esteban
Dr. Luis Mariano Euceda Cerna

11:15h. - 11:30h.

Asistolia y donante vivo (indicaciones, exclusión, técnica).
Dra. Rocio Barrabino Martín
Dra. Beatriz La Iglesia Lozano

11:30h. - 12:00h.

Pausa café

12:00h. - 13:00h.

Casos clínicos sobre Trasplante Renal.

Moderadores:

Dr. Cristina León Delgado
Dr. Marta Fajardo Paneque
Dr. Jesús Ruiz García

1º Caso: Dr. Javier Amores Bermúdez
2º Caso: Dr. Iván Revelo Cadena
3º Caso: Dr. Juan José Salamanca Bustos
4º Caso: Dr. David A. Martín Way
5º Caso: Dr. Alejandro Domínguez Amillo
6º Caso: Dr. Antonio Jesús Arenas Bonilla

13:00h. - 13:30h.

Conferencia de expertos. "Sexualidad en la tercera edad: mito o realidad".
Dr. Rafael Prieto Castro

13:30h. - 15:00h.

Almuerzo de trabajo

BLOQUE III: ANATOMÍA QUIRÚRGICA (1)

Moderadores:

Dr. Alejandro González Alfaro
Dr. José Flores Martín
Dra. Fátima Ramírez Chamorro

21CURSO
RESIDENTES DE
UROLOGÍA
CÓRDOBA
Hotel NH Hesperia



15:00h. - 15:15h.

Posibilidades quirúrgicas de mediante acceso perineal.
Dr. Enrique Díaz Convalía

15:15h. - 15:30h.

Abordaje extraperitoneal vs transperitoneal para nefrectomías.
Dr. Loreto Parra López

15:30h. - 15:45h.

Abordaje para nefrectomías de grandes masas o con trombo en cava.
Dr. José Carlos Navarro Serrato

15:45h. - 16:00h.

Caso clínico sobre manejo de oligostenoteratozoospermia.
Dr. Julia Sequeira García del Moral

16:00h. - 16:15h.

Abordaje transperitoneal vs extraperitoneal de prostatectomía radical laparoscópica.
Dra. Mercedes Leanez Jiménez

BLOQUE III: ANATOMÍA QUIRÚRGICA (2)

Moderadores:

Dr. Fernando Vázquez Alonso.
Dra. Sara María Díez Farto
Dr. Javier Sánchez Luque

16:15h. - 16:30h.

Posición prono Vs supino para nefrolitotomía percutánea.
Dra. María Olmo Ruiz

16:30h. - 16:45h.

Abordaje vaginal Vs abdominal para prolapsos de órganos pélvicos.
Dr. Néstor Manuel Sánchez Martínez

16:45h. - 17:00h.

Linfadenectomía enfocada a los distintos cánceres urológicos.
Dra. Isabel Jiménez López

17:00h. - 17:15h.

Casos clínicos sobre Anatomía Quirúrgica

Moderadores:

Dr. Álvaro García Valverde
Dr. Juan Braulio García Ramos
Dr. Raquel Berrio Campos

1º Caso: Dr. María José García del Pino
2º Caso: Dr. Ana Yáñez Gálvez
3º Caso: Dra. Rocio Caballero Cobos

17:15h. - 17:45h.

Pausa Café

17:45h. - 18:45h.

Asamblea

21CURSO
RESIDENTES DE
UROLOGÍA
CÓRDOBA
Hotel NH Hesperia

INFORMACIÓN

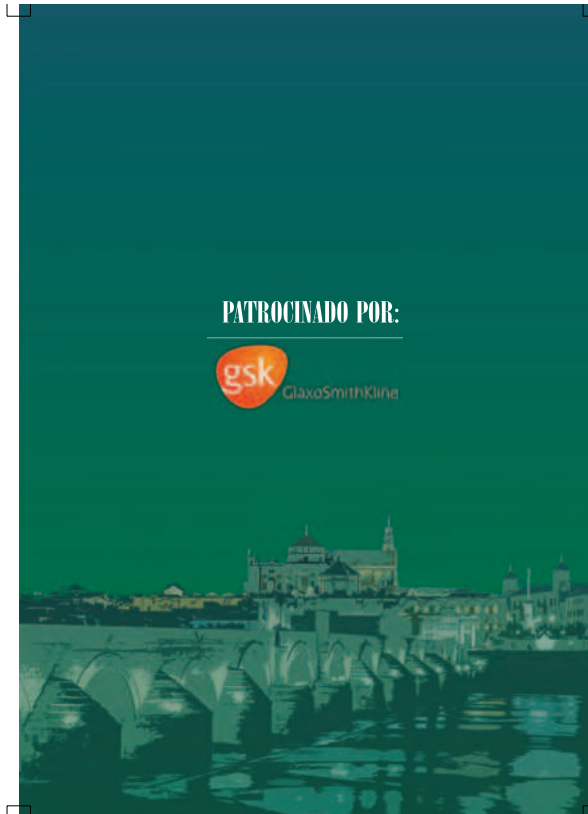
SEDE:

HOTEL NH. HESPERIA. CÓRDOBA.



SECRETARÍA TÉCNICA: GRUPO SUREVENTS

Calle Curtidores nº 1. - Colegio Oficial de Médicos de Málaga.
29006 - Málaga - teléfono: 678 646 709 - email: urologia@gruposurevents.es



Este año se celebró el XII Curso de Residentes de Urología en Córdoba los días 10 y 11 de Abril de 2015 en el Hotel Hesperia. Durante las jornadas, que duraron la tarde del viernes y todo el día sábado, se trataron varios temas Urológicos sobre la infertilidad masculina, trasplante renal y anatomía quirúrgica. Estas secciones estaban divididas en clases teóricas y revisiones bibliográficas de los temas y apoyadas luego por casos clínicos didácticos. Las mesas fueron moderadas por residentes de último año y adjuntos o tutores que asistieron.

Se complementó con una conferencia sobre la cirugía de la glándula suprarrenal realizada por Dr. Miguel Arrabal Martin y el Andrólogo del Hospital Reina Sofía Rafael Prieto nos habló sobre la sexualidad en la tercera edad: mito o realidad

El curso fue un éxito total por su abundante participación y asistencia de residentes y tutores que hicieron de las jornadas muy didácticas con gran calidad científica. Las mesas fueron muy participativas y debatidas por los participantes.

En la asamblea se propusieron los temas del curso próximo que son cáncer de riñón, uretra y Vejiga neurógena. El evento, según el orden de rotación

de hospitales, se celebrará en Granada y como novedad, la mesa de Cáncer de Riñón que realizará en Inglés

El curso, aparte de su labor científica, también nos ayuda a conocer a los residentes nuevos y a la cohesión y buenas relaciones de los profesionales en formación de Urología.

Dr. Javier Amores
Vocal de Residentes.

RESUMENES 21 CURSO DE RESIDENTES DE UROLOGÍA

INFERTILIDAD MASCULINA.

Barahona Centeno, K.A.; García Valverde, A; García Ramos, J.B.; Jiménez López, I ; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón, J.P.; Pedrajas de Torres, G.; Bel Rincón J; Funes Padilla C; Déniz Cubas, A ;Gómez Vélazquez M; Linares Armada, R.
UGC Intercentros Urología. Complejo Hospitalario de Huelva.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es la incapacidad de una pareja sexualmente activa que no emplea métodos anticonceptivos de lograr el embarazo en el plazo de un año.

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es proporcionar una visión general de la etiología, la evaluación y diagnóstico de la infertilidad masculina.

METODOLOGÍA Y RESULTADO

En torno al 15 % de las parejas no logran el embarazo en el plazo de un año. El 50 % de las parejas que no tienen hijos en contra de su voluntad se identifica un factor asociado a infertilidad masculina junto con parámetros seminales anormales. La fertilidad masculina puede verse reducida como consecuencia de anomalías congénitas o adquiridas, infecciones genitourinarias, varicocele, trastornos endocrinos, trastornos genéticos e inmunitarios. El 30-40 % de los casos son idiopáticos. En la evaluación de la infertilidad masculina es importante identificar una causa y brindar tratamiento si la etiología es corregible. Si un tratamiento específico no está disponible o el origen de la infertilidad por factor masculino no se puede

corregir, pueden existir otras opciones, como las técnicas de reproducción asistida (TRA).

MANEJO DE AZOOSPERMIA.

Antón Eguia, B.T.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El factor masculino es responsable de más del 50% de los casos de esterilidad masculina. El diagnóstico de azoospermia se define como la ausencia de espermatozoides en el eyaculado, basándose en, al menos, dos seminogramas con una diferencia entre ellos de unas 4 semanas. Su prevalencia es del 2% en la población general y del 10-20% en los hombres estudiados por esterilidad. En la práctica se distinguen 2 tipos de azoospermia: obstructiva (AO) y no obstructiva (ANO), siendo esta última la más frecuente. Es imprescindible un correcto diagnóstico diferencial. La evaluación mínima inicial debe constar de una completa historia clínica, exploración física y perfil hormonal, que incluirá al menos FSH y testosterona en sangre. Los estudios genéticos pueden ser de interés y recomendables en algunos casos. El protocolo de tratamiento dependerá de la valoración inicial y los valores de FSH. Puede incluir un tratamiento hormonal para estimular la producción de espermatozoides o la práctica de una biopsia testicular.

A continuación, presento el caso de un paciente con azoospermia no obstructiva y su manejo.

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años que consulta por esterilidad primaria documentándose azoospermia. Entre sus antecedentes personales destaca una pubertad incompleta y tardía que fue etiquetada como retraso constitucional de la pubertad. Antecedentes familiares sin interés. No refiere ingesta medicamentosa ni hábitos tóxicos. En la exploración física se observa una distribución ginecoide de la grasa corporal con escaso vello facial, axilar y pubiano. Pene de 10 cm. Testículos escrotales de volumen reducido (12 ml por orquidómetro de Prader), simétricos y de consistencia firme (estadio IV de Tanner). Se palpan deferentes sin que se aprecie varicocele. Tacto rectal normal.

Los perfiles hormonales revelaron una FSH y unos niveles de testosterona total bajos. La ecografía no presentó hallazgos relevantes. El cariotipo fue normal (46 XY). Concluimos, por tanto, que se trataba de un hipogonadismo hipogonadotropo idiopático.

Se inició tratamiento con FSH ultrapurificada a dosis de 150 UI cada 2 días durante 3 meses. Tras este periodo, se practicó seminograma de control donde se encontraron espermatozoides (86 millones) y determinación hormonal con mejoría de los valores de FSH y testosterona. El paciente realizó dos ciclos de FIV en centro privado que no fueron positivos. Fue

enviado a la unidad de reproducción y se mantuvo tratamiento por si alcanzaba embarazo normal.

