



Volumen XIV
Agosto 2005
Publicación
de la Sociedad
Colombiana
de Urología

Contenido

EDITORIAL

El Director 7

ARTÍCULO ORIGINAL

Tamizaje de cáncer de próstata en el Hospital Militar Central
Doctor Jaime Andrés Cajigas Plata y Cols. 9

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Eyacuación precoz
Doctor Alonso Acuña Cañas 13

RESÚMENES

XL Congreso Nacional de Urología

TRABAJOS PARA PRESENTACIÓN EN PODIO

- S1 - Inyección intracitoplasmática con espermatozoides testiculares criopreservados en pacientes con azoospermia, experiencia en 34 pacientes 39
- S2 - Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual masculino en Colombia 40
- S3 - Comportamiento sexual en la población mayor de 70 años 40
- S4 - Evaluación de la función sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en el Hospital de San José y su correlación con el perfil hormonal 41
- S5 - Diagnóstico de disfunción sexual femenina (DSF) y su correlación con el perfil hormonal, en mujeres que asisten a ginecología, urología y personal femenino de planta del Hospital San José (HSJ) 42
- S6 - Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoidea 43
- S7 - Evaluación de la función eréctil en pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica vs. prostatectomía radical abierta, con prueba intracavernosa de sustancias vaso activas 43
- S8 - Vasculopatía arterial intrapeneana como causa de disfunción eréctil en hombres jóvenes 44
- S9 - Valoración de un nuevo puntaje de síntomas (T.O.R.P.E) para pacientes con eyacuación precoz (EP) luego de la aplicación comparativa en una población de casos de EP vs una población de controles sanos ... 45
- S10 - Patrón usual de eyacuación en Colombia 46
- L1 - Endopielotomía retrógrada Accusize 46
- L2 - Resultados del manejo de la litiasis ureteral con ureterolitotomía endoscópica 47
- L3 - Experiencia en pieloplastia laparoscópica 47
- L4 - Experiencia en cirugía laparoscópica urológica en el Hospital Universitario del Valle 48
- L5 - Complicaciones de cirugía laparoscópica urológica en 300 casos - Medellín 49
- L6 - Complicaciones en cirugía laparoscópica urológica 49
- L7 - Descripción de una nueva técnica para adenomectomía retropúbica por laparoscópica dedo asistida 50
- L8 - Heminefrectomía laparoscópica para doble sistema 51
- L9 - Nefrectomía bilateral laparoscópica 51

Contenido

L10 - Nefrectomía laparoscópica	52
L11 - Nefrectomía laparoscópica vs. nefrectomía abierta	53
L12 - Modelo experimental para entrenamiento de nefrectomía laparoscópica ...	54
I1 - Experiencia y seguimiento de cabestrillo pubovaginal en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina Hospital de San José	54
I2 - Capsaicina intravesical. Una alternativa de tratamiento en desordenes de hiperactividad vesical de difícil manejo	55
I3 - Fistulas vesicovaginales	56
I4 - Evaluación urodinámica de la respuesta del detrusor hipocontráctil al manejo quirúrgico desobstructivo	56
I5 - Experiencia con videourodinamia en la ciudad de Medellín	57
E1 - Experiencia en biopsia de próstata ecodirigida, Hospital de San José	57
E2 - Correlación entre tacto rectal, antígeno específico de próstata y ecografía transrectal con resultado de biopsia prostática	58
E3 - Manejo antibiótico inicial en infecciones del tracto urinario secundarias a toma de biopsias ecodirigidas de próstata	59
E4 - Profilaxis antibiótica en biopsia transrectal de próstata comparación de cuatro regímenes antibióticos	59
E5 - Valdecobix como analgésico en la biopsia transrectal de próstata guiada por ultrasonido	60
E6 - Comparación del efecto analgésico entre supositorios de diclofenaco y lidocaína más esteroide, antes de la realización de biopsia transrectal de próstata	61
O1 - Nefrectomía radical laparoscópica	61
O2 - Manejo laparoscópico de tumores vesicales invasivos a músculo	62
O3 - Linfadenectomía pélvica para cáncer de próstata en la Clínica San Pedro Claver	63
O4 - Linfadenectomía pélvica laparoscópica	64
O5 - Estudio comparativo prostatectomía radical retropúbica abierta (PRR) vs. laparoscópica (PRL)	64
O6 - Prostatectomía radical por laparoscopia	65
O7 - Prostatectomía radical laparoscópica	66
O8 - Braquiterapia de alta tasa como refuerzo (boost) para pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto	66
O9 - ¿Qué trata la braquiterapia? Análisis histopatológico de 49 casos de carcinoma de próstata T1c tratados con prostatectomía radical	67
O10 - RTU de próstata o adenomectomía transvesical como método diagnóstico y terapéutico en pacientes con PSA elevado	68
O11 - Carcinoma prostático T1c anterior y posterior	69
O12 - Criterios mínimos morfológicos para el diagnóstico de cáncer de próstata	70
O13 - Carcinoma de próstata T1c Gleason 7	70
O14 - Determinación del estado tumoral en pacientes con masa renal de acuerdo a la presentación clínica inicial en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá	71
O15 - Correlación entre el tipo y grado histológico de tumores renales como predictores de la presencia futura de metástasis	72
O16 - Incidencia del cáncer testicular en el Hospital Universitario del Valle desde 1999 hasta 2004	72
P1 - Papel de los esteroides tópicos en el manejo de la fimosis patológica	73
P2 - Experiencia de piéloplastias en población pediátrica en Hospital de San José desde 1999 al 2004	73
P3 - Punción endoscópica de ureterocele	74
P4 - Estandarización y significancia del tiempo de demora de relajación del complejo esfínter/piso pélvico en pacientes pediátricos	75
P5 - Patrones urodinámicos en niños con patología de la vía urinaria	75
U1 - Uso de la planta Solanum torvum sw en cistitis intersticial	76
U2 - Complicaciones urológicas en el primer mes post-trasplante renal. Experiencia en la última década - Hospital de San José, Bogotá	76
U3 - Adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con HPB y manejados con alfabloqueadores	77
U4 - Utilidad de la medición de los niveles de creatinina sérica en pacientes con síntomas obstructivos urinarios bajos secundarios a hiperplasia prostática benigna	78

Contenido

TRABAJOS PARA PRESENTACIÓN EN POSTERS

PP1 - El Síndrome Costello y sus manifestaciones urológicas	79
PP2 - Presentación de un caso de hermafroditismo verdadero con ovotestes bilaterales descendidos a los pliegues labioescrotales	79
PP3 - Quiste de vesícula seminal y agenesia renal ipsilateral	79
PP4 - Segmento duplicado en un solo uréter	80
PP5 - Polipo fibroepitelial como causa de obstrucción de la unión pieloureteral reporte de caso	80
P6 - Estrechez pieloureteral en riñón transplantado	81
P7 - Cuerpos extraños en el tracto urinario	82
P8 - Cistolitotomía endoscópica	82
P9 - Manejo de la litiasis ureteral bilateral	83
P10 - Urografía por TAC multidetector para el estudio de patología urológica ...	83
P11 - Vasovasostomía: descripción de la técnica quirúrgica	84
P12 - Varicocelelectomía laparoscópica bilateral	84
P13 - Análisis de la infertilidad masculina	85
P14 - Tuberculosis genitourinaria, años después	85
P15 - Trombosis de la arteria renal; para evitar un diagnóstico tardío	86
P16 - Fístula arteriouretral traumática. Resolución definitiva mediante embolización supraselectiva	87
P17 - Uréter Iatrogénico	88
P18 - Alternativa quirúrgica en fibrosis retroperitoneal	88
PO1 - Reporte de caso: seminoma gigante	89
PO2 - Masas testiculares bilaterales (MTB)	90
PO3 - Tumor testicular en paciente con trasplante renal	91
PO4 - Tumor carcinoide primario de testículo	91
PO5 - Tumor carcinoide primario de riñón	92
PO6 - Tumores renales múltiples	92
PO7 - Esclerosis tuberosa	93
PO8 - Manejo de tumores retroperitoneales con compromiso de grandes vasos ...	84
PO9 - Lipomatosis pélvica asociada a cistitis glandularis y adenocarcinoma de vejiga	94
PO10 - Uretero apendicostomía en paciente transplantado luego de cistoprostatectomía radical	95
PO11 - Melanoma de pene: reporte de un caso en Cali, Colombia	95
PO12 - Correlación del puntaje de Gleason en biopsia y el Gleason final en prostatectomía radical	96
PO14 - El cáncer de próstata no significativo no es garantía de enfermedad organoconfinada	96
PO16 - Morbilidad debida a prostatectomía radical retropúbica	97

TRABAJOS PARA PRESENTACIÓN EN VIDEO

V1M - Nefroureterectomía por laparoscopia con liberación ureteral transuretral ...	98
V2M - Pieloplastia laparoscópica transmesocólica	98
V3M - Reparación laparoscópica de divertículo vesical gigante	99
V4M - Manejo laparoscópico de ureter retrocavo y cálculos en el sistema urinario superior con ureteroscopia	99
V5M - Reparación laparoscópica de hernia vesical a través del agujero obturador ..	100
V6M - Ureterectomía laparoscópica en muñón ureteral refluente	101
V1T - Técnica de Heitz - Boyer	101
V2T - Ureterocalicostomía laparoscópica con colocación de catéter doble j percutáneo en modelo experimental	101
V3T - Ureterorenoscopia flexible para el tratamiento de cálculos renales sintomáticos menores de 5 milímetros	102
V4T - Pielolitotomía laparoscópica con fragmentación balística en modelo experimental	102
V5T - Prostatectomía retropúbica por laparoscopia dedo asistida	103
V6T - Heminefroureterectomía laparoscópica por atrofia del polo superior secundaria a ureterocele obstructivo	104
V7T - Heminefrectomía laparoscópica en niño de 5 años	104
V8T - Cistoprostatectomía radical por laparoscopia y bolsa continente tipo Studer	105
V9T - Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica	105
V10T - Pielolitotomía laparoscópica de riñón en herradura	106

Sociedad Colombiana de Urología y Revista “Urología Colombiana”

Calle 93 No. 14-20 Of. 410

PBX: (91) 2186700

Bogotá, D.C., Colombia

Correo Electrónico: scolurol@scu.org.co

Página Internet: www.scu.org.co

Tarifa Postal reducida No. 1611 de Adpostal

Vence: Diciembre de 2005

Advertencia

Las afirmaciones y opiniones emitidas en los artículos de la revista UROLOGÍA COLOMBIANA son de entera responsabilidad del o de los autores y no reflejan la opinión de la SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA. La publicación de anuncios comerciales no garantiza respaldo en cuanto a calidad, actividad, eficacia, seguridad u otros atributos expresados por los anunciadores.

