

III Congreso de la Sociedad Vasca de Urología

*III Congress Urologic Society
of Basque Country*

DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

5 - 7 Octubre 2000

Índice de la Reunión:

1.^a parte: COMUNICACIONES

2.^a parte: RESÚMENES DE PÓSTERS

Mielolipoma Suprarrenal. Aportaciones de un caso y revisión

J. Campa, J. Ansa, J.A. López García,
I. Zamacola, J.M. Lódez de la Calle

Clínica Asunción. Tolosa. Gipuzkoa

Objetivo: Aportación de un nuevo caso de mielolipoma suprarrenal. Analizamos aspectos de diagnóstico y tratamiento revisando la bibliografía al respecto.

Método: Presentamos un caso de una mujer de 68 años cuyo diagnóstico se realizó duramente la evaluación de un dolor abdominal inespecífico. Se realizó exéresis quirúrgica mediante lumbotomía.

Conclusión: El mielolipoma es un tumor benigno originado de la corteza suprarrenal y no funcionante constituido por tejido adiposo y hematopoyético, descrito por Gierke en 1905. Su diagnóstico es casual, al ser generalmente asintomático y si presentan clínica ésta se manifiesta en forma de molestias abdominales difusas a nivel de fosa lumbar, masa palpable y más raramente hematoma retroperitoneal espontáneo. El diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía, TAC. Existen controversia en cuanto al tratamiento, optando por cirugía u observación en función del tamaño y/o sintomatología.

Carcinoma Renal de células claras en la comarca del Bajo Deba

V. Escobal, J.A. Rodríguez,
P. Arrosagaray

Servicio de Urología. Hospital de Mendara. Gipuzkoa

Objetivo: El tumor de células claras o hipernefoma representan el 90% de todos los tumores malignos renales y el 2% de los carcinomas en general. La incidencia en nuestro medio es de 4-4,5 por 100.000 hombres y de 1,6-2,2 mujeres por 100.000. Su sintomatología y crecimiento suele ser caprichosa y hasta en un 30% se diagnostican por síntomas o signos extrauroológicos. Un 30% presentan metástasis en el momento del diagnóstico y en la mitad de los casos existen micro-metástasis.

Realizamos una revisión de los casos habidos en nuestro medio en los últimos años. **Material y Métodos:** Hemos analizado un total de 28 intervenciones por tumor renal parenquimatoso, resultando 26 hipernefomas. Se han realizado un total de 13 nefrectomías radicales y 5 tumorectomías en los últimos 3 años.

En los 2 últimos años se ha detectado un incremento en la incidencia de tumores renales en nuestra comarca.

Conclusiones: Existe un incremento en la incidencia de hipernefomas, siendo en su mayoría de pequeño tamaño, con un incremento así mismo en el número de tumorectomías. Analizamos las posibles causas.

Evaluación de la indicación quirúrgica en el adenoma de próstata en el Hospital de Galdakao durante el año 1999

J. Larrinaga, M. Gamarra,
J. Guisasola, J.A. Gallego, I. Camargo,
C. Bernuy

Hospital de Galdakao. Bizkaia

Objetivo: Valorar la indicación quirúrgica en pacientes afectos de patología prostática benigna. Valorar la disparidad entre los diferentes urólogos del Servicio de Urología de dicho hospital a la hora de realizar la indicación de la técnica quirúrgica.

Valorar el grado de aproximación, en la evaluación de la patología prostática benigna, al protocolo "informe Osteba de Osakidetza" y al propio protocolo elaborado por el Servicio de Urología del hospital de Galdakao.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo. Descriptivo. Desde el 1 de enero al 31 diciembre de 1999. Total de pacientes incluidos en el estudio: 135. Apoyo logístico del Departamento de Metodología de Calidad del hospital de Galdakao. Estudio piloto previo para valorar viabilidad.

Resultados: Pruebas complementarias realizadas en porcentaje superior al 80% de pacientes (tacto rectal, creatinina, PSA, ecografía) excepción hecha de la flujometría con un porcentaje inferior al 3%.

Una vez catalogados los pacientes según sintomatología en grados (I-PSS), el tratamiento recomendado es mayoritariamente médico para los casos de sintomatología leve (83,9%) y moderada (63,4%), siendo quirúrgico (hasta en un 89,7%) en los pacientes con sintomatología grave.

Así mismo hasta un 5% de las indicaciones quirúrgicas han sido consideradas como dudosas según la revisión.

En cuanto a la técnica empleada el 63% fueron RTU prostáticas, el 33% cirugía abierta, el 3% incisiones prostáticas, y el 2% otras técnicas (TUNA, ...).

Se especifica estadística individualizada según urólogo y técnica.

Conclusiones: Se ha objetivado que existe una gran uniformidad de criterio entre los diferentes urólogos a la hora de indicar actitud terapéutica, aunque sería recomendable ceñirse más estrictamente al cuestionario I-PSS, sobre todo en los casos considerados como sintomatología leve.

Así mismo los pacientes presentan un alto porcentaje de pruebas complementarias que ayudan a mejorar la indicación.

Aunque se intuye con los datos personales de cada urólogo la existencia de preferencias a la hora de inclinarse por una u otra técnica, el porcentaje particular de la mayoría se asemeja a la estadística general.

Prostatectomía radical. Revisión de 61 pacientes

J.A. Rodríguez, V. Escobal,
P. Arrosagaray

Servicio de Urología. Hospital de Mendara. Gipuzkoa

Objetivo: Presentar 61 pacientes sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral en nuestro centro en el periodo comprendido entre Septiembre de 1994 y Septiembre del 2000.

Material y Métodos: Analizamos la edad y el motivo por el que acudieron los pacientes a la consulta. La exploración física, la analítica (PSA), la biopsia prostática (digital o ecodirigida) junto con el TAC y la gammagrafía ósea inicialmente, nos permitieron realizar un estadiaje clínico previo a la intervención quirúrgica.

Se estudia el método de biopsia prostática realizado así como el número de las mismas precisas para llegar al diagnóstico.

En un principio realizamos bloqueo hormonal previo a la intervención, no siendo utilizado en la actualidad.

Relatamos las complicaciones tanto en el postoperatorio inmediato, como en el postoperatorio tardío que se nos han presentado.

Valoramos los pacientes libres de enfermedad, los que han presentado recidiva y los tratamientos complementarios realizados.

Resultados: Presentamos el estado actual de nuestros pacientes como valoración de la eficacia de la cirugía radical en carcinoma de próstata clínicamente localizado, y las complicaciones inmediatas y tardías derivadas de la intervención.

Cabestrillo Transvaginal con malla de prolene T.V.T.: Un nuevo procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la I.O.E.

I. Madina, J. Azparrren, E. Artozqui, P. Arrue, C. Garrido, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital Aránzazu. C.H.D

Presentamos los resultados y las complicaciones a corto plazo de la colocación del cabestrillo transvaginal con malla de prolene según la técnica T.V.T., en 25 pacientes con incontinencia de esfuerzo realizadas entre enero y julio del 2000.