CONCLUSIÓN

La exploración completa y escrupulosa de la infertilidad masculina es esencial. El análisis meticuloso del seminograma puede orientar sobre el posible origen de la azoospermia. En una proporción significativa de estos hombres puede identificarse una causa genética subyacente, por lo que el diagnóstico genético adquiere especial relevancia.

El hipogonadismo hipogonadotrofo es la causa de esterilidad masculina en un pequeño porcentaje de pacientes. Puede tener un origen congénito (síndrome de Kallmann) o adquirido (tumores hipofisarios, traumatismos...). Sin embargo, en numerosas ocasiones no se llega a un diagnóstico etiológico. Los síntomas de hipogonadismo dependen de la edad de aparición, siendo las manifestaciones antes de la pubertad más floridas.

El tratamiento para restaurar una espermatogénesis normal requiere la administración exógena de gonadotropinas. El tratamiento debe ser prolongado, con una duración del al menos 12-18 meses. En el 95% de los casos se va a obtener una respuesta favorable, entendiendo como tal la aparición de espermatozoides en el eyaculado.

CASO CLÍNICO OLIGOASTENOTERATOZOOSPERMIA.

Carmona Sánchez,E.

H.U. Virgen de la Victoria, Málaga.

1ª VISITA

Varón de 36 años, NAMC. Fumador y bebedor de fines de semana. Consumidor ocasional de cocaína. Sin antecedentes médicos de interés, salvo rinitis alérgica en tratamiento con AntiH1 y corticoides tópicos nasales. No otros tratamientos.

IQ: Apendicectomía. Amigdalectomía.

Antecedentes familiares: padre fallecido por IAM. Madre con demencia senil. Casado desde hace 5 años.

Motivo de consulta: Tras 2 años sin conseguir embarazo espontáneo junto con su pareja., acude derivado desde la consulta de reproducción asistida, para valoración urológica y estudio, por nuestra parte. Acude con su esposa, con informe ginecológico casi completo, sin haber encontrado causa de infertilidad femenina de momento, pendiente aún de resultados de HSP.

Anamnesis: No concepciones previas. No antecedentes de ETS. No prostatitis. Frecuencia sexual entorno a 3-4 veces por semana. No refiere disfunción eréctil ni trastornos de la eyaculación. Uso de lubricantes en ocasiones. No antecedentes de criptorquidia, parotiditis prepuberal. No Torsión.

Exploración: BEG. No ginecomastia. Caracteres sexuales secundarios perfectamente desarrollados. Abdomen sin alteraciones evidentes, no se palpan masas ni megalias, no cicatrices, ni hernias. Pene: circuncidado. Testes: ambos de tamaño, consistencia y contorno regular. Izq: varicocele grado I, con valsalva. Deferentes palpables. TR: Vol I adenomatosa, bilobulada, no adherida a planos profundos. Reflejos presentes.

Pruebas complementarias: Se solicita ecografía abdominal y Seminograma (se explican medidas para la toma y entrega de la misma y recomendaciones), AVN que incluye hemograma, coagulación, BQ con perfil lipídico, hepático función renal y estudio hormonal (5 ejes: TSH, PRL, GH, FSH y LH, ACTH), Testosterona, albumina y SHBG. IIEF-5.

2ª VISITA

Acude a resultados: Ecografía: varicocele izquierdo grado II. AS: Todos los parámetros estaban dentro de la normalidad.

Espermograma: reveló una oligoastenoteratozoospermia (Recuento 12 millones/ml, 15% de espermatozoides móviles (10% B y 5% C) y 28% morfologías normales)

IIEF-5: 23

Plan: Confirmado el varicocele, se incluye en LEQ para su corrección. Se da cita par nuevo espermograma. Se recomienda estilo de vida saludable.

3ª VISITA

Corregido el varicocele. Aporta nuevo seminograma: con mejoría sustancial del mismo: 18mill/ml, 60% móviles (40% A y 20%B), 35% morfología normal.

Tras 6 meses, se consigue embarazo espontáneo.

ABSTRACT DE TÉCNICAS DE OBTENCIÓN ESPERMÁTICA.

Cuaresma Díaz, A.;Marengo Jiménez, J.L..

Hospital Universitario Virgen Macarena.

INTRODUCCIÓN

Desde el desarrollo de la ICSI en 1992, las técnicas de obtención espermática han sido utilizadas de forma extendida para el tratamiento de la infertilidad masculina secundaria a azoospermia.

En la azoospermia obstructiva los espermatozoides son potencialmente recuperables de los vasos deferentes, epidídimo y testículo mediante técnicas quirúrgicas abiertas o percutáneas. En la azoospermia no obstructiva, los espermatozoides se obtienen exclusivamente a nivel

testicular y la tasa de eficacia es menor.

MATERIALES Y MÉTODO

Según el nivel donde realicemos las diferentes técnicas distinguiremos:

-Aspiración espermática deferencial: se realiza en aquellos casos de azoospermia obstructiva (congénita o adquirida) a nivel prostático o de los deferentes. La mayor ventaja de esta técnica es el avanzado nivel de maduración de los espermatozoides

-Aspiración epididimaria: indicada en casos de agenesia de los conductos deferentes u obstrucción a este nivel. Diferenciamos dos técnicas: aspiración espermática microscópica epididimaria (MESA) y la aspiración espermática percutánea epididimaria (PESA).

-Aquellos pacientes con azoospermia debido a obstrucción de vías seminales a nivel intratesticular, azoospermia no obstructiva u obstrucción funcional secundaria a patología neurológica son candidatos a obtención espermática a nivel testicular, ya sea mediante aspiración espermática testicular (TESA), extracción espermática testicular abierta (TESE) o punción percutánea siendo un procedimiento relativamente inocuo para el paciente. TESE es el procedimiento más utilizado en los casos de azoospermia no obstructiva y dentro de éste cabe diferenciar la microdissección, la multibiopsia y la aspiración con aguja fina.

En cuanto al impacto en términos de tasa de gestación y fertilización exitosa, diferentes estudios no encuentran diferencias en el uso de espermatozoides frescos frente a los sometidos a criopreservación. Otros estudios encuentran menores tasas de implantación en los espermatozoides obtenidos sometidos a criopreservación

CONCLUSIONES

1. Todos los pacientes con azoospermias obstructivas y parte de los pacientes con azoospermias no obstructivas son tributarios de técnicas de extracción espermática que podrán rendir espermatozoides válidos para TRA
2. Los pacientes con azoospermias por causa obstructiva presentan mayor tasa de gestaciones exitosas frente a aquellos con azoospermia no obstructiva
3. No existe suficiente evidencia en la actualidad para recomendar una técnica obstructiva en concreto sobre otra.

TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN DE LA VÍA SEMINAL.

Flores Sirvent, L.; Molina Díaz, P.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

INTRODUCCIÓN

En España se estima una incidencia de 6000 varones vasectomizados al año. Entre el 2 y el 6% de los varones sometidos a vasectomía solicitan una reversión de la misma. También existen otras causas menos comunes de obstrucción de la vía seminal como las secundarias a iatrogenia quirúrgica (hernia inguinal) o a infecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed de artículos en lengua inglesa sobre reconstrucción de la vía seminal, utilizando las palabras clave vasectomy, vasovasostomy, vasoepididymostomy, seleccionando aquellos de mayor relevancia.

DISCUSIÓN.

Las técnicas más empleadas son vasovasostomía y epididimovasostomía, la decisión de realizar una u otra depende en gran medida de las características macro y microscópicas del fluido seminal. Se han desarrollado nomogramas que pueden resultar útiles para orientar futuras decisiones de tratamiento.

Las complicaciones de estas cirugías son poco comunes, la más importante por su trascendencia es el hematoma escrotal, que debe ser drenado para minimizar los efectos sobre la anastomosis.

El factor pronóstico más importante para el éxito de la reversión es la duración de la oclusión.

CONCLUSIONES

Las técnicas de reversión de la vasectomía son procedimientos comunes aunque complejos para restaurar la fertilidad en varones vasectomizados.

La discrepancia existente entre las tasas de permeabilidad y las tasas de embarazo después de estas técnicas sugieren que pueden existir cambios morfológicos y moleculares como secuela de la vasectomía que pueden ser irreversibles.

BIBLIOGRAFÍA

Surgical management of male infertility. Campbell-Walsh Urology, Tenth Edition. Ed. Elsevier. 2012; p.656-673.

Larry I. Lipshultz, Jon A. Rumohr, Richard C. Bennett. Techniques for vasectomy reversal. Urol Clin N Am. 2009; 36: 375-382.

Aaron M. Bernie, E. Charles Osterberg, Peter J. Stahl. Vasectomy reversal in humans, Spermatogenesis. 2012; 2:4, 273-278.

David M. Fenig, Michael W. Kattan, Jesse N. Mills. Nomogram to preoperatively predict the probability of requiring epididymovasostomy during vasectomy reversal. J Urol. 2012; 187: 215-218.

Kevin A. Ostrowski, A. Scott Polackwich, Michael J. Conlin. Impact of gross and microscopic vasal fluid during vasectomy reversal on pregnancy. J Urol. 2015, doi: 10.1016/j.juro.2015.01.009.

ABSTRACT TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Domínguez Villalón, M.; Candau Vargas-Zúñiga, F.
Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

En el trabajo realizado se describen brevemente las principales técnicas de reproducción asistida, así como sus indicaciones, las posibles complicaciones y los requisitos necesarios para llevar a cabo cada una de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras revisar la literatura más actualizada acerca de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), hemos realizado un resumen incluyendo las características de cada una de estas técnicas. Además, hemos consultado al Servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital para obtener más referencias sobre las técnicas descritas.

TÉCNICAS

Las Técnicas de Reproducción Asistida pretenden facilitar el acercamiento de un gameto masculino a un gameto femenino. Para ello, se pueden clasificar en dos grandes bloques, que a su vez se subdividen en las distintas técnicas.

Estos dos grandes bloques son:

- Inseminación artificial (IA): La fecundación se realiza en tracto genital femenino.
- Fecundación in Vitro (FIV): La fecundación se lleva a cabo en laboratorio.

La IA se puede realizar con semen de cónyuge o donante y requiere una correcta permeabilidad tubárica. Según la localización, existen cinco tipos de IA, siendo actualmente los más extendidos los tres primeros:

- Intravaginal
- Intracervical
- Intrauterina
- Intratubárica
- Intraperitoneal

La FIV está indicada principalmente en caso de patología tubárica o fracaso de la IA, ya que requiere menor número de espermatozoides que ésta. Consiste en la introducción de ovocitos y espermatozoides en un medio de cultivo idóneo para la fecundación y una vez obtenido el preembrión, se introduce en la cavidad uterina.

Existen dos subtipos de FIV, la ICSI y la IMSI, que son técnicas algo más complejas pero que en algunas circunstancias presentan muchas ventajas con respecto a la FIV.

- ICSI: Introducción del espermatozoide capacitado en el citoplasma del óvulo.
- IMSI: Selección del espermatozoide "perfecto" e introducción del mismo en el citoplasma del óvulo.