La REVISTA UROLOGÍA COLOMBIANA y la SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA se eximen de cualquier responsabilidad por lesiones corporales o a propiedades debidas a la utilización de los productos **mencionados en los artículos o en las propagandas comerciales.**

Impresión:
Gente Nueva Editorial
Bogotá, D.C.
2005

Sociedad Colombiana de Urología

Junta Directiva Nacional

2003 - 2005

Presidente:	Dr. Jesús De Los Ríos Osorio
Vicepresidente:	Dr. Hernán Alonso Aponte Varón
Secretario Ejecutivo:	Dr. Felipe Gómez Jaramillo
Tesorero:	Dr. José Rafael Romero Pinto
Secretario General:	Dr. Juan Fernando Uribe Arcila
Fiscal:	Dr. Manuel Marrugo Grice
Director Capítulo I:	Dr. Augusto Henry Botero Muñoz <i>Bogotá</i>
Director Capítulo II:	Dr. Alfredo Ortiz Azuero <i>Bucaramanga</i>
Director Capítulo III:	Dr. Ignacio V. Mercado López <i>Barranquilla</i>
Director Capítulo IV:	Dr. Rodrigo Muriel Herrera <i>Medellín</i>
Director Capítulo V:	Dr. Luis Javier Aluma Sánchez <i>Cali</i>
Director Capítulo VI:	Dr. José Fernando Rendón Valencia <i>Manizales</i>
Director Capítulo VII:	Dr. Luis Alberto Lobo Jacome <i>Cúcuta</i>
Director Capítulo VIII:	Dr. Luis Fernando Zapata Madrid <i>Ibagué</i>
Director Capítulo IX:	Dr. Vitaliano Urzola Aguado <i>Sincelejo</i>
Director Capítulo X:	Dr. Rafael Saker Fuentes <i>Valledupar</i>

Comités

Comité de Auditoria y Ética Médica:	Dr. Alonso Acuña Cañas Dr. Jesús De Los Ríos Osorio Director de Capítulo correspondiente
Comité de Ética en la Investigación:	Dr. Milton Salazar Rey Dr. Mauricio Plata Salazar Dr. Jaime Andrés Cajigas Plata Dr. José Miguel Silva Herrera Dr. Arnoldo Aristizábal Hoyos
Comité de Ética Publicitaria:	Dr. Andrés Esparza Santos Dr. Hugo Escobar Araujo Dr. Jorge Carbonell González
Coordinador de los Comités de Ética:	Dr. Luis Alberto Blanco Rubio
Comité de Reforma de Estatutos:	Dr. Néstor Ricardo Botía Silva Dr. Lupi A. Mendoza Aranibar Dr. Manuel Díaz Caro
Comité de Credenciales:	Dr. Ferez Raúl Flórez Silva Dr. Manuel Díaz Caro Dr. José Ackerman Izquierdo

Directores de Secciones

Sección de Docencia:	Dr. Mauricio Moreno Jiménez
Sección de Oncología Urológica:	Dr. Camilo Medina Márquez
Sección de Urología Pediátrica:	Dr. Jaime Pérez Niño
Sección de Uroneurología y Urodinamia:	Dr. Juan Manuel Aristizábal
Sección de Litiasis, Endourología y Laparoscopia:	Dr. David Duarte Mejía
Sección de Imágenes Diagnósticas:	Dr. Rafael Acosta Castellanos
Sección de Sexualidad y Reproducción:	Dr. Daniel Sánchez Sierra
Sección de Guías e Investigación Clínica:	Dr. Adolfo Serrano Acevedo
Sección de Informática:	Dr. Alvaro Gutiérrez Martínez
Sección de Cultura e Historia:	Dr. Alonso Acuña Cañas

Comisión

Comisión de Salud Pública:	Dr. Alfonso Latiff
	Dr. Edmundo Castello
	Dr. Guillermo Hermida
	Dr. Nicolás Rubiano
	Dr. Dieter Traub
	Dr. Hugo Escobar
	Dr. Fabio Loaiza

Revista “Urología Colombiana”

Fundada en 1986 por Dr. José Armando López

Director:	Pablo Gómez Cusnir
Editor Asociado:	Dr. Fernando Valero Cely
Comité Editorial:	Dr. José Miguel Silva Herrera
	Dr. Alejandro Escallón Lloreda
	Dr. Adolfo Serrano Acevedo
	Dra. Soledad de los Ríos Osorio
	Dr. Carlos Rodríguez Ibarra

Directores Anteriores

Dr. José Armando López	1986 - 1989
Dr. Jesús De Los Ríos O.	1990 - 1996
Dr. Jaime Díaz Berrocal	1997 - 1999
Dr. José Miguel Silva	2000 - 2001

Editorial

En esta edición de la revista, recopilamos los resúmenes de los trabajos científicos que serán presentados en el XL Congreso de la Sociedad Colombiana de Urología, en la ciudad de Cali. Adicionalmente, el doctor Alonso Acuña, reconocido colaborador de la revista, nos presenta una excelente revisión sobre el tema de “Eyacuación Precoz” que publicamos con agrado y que sin duda será de enorme interés para los lectores.

Es particularmente grato para el Editor, registrar el gran número de presentaciones que serán llevados al Congreso y que resaltan la calidad de la producción académica nacional, situando muy en alto el nombre de la Urología Colombiana.

Un total de 109 trabajos serán discutidos: 58 en la modalidad de Podios, 35 Posters y 16 Videos. Se aprecia con admiración, el entusiasmo en diversas regiones del país por la implementación de técnicas laparoscópicas, para abordar patología urológica diversa y compleja y cuyos resultados concuerdan con los presentados por centros internacionales reconocidos; indudablemente será de enorme valor el discutir y compartir las experiencias obtenidas en este difícil campo, por grupos de trabajo en las diferentes ciudades del país.

La Junta Directiva de la Sociedad, siempre atenta a conformar un programa de alta calidad, ha previsto la realización de cursos pre-congreso, varios simposios y 6 cursos de posgrado de interés para todas las áreas de la urología, dictados por reconocidos profesores nacionales e internacionales. Contaremos con invitados de Estados Unidos, Alemania, Brasil, México, Chile y Venezuela, que atendieron la invitación del comité organizador para mostrarnos sus experiencias y cuya presencia podremos disfrutar gracias al compromiso y decidido apoyo de la industria farmacéutica; para ellos nuestro reconocimiento.

El programa social del Congreso nos permitirá disfrutar en familia de la calidez del Pueblo Valluno y reencontrarnos con viejos amigos, para finalmente dar la despedida a la Junta Directiva que finaliza su exitoso período, reconociendo que trabajó con tesón, compromiso y esmero por mantener siempre en alto el nombre y los ideales de la Sociedad Colombiana de Urología. ¡Muchas Gracias!

Pablo Gómez Cusnir
DIRECTOR

Tamizaje de cáncer de próstata en el Hospital Militar Central

Dr. Jaime Andrés Cajigas Plata

Jefe del Servicio de Urología

Dr. William Quiroga Matamoros

Urólogo Oncólogo

Dr. Jorge Oswaldo Rojas González

Fellow de Oncología y Laparoscopia

Hospital Militar Central

Resumen

Se presenta la experiencia de 12 años en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central de Bogotá, con el Programa de Tamizaje de Cáncer de Próstata y los resultados globales obtenidos con la realización de Prostatectomías Radicales en 1.170. Los autores concluyen que el programa de detección temprana es ampliamente justificado en este centro, dado que ha permitido detectar un mayor número de casos de enfermedad localizada, disminuyendo los costos relativos al tratamiento de la enfermedad avanzada. Las tasas de complicaciones secundarias a la cirugía están acordes a las grandes series mundiales y con las modificaciones de las técnicas quirúrgicas, se ha disminuido la morbilidad secundaria.

Introducción

El Programa de Tamizaje de Cáncer de Próstata se inició, con la evidencia de que el Antígeno Prostático Específico (PSA), podría ser usado para la detección temprana del cáncer. Posteriormente las publicaciones de Catalona y colaboradores, divulgadas mediante presentaciones en los diferentes congresos, sentaron las bases, dando relevancia a la aplicación de este tipo de programas. Posteriormente, paneles de expertos de reconocidas autoridades médicas, la American Urological Association y la American Cancer Society; discutieron ampliamente las bondades de los programas, recomendando su ejecución y demostrando la relación costo-beneficio de ellos.

Materiales y Métodos

En el Hospital Militar Central se ofrece un programa de prevención de cáncer de próstata a nuestra población cautiva, desde hace más de 10 años, que implica la toma de antígeno prostático específico plasmático (PSA) y la realización de tacto rectal; este programa se inicia a la edad de 50 años, en los hombres con una expectativa de vida de 10 años o mayor. Los hombres con riesgo alto de padecer la enfermedad como aquellos de raza negra o con historia familiar de cáncer de próstata, deben empezar a la edad de 45 años, o a la edad de 40 años si ellos tienen una historia familiar con alta incidencia de la patología, como los que tienen varios familiares cercanos afectados e inicio temprano de la enfermedad.

De acuerdo al consenso del comité de epidemiología y del comité de calidad del Hospital Militar Central, se tomó la decisión de utilizar la prueba en suero Tandem-R o -E PSA assays (Hybritech Inc., San Diego, USA); el punto de corte limite para indicar biopsia de próstata es de 4.0 ng/ml y/o tacto rectal anormal, sugestivo de cáncer. Con esta estrategia se inició un estudio prospectivo, con el fin de establecer si el Programa de Tamizaje para Cáncer de Próstata disminuye realmente la mortalidad y su costo-beneficio es apropiado para nuestro medio.

Fueron invitados hombres retirados de las fuerzas militares y los recursos apropiados de los programas de prevención y promoción de nuestra institución. A los pacientes voluntarios interesados, se les provee de un instructivo, se procede a la firma del consentimiento informado, se les aplica la escala de Puntaje de Síntomas de la AUA y el puntaje según el consenso internacional de disfunción eréctil; luego se les realiza el tacto rectal y se toma la muestra serológica para PSA.