Nuestra experiencia con la técnica TVT en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer

Dra. Zubiaur, Dr. Infante, Dr. Iriarte, Dr. Unda

Hospital de Basurto. Bilbao.

En el año 1996 se describe por primera vez una nueva técnica mínimamente invasiva en el tratamiento de la incontinencia urinaria de Stress en la mujer. La técnica consiste en colocar una cinta de Prolene sin tensión a nivel de la uretra media a través de una pequeña incisión en vagina. En esta comunicación evaluamos la seguridad y eficacia de la técnica TVT en al corrección de la incontinencia urinaria de Esfuerzo en la mujer.

Métodos: Desde Dic.-98 hasta Junio-00 hemos utilizado esta técnica en 20 pacientes de edades comprendidas entre 46 y 80 años con una edad media de 66. A todas las pacientes se les realizó estudio Urodinámico demostrándose incontinencia de Stress en 16 pacientes (80%) e I.U.Mixta en 4 (20%). 7 de las pacientes habían sido sometidas previamente a intervenciones por incontinencia y a 4 de ellas se les practicó Histerectomía en la misma intervención.

Todas las pacientes fueron intervenidas bajo anestesia raquídea. Las complicaciones quirúrgicas fueron: 3 casos de perforación vesical (15%). 1 caso de perforación intestinal en una paciente con Histerectomía previa y 2 intervenciones posteriores por eventración. No hemos tenido ningún caso de hemorragia ni hematoma pélvico.

Resultados: Todas las pacientes han sido evaluadas en consulta con un seguimiento medio de 10 meses. 2 pacientes refirieron dificultad miccional en el postoperatorio

precisando en un caso autocateterismos durante 2 semanas. Hemos visto 1 caso de erosión vaginal 4 meses después de la intervención. De las 20 pacientes 16 están completamente continentes (80%) y 2 pacientes con I.U.Mixta están en tratamiento anticolinérgico con buen control de los episodios de urgencia-frecuencia y sin incontinencia. 2 pacientes continúan con incontinencia (10%) una por aparición de Inestabilidad "de novo" con mal control con la medicación y en la otra no se ha logrado reproducir la incontinencia en el estudio urodinámico.

Conclusiones: Comparando con otras series revisadas nuestras complicaciones son equiparables siendo la perforación vesical la más comunmente citada. En algunas ocasiones las complicaciones pueden ser de mayor gravedad como nuestro caso de perforación intestinal. Los resultados se pueden considerar equiparables con los presentados en otras series aunque se necesita un mayor período de seguimiento para verificar que los resultados positivos perduran con el paso del tiempo aunque en el trabajo publicado por el autor de la técnica con un seguimiento de 3 años se indica un porcentaje de curación del 86%.

Presentamos un hallazgo encontrado al realizar una biopsia prostática ecodirigida por PSA elevado en un paciente de 50 años de edad.

Se trata de una lesión quística de la glándula prostática que se desarrolla de los restos del conducto de Muller localizándose en la línea media, en situación posterior a la zona.

Litiasis Renal Recidivante, estudio sobre la eficacia del tratamiento médico en la Litiasis asociada a Hipercalciuria

J. Azparren I. Madina, G. Garmendia, E. Artozki, C. Garrido, J.A. López, F. Arocena

Hospital Aránzazu. CHD. San Sebastián. Gipuzkoa

Presentamos una revisión sobre el estudio metabólico en pacientes con litiasis cálcica desde el año 1994 realizado en nuestro centro sobre un total de 220 pacientes, siendo en 187 litiasis cálcica.

Anamnesis: Tipo de Litiasis: Cálcica: (90% oxalato-cálcico). Factores metabólicos: Hipercalciuria: 56% (Absortiva 68%, Excretora 8%, Resortiva 5%), Normocalciuria 42% (hiperuricosuria 70%, hiperoxaluria, hipocitratúria).

Resultados: •Diagnóstico etiológico: 85% de los casos. •Pacientes que presentan recidiva a los dos años: 16% (13/81). •Tratamiento farmacológico: 40%.

Conclusión: Se observa la eficacia del tratamiento con tiazidas y en ocasiones asociadas a citrato potásico en las litiasis asociadas a hipercalciuria (Renal y Absortiva tipo I), disminuyendo las recidivas y la frecuencia de las mismas.

Taquicardias ventriculares en pacientes sometidos a ESWL

J.A. Gallego, G. Ibarluzea, M. Gamarra, J. Guisasola, I. Camargo, C. Bernuy

Hospital de Galdakao. Bizkaia

La litotricia extracorpórea por ondas de choque permite fragmentar los cálculos del tracto urinario utilizando una energía generada externamente. Constituye un método terapéutico absolutamente revolucionario que ha transformado radicalmente el tratamiento de la litiasis.

A pesar de ser un método incruento, su aplicación puede llevar consigo una serie de complicaciones, que aunque poco frecuentes sí importantes en cuanto a la morbilidad de los pacientes. Complicaciones Generales: dolor cólico, sd.

Neurovegetativo, fiebre, sepsis y exitus. Complicaciones renales: tumefacción y aparición de colecciones líquidas intraparenquimatosas subcapsulares o perirrenales, hematomas, insuficiencia renal transitoria, calle litiásica e HTA renal. Complicaciones sobre otros órganos: pancreatitis, neumonitis, embolia pulmonar, hemoptisi, ACV, parálisis braquial, absceso retroperitoneal, arritmias cardíacas...

Presentamos el caso de 5 pacientes (4V/1M) diagnosticados de Litiasis renal $dch < 2$ cm, (4 cálculos alojados en cáliz inferior y 1 en cáliz superior) que durante el periodo de tratamiento de ESWL sufrieron una taquicardia ventricular, obligándonos a suspender el tratamiento. Ninguno de los pacientes poseía antecedentes cardiológicos. Edad media 51 años.

Las arritmias cardíacas han sido descritas en litotriptores que utilizan fuente de energía electrohidráulica o piezoeléctrica, no así en los que utilizan fuente electromagnética com el Lithostar Multiline de Siemens que es el utilizado por nuestra unidad de litotricia.

Destacar: 1.-Tras un año de funcionamiento del litotriptor sin objetivar arritmia cardíaca alguna, los 5 casos descritos se producen en un corto período de tiempo (1

mes). 2.–En el EKG de los pacientes aparece una espiga, similar a la de los marcapasos, que pudiera ser el desencadenante de la taquicardia ventricular. 3.–Todos los cálculos eran renales y mayoritariamente alojados en cáliz inferior.

Para intentar explicar el origen de esta arritmia cardíaca hay varias hipótesis, pero lo verdaderamente importante es que tras la sustitución del generador y el cabezal, no se han vuelto a producir nuevos episodios de taquicardia ventricular.

Disfunción eréctil. Eficacia del tratamiento con sildenafil. Revisión

J. Azparren*, I. Madina*, E. Artozki*, G. Garmendia**, R. Tellería*, F. Arocena*

*Hospital Aránzazu. CHD. San Sebastián. Gipuzkoa

**Hospital del Bidasoa. Hondarribia

La introducción del sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil ha modificado tanto la actitud diagnóstica como terapéutica en la disfunción eréctil en la actualidad.