ELECCIÓN y EXAMEN DE DONANTE Y RECEPTOR (HISTORIA CLÍNICA, INDICACIONES CRITERIOS DE EXCLUSIÓN).

Cañete Bermúdez, J. (MIR de 3º año); Parra Serván, P. (MIR de 2º año).
UGC Urología. HU Puerta del Mar, Cádiz.

El trasplante renal es el tratamiento de elección en la enfermedad renal crónica estadio 5. En comparación con la diálisis crónica, mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad de la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no todos los enfermos son trasplantables ya que existen unas contraindicaciones absolutas (neoplasia activa, esperanza de vida < 1 año, consumo activo de drogas o alcohol, insuficiencia orgánica severa, psicosis no controlada) y otras relativas en las que se requieren medidas diagnósticas y terapéuticas previas a la inclusión del paciente en la Lista de Espera de Trasplante.

Del mismo modo la identificación y selección de un donante cadáver es un procedimiento complejo y multidisciplinar que involucra varios equipos médicos. En general, son donantes todos aquellos cadáveres en situación de muerte cerebral por traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, anoxia cerebral o tumores benignos no metastatizantes. Los criterios de selección de un donante cadáver no son absolutos. Algunos son controvertidos y deben ser evaluados y discutidos sobre bases individuales, si bien siempre dentro de un contexto referencial amplio.

En esta exposición intentaremos dar una visión general sobre el proceso diagnóstico necesario para la identificación de donantes y la selección de receptores.

IMPLANTE RENAL: PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Cuevas Palomino, A; Román Martín, A.A.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal terminal disponen actualmente, gracias

a los avances de la ciencia del trasplante, de una opción de tratamiento sustitutivo que les puede deparar una espectacular mejora tanto en la esperanza como en la calidad de vida. En este sentido, el trasplante renal figura como una de las técnicas quirúrgicas más clásicas en el ámbito de la cirugía de los trasplantes orgánicos.

MÉTODO

Hacemos una revisión bibliográfica de los aspectos más relevantes en cuanto al procedimiento del implante renal, aportando datos técnicos e iconografía. Asimismo prestamos también especial interés a los cuidados preoperatorios del receptor de un trasplante de riñón.

RESULTADOS

El receptor de un injerto renal es un paciente con un gran riesgo quirúrgico debido a su estado urémico y a la inmunosupresión a la que se va a someter. Esto, unido a que en ocasiones la cirugía del trasplante renal plantea dificultades técnicas, hacen necesario que la técnica quirúrgica sea cuidadosa y meticulosa. Esta meticulosidad viene apoyada por una técnica ampliamente estandarizada que puede dividirse en tres etapas: 1) preparación de los vasos del receptor, 2) revascularización del riñón (anastomosis venosa y arterial) y 3) reconstrucción de la vía urinaria. El trasplante renal más habitual es el heterotópico en el cual se anastomosan los vasos renales y los iliacos y se sitúa el riñón en retroperitoneo en fosa iliaca. La primera alternativa es la fosa iliaca derecha, soliendo reservarse la izquierda para segundos trasplantes. En el trasplante renal ortotópico se sitúa el riñón en fosa lumbar izquierda. Se realiza la nefrectomía del riñón propio con el objetivo de usar la vena y la pelvis para las anastomosis con el injerto, mientras que para la anastomosis arterial se suele emplear la arteria esplénica. Debido a la mayor dificultad técnica este tipo de trasplante suele ser una alternativa en terceros trasplantes o imposibilidad de realizar el implante en fosa iliaca.

CONCLUSIONES

La cirugía del implante renal es una técnica estandarizada. Resulta evidente la importancia en la formación y desarrollo quirúrgico del equipo urológico que lleva a cabo el trasplante con la finalidad de minimizar la morbimortalidad asociada y aumentar el número de injertos viables.

MANEJO POSTOPERATORIO.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DEL TRASPLANTE RENAL.

Rivero Esteban, J.A; Euceda Cerna L.M.
H. Regional de Málaga.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico que ha demostrado prolongar la supervivencia en paciente con ESRD, reduce la morbilidad,

mejora la calidad de vida, además reduce los costos asociados con la atención médica, con los riesgos quirúrgicos y anestésicos inherentes a este procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en gerion con los términos "complicaciones", "post-operatorias" y "trasplante renal". Se seleccionan los artículos desde 2000-2015 de revistas de impacto. Hemos seleccionado algunos artículos clásicos de la literatura. Se realiza conjuntamente un revisión de las guías clínicas Europeas y Americanas.

RESULTADOS

Las complicaciones del trasplante renal se pueden dividir en 2 grupos en función del momento de aparición: precoces (seroma, absceso, hemorragia, fístula urinaria, hematuria, hernia incisional, trombosis arterial y venosa) y tardías (estenosis ureteral, reflujo vesico ureteral, pielonefritis, calculos renales, estenosis arterial, fistulas arteriovenosas y pseudoaneurisma y linfocèle). Debemos de conocerlas ya que dicho conocimiento ayuda a su diagnóstico y su correcto tratamiento.

CONCLUSIÓN

Las complicaciones postquirúrgicas del trasplante renal son frecuentes que requieren un diagnóstico precoz, manejo correcto basado en la evidencia clínica actual.

ASISTOLIA Y DONANTE DE VIVO (Indicaciones, exclusión, técnica)

Barrabino Martín, R.; La Iglesia Lozano, B.
Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

La donación de órganos constituye con diferencia uno de los factores de tratamiento con mayor impacto para el tratamiento de ciertas patologías. La mejora en términos de supervivencia, el aumento en la demanda de órganos y la cada vez mayor cantidad de enfermos candidatos a beneficiarse de los trasplantes, son los factores básicos que han contribuido al crecimiento de esta práctica clínica. En España la donación y el trasplante se encuentran regulados por la Ley de Trasplantes que garantiza entre otros, dos aspectos fundamentales: el altruismo de la donación, y la equidad en el acceso al trasplante.

La actividad de trasplante renal realizada en España ha sido prioritariamente de donante cadáver. El trasplante renal de donante vivo ha mantenido unos escasos niveles de actividad hasta el año 2000, fecha en que comienza un incremento progresivo en el número de procedimientos y de hospitales que realizan esta terapia en parte debido a sus mejores resultados respecto al trasplante renal de donante cadáver, el aumento en la demanda y la mejora en la seguridad del donante. Actualmente supone casi el 15% del total de la actividad renal.

La donación de asistolia constituye actualmente la opción más razonable y prometedora para aumentar el pool de donantes. Es fundamental la colaboración de las organizaciones autonómicas de trasplante, la implicación de la dirección del centro y una fuerte motivación del personal sanitario implicado. Son programas complejos que requieren protocolos bien diseñados y consensuados, así como una perfecta coordinación entre los servicios de emergencia extrahospitalarios y la coordinación y estructura hospitalarias.

Presentamos las indicaciones, criterios de inclusión-exclusión y técnicas utilizadas para este tipo de donación, así como nuestra experiencia.

CASO CLÍNICO TRASPLANTE RENAL

Amores Bermúdez, J.(MIR 4)

Hospital Puerta Del Mar, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Presentar un caso de reimplante ureteral laparoscópico por reflujo vesico-ureteral.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años con antecedentes de trasplante páncreas-riñón en 2006 que sufrió trombosis de arteria renal y con posterior trasplante renal en 2007 de donante cadáver. Desde entonces cuadro de infecciones urinarias de repetición y dos ingresos en UCI por shock séptico.

En CUMS se demuestra reflujo vesico-ureteral y estenosis peneana de 4 cms y en estudio urodinámico contracción involuntaria a los 50cc de agua con disinergia vesico-esfinteriana.

Desde entonces permaneció sondado y se le ofertó reimplante ureteral laparoscópico que se realizó en 2013. Tuvo un postoperatorio complicado ya que se realizaron dos laparotomías exploradoras por hemorragia. Sufre cuadro de IR aguda con precisión de Hemodiálisis y colocación de catéter de nefrostomía de manera preventiva. El paciente presenta dolor abdominal con aumento de reactantes y en TAC se identifica perforación de colon con necesidad de colostomía de descarga. En todo momento estuvo ingresado en UCI.

EL paciente fue dado de alta y retirándose el catéter doble J, desde entonces no ha presentado más infecciones urinarias. La colostomía fue retirada a los 6 meses.

CONCLUSIÓN

El reimplante ureteral en pacientes trasplantados normalmente se realiza en estenosis de uréter terminal pero tiene también su importancia en reflujo

vesico ureteral con ITUs de repetición. La técnica laparoscópica es una herramienta eficaz en centros de experiencia.

NEOPLASIAS EN INJERTOS RENALES: APORTACIÓN DEL CASO DE UN LINFOMA RENAL PRIMARIO.

Martín Way, D.A.(R2)

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

INTRODUCCIÓN

La incidencia de tumores renales sobre los injertos se cifra alrededor de un 0,5% de todos los pacientes trasplantados. Dentro de los mismos, los linfomas renales primarios son excepcionales.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años que tras tres años de ser trasplantado, desarrolla una disfunción crónica del injerto, y se diagnostica de una tumoración renal de bordes imprecisos y 4x5cm en el injerto renal, por lo que se optó por la realización de una trasplantectomía.

El estudio anatomopatológico de la pieza informó que se trataba de un linfoma difuso de células alto grado de células B asociado a virus de Epstein-Barr (VEB). Una biopsia de médula ósea y el estudio de extensión fueron negativos, por lo que no se precisó quimioterapia adyuvante. El paciente, tras 14 años de seguimiento, ha pasado sus revisiones sin nuevas incidencias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aparición de un tumor primario en un injerto renal es infrecuente, aunque su incidencia es superior a la de tumores renales en la población general pero inferior a la de neoplasias de riñón nativo en trasplantados. Se proponen como posibles causas de los mismos la inmunosupresión y al seguimiento estrecho que siguen estos pacientes. No hay un tratamiento estandarizado propuesto, pero la tendencia actual a considerar la cirugía parcial como imperativa.

Respecto a los linfomas renales primarios, son un tipo de neoplasia muy rara, más aún su aparición en injertos renales. El diagnóstico debe realizarse mediante biopsia, aunque con frecuencia se presenta como una masa simulando un cáncer renal y se diagnostica tras el análisis de la pieza de nefrectomía radical. Suelen tener mal pronóstico y su tratamiento de elección es la quimioterapia sistémica usando la pauta CHOP con o sin rituximab, y en algunos casos la radioterapia adyuvante puede asociarse. En los casos debidos a VEB la nefrectomía es una buena opción de tratamiento, y presentan un pronóstico más favorable.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN NEFRECTOMÍAS: TRANSPERITONEAL VS EXTRAPERITONEAL.

Parra López, L.

H.U. Virgen del Rocío, Sevilla.