Resultados

Se reunieron un total de 2.500 hombres, entre los 45 y 75 años; aquellos pacientes con tacto rectal anormal o PSA anormal, se les practicó una ecografía trans rectal de próstata con biopsias eco dirigidas, estudio ejecutado por los especialistas urólogos del Hospital Militar Central; el 27% de la población estudiada requirió de este procedimiento. La tasa de positividad para el diagnóstico de cáncer fue del 28%, en los pacientes a los que se les realizó la biopsia y un 3% de la población general, cifras promedio, acordes a los diferentes reportes de la literatura mundial.

Para aquellos pacientes que se encontraban en la zona gris, con PSA elevado entre 4.0 ng/ml y 10 ng/ml, y biopsias iniciales negativas, se les ha realizaron sesiones adicionales de biopsias de próstata y si los reportes de las mismas fueron negativos para malignidad, se les ofreció la posibilidad de realizar una resección trans uretral de pró-

tata diagnóstica y terapéutica; el 40% de esta población fue diagnosticada de adenocarcinoma de próstata; 55% de esta población disminuyó el antígeno prostático al rango normal y un 5% persiste con antígeno prostático específico elevado y patología negativa.

Los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata fueron clasificados siguiendo las normas del TNM, realizando estudio gammagráfico en aquellos con PSA superior a 15 ng/ml, o score de Gleason superior a 7 (4+3).

Todos los pacientes fueron informados de las opciones terapéuticas (observación, radioterapia o cirugía radical). Los pacientes en quienes se decidió la cirugía radical a pesar de ser estadificados como pT3, se les practicó prostatectomía radical modificada y solo aquellos con PSA superior a 10 ng/ml o Gleason superior a 7 (4+3) se les practicó linfadenectomía ileo obturadora.

Desde agosto de 1993, las prostatectomías radicales fueron realizadas por los urólogos del Hospital Militar Central (HOMIC), con un total de 1.170 hasta febrero de 2005.

Nosotros creemos que nuestra población es de características particulares, dado que es una población cautiva, que permite un seguimiento minucioso.

Al analizar los 12 años de experiencia, presentamos la información clínica y los datos histológicos de 1.070 prostatectomías radicales, siendo 20% órgano confinado en 1993 y del 90% en el 2005. La mayoría de los parámetros disminuyó linealmente durante los 12 años, incluyendo los nódulos palpables en el tacto rectal del 88% a 14%, la edad promedio de 68.9 a 61.7 años, el nivel PSA de 32 a 8 ng/ml, y el volumen de cáncer de 6.3 a 2.6 c.c; la escala de Gleason 4/5 del cáncer más grande promediaron 0% a 90% y peso de la próstata de 44 gm a 53 gm. La presencia de bordes positivos en la patología disminuyó del 42% en el año 1993 a 15% en el año 2004, debido a la depuración en la técnica quirúrgica.

Conclusiones

El Programa de Tamizaje para el Cáncer de Próstata y su análisis a través de los últimos 12 años, ha tenido aceptación por hombres en el HOMIC entre los 50 y 75 años, y se han sometido a un intenso programa de prevención, con examen de próstata (tacto rectal) y toma de PSA, seriados; esto ha llevado al incremento en el número de biopsias de próstata realizadas, que virtualmente pueden diagnosticar un gran número de los cánceres de próstata; se ha modificado el curso natural de la enfermedad, diagnosticando cáncer localizado (90%) en una mayor proporción, lo que nos permite ofrecer las diferentes opciones terapéuticas; gracias al seguimiento realizado en estos pacientes, podemos concluir que en su gran mayoría, son cánceres significativos desde el punto de vista clínico. Además, en los pacientes que se sometieron a cirugía, tratamiento de elección de la enfermedad en nuestra institución, encontramos 15% de márgenes positivos y con graduación en la escala de Gleason en un 90% entre score 5 y 7; dentro de las complicaciones de la cirugía, la frecuencia de incontinencia urinaria fue del 5%, estrechez uretral del 12% y disfunción eréctil del 35%.

Consideramos que el valor de PSA continúa siendo el principal predictor de enfermedad localizada, ya que es importante el hecho de haber encontrado cerca del 65% de los casos diagnosticados, con PSA por debajo de 10 ng/ml y más aún cerca del 25 % por debajo de 4 ng/ml; en el 40% la edad de diagnóstico está por debajo de los 60 años.

En cuanto al factor costo, tan importante para el sistema de salud, con una tasa de detección de 2.7% como la nuestra, el beneficio de evitar pacientes con enfermedad avanza-

da y con costos elevados de atención, hace que el programa sea costo-efectivo.

Con una población creciente por encima de los 50 años de edad, con manejos adecuados de la comorbilidad asociada en estos grupos etáreos, como la del HOMIC, es justificable este programa en nuestro medio y el tratamiento de elección por nosotros recomendado es la prostatectomía radical modificada.

Bibliografía

1. Smith, R. A., Cokkinides, V., von Eschenbach, A. C., Levin, B., Cohen, C., Runowitz, C. D. et al: American Cancer Society guidelines for the early detection of prostate cancer. *CA Cancer J Clin*, 52: 8, 2002
2. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. American Urological Association (AUA). *Oncology*, 14: 267, 2000
3. Catalona, William J.; Antenor, Jo Ann V.; Roehl, Kimberly A Screening For Prostate Cancer In High Risk Populations. *J Urology*, 168(5)1980-1984, 2002.
4. Stamey, T. A., Yang, N., Hay, A. R., McNeal, J. E., Freiha, F. S. and Redwine, E.: Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. *N Engl J Med*, 317: 909, 1987
5. Stamey, T. A., Kabalin, J. N., McNeal, J. E., Johnstone, I. M., Freiha, F., Redwine, E. A. et al: Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of the prostate. II. Radical prostatectomy treated patients. *J Urol*, 141: 1076, 1989
6. Stamey, T. A.: Preoperative serum prostate-specific antigen (PSA) below 10 ng/ml predicts neither the presence of prostate cancer nor the rate of postoperative PSA failure. *Clin Chem*, 47: 631, 2001
7. Cajigas, J.A., Schlesinger R., Hernandez J, Rangel J., Quiroga W., Vallejo F., Cáncer de próstata en el Hospital Militar Central. *Urología Colombiana*, 8: 57-63,1999.
8. Cajigas, J.A., Schlesinger R., Villazon J.F., Deprivación androgénica total previa a prostatectomía radical. *Urología Colombiana*, 7: 35-41,1998.
9. Vargas M., Juliao A., Cajigas, J.A., Bloqueo androgénico intermitente. Alternativa de manipulación hormonal en pacientes con carcinoma de próstata. *Urología Colombiana*, 7: 61—65,1998.

Eyaculación precoz

¿Qué es en realidad y cuanto falta para la solución?

Dr. Alonso Acuña Cañas

Miembro Emérito de la Sociedad Colombiana de Urología
Profesor Titular Cátedra Sexología, Facultad de Medicina
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud -FUCS- Bogotá

Preámbulo

Hace 6 años presentamos una revisión sobre este tema¹. Aunque pasado este tiempo se sabe mucho más, sin embargo la terapéutica disponible aun no es suficientemente efectiva para solucionar de manera satisfactoria la disfunción. La Sexología Médica finalmente se interesó de lleno por esta afección y en los últimos años los investigadores han enfocado sus esfuerzos en conocer a fondo los aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos de la afección en la búsqueda del medicamento ideal; compete al urólogo conocer este proceso para personalizarse del tratamiento del que pronto se esperan grandes avances. Por ahora, si bien son numerosas las investigaciones en los aspectos epidemiológicos, neuroquímicos y moleculares, y la farmacoterapia muestra panoramas interesantes, el tratamiento realmente efectivo no aparece aun. La mayoría de los autores concuerdan en que se trata de un asunto neurobiológico, muy probablemente con un trasfondo genético; los estudios demuestran que las técnicas conductuales (“psicológicas”), que han dominado el panorama terapéutico por más de cuatro décadas, no han sido efectivas además de que tienen altos índices de deserción y resultan costosas; la farmacología busca con afán la medicación oral que, a similitud de los Inhibidores de PDE5 para la Disfunción Eréctil (DE), utilizando una dosis precoital, sean efectivos en la mayoría de los

casos, y con pocos o mínimos efectos secundarios. Por supuesto que no se trata de desconocer el aspecto psicológico de la afección; pero no ya como causal específica del trastorno, sino más bien como consecuencia del profundo impacto emocional que esta disfunción acarrea en el individuo afectado así como en su pareja.

Cada vez con más frecuencia se encuentran en la literatura médica trabajos e investigaciones sobre la Eyaculación Precoz (EP). La urología, la neurología, la bioquímica, la medicina molecular y la epidemiología, se hacen cargo de estudiar la etiopatogenia de este trastorno, ante la debilidad de las propuestas analíticas y de los deficientes resultados de los tratamientos de la psicoterapia sexual tradicional. Pues cada vez más, la investigación médica demuestra que existe una relación genética y un mecanismo neurológico y bioquímico, en contraposición con las explicaciones de las teorías psicológicas, que no han podido comprobar ninguna de sus aseveraciones tradicionales.

El compás de espera que la medicina cedió a la psicología para que esta solucionase la disfunción, ha tenido como consecuencia un atraso de por lo menos treinta años en el estudio y solución de este problema; dicho en otras palabras, hasta hace treinta años la medicina no se ocupaba de la EP -como tampoco de la DE- ya que estas disfunciones estaban en manos de la psicología; a raíz de la

aparición de las prótesis penéneas, de los aparatos de vacío, de las inyecciones intracavernosas y de la medicación oral con fármacos vasoactivos específicos y del conocimiento de los mecanismos bioquímicos y moleculares y de la neuroendocrinología de la erección, la medicina tomó en sus manos el diagnóstico y tratamiento de la DE, con los resultados extraordinarios ya bien conocidos; si se hubiese concedido el mismo interés a la EP, tal vez no estaríamos en este momento en la crasa ignorancia en que nos debatimos en relación con esta disfunción; vale decir, que en relación con la DE, en EP tenemos un atraso de 20 ó 30 años.

Llama la atención que los trastornos de la eyaculación (Ey) en urología, hayan sido tan solo de interés parcial, en contraposición con síntomas como una Ey dolorosa, una hemospermia o una deficiente cantidad de semen en los que el urólogo es consultado. Pero si se trata de un caso de EP o de una Inhibición de la Eyaculación (mal llamada Eyaculación Retardada) se torna, entonces, en una noxa psicológica. Y la psicología nada ha solucionado en relación con estas dos últimas disfunciones.