Presentamos una revisión de los pacientes que son controlados en la consulta de Andrología de nuestro centro desde la introducción del sildenafil en nuestro medio (92 pacientes).

La disfunción eréctil viene a suponer un 75% de los pacientes que acuden a dicha consulta.

Evaluación diagnóstica realizada: Historia clínica, sexual, médico-quirúrgica.

Estudio analítico: hemograma, bioquímica, lípidos, hormonas (testosterona, prolactina).

Estudio de: Edad, hábitos tóxicos, patología asociada, grado de disfunción eréctil, eficacia del tratamiento - dosificación, efectos secundarios.

Adenocarcinoma vesical: nuestra experiencia

J.L. Paz, I. Iriarte, A. Loizaga, C. Zubiaur, R. Infante, M. Unda

S. de Urología. Hospital de Basurto. Bilbao

El Adenocarcinoma vesical primario es un tumor vesical infrecuente (0,5-2%), siendo habitualmente de alto grado de malignidad y pronóstico sombrío.

La histología describe un epitelio glandular, secretor de moco. Puede ser primario, metastásico de origen uracal, cels. en anillo de sello... La clínica es la habitual de los tumores vesicales (hematuria, disuria, síndrome irritativo...).

La etiología es desconocida: la mayoría de los autores, se decantan por cambios metaplásicos, apuntando alguno de ellos la posibilidad que la cistopatía glandular y quística sean lesiones premalignas. Se admite como tratamiento la RTU, la cistectomía parcial, partes móviles de la vejiga. En otros casos se aconseja la cirugía radical, dada la pobre respuesta a la quimioterapia y radioterapia.

Se presentan 6 casos diagnosticados en el Servicio de Urología en los últimos años.

Leiomioma vesical. Aportación de 2 casos y revisión de la literatura

J.L. Paz, A. Loizaga, I. Iriarte, J.R. Larrínaga, J.M. Arciniega, M. Unda

S. de Urología. Hospital de Basurto. Bilbao

El Leiomioma de vejiga a pesar de su rareza (0,3-5%) del conjunto de Tumores Vesicales, es el Tumor no epitelial vesical más frecuente (13-60%).

Puede aparecer a cualquier edad y aunque son más frecuentes en el varón (2/1), nuestros casos se descubrieron en dos mujeres adultas y un varón joven.

Presentamos 3 casos diagnosticados en nuestro Servicio y tratados con cistectomía parcial en 2 de ellos y cirugía radical en el tercero.

Los dos primeros evolucionaron bien, no habiendo tenido recidivas a los 24 y 18 años de seguimiento.

El tercer caso, tratado con cistectomía hace 1 año, en el momento actual presenta metástasis óseas y hepáticas.

Lipomatosis pelviana. Aportación de un caso y revisión

J. Campa, J. Ansa, J.A. López, I. Zamacola, J.M. Lódez de la Calle

Clínica Asunción. Tolosa. Gipuzkoa

Objetivo: Aportación de un nuevo caso de lipomatosis pelviana. Analizamos aspectos de diagnóstico y tratamiento revisando la bibliografía al respecto.

Método: Presentamos un caso de un varón de 45 años cuyo diagnóstico se realizó durante la evaluación de un cuadro de hematuria macroscópica. El estudio demostró la existencia de masa intravesical y desplazamiento vesical en relación con masa compatible con tejido adiposo. Se realizó exploración bajo anestesia y RTU de masa intravesical con el diagnóstico histológico de cistitis glandular.

Conclusión: La lipomatosis pélvica es una entidad poco frecuente descrita por Engels en 1959. Sus características radiológicas la hacen fácilmente diagnosticable pero el cuadro clínico suele ser poco claro. El tratamiento implica inicialmente medidas conservadoras dependiendo del grado de compresión uretral asociada y valorando como en nuestro caso la asociación con cistitis glandular. Esta lesión, considerada como premaligna, impone en individuos jóvenes un seguimiento y vigilancia añadidos por la posibilidad de desarrollo de adenocarcinomas vesicales.

Sarcoma retroperitoneal

G. Garmendia, F. Aranzadi, A. Cátedra, J.P. Sanz, F. Alkain, J.M. Arrinda

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

Los tumores retroperitoneales primarios derivan de los tejidos linfáticos, nervioso, muscular, conectivo y fibroareolar. Representan un grupo diverso de tumores tanto benignos como malignos.

Presentamos el caso clínico de un varón de 69 años de edad en el que al realizarse el estudio de extensión de un tumor prostático se aprecia una masa retroperitoneal. Se procede a estudio que incluye biopsia y se programa para cirugía. El resultado es la extirpación quirúrgica de un sarcoma indiferenciado de gran volumen incluyendo en la pieza el riñón izquierdo y el colon descendente. Aunque la recuperación del paciente es satisfactoria reingresa de nuevo a los pocos meses objetivándose metástasis peritoneales y éxitus.

Los tumores retroperitoneales malignos primarios tienen como características comunes su etiología desconocida, su baja frecuencia y mal pronóstico. Son tumores con tendencia a la infiltración por contigüidad, que producen muchas veces sintomatología muy inespecífica con diagnóstico tardío. El único tratamiento de intención curativa es el quirúrgico aunque el pronóstico a medio plazo es desolador.

Shunt arterio-venoso como diagnóstico diferencial de quiste renal complejo

V. Escobal, J. A. Rodríguez, P. Arrosagaray

Hospital de Mendara

Objetivo: La fístula arterio-venosa congénita renal intaparenquimatosa es una rara enfermedad que cursa con hematuria y puede ocasionar importantes complicaciones hemodinámicas. Se requiere la colaboración entre radiólogos y urólogos para su diagnóstico, siendo necesaria la arteriografía como método diagnóstico determinante. Esta permite una embolización selectiva que será eficaz en función del tamaño de la fístula.

El urólogo debe conocer esta patología y sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 57 años que consultó por

hematuria, habiendo sido diagnosticada previamente de quiste renal complejo. Como antecedentes tenía varios ingresos por descompensación cardíaca e insuficiencia cardíaca congestiva con HTA severa.

Tras la realización de ecografía se sospechó de la existencia de fístula arterio-venosa por lo que se realizó ecodoppler y TAC confirmándose posteriormente con arteriografía. Se intentó en varias ocasiones la embolización selectiva sin éxito, por lo que finalmente fue sometida a embolización de la arteria renal principal con mejoría hemodinámica de la paciente.

Conclusiones: La fístula arterio-venosa es un diagnóstico a tener en cuenta ante imágenes quísticas renales sobre todo en pacientes sometidos a biopsias renales previas. La embolización selectiva no siempre es posible por lo que en ocasiones hay que recurrir a la embolización total o a la nefrectomía.