Actualmente la nefrectomía laparoscópica es la técnica de elección en patología benigna y oncológica en casos seleccionados.

Las indicaciones de nefrectomía laparoscópica incluye patología renal benigna secundaria a uropatía obstructiva, vascular, infecciosa, así como, tumores renales T1-T3a, NOM0 en pacientes seleccionados.

La localización retroperitoneal del riñón obliga al conocimiento anatómico de este espacio particular y permite posibilidades de acceso sin la necesidad de apertura del peritoneo.

De esta forma, disponemos del abordaje laparoscópico transperitoneal vs extraperitoneal con sus respectivas ventajas y limitaciones. A su vez, ambas técnicas pueden diferenciarse en función de método en: laparoscopia pura, mano-asistida y puerto único.

El abordaje transperitoneal ofrece como principal ventaja el rápido control vascular del hilio y una mejor orientación anatómica con una curva de aprendizaje ya superada.

El abordaje extraperitoneal o retroperitoneoscopia tiene como ventajas evitar las posibles complicaciones secundarias a la apertura peritoneal aunque presenta una curva de aprendizaje compleja y un campo quirúrgico limitado que dificulta la técnica.

En la literatura, los últimos estudios muestran menor morbimortalidad y mejor recuperación postoperatoria con disminución de la estancia hospitalaria a favor de la retroperitoneoscopia con diferencias estadísticamente significativas.

Como conclusión, ambas técnicas están aceptadas en la nefrectomía laparoscópica con ventajas y limitaciones anteriormente descritas que obliga a individualizar cada caso para optar por una u otra vía.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS MASAS RENALES GRANDES O CON TROMBO EN CAVA.

Navarro Serrato, J.C.; Revelo Cadena, I.; Díez Farto, S.; Saucedo Giménez, I.; Ramírez Chamorro, F.; Jiménez Romero M.E.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de exéresis del riñón, puede presentar múltiples dificultades. El tamaño de la lesión y la circunstancias anatómicas pueden interferir en el desarrollo de la intervención. Estas dificultades y las complicaciones consiguientes se pueden controlar teniendo claro varios factores que van a determinar la estrategia operatoria, que no sólo dependerá del tamaño de la lesión, sino también de las características del paciente y de la experiencia del cirujano. Gracias al desarrollo de las técnicas de imagen, la incidencia de masas renales grandes cada vez es menor, pudiendo recibir tratamiento en estadios más precoces. Por otro lado, el riesgo de trombosis asociada en el CCR es de un 18%.

DESARROLLO

No existe un criterio claro que defina una masa renal grande, nosotros consideramos que aquella masa renal mayor de 10 cm cumple con estos criterios. La elección de la vía de acceso dependerá, además del tamaño de la lesión, de la indicación quirúrgica, las características del paciente (comorbilidades asociadas) y de la experiencia del cirujano. En la literatura, se describen múltiples técnicas y vías de abordaje para este tipo de lesiones: Incisión subcostal anterior, toracoabdominal supracostal, Chevron, incisión en Y...

Hoy en día, las masas renales grandes con trombosis asociada suponen una amenaza relativa, ya que el desarrollo de las técnicas de imagen, nos permite detectarlas de manera precoz, conociendo con exactitud el trombo y su volumen. Se debe localizar preoperatoriamente la zona de adhesión del trombo (Nivel I, II, III, IV), a fin de orientar la flebotomía durante la intervención.

La valoración de este tipo de patologías dentro de comités multidisciplinares, donde se incluyan cirujanos vasculares, cirujanos generales, oncólogos, radiólogos., puede resultar beneficioso, ya que obtendremos un mejor conocimiento del caso, así como de las posibles complicaciones y requerimientos facultativos que puedan surgir durante la intervención.

CONCLUSIONES

El conocimiento anatómico y de las diferentes vías de abordaje sobre este tipo de lesiones nos permite realizar una individualización del paciente, eligiendo la técnica quirúrgica más adecuada, las posibles complicaciones y, en definitiva el mejor tratamiento quirúrgico para el paciente. La linfadenectomía regional y la trombectomía, en los casos de trombosis de la vena cava, han demostrado un aumento de la supervivencia en este tipo de pacientes. El abordaje multidisciplinar es imprescindible para una buena técnica quirúrgica.

ABORDAJE TRANSPERITONEAL VS EXTRAPERITONEAL EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

Leanez Jiménez, M.(R2)

H. U. Virgen De Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical está considerada como el tratamiento de referencia en el cáncer de próstata clínicamente localizado.

La introducción en los últimos años de la laparoscopia en la urología y específicamente en la cirugía del cáncer de próstata, ha comportado la comparación, no solo entre la técnica clásica retropúbica y el abordaje laparoscópico, sino entre las diferentes técnicas laparoscópicas entre ellas.

VENTAJAS VÍA LAPAROSCÓPICA

Existen claras diferencias a favor de la PRL con respecto a la cirugía abierta.

- La visión mediante laparoscopia es exquisita y permite nuevos horizontes en lo que se refiere al conocimiento anatómico.
- El sangrado se ha demostrado claramente menor en la PRL.
- Por su parte, el tiempo quirúrgico, que fue un inconveniente al inicio de todas las series, se ha ido reduciendo.
- El dolor postoperatorio es menor.
- Todo ello, influye directamente en una menor estancia hospitalaria y en una reincorporación a la vida laboral más precoz.

TÉCNICAS DE PRL

- Transperitoneal posterior.
- Extraperitoneal.
- Transperitoneal anterior.
- Transperitoneal anterior retrógrada.
- Transperitoneal anterior intrafascial.
- Asistida por robot.

CONCLUSIONES

La prostatectomía radical laparoscópica es una técnica estandarizada y realizable tras un aprendizaje básico en cirugía. Existen numerosas publicaciones que avalan una equivalencia de resultados entre ambas vías. La vía extraperitoneal presenta la gran ventaja de no abordar directamente órganos intraperitoneales, con las complicaciones potenciales que eso conlleva. Por su parte, la vía intraperitoneal nos permite un mayor campo laparoscópico y un abordaje más completo de toda la región pélvica.

COMPARACIÓN ENTRE LA POSICIÓN SUPINA Y LA POSICIÓN PRONA EN LA NEFROLITOMÍA PERCUTÁNEA.

Dra. María Olmo Ruíz.

H. U. Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La posición supina, ideada por Valdivia hace dos décadas para la nefrolitomía percutánea, presenta múltiples ventajas frente a la posición prona. El objetivo es realizar una revisión de los artículos hasta la fecha comparando ambas posiciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de PubMed utilizando los siguientes términos MeSH; "supine position", "prone position", "percutaneous nephrolithotomy", obteniendo 67 resultados de artículos publicados en los últimos 10 años. Se analiza la técnica quirúrgica y anestésica, tasa de resolución litiásica y complicaciones.

RESULTADOS

En los últimos 10 años se han llevado a cabo múltiples estudios para comparar ambas posiciones. Tras el análisis de los resultados se encuentra que la curva de aprendizaje fue rápida y fácil para la posición supina.

No encontraron diferencias entre las dos posiciones con respecto a la estancia hospitalaria. Y las tasas, tanto de éxito, en cuanto a resolución litiásica, como de complicaciones son similares para ambas posiciones *quirúrgicas*.

La posición prona presenta mayores riesgos anestésicos debidos a la restricción en la capacidad ventilatoria, mayor dificultad de retorno venoso y aumento de la presión intraocular. Por tanto en pacientes obesos o aquellos con compromiso cardiopulmonar, muestran ventajas evidentes en supino.

Destaca la disminución del tiempo operatorio con la posición supina en parte debido a que no es preciso voltear al paciente tras la anestesia. Además este cambio postural exige la concurrencia de mayor número de ayudantes en el quirófano y una vigilancia máxima en dicha maniobra para evitar complicaciones traumatológicas y neurológicas.

Otra de las ventajas de esta posición es la posibilidad de acceso simultáneo a las vías urinarias inferiores, facilitando la limpieza de restos litiásicos.

En busca de facilitar la punción, el campo operativo, mejores trayectos y combinar la cirugía retrógrada y anterógrada han aparecido múltiples variantes de la posición supina.

CONCLUSIONES

La nefrolitotomía en posición supina resulta segura y eficaz. Ofrece las ventajas potenciales de un mejor acceso, menor reposicionamiento del

paciente, la capacidad de disponer de acceso anterógrado y retrógrado simultáneo, un mejor control de la vía aérea durante los procedimientos, lo que reduce el exceso de tiempo quirúrgico en comparación con la posición prona.

ABORDAJE ABDOMINAL VS VAGINAL PARA PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS.

Sánchez Martínez, N.M.

H.R.U Carlos Haya, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La cirugía tradicional del prolapso de órganos pélvicos (POP) ha sido la colposacropexia abierta, con unos excelentes resultados a largo plazo pero no carente de morbilidad asociada. En un esfuerzo por minimizar la invasividad de este abordaje se propuso y desarrollaron los abordajes vaginales, tanto con uso de malla como sin ella.

Recientemente se han difundido dos alertas de la FDA en relación al uso de mallas para el POP; lo cual, unido a la posibilidad de obtener los resultados de la cirugía abierta con un abordaje menos invasivo, en relación con las cirugías robótica y laparoscópica, ha producido una migración de las indicaciones nuevamente al abordaje abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en lengua inglesa en el metabuscador gerión, en la Colaboración Cochrane y en pubmed por separado; las palabras clave usadas han sido: prolapse, pelvic floor, transvaginal, abdominal approach.

De los artículos obtenidos se han rescatado aquellos con mayor relevancia y las revisiones bibliográficas.

DISCUSIÓN

Según los resultados de los distintos ensayos clínicos y revisiones realizadas, entre ellas una de la colaboración COCHRANE que incluye 21 ensayos clínicos aleatorizados, podemos concluir que la evidencia científica apoya:

-En los prolapso de compartimento anterior: la malla transvaginal se asocia con mejores resultados anatómicos y menor tasa de recurrencia, pero sin diferencias en los síntomas o calidad de vida respecto al no uso de malla por vía vaginal, teniendo la cirugía abierta una tasa similar de éxitos, con menor tasa de extrusiones de malla.

-En los prolapso de compartimento posterior: no existe evidencia de que el uso de mallas mejore los resultados.

-En los prolapso de compartimento apical: la colposacropexia abdominal tiene mejores resultados anatómicos y menor tasa de recurrencia y dispareunia que la vía vaginal.

CONCLUSIONES

La vía transvaginal es una opción segura y poco invasiva para el tratamiento de los POP de compartimento anterior, con muy buenos resultados en aquellos POP generalmente de bajo grado y no asociados a descensos de compartimento medio, decreciendo los resultados en prolapsos de mayor entidad, o asociados al descenso de compartimento apical; en cuyo caso la cirugía abierta mantiene su indicación, apoyada en la mejora de las cirugías abdominales minimamente invasivas, como son la laparoscopia y la robótica.