Ante los fracasos de las terapias tradicionales que ofrece la mal llamada psicología clínica, de una parte, y de la otra la aparición de estudios médicos que sugieren la posibilidad de una etiología organogénica, así como del advenimiento de fármacos que empiezan a surtir efectos en los casos de EP, la Sexología Médica y la Urología han empezado a interesarse por esta disfunción.

El acto sexual en términos de tiempo ¿Qué es lo “normal”?

Como EP es sinónimo de coito rápido, debería definirse qué es un coito no rápido, o sea, que se pueda calificar de satisfactorio en este aspecto del tiempo que transcurre entre la penetración y la eyaculación. En sexología se estima que la palabra normal es un término subjetivo, variable y aun peligroso. Hablaremos entonces de **adecuado, corriente, ha-**

bitual o satisfactorio. En la mayoría de las investigaciones la adecuación y grados de satisfacción suelen relacionarse con el parámetro orgasmo (no necesariamente mutuo y simultáneo)⁴. En estudios, o conceptos, sobre cuál es la duración del acto sexual promedio, Kinsey⁸ y Vasilcenco⁹ encontraron que en hombres sanos el promedio del coito era de 20 minutos (20'), dato de interés que indica que en dos países tan distantes, los autores concuerdan (USA y Rusia respectivamente). Sin embargo, otros sexólogos que se han ocupado del tema hablan de promedios más bajos: Morton Hunt¹⁰ habla de 10', mientras Schnabl¹¹ en una extensa muestra encontró que tan solo un 50% de la población logra coitos de más de 5'. Hasta en uno de los números de la revista *PlayBoy* el vulgo se ocupó del asunto para dejar constancia de un promedio de 10'.

Otros autores han reemplazado el dato del tiempo por *el número mínimo de movimientos pélvicos* o “empujes” y en este punto basan su definición. Así, el límite serían 8 y para otros 15¹². Sin embargo esta propuesta no ha progresado ya que el ritmo cronológico de los empujes varía en cada individuo y en cada coito.

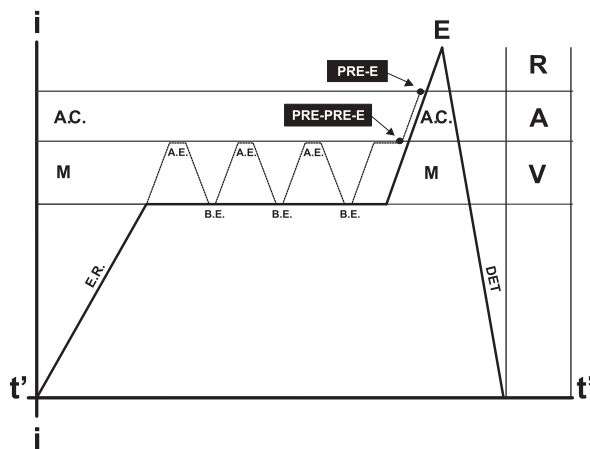
Definición

Además de Precoz, se invocan otros términos: Prematura, Rápida, Temprana. *Premature Ejaculation* (PE) se encuentra en las publicaciones sajonas, pues el término *Precoxious*, equivalente a Precoz, es un término de origen latino que resulta complejo para los angloparlantes. La tendencia en países latinoamericanos de adoptar el término Eyaculación Prematura, obedece a la influencia de las publicaciones norteamericanas, cuando lo más lógico es conservar el término tradicional de Eyaculación o Eyaculador Precoz (EP).

Numerosas definiciones se ensayan para precisar esta disfunción. Lo que indica el desconocimiento que se tiene de ella. Hasta hace un quinquenio nadie había disputado alternativas a la definición cualitativa: *La imposi-*

*bilidad o persistente incompetencia para controlar la eyaculación de tal manera que esta se presenta antes de lo deseado con la consecuente insatisfacción sexual personal y de la pareja*⁶.

Es completamente cierto que se trata de una *ausencia o falta de control de un reflejo que debería dominarse a voluntad*⁶. Pareciera que el EP no reconoce o no percibe las sensaciones previas al momento de la eyaculación; o sea, que no descifra las sensaciones previas al que podríamos llamar el Punto Pre-Eyaculatorio (PRE-E) o *punto de ida sin retorno*¹.



Explicación de las siglas del esquema.

- ER: Erección
- M: Meseta
- A.C.: Área Crítica
- A.E.: Alta Excitación
- B.E.: Baja Excitación
- PRE-PR-E: Punto pre-pre-eyaculatorio, que coincide con cualquiera de los puntos A.E. en los cuales aun hay control eyaculatorio y apenas se inicia la emisión.
- PRE-E: Punto pre-eyaculatorio, corresponde al *punto de ida sin retorno* en el cual la emisión pasa a la eyaculación propiamente dicha.
- E: Eyaculación.
- DET: Detumescencia o resolución.
- V: Verde - A: Amarillo - R: Rojo

El DSM-IV -Diag. and Statistical Manual-² define la EP como *La persistente o recurrente presentación de la eyaculación y el orgasmo con mínima estimulación antes, durante o inmediatamente (prontamente) después de la penetración y antes de que la persona lo desee, causando un marcado malestar o dificultad interpersonal*.

Estas definiciones son ciertas pero no miden todas las variables del problema, como

sería la de cuantificar qué es y cómo se mide la falta de control eyaculatorio, como punto de referencia preciso, con el fin de poder adelantar estudios basados en la evidencia.

Masters y Johnson³ enfocaron la EP como un problema en el desempeño sexual que repercute de manera adversa en la compañera. Otro aspecto o variable del problema. Por esta razón, en su definición mencionan que se trata de una disfunción en la *que en un 50% o más de las relaciones la compañera no logra el orgasmo*. Lo que como parámetro no resulta aceptable por los múltiples factores que intervienen en la disfunción del orgasmo femenino, aunque sin duda existe una conexión entre el tiempo de coito y la mayor posibilidad del orgasmo femenino. Es así como Fisher⁴ informa que solamente un 27% de las compañeras del EP que eyacula antes de 1' logran orgasmo, mientras que en las parejas en quienes ellos eyaculan luego de 12', el orgasmo femenino se eleva al 66%; Acuña en un estudio en 600 mujeres, encontró que 121 tenían un compañero EP y de ellas solamente el 7% eran orgásmicas, el 50% oligoorgásmicas y el 42% completamente anorgásmicas, cifras que cambiaban de manera significativa cuando el compañero no era EP⁵.

Una tendencia actual es la de definir la EP desde el punto de vista cuantitativo, con el fin de que los estudios basados en la evidencia tengan un punto de referencia más concreto, pues con el solo empleo de términos cualitativos los parámetros son difíciles de comparar, lo que da origen a los más diversos resultados; si bien es cierta la necesidad de considerar lo cuantitativo con el fin de poder elaborar protocolos viables y uniformes para la investigación, también es cierto que últimamente los investigadores retoman la importancia de aspectos cualitativos como el control y los grados de satisfacción.

Fisher, 1973⁴, fue el primero en hablar no solo de satisfacción sino que se refirió al tiempo de duración del coito relacionado con la satisfacción. Kaplan, 1974⁶, habló de "ausencia de control", término que se tomó como el

más adecuado para referirse y explicar el trastorno de manera que por largo tiempo quedaron estancadas las cosas, hasta cuando empezó la idea de definir la disfunción desde el punto de vista cuantitativo. En este aspecto el pionero ha sido Waldinger (año 2002) quien en un estudio de 110 EP de larga data, midió el tiempo entre la penetración y la eyaculación o IVELT (Tiempo de Latencia Eyaculatorio Intravaginal) o IELT, y encontró que el 80% eyaculaban antes de los 30", el 10% entre los 30" y 60" y el 10% entre 1' y 2'. Concluyó el autor que los EP tienen en el 90% de los coitos un IVELT de menos de 1 minuto⁷.

La tendencia final ha sido la de compaginar lo cualitativo y lo cuantitativo en tres aspectos igualmente importantes: 1-Tiempo de latencia intravaginal -IVELT-, 2- Control eyaculatorio y 3- Satisfacción. Los estudios que ahora se emprenden tienden a correlacionar estos tres aspectos predictores, con lo que se espera que los resultados tenga mayor validez^{71,75,88}.

La Historia de la Eyaculación Precoz

Para comprender de manera adecuada lo que hasta ahora se sabe y conoce sobre la EP, es importante conocer el proceso histórico en el que se ha desarrollado la Sexología con esta disfunción a través del tiempo. Dividiremos en 5 periodos el desarrollo de los conocimientos y tratamientos, así:

Primer Período 1887-1917

La Identificación

Gross en 1887, fue el primero en mencionar en una publicación de carácter médico que existía un trastorno denominado la Eyaculación Precoz. Correspondió después a Von Krafft-Ebing retomar el tema en posterior publicación de 1901, de la cual habló sin profundizar en la materia¹⁴.

Segundo Período 1917-1942

El Psicoanálisis - La Urología

Aparecen simultáneamente la propuesta de Freud y las de la influyente escuela francesa de la urología del momento.

Es la época en que se impone el Psicoanálisis. La escuela freudiana afirma que la EP se debe a una neurosis, por conflictos inconscientes de individuos que todo lo focalizan en el pene con un trasfondo narcisista. Explicación que también se aplica a los entonces llamados impotentes (para referirse a la D.E.)⁷. Evidente equivocación de la neurología freudiana y su terapéutica psicoanalítica, ya que hoy se conoce que los mecanismos neuroquímicos de la EP y la DE son completamente diferentes.

Por esa época las escuelas de urología de París y Lyon explicaban, que la EP se debe a una hipersensibilidad del glande y/o a una brevedad del frenillo. Y observa cómo algunos circuncisos mejoran de la EP. Es, entonces, cuando aparecen algunas cremas anestésicas y cirugías menores del frenillo, como los primeros intentos farmacológicos y quirúrgicos como propuestas terapéuticas⁷.

Tercer Período 1953-1970

Lo Psicológico y lo Somático

Aparecen las escuelas psicológicas analíticas con interpretaciones que se apartan un tanto de Freud. Escuelas que tratan de imponer el concepto de que todo se debe a "una ansiedad extrema" y todo tratamiento se enfoca hacia este tema.

Al mismo tiempo la medicina propone como referencia una posible causa orgánica al decir que se puede tratar de "un sistema de eyaculación débil". Schapiro, remata al afirmar que se trata de un problema "mixto" debido a la ansiedad extrema y a la debilidad del sistema eyaculatorio^{15,82}.