Linfoma óseo y renal

G. Garmendia, J.M. Arriola, A. Cátedra, J. Santakruz, J.P. Sanz Jaka, J.R. Salmerón

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

Los linfomas son neoplasias malignas de etiología sólo parcialmente conocida que se originan en los ganglios linfáticos o en los tejidos linfoides de los órganos parenquimatosos.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 60 años que consulta por dolor en extremidad inferior derecha. La evolución del caso clínico junto con los hallazgos radiológicos obligan a la realización de una biopsia que informa de linfoma no Hodgkin de células grandes fenotipo B. En el estudio de extensión se aprecia masa renal derecha de rápido crecimiento. Se procede a biopsia de la misma confirmando enfermedad metastásica. Si bien se logra una remisión de la enfermedad con tratamiento radioterápico y quimioterápico, se produce una recidiva tardía que produce el fallecimiento de la paciente.

La afectación del tracto urinario en los linfomas no Hodgkin es infrecuente, aun así, la diseminación más frecuente ocurre en riñón. El descubrimiento de una masa renal tras un diagnóstico de linfoma, o bien la aparición de grandes masas renales uni o bilaterales de rápido crecimiento o con grandes adenopatías obliga a consi-

derar el diagnóstico de linfoma y realizar una biopsia percutánea. El pronóstico y tratamiento dependen del grado tumoral y del estadio.

Calcinosis tumoral secundaria a carcinoma transicional pieloureteral

A. Cátedra, J. Calvo, G. Garmendia, J.P. Sanz Jaka, J.M. Arriola, A. González, M. Etxenike

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

La calcinosis tumoral es una entidad rara de etiología variada y se manifiesta como formas tumorales calcificadas de evolución progresiva. Se puede localizar en piel, ojos, vísceras y en tejidos blandos. Se produce con mayor frecuencia en pacientes con IRC y diálisis. La patogenia de la enfermedad no está aclarada. Presentamos un caso de calcinosis tumoral en partes blandas de la pantorrilla de una paciente con carcinoma transicional pieloureteral.

Esplenosis simulando tumor renal

V. Escobal, J.A. Rodríguez, P. Arrosagaray

Hospital de Mendara

Objetivo: Se conoce como esplenosis la localización de tejido esplénico en un lugar inusual, normalmente tras un traumatismo esplénico y esplenectomía, como consecuencia de un autotransplante inducido por el traumatismo. Se han descrito múltiples localizaciones siendo rara la que aparece adyacente al riñón.

Material y métodos: Reseñamos el caso de un varón joven esplenectomizado 15 años antes tras accidente de tráfico, al que se le detecta una masa de 4 cm. dependiente del tercio superior de riñón izquierdo, compatible con hipernefroma.

Se realizó exploración renal, no detectándose tumor intraparenquimatoso, sino una masa adyacente a polo superior de riñón izquierdo. Tras su exéresis, el resultado histológico fue de esplenosis.

Conclusiones: Aunque rara, la esplenosis es un diagnóstico a tener en cuenta ante el hallazgo de una masa renal que simula un tumor primario. Su identificación y exéresis evita la nefrectomía.

Lesión de antopol-Goldman

J.P. Sanz Jaka, A. Cátedra,
J.M. Arrinda*, A. Saizar**,
I. Hernández, G. Garmendia

*Anatomía patológica
**MIR Medicina Familia
Hospital del Bidasoa. Hondarribia

Caso clínico: Mujer de 82 años de edad que ingresa por insuficiencia cardíaca congestiva y hematuria. Anemia severa con Hb 4,4, Hto 15%.

A.P.: cardiopatía severa. Desorientación-agitación en tratamiento con Sinogan, RTU en varias ocasiones, 12 meses antes, por extensa papilomatosis vesico-uretral.

Evolución: Se instaura tratamiento farmacológico y se transfunde. Presenta hematuria severa. Se realiza una ecografía que tan sólo muestra una dilatación de ambos sistemas pielocaliciales, más acusadamente en lado izquierdo.

La evolución es tormentosa, con agitación, hematuria incoercible, insuficiencia cardíaca irreversible, hemorragia digestiva baja, etc., falleciendo a los 18 días del ingreso. Estudio de necropsia (hallazgos más significativos): Dilatación uretral bilateral sin signos de neoplasia de vías urinarias a ningún nivel. Coágulos en vejiga. Nefromegalia izquierda hidronefrótica por hematoma masivo, 10 cm, que se extiende a celda renal y celda suprarrenal izquierda. Úlcus péptico en curvatura menor. Arterioesclerosis sistémica severa. Condensación pulmonar basal derecha.

Comentarios: Desde que en 1948 W. Antopol y L. Goldman comunicaran 7 casos de hematoma subepitelial de la pelvis renal que simulaban una neoplasia, hasta la actualidad sólo se han descrito 6 nuevos casos: Labay y Orkin (1972), Viamonte y cols. (1980), Levitt y cols. (1984), Oza y cols. (1986), Kim y cols. (1997).

El hematoma subepitelial de la pelvis renal es, por tanto, extremadamente raro. Afecta con frecuencia a mujeres.

El diagnóstico incorrecto de neoplasia o la hematuria incontrolable conducen a la nefrectomía en la mayoría de los casos.

Metástasis de carcinoma renal en duodeno

G. Garmendia, A. Cátedra, J.P. Sanz Jaka, J.R. Salmerón, I. Gil, I. Arruey, J.M. Arrinda

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

El adenocarcinoma renal metastatiza preferentemente en pulmones, ganglios linfá-

ticos, hueso e hígado. Las metástasis de localización duodenal representan una circunstancia infrecuente.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 75 años que es intervenido de nefrectomía radical derecha por diagnóstico tumoral. En los controles realizados en los años siguientes de la intervención se aprecian lesiones nodulares sólidas de 3-4 cms. en área pregástrica. El paciente ingresará con posterioridad en al menos dos ocasiones por hemorragia digestiva apreciándose en la endoscopia digestiva una masa en la segunda porción duodenal. Su biopsia confirma se trata de metástasis de hipernefroma. En ambas ocasiones la hemorragia ha cedido con tratamiento conservador.

La afectación metastásica duodenal es excepcional, más si cabe si consideramos el origen en un hipernefroma. En los casos de metástasis únicas está indicado el tratamiento quirúrgico especialmente si el período transcurrido desde la intervención es prolongado.

Sustitución ureteral total por ileon en un caso de TBC urinaria

A. Cátedra, G. Garmendia, J.P. Sanz Jaka, F. Aranzadi, F. de Santiago, J. Azparren, E. Urdangarín

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

La TBC urinaria provoca en ocasiones severas lesiones en el sistema urinario que obligan a efectuar complicadas intervenciones quirúrgicas para su reparación y conservar la unidad funcional renal. Presentamos el caso de un paciente joven que presentó una severa retracción pieloureteteral por una TBC, que obligó a realizar una sustitución total de uréter con ileon para conservar la función de la unidad renal. Analizamos la intervención, complicaciones, evolución y resultados.

Tratamiento de la litiasis uréter lumbar mediante litotriptor multilínea de Siemens

J.A. Gallego, G. Ibarluzea, M. Gamarra, J. Guisasaola, I. Camargo, C. Bernuy

Hospital de Galdakao. Bizkaia.