BIBLIOGRAFÍA

-A review of the current status of the laparoscopic and robot-assisted colposacropexy for pelvic organ prolapse. RK. Lee; A. Mottrie; K. Payne; D. Waltregny. Eur Urol. On-line ahead of print.

-Abdominal approaches to pelvic prolapse repairs. M.E. Pollard; K. Eilber; J.T. Anger. Current opinion review

-E. C. Trabuco, MD; John B Gebhart, MD. Overview of transvaginal placement of reconstructive materials (surgical mesh or biografts) for treatment of pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence. Uptodate. Review Nov 2014.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA. Linfadenectomía enfocada a los distintos cánceres urológicos.

Dra. Isabel Jiménez López

H. Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Los tumores urológicos tienen una incidencia creciente en los últimos años y en la mayor parte de los casos, debido al avance de las técnicas diagnósticas y programas de cribado, se realiza el diagnóstico en estadios precoces de la enfermedad. Esto determina que al diagnosticar tumores de pequeño tamaño o incidentales, la extensión ganglionar linfática no sea frecuente.

La vía linfática es una de las principales vías de diseminación de cualquier tipo de tumor constituyéndose como un elemento importante a valorar para la estadificación y pronóstico de nuestros pacientes. Una vez el tumor se extiende "fuera" de su órgano de origen, el pronóstico puede empeorar de forma considerable; por ello será importante conocer los territorios de drenaje linfático de cada uno de los tumores urológicos y realizar linfadenectomía en los casos indicados, ya que ésta maniobra quirúrgica puede determinar un cambio importante en el pronóstico vital del paciente.

Los distintos tumores urológicos tienen su área de drenaje a nivel de ganglios pélvicos (paravesicales, obturadores, iliacos externos, presacros,...), paraaórticos, y paracavos incluyendo, en el caso del Ca renal, los ganglios hiliares renales.

Será de especial importancia tener una técnica depurada de linfadenectomía para extraer el mayor número de ganglios posibles a fin de poder obtener

resultados fiables en cuanto a extensión locorregional y metástasis ganglionar. De igual modo, dado que es frecuente el diagnóstico en estadio precoz de la enfermedad, destacar la importancia de conocer las indicaciones y extensión de la linfadenectomía para evitar añadir morbilidad a nuestros pacientes.

CASO CLÍNICO DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA: Nefrectomía radical derecha + exéresis de trombo tumoral nivel IV Neves (aurícula derecha).

García del Pino, M.J.

H.U. Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento adecuado de la anatomía del retroperitoneo y las relaciones anatómicas son fundamentales para el abordaje de las grandes masas renales y de la trombosis tumoral asociada a las mismas.

CASO CLÍNICO

Aportamos el caso de un paciente de 74 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo II, DLP, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica tipo angina estable, que acude a nuestras consultas por dolor abdominal difuso y síndrome constitucional siendo diagnosticado de masa sólida renal derecho con trombosis tumoral que afecta a vena renal derecha, vena cava inferior y alcanza aurícula derecha (nivel IV). A través de una incisión subcostal bilateral y esternotomía media se realizó nefrectomía radical derecha y trombectomía atrio-caval.

CONCLUSIÓN

Un adecuado abordaje quirúrgico es fundamental para una correcta exposición del campo operatorio y para la resolución de las complicaciones que puedan presentarse. Describimos las diferentes maniobras quirúrgicas de exposición y de control de los grandes vasos retroperitoneales.

CASO CLÍNICO ANATOMÍA QUIRURGICA: Abordaje perineal VS abdominal del prolapso de órganos pélvicos.

Yáñez Gálvez, A. (R4)

HU Virgen de la Victoria. Málaga

CASO 1

Mujer de 72 años.

Antecedentes personales: NAMC. HTA y osteoporosis. Intervenido de apendicectomía y amidalectomía. 4 partos vaginales.

Motivo de consulta: sensación de bulto y dificultad de vaciado vesical.

Exploración: cistocele y prolapso uterino grado IV. No incontinencia urinaria oculta. Desgarro perineal.

Intervención quirúrgica: corrección del prolapso vía transvaginal mediante 2 mallas de polipropileno monofilamento de anclaje al ligamento sacroespinoso (Elevate anterior y posterior®). Tras 3 días de estancia hospitalaria con sondaje vesical y taponamiento vaginal, la paciente fue dada de alta sin incidencias.

Seguimiento: tras 19 meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática, con una recidiva anatómica del cistocele grado I.

CASO 2

Mujer de 53 años

Antecedentes personales: NAMC. Sin antecedentes de interés salvo histerectomía vaginal hace 3 años. 3 partos vaginales.

Motivo de consulta: sensación de bulto.

Exploración: Cistocele y prolapso de cúpula grado IV. No IUE.

Intervención quirúrgica: Colposacropexia laparoscópica. Evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta tras 2 días de ingreso hospitalario.

Seguimiento: tras 12 meses de seguimiento la paciente se encuentra subjetivamente muy bien, con una recidiva anatómica grado II del cistocele.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del POP está condicionado a la severidad de los síntomas, el estado de salud y el deseo de la paciente.

El abordaje quirúrgico debe ser individualizado, atendiendo a las características y las necesidades de la paciente.

CASO CLÍNICO: ANATOMÍA QUIRÚRGICA DEL CONDUCTO INGUINAL

Caballero Cobos,R. (R2)

Complejo Hospitalario de Huelva.

INTRODUCCIÓN

El conducto inguinal es una estructura cilíndrica oblicua, de aproximadamente 4cm de longitud, que se extiende desde el anillo inguinal profundo (fascia transversalis) al superficial (oblicuo externo). Se compone entonces de 2 paredes: anterior (musc. Oblicuo ext. y fibras oblicuo int.) y posterior (fascia transversalis y reforzada por tendón conjunto) y 2 bordes:

superior (aponeurosis oblicuo interno y musc. Transverso) e inferior (ligamento inguinal).

Contiene en el varón el cordón espermático (fascias espermáticas, sistema vasculo-nervioso, deferente, musculo cremaster) y el nervio ilioinguinal (L1). Por lo que, el conducto inguinal será la vía de abordaje de elección, ante patología del cordón espermático o testicular.

CASO CLÍNICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Varón de 5 años, con antecedente de asma bronquial. Acude a consulta de Urología, presentando desde hace dos años, aumento fluctuante de región escrotal derecha, siendo éste mayor al llegar la noche y en crisis asmáticas, no doloroso. A la exploración descartamos hernia inguinal y observamos teste izquierdo en bolsa y derecho ascendido, aunque se consigue bajar a bolsa, con ligero aumento de región escrotal derecha, sin signos inflamatorios locales, no doloroso y con transluminación positiva. Ecografía en consulta que confirma hidrocele derecho.

Ante los hallazgos y clínica del paciente, concluimos en hidrocele comunicante, indicando tratamiento quirúrgico. Éste consistirá en la identificación de cada una de las estructuras que componen el conducto inguinal y cordón espermático, con individualización, ligadura y sección de la persistencia. Creación de neo-bolsa escrotal y fijación testicular.

CONCLUSIONES

En la Cirugía Urológica, es frecuente el abordaje inguinal, tomando especial protagonismo en la cirugía mayor ambulatoria. Dentro de las patologías, con dicho abordaje quirúrgico, encontraremos algunas como la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, varicocele, los quistes de cordón y epidídimo, las criptorquidias o tumores testiculares. Por lo tanto, el estudio y control de las estructuras que componen el conducto inguinal, es un punto clave para la formación de un residente de urología.



Casos Clínicos

QUIMIOLISIS ORAL CON ALOPURINOL DE LITIASIS PIÉLICA DE ÁCIDO ÚRICO.

Miguel A. Arrabal-Polo; María del Carmen Cano-García; Luis Óscar Roletto-Salmo; Guillermo Hidalgo-Agulló

UGC Urología intercentros. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería.

INTRODUCCIÓN

La litiasis de ácido úrico está aumentando su incidencia por su relación con la obesidad, diabetes y síndrome metabólico que cada vez son más frecuentes en la población de nuestro medio. El pH urinario por debajo de 5.5 es el factor más importante a tener en cuenta en la fisiopatología de este tipo de litiasis, por lo que se aconseja una correcta alcalinización de orina, siendo útiles los inhibidores de la xantina-deshidrogenasa cuando no es posible dicha alcalinización (1,2). Además del pH urinario ácido, otros factores a tener en cuenta son la baja diuresis y el incremento de la excreción urinaria de ácido úrico (3).

CASO CLÍNICO

Varón de 67 años con antecedentes de nefrolitiasis bilateral, hipertensión arterial, obesidad e insuficiencia renal, que acude a nuestra consulta derivado del médico de atención primaria por presencia de litiasis piélica derecha de 30 mm en ecografía. Se realiza radiografía simple de abdomen en la que no se observa litiasis descrita en la ecografía. Se completa estudio con TAC abdominopélvico en el que se observa una litiasis piélica de 32x24x27 mm (flecha roja) con hidronefrosis grado 2-3 derecha y una litiasis milimétrica en cáliz inferior (flecha azul) (Figura 1). Se solicita estudio metabólico en el que destaca la presencia de hiperpotasemia de 5.4 mmol/L (normal 3.5-5); hipocalcemia 8.1 mg/dl (normal 8.8-10.2); hipocitraturia 125 mg/24h (normal >320 mg/24h), aclaramiento de creatinina 46 ml/min (normal >70 ml/min), pH urinario ácido 5.5 y cristales de urato en sedimento. No se observan alteraciones en la uricemia (6.1 mg/dl), uricosuria (400 mg/24h), calciuria (15.4 mg/24h) ni oxaluria (20 mg/24h). Se decide instaurar tratamiento médico con alopurinol 100 mg/24 h y se aconseja dieta con restricción de alcohol y alimentos ricos en purinas, además de aumento de ingesta de vegetales y zumos de cítricos. No se instaura tratamiento con citrato potásico para tratamiento de la hipocitraturia y de pH ácido por la presencia de insuficiencia renal con hiperpotasemia. Se programa para nefrolitotomía percutánea dos meses después de la inclusión. Se realiza pielografía ascendente (Figura 1) sin apreciar ningún defecto de repleción piélico y únicamente la litiasis milimétrica descrita en TAC (flecha azul), por lo que se realiza ureteroscopia semirrígida sin evidenciar litiasis en la unión pieloureteral. Se solicita nuevo TAC sin contraste observándose catéter doble jota derecho sin evidencia de litiasis (Figura 2), por lo que se retira. En la actualidad se mantiene al paciente con dieta hipourica, zumos de cítricos y alopurinol 100 mg/24 h.