Cuarto Período 1970-1990

El Conductismo

Aparecen los pioneros de la Terapia Sexual. Masters y Johnson (M&J) en la U. de San Louis y Helen Kaplan en N.York; proponen que la EP se debe a un mal aprendizaje, originado en las primeras relaciones sexuales rodeadas de ansiedad y urgencia, o en la masturbación en condiciones similares; que por ser apresuradas e inadecuadas causan

ansiedad y una actuación inmediateista muy rápida, en todos los actos posteriores, es decir, que se repetirá siempre que el individuo intente el acto sexual; o sea, que es una conducta aprendida que se trata modificándola, por medio de conductas orientadas por el terapeuta³; nace el conductismo cuyas técnicas tratan de hacer conocer e instruir en la consulta (cognitivo) a la persona por medio de conductas correctas, re-aprendidas (conductual) de lo que sería correcto. M&J internaban en su clínica a las parejas para que practicasen allí durante una temporada las técnicas conductistas, bajo supervisión de los terapeutas; estas técnicas fueron reforzadas y explicadas en mayor detalle por una psiquiatra sexóloga de la U. de Nueva York, Helen Kaplan⁶; aparecen luego técnicas del mismo tipo como la Cognitivo-Conductual (información en el consultorio y ejecución en el domicilio); y las que hacen hincapié en la reeducación para el placer, como la Racional Emotiva de Albert Ellis.

Quinto Período 1991-2005 **La Neurobiología**

Con los trabajos de Waldinger se plantean tres puntos fundamentales: primero la definición cuantitativa⁷, segundo la posibilidad genética por la existencia de un factor hereditario y tercero el papel de la Serotonina y la teoría del Umbral a diversos tipos de 5HT, en especial a la hiperactividad de los receptores 5HTA1 y la hipoactividad de los 5HT2C^{7,15,16,17,18}.

Epidemiología y Prevalencia

La EP es una condición que permanece subdiagnosticada, subdetectada y subtratada a pesar de que existen algunos avances en los tratamientos⁷².

La ausencia de un consenso claro sobre lo que es, o debe ser, el tiempo normal de latencia intravaginal, ha dificultado la investigación de la prevalencia de la EP⁷³. Sin embargo, dado que la definición cuantitativa, basada en el IVELT (Tiempo de Latencia Eyaculatorio Intravaginal) no ha sido el paráme-

tro que resuelva todo el concepto de este trastorno, los estudios empiezan a tener en cuenta no solo el IVELT, sino el concepto vivencial sobre control y satisfacción.

La mayoría de autores concuerdan en que la EP es la disfunción sexual masculina más frecuente. Pero llama la atención la amplitud de las cifras que oscilan entre el 25% y el 75%. Así, para Zilberfeld el 39% de los hombres están insatisfechos sexualmente por razón de EP²⁰. Para Pietropinto la cifra oscila entre el 15% y el 40%²¹. Para Lawrence entre 22% y 38%²²; Metz y Pryor afirman que por lo menos el 25% la sufren². Frank estudió 100 parejas y encontró EP en el 36%. Lauman en una muestra de 1410 hombres entre los 18 y 60 años encontró EP en el 21%²⁵. La clásica serie de Kinsey sobre 5.300 hombres, en quienes tomó como referencia cuando la Ey ocurría antes de 2 minutos luego de la penetración, es un trabajo apreciable no solo por el gran número sino porque se trata de una investigación realizada durante diez años (1930-40) y, además, se refirió de alguna manera al aspecto cuantitativo; su cifra fue del 75%, bastante llamativa por lo alta⁸.

Si bien se dice que en la población masculina la EP es más frecuente que la DE, en nuestra consulta no ha sido así pues la EP es la segunda causa, mientras que la primera es la DE²³; en cambio Guindín afirma que el 70% de los hombres de su consulta presentan EP²⁴. El estudio de Nolzco señala que la prevalencia es del 28.3%, en 2.715 argentinos que llenaron cuestionarios al acudir al chequeo de próstata, estudio que se basa en la información personal⁷⁴.

Tal vez la investigación conocida como El Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales (GSSAB)⁷⁵, es una de los más amplias y con mayor fuerza estadística. Sugiere que la prevalencia global de EP es de aproximadamente un 30%. Este estudio colectó los datos de participantes entre 40 y 80 años (13.618 hombres y 13.882 mujeres) vía cara a cara, telefónicamente y con cuestionarios complementarios por correo en 29 países, con

los siguientes resultados: prevalencia total o promedio, fue la de que un tercio de los hombres presentaban EP; la prevalencia en Latinoamérica fue del 28.3% (que concuerda exactamente con la de los argentinos en la investigación de Nolzco y cols); la prevalencia más baja correspondió al medio Oriente con el 12.4% mientras que la cifra más alta fue para el Sureste asiático con 30.5%; para el Norte y Sur de Europa las cifras fueron parecidas: 21-22%; para el Este de Europa el 27% y para el Este asiático 31%. Y para el conjunto de USA, Canadá, Australia y Nueva Zelanda fue del 25%⁷⁵. Se hacen suposiciones sobre la baja prevalencia en el Medio Oriente, y entre algunos de los factores se señala la circuncisión, que en recién nacidos o muy jóvenes, puede disminuir la sensibilidad, debido a la queratinización del glande⁷⁶.

La relación de EP entre las etnias no es clara, aunque hay algunos estudios al respecto. El del National Health and Social Life Survey (NHSLs) sobre 1.410 hombres, en 1992, y con edades entre los 18 y los 59 años, indican una prevalencia de EP del 19% en los caucásicos, 34% en los negros y 27% en los hispanos; sin embargo, un estudio más reciente, año 2003, señala que la prevalencia es del 16% en caucásicos, 21% en negros y 29% en hispanos; es de señalar que este último estudio se realizó en un grupo étnico diferente, en hombres entre los 40 y 80 años. En cuanto a los grupos étnicos, algunos autores afirman que la prevalencia de EP no tiene relación con la edad, basados en el estudio que hicieron entre los 18 y 59 años^{77,78}.

Como se puede observar, al hablar de EP las cifras tienen una amplia oscilación. Tal vez como resultado de que no ha existido desde el principio uniformidad en los criterios de estudio, empezando porque no ha habido una definición uniforme que satisfaga las exigencias de la investigación, ya que los estudios no indican claramente qué criterio exacto se ha seguido para calificar de EP al individuo, y si lo indican, se aprecia que son diferentes, unas veces cualitativos, otras

cuantitativos, unas subjetivo, otras objetivo y otras mixtos; en las más de las veces ha sido el mismo paciente quien se autocalifica de tal. Los criterios han sido, pues, muy dispares y de allí los resultados tan disímiles. Por esto, no se puede contar aun con estudios epidemiológicos valederos. A pesar de las cifras tan disímiles la mayoría de los sexólogos coinciden en que la más frecuente de las disfunciones sexuales masculinas es la EP.

Sin embargo, cabe preguntar: ¿Si aun no se ha llegado a un consenso de definición, cómo es posible señalar la verdadera prevalencia de esta disfunción?

Las observaciones que se han podido comprobar hasta ahora con respecto a los EP y para tener en cuenta, son:

1. la EP se da en todos los estratos socioeconómicos y culturales.
2. Se presenta en todo tipo de matrimonios y parejas y no depende de la calidad de estas.
3. No tiene relación con diversos síndromes psicopatológicos.
4. Suele darse en personas saludables.
5. Se encuentra una cierta tendencia a ser más frecuente en individuos ansiosos.
6. Los factores de riesgo de la DE no tienen relación ni son válidos para la EP.
7. Es más frecuente en jóvenes y en quienes tienen las relaciones sexuales espaciadas
8. Existe una tendencia familiar – Factor genético?
9. Suele mejorar eventual u ocasionalmente con el alcohol.
10. Mejora al repetir el coito.

Al respecto de que sea más frecuente en adolescentes, no existe un estudio válido sobre grupos étnicos; aunque se ha afirmado que la mayor prevalencia en jovencitos y menor en adultos es porque estos fueron aprendiendo con el tiempo; sin embargo, se podría argüir, que esto sucede porque el sistema nervioso experimenta una maduración

en sus núcleos y sistemas bioquímicos al pasar a la adultez.

Fisiología de la Eyaculación

El Area Medial Preóptica (MPOA) y el Núcleo Paraventricular (PVN) del hipotálamo juegan papel importante en la respuesta sexual del hombre, y ambos núcleos envían proyecciones al núcleo serotoninérgico Paragigantocelular (nPGi) en el tallo cerebral. Las proyecciones serotoninérgicas del nPGi ejercen una inhibición tónica sobre la eyaculación a través del núcleo motor lumbosacro de la medula, de manera que el nPGi actúa como pivote en el control central de la eyaculación. Hasta ahora se sabe que es la Serotonina -5HT- el neurotransmisor más relacionado con la Ey; sin embargo, el modo como actúa la 5HT e influye en las rutas de la eyaculación no se conoce de manera exacta. Parece que en la mecánica del proceso eyaculatorio, la actividad de los receptores 5HT1A y 5HT2C y el Transportador de serotonina -5HTT- son los más importantes moduladores de la función eyaculatoria y los objetivos actuales de la farmacoterapia se centran en este principio. Se han identificado 14 receptores de 5HT; el 5HT1A es un receptor principalmente presináptico (somatodendrítico) que cuando es estimulado reduce la rata de disparos a las neuronas 5HT. Cuando se administran los SSRIs de manera continuada o crónica, existe un bloqueo del 5HTT y los niveles altos persistentes resultantes de 5HT ocasionan una desensibilización del 5HT1A, de manera que el bloqueo continuo del 5HTT desinhibe el disparo a las neuronas 5HT y la neurotransmisión del 5HT se aumenta poderosamente. Los estudios del por qué las acciones de los SSRIs se parece más a la del 5HT2C, se basa en investigaciones en animales; estas investigaciones muestran una interacción entre 5HT2C y 5HT1A de manera que al atenuar la acción de la 5HT1A, se coactivan los receptores 5HT2C^{34,95,96}; basado en estos hallazgos Waldinger ideó la hipótesis de que la EP puede ser el resultado de una hipersensibilidad de los receptores 5HT1A o

una hiposensibilidad de los receptores 5HT2C y el desequilibrio de estos dos sistemas sería lo que se restaura al administrar los SSRIs.^{7,15,18}.