Objetivo: El tratamiento de la litiasis localizada a nivel de uréter lumbar se apoya actualmente en la litotricia extracorpórea por ondas de choque in situ y la ureteroscopia con ureteroscopios semirrígidos

ultrafinos combinado con litotricia neumática o con láser. Analizamos la eficacia terapéutica del litotriptor Lithostar Multiline de Siemens en el tratamiento de la litiasis alojada a nivel de uréter lumbar.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo del resultado del tratamiento de 127 pacientes tratados mediante ESWL primaria in situ. La edad media de los pacientes es 45 años con un predominio de varones. La localización a nivel de uréter lumbar izq. es predominante. Maniobras preESWL: 3/Doble J, 2/catéteres ureterales, 7/nefrostomías percutáneas.

Resultados: A los 3 meses de seguimiento, el 97,63% de los pacientes están libres de cálculos, en 5 pacientes la ESWL fracasó como monoterapia, 6 pacientes precisan maniobras postESWL ante la ineficacia del tratamiento o la aparición de complicaciones. El índice de retratamiento se sitúa en 1.07.

Conclusiones: A pesar del sesgo que puede haber en este estudio al no poder analizar el tamaño y la consistencia litiásica podemos concluir que el Litotriptor Multiline de Siemens es un arma terapéutica muy eficaz en el tratamiento de la litiasis localizada a nivel de uréter lumbar.

Litiasis reno-ureteral compleja: actitud terapéutica

I. Madina, J. Azparren, E. Artozqui, J.A. López, J.C. Garmendia, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital Aránzazu C.H.D.

Presentamos el caso de una mujer parapléjica de 50 años de edad, con rigidez de ambas articulaciones coxo-femorales que acudió al servicio de urgencias con un cuadro de cólico nefrítico derecho observándose en el estudio urográfico posterior múltiples litiasis radioopacas a nivel renal, así como en trayecto ureteral distal derecho (calle litiásica primaria).

Mostramos iconografía previa y posterior al tratamiento efectuado.

Complicación extraordinaria de la litotricia extracorpórea. Caso clínico

C. Conde, J. Estébanez, J.M. Amon, M. Manzanar, F. Simal, A. Rodríguez, A. Amo, J.M. Martínez-Sagarra

Hospital Río Hortega. Valladolid

Las complicaciones del ESWL se pueden clasificar en precoces y tardías. Siendo la

tasa de complicaciones precoces del 17,5%. Entre estas destacan el dolor cólico: 8,7%, síndrome neurovegetativo 3,8%, fiebre 2,4%, molestia renal 2%, hematoma perirrenal 0,3%, sepsis urinaria 0,1%, dolor abdominal inespecífico 0,1%, cefalea intensa 0,06%, transfusión 0,005% y pancreatitis 0,005%. Entre las complicaciones tardías cabe destacar los cólicos renales: 9,18%, infección urinaria: 6,5%, molestias lumbares 2%, hematoma 0,4%, anulación renal 0,2%, atrofia postobstructiva 0,19%, nefrectomía 0,18%, pionefrosis 0,16%, complicaciones pulmonares 0,03, anulación de un polo renal y éxitus 0,02%.

Una complicación francamente excepcional es el hematoma de bazo, apareciendo sólo cuatro casos publicados en la literatura.

Presentamos como complicación extraordinaria, el caso de un paciente que en los días sucesivos a una litotricia extracorpórea, por una litiasis radio transparente, presentó abdominalgia rebelde a tratamiento. Se realizó una ecografía exploradora bajo la sospecha de hematoma renal, con lo que se demostró un marcado aumento del bazo con una colección heterogénea altamente sugestiva del hematoma de bazo.

Hiperparatiroidismo primario. Litiasis renal

J. Azparren, I. Madina, G. Garmendia, E. Artozqui, C. Garrido, J.A. López, F. Arocena

Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. Donostia

Presentamos una revisión sobre el estudio metabólico en pacientes con litiasis cálcica desde el año 1994 realizado en nuestro centro sobre un total de 220 pacientes, siendo en 187 litiasis cálcica, de las cuales en 5 pacientes presentan de Hiperparatiroidismo primario.

En los pacientes litiásicos la prevalencia del hiperparatiroidismo está entre 5-10% (2,3%); ni el tipo de cálculos, ni las manifestaciones clínicas permiten su diferenciación clara con el resto de pacientes litiásicos.

Diagnóstico:

Metabolismo Ca – P: hipercalcemia, hipofosforemia, hipercalcuria e hiperfosfatúria. Determinaciones hormonales: PTHi. Pruebas funcionales: Test de las tiazidas. Pruebas complementarias – localización de la glándula.

Tratamiento:

Paratiroidectomía. Se objetiva una mejora del balance Ca-P, favoreciendo por tanto la mejora de la sintomatología asociada a dicha patología.

Lipomatosis pélvica y cistitis glandular

G. Garmendia, A. Cátedra, J.P. Sanz Jaka, J. Azparren, E. Artozqui, J.R. Salmerón, J.M. Arrinda

Hospital de Bidasoa. Hondarribia

La lipomatosis pélvica es un proceso proliferativo benigno de la grasa retroperitoneal que cursa habitualmente de forma asintomática. La cistitis quística y glandular es un proceso inflamatorio vesical con potencial de malignización asociado a litiasis vesical, infección urinaria... y también a la lipomatosis pélvica.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 66 años de edad que consulta por hematuria macroscópica. En el estudio urológico se aprecia una neoformación vesical y una elongación vesical sugestiva de lipomatosis pélvica que se confirma mediante TAC abdominopélvico. Se procede a RTU vesical con resultado anatomopatológico de cistitis quística. El proceso ha recidivado en dos ocasiones precisando de otras tantas resecciones. Actualmente el paciente se encuentra asintomático con controles normales.

La asociación lipomatosis pélvica-cistitis quística y glandular es frecuente. La potencial malignización de ésta obliga a considerar valorar la necesidad de controles adecuados.

Síndrome de micción no coordinada. Síndrome de Hinman. Caso clínico

J. Azparren, I. Madina, E. Artozqui, J.C. Garmendia, C. Garrido, P. Arrue, F. Arocena

Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. Donostia

Paciente varón de 20 años que acude a la consulta por referir enuresis nocturna primaria, con una frecuencia prácticamente diaria, infecciones urinarias de repetición e incontinencia urinaria diurna.

Ha sido tratado mediante anticolinérgicos y sistemas de alarma nocturna sin éxito. En la unidad de Urodinámica se realiza una flujometría y cistomanometría con electromiografía perineal simultánea.

Apreciándose en la cistomanometría de llenado constricciones no inhibidas del detrusor con aumento de actividad del esfínter en la electromiografía y un flujo bajo. La exploración neurológica es normal. Se objetiva que se trata de un Síndrome de Micción no Coordinada.

Discusión: Hinman estableció una serie de características, fundamentalmente clínicas, que dividió en primarias y secundarias:

Primarias:

1. Eneuresis y/o urgencia – incontinencia diurna.
2. Infecciones recurrentes del tracto urinario inferior.
3. Ausencia de déficit neurológicos.
4. Ausencia de lesiones obstructivas.