DISCUSIÓN

Los cálculos de ácido úrico representan aproximadamente el 10% de todas las litiasis (4), aunque su incidencia está aumentando progresivamente. La precipitación del ácido úrico se debe fundamentalmente a la presencia del aumento de úrico en orina, pH de orina ácido y baja diuresis. No obstante, el factor fundamental es el pH de orina, puesto que con un pH de 5, con una baja concentración de úrico en orina puede producirse la precipitación. Por tanto, la alcalinización urinaria manteniendo pH de orina entre 6.2-6.5 es fundamental, bien con la dieta o con suplementos de citrato potásico o bicarbonato (5). Sin embargo, cuando no es posible dar suplementos de citrato potásico, el tratamiento con fármacos hipouricemiantes puede favorecer el descenso de la concentración de úrico en orina y por tanto no es preciso un aumento tan importante del pH para que el ácido úrico se encuentre en forma estable y se produzca la disolución del cristal (6). En el caso que hemos presentado, la dieta hipoúrica y los zumos de cítricos, junto con la administración de alopurinol ha permitido la disolución de la litiasis en apenas 60 días de tratamiento médico, no siendo preciso la administración de fármacos alcalinizantes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mehta TH, Goldfarb DS. Uric acid stones and hyperuricosuria. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2012; 19: 413-8.
- 2.- Wiederkehr MR, Moe OW. Uric acid nephrolithiasis: A systematic metabolic disorder. *Clin Rev Bone Miner Metab.* 2011; 9: 207-17.
- 3.- Kenny JE, Goldfarb DS. Update on the pathophysiology and management of uric acid renal stones. *Curr Rheumatol Rep.* 2010; 12: 125-9.
- 4.- Proceso Asistencial Integrado Urolitiasis. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012. http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/urolitiasis/urolitiasis.pdf.
- 5.- Grases F, Costa-Bauza A, Prieto RM. Renal lithiasis and nutrition. *Nut J.* 2006; 5: 23.
- 6.- Goldfarb DS, MacDonald PA, Gunawardhana L, Chefo S, McLean L. Randomized controlled trial of febuxostat versus allopurinol or placebo in individuals with higher urinary uric acid excretion and calcium stones. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013; 8: 1960-7.

FIGURAS

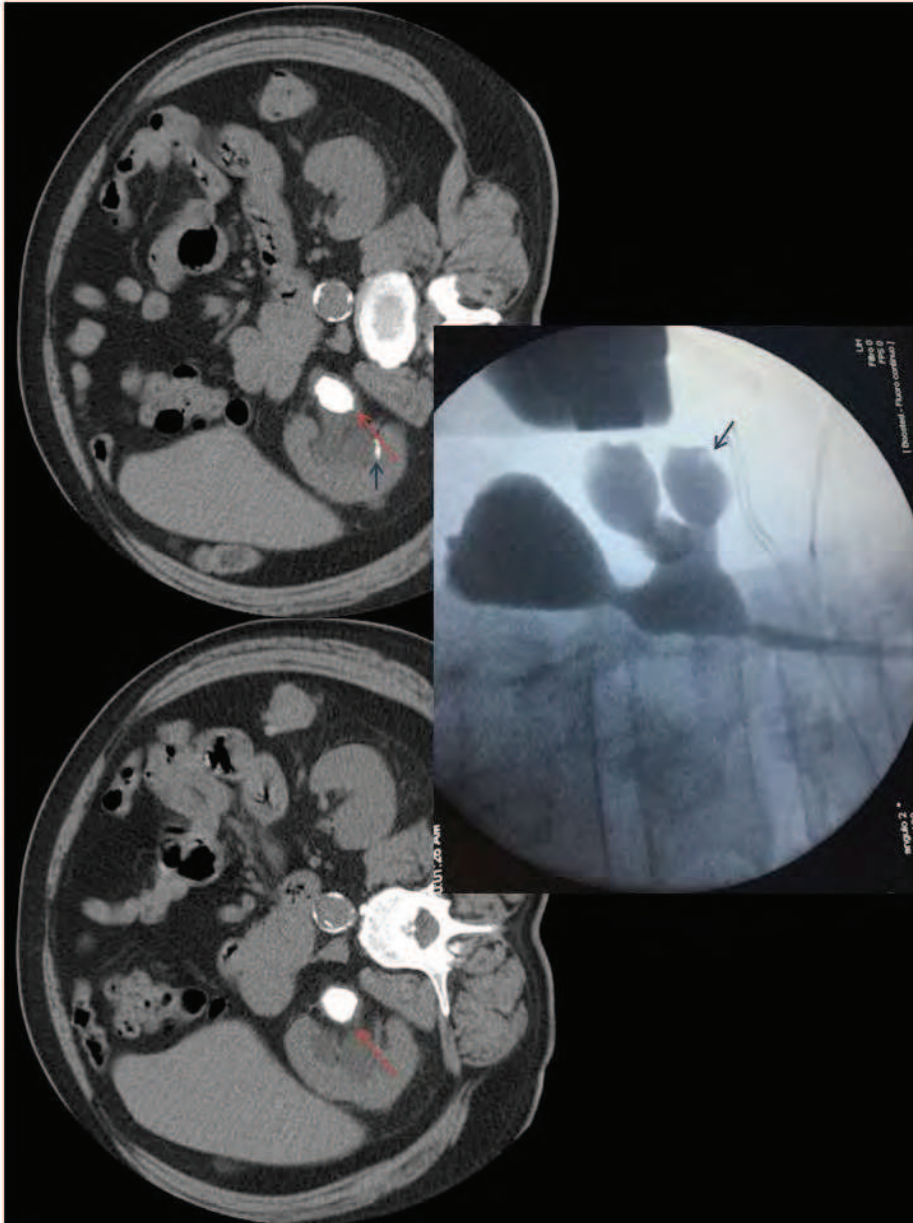


Figura 1: TAC abdominopélvico en el que se observa litiasis piélica derecha con hidronefrosis renal grado 2-3 y otra litiasis milimétrica en caliz inferior de dicha unidad renal. En la pielografía ascendente tras dos meses de tratamiento con alopurinol no se aprecia litiasis piélica.

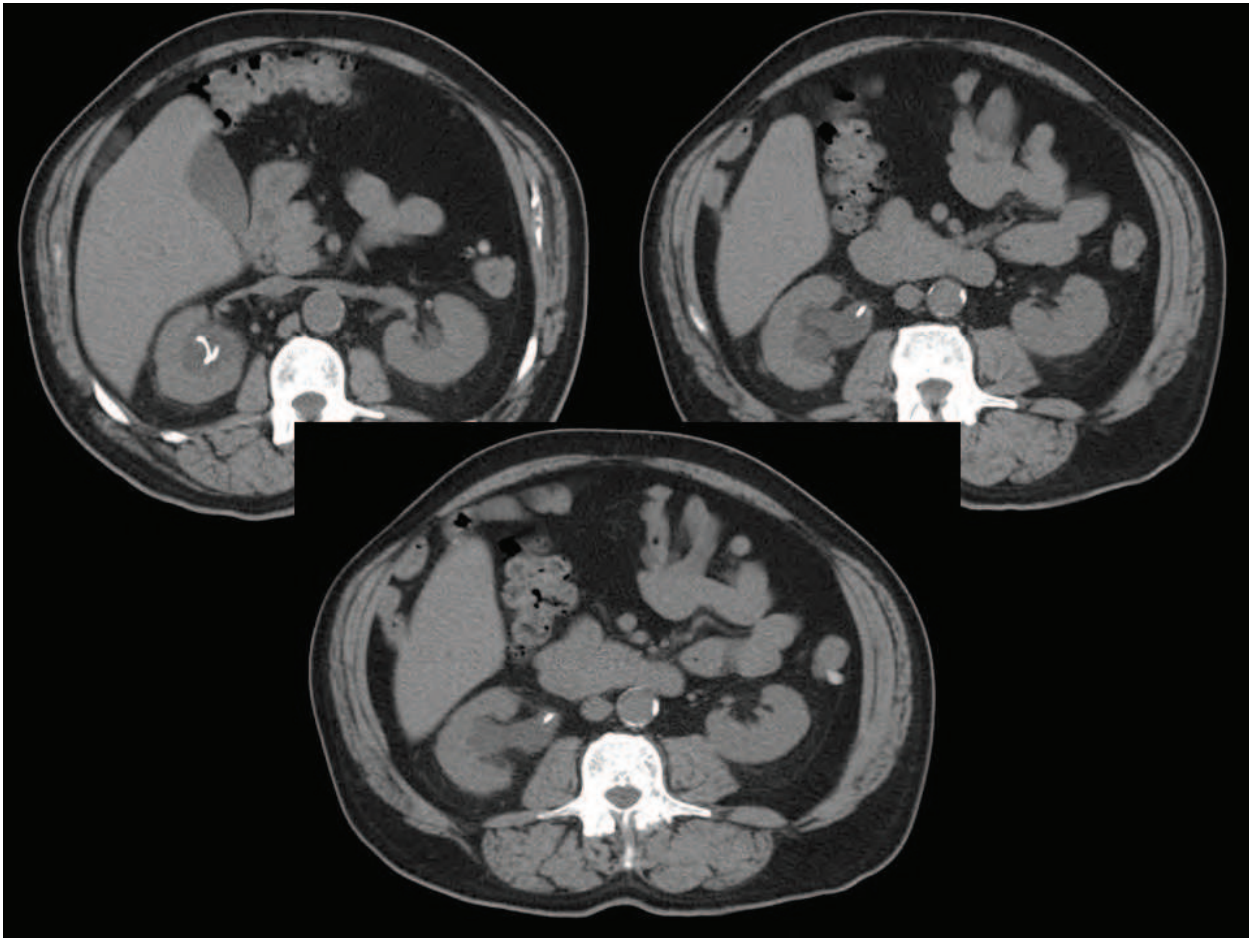


Figura 2: TAC abdominopélvico en el que se observa el catéter doble jota tras pielografía ascendente y ureteroscopia sin imágenes compatibles con litiasis.

ÉXITUS POR NEUTROPENIA FEBRIL TRAS SUNITINIB NEOADYUVANTE EN PACIENTE CON CÁNCER RENAL METASTÁSICO.

José Francisco Flores-Martín, Ignacio Puche-Sanz, Fernando Vázquez-Alonso, José Manuel Cózar-Olmo.

Complejo Hospitalario Universitario Granada.

INTRODUCCIÓN

Las terapias diana representan en la actualidad el tratamiento de elección del cáncer renal metastásico. Sunitinib es un inhibidor multiquinasa utilizado como tratamiento de primera línea en casos de riesgo bajo e intermedio según el MSKCC, pues proporciona un aumento del período libre de progresión en comparación con la inmunoterapia (1).

Sunitinib puede producir una serie de efectos secundarios muy variables con diferentes grados de toxicidad, pero que excepcionalmente puede producir la

muerte del paciente. Uno de los efectos más graves, es la neutropenia febril, que aparece en el 0.4% de los casos (2).