Así como el nervio pélvico se relaciona con la vía eferente de la erección y representa el parasimpático (así sus neurotransmisores finales sean NANC), en la eyaculación el simpático y el somático a través del nervio hipogástrico y del pudendo forman la vía eferente; parece que el simpático en la fase de emisión y el somático en la de eyaculación propiamente dicha. La emisión es la colección del semen en forma de bolo en la uretra prostática que adquiere forma de balón, presentándose la sensación de la inminencia eyaculatoria, (Punto pre-preeyaculatorio o PRE-PRE-E -Ver gráfico-) y la iniciación de la Eyaculación (Ey) en el punto de ida sin retorno (Punto pre-eyaculatorio o PRE-E -Ver gráfico-). Se sucede entonces el cierre del cuello vesical (acción simpática), seguida de la expulsión del semen por la uretra (acción somática) del simpático), acompañada de la contracción de los músculos bulbo e isquiocavernosos (acción del somático), en 6-8-10 contracciones clónicas cercanas a 1 segundo cada una. De manera que en la vía eferente de la Ey. actúan el simpático por el nervio hipogástrico y el somático por el nervio pudendo interno. De otra parte, la vía aferente está dada por el somático representado en el aspecto sensibilidad del nervio pudendo interno.

Emisión-eyaculación-orgasmo son tres eventos integrados que tienen -hasta donde se sabe- mecanismos neurológicos distintos. La Emisión depende del simpático (plexo y nervio hipogástrico), la Ey del somático (nervio pudendo) y el orgasmo es de percepción, que llega desde el nervio pudendo hasta áreas específicas cerebrales. Estas se hallan en estudio mediante RM por diferentes técnicas como las de registros de oxigenación en áreas definidas (BOLD) o por medio de fármacos en las de emisión de positrones en los momentos de la excitación y del orgasmo.

La Ey tiene dos fases: la emisión y la eyaculación propiamente dicha. Parece que ambas no están gobernadas en su totalidad por el simpático y allí también intervienen los dos sistemas autónomos. Aunque está definido que la emisión depende en su totalidad del simpático, sin embargo se menciona que tal vez el parasimpático actúa en la fase final de la Ey; se sabe que la fenoxibenzamina, así como la fentolamina (bloqueadores alfa-adrenérgicos), inhiben específicamente la primera fase (emisión)¹⁹, al tiempo que se logra experimentar la sensación orgásmica²⁶. Esto explicaría, en parte, por qué algunos pocos individuos antes de llegar a la eyaculación pueden percibir sensaciones orgásmicas repetidas. De otra parte es sabido que medicamentos que aumentan la actividad del simpático pueden causar EP, como es el caso de la efedrina, la pseudoefedrina, la trifluoperazina, la fenilpropanolamina (Stelazine, Dimetane, etc.); por estos se han propuesto como tratamiento de casos de Eyaculación Inhibida, aunque sin resultados comprobados.

La eyaculación mediada por el simpático es un reflejo cuyo origen está en el nivel espinal torácico; las fibras postgangliónicas simpáticas inervan las vesículas seminales (VS), que proveen el 70% del eyaculado y la próstata que provee el 30%, así como los músculos bulbouretrales, en un sistema coordinado que propulsa el semen desde las VS, hacia la próstata hasta el interior de la uretra, cerrando al tiempo el cuello vesical; la emisión es la acumulación del semen en la uretra prostática y luego viene la Ey. El lecho sensitivo del proceso eyaculatorio es el nervio dorsal del pene; el glande es la parte más sensible del pene y contiene el nervio dorsal. La estimulación repetitiva del nervio dorsal desencadena el proceso.

El MPOA (Area PreOptica Media) en el hipotálamo está involucrada en todo el proceso de la activación sexual. El reflejo uretrogenital (rUG) es un reflejo sexual que está inhibido, en el ratón intacto, por las neuro-

nas del núcleo Paragigantocelular (nPGi), cuya acción sería serotoninérgica. La estimulación de finas áreas del hipotálamo evoca el rUG. Este se puede iniciar en ausencia de estimulación genital. Microinyecciones de Homocisteína DL (DLH) en el MPOA inician el rUG. Se sugiere que la estimulación de neuronas del MPOA supera la inhibición del nPGi y facilita entonces los reflejos espinales genitales permitiendo la eyaculación.

La LSt Retransmisoras: dentro de los hallazgos más recientes en ratas, está el que demostró que el empleo de toxinas selectivas sobre una población de neuronas de un grupo lumbar, del haz espinotalámico lateral (LSt), frenaba la Ey sin afectar el resto de la respuesta sexual, lo que indica, que esta población celular, allí situada, tiene como misión retransmitir las señales desde los órganos sexuales hasta el cerebro, donde se procesan las sensaciones iniciales de la Ey⁶⁴.

Así como está establecido que el Oxido Nítrico (NO) es el principal mediador de la erección, el principal neurotransmisor de la eyaculación es oscuro. Burnett E.A. et al, en Nat Med 1998; 4:84-7, describen en ratas la presencia de la heme-oxigenasa-2 (HO2) como reguladora del reflejo copulatorio en estructuras neuronales. La HO2 es responsable de la síntesis del monóxido de carbono (CO); por el paralelo entre NO y CO, estos investigadores estudian el rol del CO en la conducta reproductiva animal. En ratas expuestas al HO2 demostraron, una marcada disminución de la actividad refleja del músculo bulboespongioso, que es el mediador de la conducta eyaculatoria, por lo que sugieren el papel importante del CO en la eyaculación⁵².

Etiología de la EP según la Teoría Neurobiológica

Las principales enunciados de las teorías neurobiológicas sobre EP se pueden resumir así:

1. Hipersensibilidad peneana o del glande^{28,29,79,80}.

2. Eyaculación hiperexcitable^{30,79,81} – Hipersimpaticotonía¹.
3. Predisposición genética^{17,35,82}.
4. Sentitividad o sensibilidad de los receptores centrales de Serotonina⁷.

Aunque las teorías más recientes y en boga se refieren a la serotonina, se considera conveniente tener en cuenta otros estados relacionados con la neurología. Empezando por la más antigua, la hipersensibilidad del glande, así como el estado que hemos denominado “hipersimpaticotonía constitucional”²³; así como en la hipersensibilidad del glande la parte afectada es la aferente del reflejo, en la hipersimpaticotonía, sería una parte de la vía eferente; en ambos casos el resultado sería un reflejo acelerado preestablecido por razones neurológicas reactivas y/o genéticas. Afirmación que podría soportarse por algunos estudios que muestran la diferencia en el tiempo de latencia del reflejo bulbo-cavernoso¹³ y de los potenciales evocados somatosensoriales^{26,27}, que resultaron ser más breves en los EP que en los no EP, de manera que con estos datos se podría empezar a sustentar la existencia de un estado de “hipersensibilidad e hiperexcitabilidad” en el glande, que termina en un reflejo eyaculatorio incontrolado. En algunos estudios que analizan la sensibilidad vibratoria por medio de la biotensiometría se discute esta posibilidad; unos, no muestran menor tiempo de percepción acelerada en los Eps²⁸, mientras que otros como los de Rowland, Xin y Kichoi, señalan que la biotensiometría se encuentra más acelerada en los Eps^{29,62}.

La posibilidad de una causa genética aparece con mayor fuerza. Fue invocada desde Schapiro en 1943 y sustentada ahora por Waldinger en 1998¹⁷, que encontró 10 de 14 familiares con EP comprobada con el IVELT; Assalian afirma que en la EP existe una alta incidencia familiar que llega al 90%³⁵.

En cuanto a los Receptores Serotoninérgicos y el Umbral de Serotonin, Waldinger en el 2002 habló del Umbral serotoninérgico.

Ahlenius en 1981 demostró en ratones, la activación de los receptores 5HT1A y 5HT2C en una especie de acción antagónica de manera que al activar los 5HT1A se aceleraba la Ey, cuando al activar los receptores 5HT2C se retrasaba, de manera que dedujo que interactuaban funcionalmente³⁴. Basado en estas investigaciones Waldinger plantea la activación de los receptores 5HT2C (se experimenta en la actualidad con observaciones apenas iniciales) o el bloqueo de los 5HT1A (que aun no se consigue). La acción farmacológica sobre estos subtipos de receptores de 5HT aun no se logra y los agentes bloqueadores de 5HT1A o activadores de 5HT2C específicos aun no están a disposición de la terapéutica. Se propone que en los individuos con EP habría una hipersensibilidad a los receptores 5HT1A o una hiposensibilidad a los 5HT2C de manera que estos individuos tendrían un umbral a estos receptores serotoninérgicos y por este mecanismo habría quienes desencadenan muy rápido la Ey o por el contrario la retardan. Propone, además, que los individuos con umbrales bajos eyaculan al más mínimo estímulo, así como los que tienen umbrales altos tendrían la habilidad de controlar la Ey y todo esto estaría dispuesto genéticamente¹⁵. La teoría de Waldinger Olivier, consiste en que se trata de una hipersensibilidad de los receptores 5HT1A y o una hiposensibilidad de los receptores 2HT2C, o sea, una especie de imbalance entre estos dos receptores¹⁵.

Finalmente hay quien plantea que puede tratarse de una combinación de las causas atrás mencionadas⁸³.

Algunas consideraciones adicionales sobre aspectos etiológicos

Es de interés hacer algunas consideraciones sobre aspectos relacionados con circunstancias o noxas que se relacionan con la EP:

1. **La fisiológica.** Una forma frecuente se da cuando las relaciones sexuales -y la masturbación- se espacian de manera extrema, especialmente en los jóvenes.