Secundarias:

1. Edad entre infancia – pubertad.
2. Alteraciones del hábito intestinal.
3. Anomalías radiológicas, que pueden comprender desde la “vejiga de lucha”, reflujo vesico-ureteral, dilatación del tracto urinario superior, o deterioro de la función renal.
4. Fracaso de alternativas de reparación quirúrgica.
5. Perfil psicológico.

Conclusión: • Es importante el diagnóstico precoz, la presencia enuresis nocturna acompañada de sintología diurna es un dato clave para la realización del estudio.

• La reeducación esfinteriana es el tratamiento de elección en este tipo de pacientes; pudiendo combinarla con anticolinérgicos (inestabilidad vesical) o con programas de autocateterismo (en caso de micción descompensada por prensa abdominal).

Retención aguda de orina por un Quiste Vesical

G. Garmendia, A. Cátedra, J.M. Arrinda, J.P. Sanz Jaka, I. Gil, J.R. Salmerón

Hospital de Bidasoa. Hondarribia

La retención aguda de orina es causa frecuente de atención en la práctica urológica habitual. Su etiología viene representada por la hipertrofia prostática, estenosis uretral... aunque ocasionalmente diagnosticamos procesos más infrecuentes.

Presentamos el caso de un varón de 47 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por retención aguda de orina. El tacto renal y el PSA son normales. Al realizar las CUMS se aprecia defecto de replección en la zona correspondiente al cuello vesical. La cistoscopia

confirma estos hallazgos observándose un área de aspecto quístico en el cuello vesical que se comporta aparentemente de forma obstructiva. Se procede a resección de la misma junto a trigonocervicotomía derecha resolviéndose el proceso. La Anatomía Patológica informa de quiste simple y cistitis quística.

Presentamos por tanto el caso de una etiología infrecuente en la retención aguda de orina: el quiste simple de cuello vesical.

Quiste de resto del conducto de Muller

I. Madina, J. Azparren, E. Artozqui, P. Arrue, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital Aránzazu C.H.D.

Presentamos un hallazgo encontrado al realizar una biopsia prostática ecodirigida por PSA elevado en un paciente de 50 años de edad.

Se trata de una lesión quística de la glándula prostática que se desarrolla de los restos del conducto de Muller localizándose en la línea media, en situación posterior a la zona de transición, a la altura teórica del Veru Montanum.

Los quistes Mullerianos se observan generalmente en la tercera y cuarta década de la vida, aunque se han visto en niños y ancianos.

El contenido de los quistes puede ser seroso, mucoso, purulento o hemorrágico, no encontrando nunca espermatozoides en el aspirado.

Estos quistes pueden cursar asintomáticos, como es el caso, o presentar síntomas irritativos u obstructivos del aparato urinario inferior hematuria, hemospermia y dolor suprapúbico o rectal, pudiendo causar obstrucción por compresión externa de los conductos eyaculadores.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con los quistes del utrículo prostático.

En el póster mostramos la iconografía y la resolución del caso.

Dilatación quística de vesícula seminal. Resolución mediante cirugía endoscópica

J.P. Sanz Jaka, A. Cátedra, I. Larunbe, G. Garmendia

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

La patología quística de la vesícula seminal es una entidad rara de observar. La

mayoría de las comunicaciones sobre este tema son casos clínicos aislados con una breve serie como la publicada recientemente por López García y cols. quienes indican que no hay más de 120 casos publicados hasta 1998. Este hecho, el contexto malformativo en que se presentan y las dificultades diagnósticas y terapéuticas que plantean con frecuencia hace interesante la discusión de cualquier nuevo caso.

Caso clínico: Hombre de 20 años diagnosticado 2 años antes de quiste de vesícula seminal derecha en otro Centro, en el contexto de un cuadro malformativo que asocia la citada patología seminal con agenesia renal derecha, uréter derecho ciego y ectópico en vesícula seminal, criptorquidia derecha intervenida quirúrgicamente en edad infantil y ausencia total de fusión de los arcos posteriores sacros. En el momento del diagnóstico se realizó punción transvesical del quiste y se desaconsejó cirugía planteándose control de la evolución clínica.

Acude a Consulta etiquetado de epididimitis recidivante y tratado con varios ciclos de antibióticos y antiinflamatorios con mejorías transitorias. La exploración abdominal tan sólo muestra una mayor sensibilidad a la palpación testicular derecha siendo el tacto rectal ligeramente doloroso en área vesicular derecha sin palparse masas en dicha zona.

Sedimento de orina normal. Seminograma: Vol 0,5 cc, recuento 4.800.000/cc 30% móviles.

T.A.C.: agenesia renal derecha, a nivel pélvico se visualiza una vejiga de buena capacidad con tumoración de unos 3x3,5 cm en área retrovesical, homogénea, de pared lisa y de bajos valores de atenuación, imprimiendo suelo vesical. No se observa uréter derecho. La imagen radiológica es compatible con el diagnóstico conocido de quiste de vesícula seminal derecha.

R.M.N.: Vejiga y vesícula seminal izquierda normales; Vesícula seminal derecha aumentada de tamaño con clara hiperseñal en todas las secuencias lo que sugiere sangrado intravesicular; En la zona central, adosada a vesícula seminal derecha y próstata se observan dos formaciones quísticas bien delimitadas y homogéneas que parecen independientes; en ambas las características son de quistes hemorrágicos; La mayor, de 3,8 x 2 cm, ejerce un efecto compresivo sobre el suelo vesical mientras que la más pequeña, 1 cm aprox., se sitúa en la zona del utrículo prostático. No se observa uréter derecho desembocando en la vesícula seminal.

En Febrero de 1999 deferentovesiculografía transescrotal, observando la existencia de un deferente derecho normal salvo dis-

creta dilatación de su extremo distal, dilatación quística de la vesícula seminal derecha e importante dilatación del conducto eyaculador, sin paso de contraste a vejiga. La exploración en lado izquierdo es normal. Citoscopia que nos muestra ausencia de hemitrígono derecho, con marcada elevación del suelo vesical y cuello por masa que lo impronta al igual que a la uretra prostática; discreta protrusión de la zona lateromontanal derecha. Se indice a dicho nivel con el asa de Collings abriéndonos a un conducto eyaculador marcadamente dilatado por el que drena abundante líquido hemático de forma espontánea y más a la presión suprapúbica.

Un Seminograma a los 3 meses no muestra variación significativa. Una R.M.N. de control a los 6 meses muestra persistencia de una muy discreta dilatación de aspecto tubular que se extiende desde vesícula seminal derecha a, aproximadamente, veru montanum y donde persiste contenido hemorrágico. A los 18 meses permanece asintomático.

Comentarios: Los términos quiste de vesícula seminal y dilatación quística de la misma se utilizan de manera indistinta y confusa en ocasiones, para describir situaciones que pueden ser muy diferentes.

A pesar de las técnicas de imagen actuales como la ecografía transrectal, T.A.C., R.M.N., etc., permiten mejor que nunca definir la lesión como quística, complicada o no, sus relaciones anatómicas, su punción aspiración para estudio microbiológico, la demostración de espermatozoides en su interior o sirve de vehículo para estudio con contraste radiológico, es muy frecuente que no se llegue al diagnóstico de obstrucción a nivel del c. eyaculador, sobre todo si no se piensa en ello.