CASO CLÍNICO

Varón de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipercoagulabilidad genética en tratamiento con antiagregantes, que tras cuadro de disartria y hemiparesia izquierda, es diagnosticado de tumor renal izquierdo de 13cm (figura 1) con metástasis pulmonares (figura 2), ganglionares mediastínicas y cerebrales, correspondiendo a un riesgo MSKCC intermedio.

Se procede a radiocirugía + radioterapia holocraneal de las metástasis cerebrales, cediendo la sintomatología neurológica. Tras analítica completa sin hallazgos significativos, se decide iniciar tratamiento neoadyuvante con sunitinib 50mg con ciclos habituales de 4 semanas de tratamiento y 2 semanas de descanso.

A las 3 semanas de tratamiento con sunitinib, el paciente acude a urgencias por fiebre de más 38°C y mal estado general. En la analítica sanguínea se aprecia una neutropenia y trombocitopenia grado IV (100/mm³ y <15000mm³, respectivamente); junto con un infiltrado pulmonar en la radiografía de tórax sugerente de neumonía (figura 3). Se procede a ingreso hospitalario, con suspensión de sunitinib, antibioterapia de amplio espectro (meropenem 1g cada 8h intravenoso) y administración de factor estimulante de colonias de granulocitos (5mcg/kg/día subcutáneo). La evolución es tórpida, falleciendo el paciente a las 48 horas.

DISCUSIÓN

La toxicidad de sunitinib ha sido evaluada en varios ensayos clínicos aleatorios, así como en los ensayos fase II y fase III, donde se comparó sunitinib con IFN-alfa como primera línea de tratamiento (1, 2). Los eventos adversos más comunes en el grupo de sunitinib fueron: diarrea (53%), fatiga (51%), náuseas (44%), estomatitis (25%), vómitos (24%), hipertensión arterial (24%), y síndrome mano pie (20%). La toxicidad hematológica general fue frecuente: leucopenia (78%), neutropenia (72%), anemia (71%) y trombocitopenia (65%). Sin embargo, los efectos adversos hematológicos grado 3-4 fueron mucho menos frecuentes: neutropenia (12%), trombocitopenia (8%) y leucopenia (2%). Únicamente se registraron dos casos de neutropenia febril (0,4%), ambos con desenlace favorable, al contrario que nuestro paciente que finalmente falleció.

En un estudio de seguridad y tolerabilidad de sunitinib (3) se obtuvieron datos de 2341 pacientes que recibieron el fármaco a una dosis de 50 mg al día en ciclos de 4 semanas de tratamiento y 2 semanas de descanso. Los efectos adversos grado 3 y 4 fueron: fatiga (7,1%), hipertensión (5,4%), astenia (5,0%), síndrome mano-pie (4,5%), diarrea (3,6%), trombocitopenia (6,4%), neutropenia (4,1%) y anemia (2,6%). En este

estudio, no se recogió ningún caso de neutropenia febril. Posterior a éste estudio, se publicó otro realizado por Gore y cols. (4), donde se recogieron datos de 4564 pacientes obteniendo datos similares de toxicidad y tampoco se registraron casos de toxicidad grave por neutropenia.

La mayoría de los efectos secundarios que aparecen con sunitinib, son reversibles y no deben dar lugar a la suspensión del fármaco. Si la toxicidad es de grado 1-2, el manejo es sintomático, sin precisar reducción de dosis. En caso de toxicidad grado 3-4, a menudo será necesaria una reducción de la dosis a 37.5 mg, pudiendo reducir hasta 25mg si fuera necesario.

En caso de neutropenia febril por sunitinib, se recomienda una suspensión del medicamento de forma inmediata al diagnóstico, junto al tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro urgente (dentro de las primeras 2 horas tras el diagnóstico) porque la infección puede progresar rápidamente. El uso de factores estimuladores de colonias no está claro y es controvertido en estos caso. El tratamiento podría ser reanudado una vez el paciente alcance la estabilidad clínica suficiente y un nivel de toxicidad grado 2 o menor (3).

La neutropenia febril se produce con frecuencia durante la neutropenia inducida por quimioterapia (habitualmente con <100 neutrófilos/mm³). Aproximadamente, un 10-50% de los pacientes con tumores sólidos y un 0,8% de las pacientes con enfermedades hematológicas malignas desarrollan fiebre de más de 38.3°C durante el primer ciclo de quimioterapia. Clínicamente, las infecciones ocurren solo en el 20%-30% de los episodios febriles, afectando de igual forma el aparato digestivo, pulmones y piel. La bacteriemia se produce en el 10% -25% de todos los pacientes (5). En nuestro caso, la neutropenia febril, se asoció a neumonía y shock séptico y fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES

Los principales efectos secundarios de sunitinib (astenia, toxicidad gastrointestinal, síndrome mano-pie, hipertensión y toxicidad hematológica) pueden manejarse de forma ambulatoria con tratamiento sintomático. La neutropenia febril representa una complicación excepcional pero muy grave, que puede llegar a ser mortal, por lo que debe ser identificada y tratada de manera precoz. El tratamiento consiste en la suspensión de sunitinib, antibioterapia de amplio espectro de forma precoz y tratamiento de soporte.

BIBLIOGRAFÍA

- Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastático renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356:115-24
- Motzer RJ, Rini BI, Bukowski RM, et al. Sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *JAMA* 2006; 295:2516-24.
- Negriera S, Ravaudb A. Optimisation of sunitinib therapy in metastatic renal cell carcinoma: adverse-event management. *EJC supplements* 2007; 7 (5): 12-19

Gore ME, Szczylik C, Porta C et al. Safety and efficacy of sunitinib for metastatic renal-cell carcinoma: an expanded-access trial. *Lancet Oncol* 2009;10: 757–763.

Alison G., Freifeld J., Kent A., et al. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America *Clin Infect Dis.* 2011; 52(4): 56-9.

FIGURAS



Figura 1

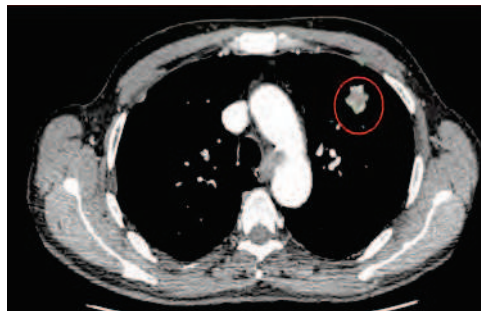


Figura 2

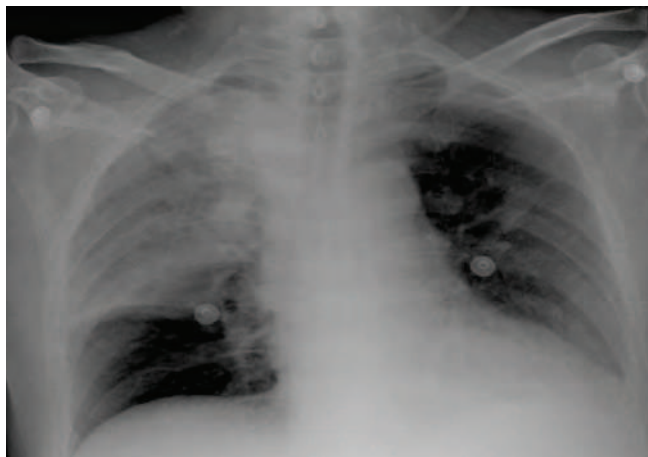


Figura 3

PROGRESIÓN EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO.

Gutiérrez Tejero F, Velarde Muñoz C, Galisteo Moya R, Pastor Anguita F, Navarro Sanchez-Ortiz A, Moreno Jiménez J.
Complejo Hospitalario Jaén.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es actualmente un problema de salud para cualquier sistema sanitario. Esto es debido a que es la segunda neoplasia maligna más frecuente en varones y la sexta causa de muerte por cáncer. Se estima que, en 2030, los nuevos casos alcanzarán 1,7 millones y las muertes 499.000. Es un cáncer hormono sensible por lo que el tratamiento inicial en su fase diseminada es el bloqueo androgénico mediante análogos de la LH-RH. Cuando estos pacientes progresan, la única arma terapéutica de que disponíamos hasta hace poco era la quimioterapia. En los últimos años han ido apareciendo nuevos fármacos como abiraterona y más recientemente enzalutamida y radio 223 que han mejorado la supervivencia y la calidad de vida en estos pacientes. Está por determinar cuál será la secuenciación ideal de estos tratamientos.

CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

Antecedentes personales: HTA, fibrilación auricular que precisó cardioversión eléctrica en 2010. En tratamiento con: valsartan/amlodipino/hidroclorotiazida, dabigatrán y amiodarona.

Historia clínica:

Paciente de 65 años que es diagnosticado de adenocarcinoma prostático en enero de 2013 tras estudio por dolor lumbo sacro intenso (PSA 87 ng/mL, gleason 5+4 en ambos lóbulos y en todos los cilindros, tacto rectal T2c). Gammagrafía ósea: metástasis en sacro e isquiopubianas. (Figura 1). Inicia bloqueo androgénico completo (análogo LH-RH + bicalutamida) así como radioterapia antiálgica y ácido zoledrónico.

Tras iniciar el tratamiento el paciente queda asintomático tomando ocasionalmente algún analgésico menor. El PSA fue descendiendo hasta alcanzar un PSA nadir de 2,1 ng/ml en junio de 2013. En octubre comienza a elevarse progresivamente el PSA en varias determinaciones (9,6 ng/ml) con testosterona en rango de castración, realizándosele una gammagrafía ósea (depósitos anómalos en pelvis y tercio proximal de fémur izquierdo) y un TC (hígado con imágenes hipodensas subcentimétricas no caracterizables. Imágenes blásticas a nivel de sacro izquierdo, ambos huesos ilíacos y región isquiática izquierda. Imagen blástica a nivel de L5).

El paciente es diagnosticado en noviembre de cáncer de próstata resistente a castración metastásico (sin metástasis viscerales) y levemente sintomático

(ECOG:1) por lo que inicia tratamiento con abiraterona 1000 mg más prednisona 10 mg.

La tolerancia al fármaco es muy buena no apareciendo ningún efecto adverso. El dolor se encuentra controlado. No hay alteraciones analíticas salvo elevación progresiva del PSA (151 ng/ml). Al 5º mes de tratamiento con abiraterona presenta deterioro de su estado físico con aumento del dolor óseo, hepatomegalia dolorosa, aumento de la GGT así como del PSA (505 ng/ml). Gammagrafía ósea: similar a previa. TC: imágenes en hígado compatibles con metástasis hepáticas. Figura 2. Imágenes blásticas a nivel de L5 y región sacra fundamentalmente izquierda, ambos huesos ilíacos y región isquiática así como a nivel de ambos cuellos femorales.