- 2. La edad.** Aunque los estudios al respecto no son suficientemente sólidos, se estima que es más frecuente en los extremos etáreos: los muy jóvenes (¿inexperiencia? ¿tiempo de latencia más breve?, ¿sistema nervioso aun no maduro?) y los más viejos (¿asociación con DE?, ¿alteraciones neurológicas por envejecimiento?). La EP es un trastorno más frecuente en los muy jóvenes y a medida que aumenta la edad y se acerca a la madurez la frecuencia de EP parece disminuir. Según algunos autores² afirman que esto se debe a que el control del reflejo eyaculatorio puede ser parte de la evolución o maduración sexual. Otros plantean la influencia del auto-aprendizaje. Sin embargo, en estos procesos algunos maduran o aprenden y otros no lo logran nunca. Además ciertos factores que influyen en este aprendizaje (ubicación, inseguridad, inestabilidad, horario, ilegalidad, fármacos, drogas, ambiente, temor a embarazo o a EST, etc.), podrían ser apenas coadyuvantes.
- 3. ¿Aprendizaje o Constitución genética?** El EP desconoce las diversas fases de las sensaciones que se producen entre la obtención de la erección y el momento en que se inicia la emisión. No las diferencia porque no las percibe selectivamente. Hemos comparado lo que tiene computado en su cerebro el EP, como un acordeón cuando está cerrado (tiempo menor) en el que tan solo él percibe las dos tapas (Erección y Eyaculación). El No EP vendría a ser aquel que sí percibe-conoce-computa cada paso del acordeón abierto en el que se pueden recorrer caminos (tiempo mayor) conocidos, entre una tapa (inicio-erección) y la otra (terminación-eyaculación)¹. Entre las dos tapas (Ver Gráfico) estaría la “Meseta” (M) descrita por M&J entre la Excitación (erección) y Eyaculación u Orgasmo (O - E). La M no es plana (ver gráfico). Tiene curvas de Baja y de Alta Excitación (BE y AE). El EP desconoce el recorrido por las ondulaciones de la Meseta; para él no existen, no las recono-

ce. El No EP, en cambio, tiene la capacidad de identificarla y controlar sus diferentes momentos. El Punto E u O está precedido por el Punto PRE-O o PRE-E¹, es decir, el momento de la emisión y cuando se inicia la Ey propiamente dicha, y que viene a ser “el punto de ida sin retorno”, en el cual el individuo no logra inhibir la Ey. Inmediatamente antes del punto PRE-O o PRE-E, existe el PRE-PRE-E, que coincide con alguno de los picos de AE (Alta Excitación) (Ver Gráfico), punto en el cual aún es posible controlar la emisión-eyaculación. Cabría pensar que este control del punto pre-pre-E se debe al tipo de inervación peneana, o a una capacidad nata (¿genética? ¿serotoninérgica?) característica de los núcleos MPOA, PV, nPGi, LSt y otros; o por inhibición simpática; o a los umbrales de que se dispone en relación con las serotoninas.

Los partidarios de las técnicas conductistas o cognitivo-conductuales sostienen que con entrenamiento, mediante el conocimiento de toda esta mecánica, aplicada a la masturbación, pueden ir modificando la neurología del reflejo hasta dominarlo. Sin embargo, una vez más es de mencionar, que frecuentemente los individuos que con estas técnicas aplicadas a la masturbación logran pasar de pocos minutos a más de un cuarto o media hora, sin embargo al proceder a la penetración no logran controlar; así, la teoría conductista no puede sustentarse a cabalidad.

- 4. La personalidad.** Estudios con el test de personalidad MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) en hombres con EP, DE y BDS (Síndrome de Bajo Deseo Sexual) dieron resultados similares y la mayoría dentro de rangos normales sin diferencias entre ellos³⁸.
- 5. La ansiedad.** Con frecuencia los autores señalan que los EP son individuos en su mayoría ansiosos. Si a esto se agrega la ansiedad específica sexual causada por sentimientos, emociones y situaciones

negativas (inseguridad, baja autoimagen genital, premonición de fracaso -profecía de autocumplimiento-, síndrome de desempeño, baja motivación, temor a embarazo o a ETS, etc..) son causantes del Síndrome de Ansiedad sexual del cual la EP haría parte o podría ser la consecuencia en los casos secundarios; en estos casos cabría la explicación neurológica: de una parte, la ansiedad procura una hipersimpaticotonía, lo que dispararía la porción eferente (simpática) del reflejo; o de otra, se ha propuesto que la ansiedad impide la acción inhibitoria del Núcleo Paragigantocelular sobre los centros hipotalámicos centro del rUG y la modulación de los neurotransmisores relacionados con la Ey. La ansiedad funcionaría como un activador del simpático y/o como el gatillo que disminuye el tiempo de latencia del reflejo bulbocavernoso o por una baja del umbral serotoninérgico tanto central como medular. En resumen, la ansiedad podría obrar como hipersimpaticotónico o como inhibidor del nPGi o bajando el umbral serotoninas.

6. **La psicopatología.** Las teorías psicoanalíticas desde hace mucho tiempo han metido mano en los terrenos de las disfunciones sexuales con pésimos resultados en la práctica. Sin embargo son coincidentes, con nuestro parecer, en la importancia que tiene la ansiedad, aunque ellos explican, con su peculiar manera, los trastornos derivados de esta noxa: sentimientos de castración, desórdenes de personalidad agresiva-pasiva, narcisismo, sentimientos de rechazo inconsciente hacia la mujer. Pero no tienen argumento de cómo actúa todo esto en la neuroquímica del reflejo eyaculador. Además el concepto de muchos autores respetables indican que el psicoanálisis no surte efecto en estos casos³⁹.
7. **La pareja.** Se tiene por sabido que el EP suele serlo con todas las compañeras. Sin embargo, en ocasiones se presentan a la consulta individuos que tienen EP con una

pareja, cuando con otra no sucede así. Ello ha planteado la posibilidad de que en estos casos se trate de que existe un fuerte factor ansiogénico casusado por determinadas compañeras, lo que explicaría una inhibición de la acción del nPGi; sin embargo, también es experiencial que algunos individuos con EP niegan la ansiedad concomitante, lo que avalaría la teoría de Assalian de “las vaginas excitantes”³⁵ causantes de algún trastorno de NT tipo serotonina con modificación de los umbrales mencionados por Waldinger⁷. Lo cierto es que, en general, la terapia de pareja no soluciona la EP; algunos individuos han señalado que cuando la compañera lubrica abundantemente se puede disminuir el IVELT, posiblemente por disminución de la hipersensibilidad. Lo mismo que en ciertas posiciones coitales (especialmente la mujer en posición “superior”) pueden demorar algo más el tiempo de latencia.

8. **La circuncisión y la EP.** Cabe señalar que al respecto de la circuncisión se tuvo gran expectativa como tratamiento de EP, pero numerosas investigaciones han contradicho que los Eps, una vez circuncidados curen de esta patología. En la práctica esto no se ve o no se ha analizado a mediano y a largo plazo. No hay investigaciones al respecto. De otra parte, estudios neurológicos comprueban que la sensibilidad peeneana de circuncisos es igual a la de los no circuncisos^{3,36}. Sin embargo, como asunto experiencial se invoca que algunos pacientes luego de la circuncisión han mejorado ostensiblemente de la EP o ha desaparecido; los partidarios de la neurotomía parcial de pene como tratamiento de la EP afirman que conocen de estos casos y aducen que se ha tratado de “circuncisiones tormentosas”, en las que sin darse cuenta se han lesionado ramas laterales del nervio dorsal del pene y de allí el resultado³⁷. Sea el caso de recordar cuando se trató de la epidemiología que en uno de los estudios más extensos se encontró que la más baja prevalencia

-12%- (menos de la mitad que la general -30%-) correspondió al Medio Oriente⁷⁵ por lo que algún estudio ha señalado la influencia de la circuncisión obligatoria en estas culturas como un factor a tenerse en cuenta⁷⁶.

9. EP y DE. En individuos con DE se puede presentar EP. Se ha invocado como causa la ansiedad o que el reflejo no se completa ante la erección insuficiente

10. Las “vaginas excitantes” Assalian señala que existen reflejos, como el palpebral, que pueden volverse voluntarios y controlables, lo que podría suceder con el eyaculatorio, y de allí el valor que tendrían las técnicas conductuales¹³; el mismo autor habla de “las vaginas excitantes” ante la observación de individuos que con unas compañeras tienen EP, cuando con otras no³⁵, de manera que se podría señalar que esto podría estar relacionado con desencadenantes vaginales de los niveles de sensibilidad o de modificación en el umbral de las serotoninas. Esto encontraría una explicación en el hecho de que se observa que muchos individuos con técnicas conductistas, basadas en la masturbación, les permite conocimiento y control de los puntos Pre-E y Pre-Pre-E (Ver Gráfico)¹ y consiguen demorar a más de 20'-30' la eyaculación con la masturbación, cuando al mismo tiempo les es imposible mantenerla por más de 1' - 2' intracoital.

11. Algunos autores proponen otras posibilidades etiológicas: Hipogonadismo hipogonadotrópico³¹, hipotestosteronemia y bajos niveles plasmáticos de Magnesio³², hipertiroxinemia³³, propuestas que no tienen soporte suficiente; así como la prostatitis crónica, que siempre está en la lista de causas pero no hay estudios consistentes que la avalen³³.

Clasificación

A pesar de la ignorancia en que se está, es conveniente clasificar esta noxa. Las clasificaciones más significativas son:

Según la cronología: Primitivas (o primarias) y Adquiridas (o secundarias). Primitivas, aquellas en las que el individuo desde que se conoce es EP. Adquiridas: en los que sin haberlo sido, se vuelven EPs^{1,23}.

Según la tradición de Psicógenas y Organogénicas: Como en todas las Disfunciones Sexuales, la EP no ha escapado a que se la divida en las de causa psicógena y las de orgánica. Psicógenas: sostienen que se debe a un mal aprendizaje por experiencias iniciales traumáticas y veloces generadoras de ansiedad sexual que termina por manifestarse en un reflejo acelerado permanente. En los escritos más recientes sobre EP se percibe una clara tendencia a eliminar las llamadas tradicionalmente causas psicógenas. Así lo expresa Jannini, profesor de Endocrinología y Sexología Médica de la Universidad de L'Aquila de Italia, cuando afirma que *Cuando se dice psicógeno, esto simplemente es una hipótesis y nunca un diagnóstico*, para agregar que *Es obsoleto el enfoque tradicional de dicotomizar en psicogénico y organogénico, pues para la medicina actual ha terminado la separación de mente y cuerpo*⁵³. A lo que se puede agregar lo que expresa Montorsi, profesor de Urología de la Universidad Vita Salute de Milán, al afirmar que *El advenimiento de la investigación permite tener una evidencia del componente neurológico de la EP, de manera que vuelve obsoleta la visión puramente psicológica*³.

Se han tenido tradicionalmente como causas organogénicas noxas urológicas y neurológicas adquiridas (diabetes, arteriosclerosis, neuropatías, trauma pélvico, cirugías pélvicas, patología irritativa crónica de genitales y del pene, etc.). Por rutina se invocan este tipo de causas, como prostatitis, uretritis, balanitis, trauma pélvico, prostatectomía, diabetes, neuropatías, etc... Lo cierto es que no hay estudios confiables al respecto y, además, se observa que en estados crónicos de estas patologías los individuos portadores de ellas no tienen EP. Y los que la tienen coincidente, cuando son tratados, de estas supuestas causas, no se curan de la EP.