El seminograma y la endoscopia aportan datos de indudable interés.

Es la deferentovesiculografía la que va a conseguir acercarnos al diagnóstico definitivo. Una sencilla sección endoscópica a nivel del orificio uretral del c. eyaculador puede resolver el problema.

Reconstrucción Vaginal

J.M. Martínez-Sagarra, C. Marina, C. Conde, J.H. Amón, F. Amón, F. Simal, J. Estebanez, A. Rodríguez, J. Santos

Hospital Río Hortega. Valladolid

Introducción: En muy pocas ocasiones el urólogo se ve involucrado en el diagnóstico de una amenorrea. Entre las posibles causas etiológicas, se encuentran malforma-

ciones genitales como el Síndrome de Mayer Rokitanski u otras más complejas, como la alteración de los receptores de andrógenos, lo que ocurre en la feminización testicular o Síndrome De Morris.

Hay que dar una solución plástica a los genitales de estas pacientes, con vaginas atróficas, o carentes totalmente de la misma, que sirvan sexualmente.

Presentamos el caso de cuatro pacientes en las que se ha realizado una vaginoplastia con ileon destubulizado.

Material y Métodos: Desde Junio de 1999 hasta Agosto de 2000 se han intervenido 4 mujeres en las que se ha realizado una reconstrucción vaginal con ileon destubulizado por presentar agenesia vaginal. 2 por S. de Rokitansky y en otro por un S. de Morris. El cuarto caso fue tras una histerectomía por cáncer de endometrio (Werthein).

Para realizar la plastia vaginal se han empleado 20 cm de ileon, que dispuestos en forma de U invertida, y una vez destubulizados se han abocado al muñón vaginal.

Resultados: El tiempo de estancia media ha sido de 10 días, todas las pacientes tenían restablecido en tránsito intestinal al cuarto día. La prótesis intravaginal, compuesta por tres sondas de lavado unidas, se retiró al 7º día. Ninguna de las pacientes presentó ileo paralítico, dehiscencia de sutura ni ninguna otra complicación. Las pacientes presentaron secreción abundante durante dos meses. Debido a la temprana edad, en el momento actual sólo dos pacientes mantienen relaciones sexuales.

El resultado estético y funcional ha sido óptimo en todos los casos, siendo total el grado de satisfacción de nuestras pacientes.

Conclusión: El ileon proporciona un tejido elástico, que se adapta satisfactoriamente a la actividad sexual, mejor que otros métodos tradicionales como la dilatación pasiva, o los colgajos cutáneos.

Absceso testicular como primera manifestación de una enfermedad de Wegener

J.P. Sanz Jaka, G. Garmendia, A. Cátedra, F. Romay*, J.M. Arrinda**, F. Alkain***

S. Urología, Neumología*, Anatomía Patológica** y MIR Medicina de Familia***. Hospital del Bidasoa. Hondarribia

Caso clínico: Hombre de 65 años de edad con historia urológica compleja (rotura

de pelvis, vejiga y uretra por accidente de tráfico en 1970 que precisó cirugías reconstructivas, nefroureterectomía derecha por pielonefritis xantogranulomatosa en 1980, litiasis vesical y en divertículo uretral, intervenido por vía perineal en 1994, etc.); incontinencia de orina total desde entonces. También alergia a contrastes yodados, EPOC ...que es tratado por absceso testicular izquierdo abierto a escroto (cultivo + a E. Coli). En Junio del 2000 es intervenido quirúrgicamente realizándose orquiectomía izquierda.

Anatomía Patológica: orquitis granulomatosa necrotizante abscesificante. Este cuadro histológico se puede desencadenar por micobacterias, otros gérmenes y diversas enfermedades.

La evolución tras la cirugía urológica es muy mala. Fiebre y deterioro general con el diagnóstico radiológico de abscesos pulmonares. Punción pulmonar con estudios citológicos y microbiológicos negativos. Búsqueda de micobacterias en pieza de orquiectomía negativa. Tratamiento con múltiples ciclos de antibióticos sin resultado. Tratamiento específico ante la posibilidad de TBC sin resultado. Nula colaboración del paciente para estudios complementarios. Dada el contexto clínico se revisa el material histológico observando que las lesiones granulomatosas destruyen el parénquima testicular y afectan focalmente al epidídimo, lesionando numerosas estructuras vasculares por lo que el diagnóstico corresponde con una vasculitis granulomatosa necrotizante o Enfermedad de Wegener. Tras este diagnóstico tratamiento con corticoides con resultado de mejoría del estado general y desaparición de la fiebre pero hemorragia digestiva baja. Se traslada a otro Centro para tratamiento con ciclofosfamida.

Comentarios: La granulomatosis de Wegener es una enfermedad caracterizada por nefropatía y vasculitis necrotizante que afecta típicamente a los pulmones. La afectación del tracto urogenital es una situación infrecuente en una enfermedad no diagnosticada pero posible y comunicada en testículo, próstata, uréter, vejiga, pene y uretra.

Carcinoma Oat-cell Prostático

G. Garmendia, A. Cátedra, J.P. Sanz Jaka, I. Madina, J.R. Salmerón, J.M. Arrinda

Hospital del Bidasoa. Hondarribia

El carcinoma oat cell fue descrito en 1926 afectando al pulmón. En 1977 se descri-

bió el primer caso de origen prostático. Se trata de un tumor de histogénesis discutida que parece derivar de células multipotenciales presentes en diferentes órganos lo que les hará compartir características histológicas, inmunohistoquímicas, ultraestructurales y clínicas.

Presentamos el caso clínico de un varón de 77 años de edad que consulta por síndrome constitucional. Durante el estudio se objetivan lesiones hepáticas sugestivas de corresponder a mtz hepáticas. Un tacto rectal compatible con afectación neoplásica y una elevación discreta del PSA nos sugieren la realización de una biopsia prostática transrectal ecodirigida que informa de adenocarcinoma pobremente diferenciado Gleason 10 oat cell en ambos lóbulos. Se produce un deterioro rápidamente progresivo del paciente con fallecimiento temprano sin la posibilidad de instaurar tratamiento. El estudio necrópico confirma el origen tumoral prostático de las lesiones hepáticas.

Los tumores oat cell son de origen incierto y raramente afectan a la próstata. Sus características principales consisten en su gran agresividad, producción de síndromes paraneoplásticos, elevaciones discretas del PSA, ausencia de respuesta a los tratamientos convencionales y mal pronóstico.

Xantoma Prostático

J.P. Sanz Jaka, A. Cátedra, J.M. Arrinda*, M. Zapirain**, G. Garmendia

S. Urología, Anatomía Patológica* y MIR Medicina de Familia**. Hospital del Bidasoa. Hondarribia

Caso clínico: Hombre de 60 años de edad que acude a Urgencias por retención aguda de orina. Carece de antecedentes de interés. No toma ninguna medicación. Prostatismo progresivo en los últimos cinco años, tratando ocasionalmente con fitoterapia. Tacto rectal: adenoma de próstata III/IV. Ecografía urológica: riñones y vejiga ecográficamente normales. Próstata regular de unos 110 gramos. PSA en sangre tras sondaje: 46 ng/ml.