Ante la progresión clínica y radiológica se suspende abiraterona e inicia tratamiento con docetaxel 75 mg/m² cada 3 semanas (abril 2014). La quimioterapia es bien tolerada presentando el paciente disminución del dolor óseo así como de las cifras de PSA (158 ng/ml). Se mantiene estable con buen control del dolor y leves incrementos del PSA en los controles sucesivos. En enero de 2015 presenta empeoramiento clínico (ECOG:2) y con PSA (398 ng/ml) iniciando una segunda línea de quimioterapia (cabazitaxel). No hay respuesta al tratamiento progresando clínicamente y con PSA > 1000 ng/ml falleciendo en marzo de 2015.

COMENTARIOS

El cáncer de próstata es una enfermedad muy heterogénea por lo que los tratamientos deberán de individualizarse y ser valorados en comités multidisciplinarios donde el urólogo debe tener un papel predominante. Esto nos exige a los urólogos una formación continua y la creación de protocolos que permitan uniformar la atención de estos pacientes con el compromiso de hacer sostenible, ante la llegada de nuevos fármacos, el sistema sanitario actual. Está por determinar cuál es la secuenciación de tratamientos óptima.

Existen varias opciones de tratamiento actualmente en nuestro país del cáncer de próstata resistente a castración metastásico que han demostrado aumento de supervivencia como son: abiraterona, enzalutamida, Radio-223, docetaxel y cabazitaxel. Dada su muy reciente incorporación a nuestro arsenal terapéutico de algunos de ellos, no queda claramente definido cuando utilizar uno u otro y la secuenciación de tratamientos que debemos realizar. A esto además se añade los resultados del estudio CHAARTED que podría plantear en determinados pacientes, el uso de la quimioterapia inicialmente asociada al análogo de LH-RH en hormonosensibles.

Nosotros iniciamos tratamiento con abiraterona por indicación de ficha técnica y por ser el único del que disponíamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrabal Martín M, Anglada Curado F, Cozar Olmo JM, Moreno Jiménez J et al. Acetato de abiraterona prequimioterapia: propuesta de un

algoritmo de tratamiento en el carcinoma de próstata resistente a castración. Actas Urol Esp 2014; 38(5):327-333.

2. Protocolos del CPRC. AAU. AEU.

FIGURAS

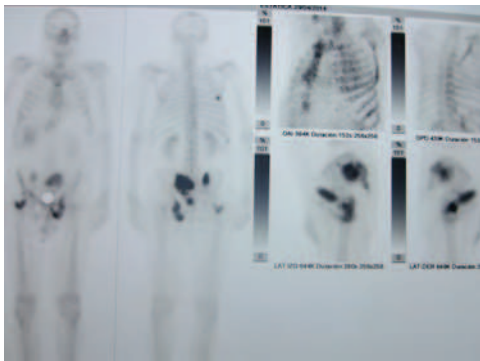


Figura 1

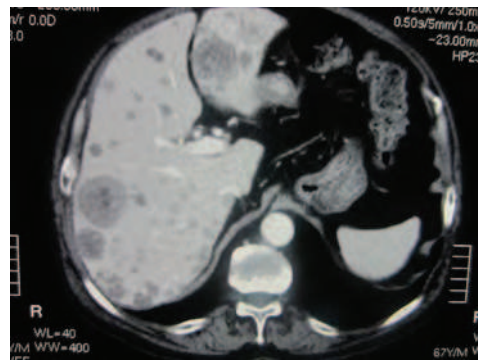


Figura 2

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LESIÓN URETERAL BILATERAL TRAS HISTERECTOMÍA. DISECCIÓN DE URÉTER INTRAMURAL Y ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL.

Juárez Soto, A.; Arroyo Maestre, J.M.; Soto Delgado, M.; Ibañez Suárez, R.; Campanario, R.; Fuentes, M.; Guisado, C.; Arrabal Polo, M.A.
H.U.de Jerez de la Frontera.

INTRODUCCIÓN

La lesión ureteral iatrógena representa el 75% de los casos de traumatismo ureteral, ya sea por sección completa o parcial del mismo. La lesión del uréter distal es mucho más frecuente que la del uréter proximal y en determinadas ocasiones pasa desapercibida y es descubierta posteriormente en forma de estenosis e hidronefrosis (1, 2). Los procedimientos ginecológicos y urológicos son los que se asocian con más frecuencia con la lesión del uréter, produciéndose durante la cirugía ginecológica lesión ureteral con una incidencia del 0.1 al 1.5% en el tratamiento de patología benigna y hasta el 5% en procedimientos oncológicos (2). De manera individualizada según los procedimientos, hay una incidencia de lesión ureteral del 0.03-2% en la histerectomía abdominal, del 0.02-0.5% en la histerectomía vaginal, del 0.2-6% en la histerectomía laparoscópica, del 1.7-3% en los procedimientos uroginecológicos y hasta el 4.4% en el Wertheims (2). El uso de la cirugía laparoscópica en ginecología ha producido un aumento en el número de lesiones ureterales, siendo responsable de hasta el 64% de las lesiones que se producen por esta vía en comparación con la cirugía general laparoscópica y la cirugía urológica laparoscópica (1).

El tratamiento de las lesiones de uréter es diferente según la localización de la misma (3). En el uréter distal, que es donde suceden la mayoría de las lesiones ureterales durante los procedimientos ginecológicos (4), el tratamiento dependerá de si se produce una laceración menor del 50%, en cuyo caso se colocará un stent ureteral o si es mayor del 50% o hay desvascularización en el que está indicada la cirugía (1). En las lesiones de uréter inferior o uréter pélvico se recomienda como primera línea de tratamiento, en el caso de ser precisa la cirugía, la realización de un reimplante ureteral (1).

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 38 años intervenida de histerectomía por miomas uterinos, presentando en el postoperatorio dolor abdominal con peritonismo, sin fiebre ni deterioro del estado general y débito de orina por el drenaje. Se confirma el diagnóstico mediante urografía intravenosa observando falta de continuidad a nivel de uréter distal bilateral (Figura 1). De forma inmediata al diagnóstico y tras confirmar que no hay signos de infección se realiza cirugía laparoscópica de reparación ureteral. La cirugía consiste en la disección del muñón ureteral distal y anastomosis termino-terminal con apoyo de catéter doble jota, en lugar de realizar reimplantación ureteral. Los resultados obtenidos a los 6 meses muestran buena funcionalidad renal bilateral sin estenosis de la anastomosis ureteral bilateral (Figura 2).

COMENTARIOS

El tratamiento por abordaje laparoscópico de las lesiones ureterales parece ser el método de elección por sus buenos resultados iniciales (2). Cuando se produce una lesión completa del uréter distal suele realizarse una reimplantación ureteral directa o bien una vejiga psóica o colgajo tipo Boari para asegurar la continuidad uretero-vesical (1, 5). Este tipo de tratamiento quirúrgico con ureteroneocistostomía requiere en muchos casos de diferentes técnicas de reimplantación ureteral para mantener la función fisiológica de la unión ureterovesical (5) que prolongan el tiempo quirúrgico y aumentan la morbilidad. En general, cuando se produce una sección completa del uréter se realiza una reparación tras sección oblicua para espatularlo y colocación de stent ureteral y sutura término-terminal, siempre que exista muñón ureteral que permita la reanastomosis (3, 6, 7). Nuestra técnica quirúrgica permite disecar un segmento de uréter intramural que nos facilita disponer de un segmento distal lo suficientemente amplio como para poder colocar un stent ureteral y realizar una sutura término-terminal sin dificultad y sin tensión. Colocamos el stent ureteral a través de un abocath percutáneo que nos permite introducir una guía flexible hacia el muñón distal ureteral y posicionar el extremo del stenty posteriormente redirigir la guía al extremo proximal del uréter para terminar de posicionar el stent en el extremo renal. Este método nos permite colocar el stent ureteral sin modificar la posición del paciente durante la laparoscopia, al igual que realizan otros autores (8). La anastomosis uretero-ureteral con disección del uréter distal intramural para la obtención de un muñón distal de más de 1

cm no ha sido descrita previamente en la literatura, ya que en la mayoría de los casos en los que no existe una porción de uréter distal amplia o viable para la anastomosis término-terminal se decide por la reimplantación ureteral en cualquiera de sus diferentes modalidades (2, 3). La disección del uréter intramural previa colocación de un stent ureteral que nos sirve de guía es simple y sencilla, nos permite obtener hasta 1 centímetro de uréter distal viable y sano, facilitando de esa manera la anastomosis término-terminal y por tanto disminuir la morbilidad y la prolongación del tiempo quirúrgico que suponen el reimplante directo en vejiga o cualquiera de las otras técnicas descritas (2, 3) y sin necesidad de realizar un mecanismo antirreflujo. Creemos que mantener el mecanismo fisiológico y la disposición anatómica normal de la vía urinaria debe ser la primera opción de tratamiento aunque la lesión y sección completa se produzca en el uréter distal próximo a la porción intramural.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abboudi H, Ahmed K, Royle J, Shamim Khan M, Dasgupta P, N´Dow J. Ureteric injury: a challenging condition to diagnose and manage. *Nat Rev Urol*. doi: 10.1038/nrurol.2012.254
- 2.- De Cicco C, Ussia A, Koninckx PR. Laparoscopic ureteral repair in gynaecological surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011; 23: 296-300.
- 3.- De Cicco C, Schonman R, Craessaerts M, Van Cleynenbreugel B, Ussia A, Koninckx PR. Laparoscopic management of ureteral lesions in gynecology. *Fertil Steril*. 2009; 92: 1424-7.
- 4.- De Cicco C, Ret Dávalos ML, Van Cleynenbreugel B, Verguts J, Koninckx PR. Iatrogenic ureteral lesions and repair: a review for gynecologists. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007; 14: 428-35.
- 5.- Núñez Mora C, García Mediero JM, Cabrera PM, Hernández E, García Tello A, Angulo JC. Tratamiento de la estenosis de uréter distal mediante reimplantación urétero-vesical laparoscópica. *Actas Urol Esp*. 2011; 35: 31-6.
- 6.- Choi KM, Choi JS, Lee JH, Lee KW, Park SH, Park MI. Laparoscopic ureteroureteral anastomosis for distal ureteral injuries during gynecologic laparoscopic surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010; 17: 468-72.
- 7.- Liu CY, Kim JH, Bryant JF. Laparoscopic ureteroureteral anastomosis on the distal ureter. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2011; 8: 412-5.
- 8.- Brichart N, Prezelin Y, Celhay O, Bruyère F. Novel method for placement ureteral stent during laparoscopic ureteroureterostomy. *J Endourol*. 2008; 22: 2411-2.

FIGURAS



Figura 1: En la urografía intravenosa observamos sección completa y bilateral a nivel distal ureteral con extravasación de contraste.



Figura 2: En la urografía intravenosa de control a los 6 meses observamos buen funcionalismo renal bilateral sin fugas o estenosis.



Patronos

asociación
andaluza de
urología