En Marzo del año 2000 se realiza R.T.U., sin incidencias, de una próstata trilobulada II-III. Anatomía-Patológica: hiperplasia adenomatosa de próstata. Inflamación crónica. Xantoma prostático. No existen signos de malignidad. A los 6 meses se encuentra perfectamente. PSA 1.19 ng/ml. **Comentarios:** El xantoma de localización prostática constituye una rareza anatomo-

patológica. Su importancia radica en la posible confusión con adenocarcinomas bien diferenciados con patrón de células claras o su posible coexistencia con focos de adenocarcinoma vecinos.

En nuestro caso se asociaba un PSA excesivamente elevado para considerarlo producto de la retención de orina-sondaje. Sin embargo su normalización tras la cirugía descarta la existencia de una neoplasia maligna prostática.

Etiología, diagnóstico y tratamiento de las fistulas véscico-vaginales

E. Artozqui, I. Madina, J. Azparren, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital de Aránzazu. San Sebastián

Objetivos: Estudio de la etiología, clínica, métodos de diagnóstico, tratamiento realizado y resultado terapéutico en una serie de pacientes con fistulas véscico-vaginales.

Material y Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de las fistulas véscico-vaginales tratadas en nuestro centro en un período de tiempo de 15 años, analizando: causas, en su mayoría iatrogénicas, causantes de la lesión; el momento en que se detectaron; las pruebas diagnósticas efectuadas; el período de espera a la cirugía en los casos tratados quirúrgicamente; la vía de abordaje y los resultados obtenidos.

Resultados: Se presentarán próximamente en el transcurso del IIIº Congreso de la Sociedad Vasca de Urología.

Conclusiones: Las fistulas véscico-vaginales siguen siendo una patología relativamente frecuente en nuestro medio. Aunque los resultados terapéuticos son favorables en más del 85% de los casos, las posibles complicaciones y las molestias causadas a las pacientes hacen que sea preciso profundizar en el conocimiento de los mecanismos que originan la lesión y desarrollar medidas preventivas.

Lesión traumática de pene actitud terapéutica ante la rotura de cuerpo cavernoso: 2 casos

I. Madina, J. Azparren, E. Artozqui, P. Arrue, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital Aránzazu. C.H.D.

Presentamos un hallazgo encontrado al realizar una biopsia prostática ecodirigida

por PSA elevado en un paciente de 50 años de edad.

Se trata de una lesión quística de la glándula prostática que se desarrolla de los restos del conducto de Muller localizándose en la línea media, en situación posterior a la zona de transición, a la altura teórica del Veru Montanum.

Los quistes Mullerianos se observan generalmente en la tercera y cuarta década de la vida, aunque se han visto en niños y ancianos.

El contenido de los quistes puede ser seroso, mucoide, purulento o hemorrágico, no encontrando nunca espermatozoides en el aspirado.

Estos quistes pueden cursar asintomáticos, como es el caso, o presentar síntomas irritativos u obstructivos del aparato urinario inferior hematuria, hemospermia y dolor suprapúbico o rectal, pudiendo causar obstrucción por compresión externa de los conductos eyaculadores.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con los quistes del utrículo prostático.

En el poster mostramos la iconografía y la resolución del caso.

Adenocarcinoma vesical: nuestra experiencia

J.L. Paz, I. Iriarte, A. Loizaga, C. Zuabiar, R. Infante, M. Unda

S. de Urología. Hospital de Basurto. Bilbao

El Adenocarcinoma vesical primario es un tumor vesical infrecuente (0,5-2%), siendo habitualmente de alto grado de malignidad y pronóstico sombrío.

La histología describe un epitelio glandular, secretor de moco. Puede ser primario, metastásico de origen uracal, cels. en anillo de sello... La Clínica es la habitual de los tumores vesicales (hematuria, disuria, síndrome irritativo...).

La Etiología es desconocida: la mayoría de los autores, se decantan por cambios metaplásicos, apuntando alguno de ellos la posibilidad que la cistopatía glandular y quística sean lesiones premalignas. Se admite como tratamiento la RTU, la cistectomía parcial, partes móviles de la vejiga. En otros casos se aconseja la cirugía radical, dada la pobre respuesta a la quimioterapia y radioterapia.

Se presentan 6 casos diagnosticados en el Servicio de Urología en los últimos años.

Leiomioma vesical. Aportación de 2 casos y revisión de la literatura

J.L. Paz, A. Loizaga, I. Iriarte, J.R. Larrinaga, J.M. Arciniega, M. Unda

S. de Urología. Hospital de Basurto. Bilbao

El Leiomioma de vejiga a pesar de su rareza (0,3-5%) del conjunto de Tumores Vesicales, es el Tumor no epitelial vesical más frecuente (13-60%).

Puede aparecer a cualquier edad y aunque son más frecuente en el varón (2/1), nuestros casos se descubrieron en dos mujeres adultas y un varón joven.

Presentamos 3 casos diagnosticados en nuestro Servicio y tratados con cistectomía parcial en 2 de ellos y cirugía radical en el tercero.

Los dos primeros evolucionaron bien, no habiendo tenido recidivas a los 24 y 18 años de seguimiento.

El tercer caso, tratado con cistectomía hace 1 año, en el momento actual presenta metástasis óseas y hepáticas.

Epidemiología del carcinoma transicional del tracto urinario superior y su relación con el carcinoma transicional vesical

E. Artozqui, J. Azparren, I. Madina, F. Arocena

Servicio de Urología. Hospital de Aránzazu. San Sebastián

Objetivos: Evaluación epidemiológica de la presentación, pruebas diagnósticas, tratamiento y relación cronológica con neoplasias vesicales de los carcinomas de células transicionales del tracto urinario superior (TUS) diagnosticados en nuestro centro.

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 37 neoplasias del TUS entre los años 1980-2000, recogiendo datos sobre síntomas de presentación, métodos diagnósticos empleados, tratamiento aplicado, antecedentes médicos generales y antecedentes o presentación simultánea de neoplasias vesicales, así como de la eventual aparición o recidiva de neoformaciones vesicales en el curso del seguimiento.

Resultados: Los dos síntomas más frecuentes fueron la hematuria intermitente y el dolor en el flanco. La proporción varón/mujer fue de 5:1. Entre los antecedentes destaca el tabaquismo. La urogra-

fi intravenosa, complementada en casos dudosos con la pielografía retrógrada, fue el método diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos. El tratamiento más utilizado (29 casos, 78%) fue la cirugía radical, practicándose nefroureterectomía, habitualmente con inclusión de la

porción vesical perimeática. Once de los 37 pacientes (28%) habían presentado neoformación vesical previa (5,14%) o simultánea (&, 16%). Sólo 2 de los pacientes intervenidos desarrollaron posteriormente neoplasia vesical, ambos por primera vez.

Conclusión: Los datos epidemiológicos coinciden con los de otras series más amplias. Se observa una estrecha relación entre tumores transicionales del TUS y del tracto urinario inferior, que aconseja el tratamiento agresivo de los primeros para prevenir recidivas vesicales.