Hasta aquí, tanto las psicógenas^{53,73} como este tipo de organogénicas no tienen soporte alguno.

Sin embargo, todas las causas vienen a ser orgánicas ya que se originan en trastornos del sistema nervioso central o periférico, sea en sus núcleos o en los neurotransmisores, tal como se ha explicado atrás.

Si se tiene en cuenta que la Eyacuación es un reflejo, proponemos una **Clasificación según el nivel afectado**, así:

- **Las que afectan la vía aferente:** Por hipersensibilidad en diversas partes del pene.
- **Las que afectan los núcleos neurales hipotalámicos o su bioquímica:** por trastorno de neurotransmisores que bloquean la acción inhibitoria del Núcleo nPGc sobre el rUG, con asiento en el MPOA. Inhibición que puede ser por la vía de NT serotoninérgica u otros NTs que aun se desconocen.
- **Las que afectan las vías eferentes:** sea por un desarreglo celular o de neurotransmisores (serotonina de acción medular en el LSt u otros niveles y NT); o sea por vía autonómica por una “hipersimpaticotonia constitucional”^{12,23,26}.

Diagnóstico de la EP

Por lo general el paciente llega a la consulta con su diagnóstico. Se deben tener en cuenta tres aspectos: tiempo, control y satisfacción. Las ideas predominantes sobre el tiempo llevan a la definición cuantitativa, de manera que por lo general se estima que es EP quien demora menos de 1' - 2' en el tiempo que transcurre entre penetración y eyacuación (IVELT). Pero esto no es suficiente, ya que puede haber menor tiempo y alterarse o no los otros factores, o podría haber mayor tiempo pero no control ni satisfacción. De manera que es conveniente tener en cuenta los tres aspectos. Para que haya EP, se requiere que en la inmensa mayoría de los coitos haya una eyacuación resultado de

estímulos mínimos, un escaso tiempo entre penetración-eyacuación, antes de que la persona lo desee y sea imposible de controlar y que esto cause insatisfacción (*distress*) propia y de la pareja.

Para analizar los factores tiempo, control y satisfacción, en un estudio sobre 207 EP y 1.380 no EP, se encontró que el IVELT solo como factor predictivo tenía un 80% de sensibilidad y una especificidad del 80%; al combinar el IVELT con los otros factores: control y satisfacción, se conservó el 80% de sensibilidad pero la especificidad se elevó a al 94%; el control sobre la eyacuación se consideró como el factor más influyente predictivo de EP; en todos los modelos se incluyó la satisfacción propia y de la compañera; concluye el estudio que el IVELT solo, no es el factor predictivo óptimo para definir el estado de EP y que tanto o más que este, están el control y la satisfacción propia y de la pareja⁷¹. En otra publicación sobre el mismo estudio se señala que el IVELT promedio para los EP fue de 1.8 minutos y para los No EP fue de 7.3; en cuanto al control el 72% de los EP lo señalan como pobre o muy pobre cuando para los No EP lo es solo en el 5%; sobre la satisfacción coital fue del 31% para los No EP, mientras que para los EP fue solo del 1%; sobre las dificultades interpersonales fue del 31% para los EP y del 1% para los No EP; concluyen que los EP tienen un IVELT mucho más breve, pero que los otros parámetros son importantes y se deben tener en cuenta en los EP, la falta de control y la satisfacción sexual mucho menor y las mayores dificultades interpersonales⁸⁸.

En cuanto a estudios especializados, los de laboratorio clínico no tienen valor, a menos de que se trate de una EP secundaria a DE. El único estudio que, por ahora, puede tener valor para determinadas decisiones es la Biotensiometría o medición de la sensibilidad vibratoria que se realiza con el Biotensiómetro o con diapasones graduados. Los autores están divididos en cuanto a la bondad del método, pues para algunos da los

mismos resultados en EP que en los No EP (Lee Yom Soo, 2000); mientras que otros afirman que en los EP la percepción de la vibración es más rápida que en los no EP (Rowland, *Sex Med Dist*, 2000 – Heyung Kichoi, *J Urol*/1996). En este último caso, consideran este examen como uno de los datos importantes para decidir la cirugía (denervación parcial de pene)^{37,70}.

Es indudable que se debe tener en cuenta el aspecto emocional de estos pacientes ya que como parte del diagnóstico y el tratamiento, es conveniente conocer el impacto que esta disfunción tiene en el individuo y su pareja. Así, los afectados por la EP, perciben ellos mismos que no tienen control sobre la eyaculación, de manera que esta falla redunde en una satisfacción sexual mínima con el coito o una franca dis-satisfacción, además de los sentimientos de vergüenza e inferioridad que llegan en el aspecto de su sexualidad. El lecho se convierte en un sitio de tormento, de manera que los niveles de ansiedad son cada vez mayores. Es frecuente que estos EPs consulten cuando agudizan el síntoma y el IELT pasa de pocos minutos a segundos y aún a la eyaculación ante-ports. Es frecuente recibir en la consulta hombres casados, cuya mujer luego de varios años no tolera más la situación y le indica que encuentre ayuda y “cuando resuelva su problema”, ella estará dispuesta a reanudar la actividad sexual. Esto lleva a que suspendan las relaciones sexuales y toda manifestación erótica, los niveles de tensión aumentan, se desfuncionalizan afectivamente, evitan las caricias más elementales así como cualquier tipo de contacto, las situaciones negativas son cada vez más frecuentes y traspasan el ámbito sexual, para terminar en una franca disfunción de pareja.

En individuos EPs solteros sin pareja, la situación es aun más complicada; el problema emocional se torna más complejo. No consiguen tener pareja estable pues con las primeras experiencias ellas los rechazan; este rechazo los lleva a buscar compañeras ocasionales, con quienes no solucionan nada,

antes empeoran; algunos optan por desfuncionalizarse por un tiempo, mientras encuentran alguna solución. Pero esta no llega hasta cuando no estén seguros de que al emprender una nueva relación tendrán alguna garantía de buen desempeño. Los niveles de angustia aumentan y el Síndrome de Ansiedad Sexual complica las cosas.

Es indispensable, especialmente en los hombres mayores, tener en cuenta que la Disfunción Sexual más frecuentemente asociada a la EP es la DE; algunos autores que han cuantificado esta asociación, afirman que en un 30% de los casos de EP hay una asociación con DE⁸⁴.

-Con frecuencia los pacientes con EP tienen la impresión de que su problema es puramente psicológico o que es un asunto que el tiempo resolverá.

Medicamentos que pueden retardar la eyaculación

Antes de entrar al esquema de tratamiento de la EP, es conveniente hacer una reseña de los medicamentos que se han empleado para tratar de alargar el IELT. Existen siete grupos:

- 1. Bloqueadores de acción central adrenérgica y/o dopamínica.** Diversas experiencias farmacológicas con el Torazine -una fenotiazina halifática- y la Thioridazina (Melleril) que bloquean receptores adrenérgicos centrales. Neurolépticos atípicos como el Visperidone y el Clorzil son una nueva categoría de bloqueadores de la dopamina y serotonina. Sin embargo, y aunque se cree que el centro de la eyaculación es cerebral, los trabajos para EP con estos medicamentos tienen resultados pobres y las mejorías no pasan del 1% al 4%³.
- 2. Ansiolíticos benzodiazepínicos.** Se han propuesto como inhibidores de la Ey. En algunos hombres posiblemente por sinergia con el GABA (ácido-gamma-amino-butírico) como sucede con el Clordiazep

póxido, Lorazepán y Alprazolam. Análisis de los estudios sobre su efectividad en EP. escasamente llega al 10%² y no hay seguimiento post-medicación.

3. Bloqueadores beta-adrenérgicos: por sus propiedades ansiolíticas. En realidad no tienen acción en EP⁴⁹.

4. Bloqueadores Alfa-1-adrenérgicos: La Fenoxibenzamina es un potente inhibidor alfaadrenérgico que puede bloquear el reflejo de la Ey. (en la fase de emisión) en dosis de 10-20mgr. En este sentido podrían resultar de efectividad la terazosinas y similares. La investigación más significativa al respecto señala que en 91 pacientes con alfuzosina y terazosina, tuvieron efectos benéficos en un 50%, en una serie doble ciego contra placebo, con bajos efectos secundarios y en pacientes resistentes a la terapia sexual tradicional⁵⁰. No hay otros trabajos como para avalar esta cifra relativamente promisorio propuesta por Cavallini.

5. Inhibidores locales o Tópicos. Desde hace mucho tiempo se ha echado mano de los anestésicos locales. La nupercaina al 3% o la benzocaína al 7.5% preparadas en forma de crema y otros similares como lidocaína y prilocaína. En casos extremos y con una buena catequesis terapéutica, como un coadyuvante más dentro de todo el marco de tratamiento, pueden llegar a tener algún valor. No aisladamente. Se corre el riesgo de la anestesia de vulva y vagina con retardo o anulación del ciclo de respuesta sexual en la compañera ya que puede causar disminución de la sensibilidad vaginal; se aconseja empleo del condón, o si no es posible, hacer un lavado del pene luego de diez minutos de su aplicación.

La crema SS es un medicamento de uso tópico especialmente desarrollado por los coreanos. En sus investigaciones con esta crema hacen un estudio previo del paciente con de Biotensiometría y Potenciales Evocados, cuyos resultados sugieren hi-

persensibilidad y/o hiperexcitabilidad o sea, una base para considerar la causa orgánica periférica de la disfunción; aplican la S-S Cream, un agente tópico hecho de extractos seleccionados y preparados cuidadosamente de nueve productos naturales: *Ginseng Radix alba*, *Angelicae gigantis Radix*, *Cristanchis Herba*, *Toridilois semen*, *Cariophylli Flos*, *Cinnamoni Cortex*, *Zanthoxyli Fructus*, *Asiari Radix* y *Bufois Venevum*; Choi presenta un total de 73 pacientes de los cuales completaron el protocolo 50; la base del IVELT fue de 1'35"; el dato de satisfacción de la compañera fue del 16.2%; a cada sujeto se le aleatorizó contra placebo y 4 diferentes dosis de SS la crema (0.05 gr., 0.10 gr., 0.15 gr., y 0.20 grms.) para aplicar en el glande 1 hora antes del coito y sin lavar el pene antes de penetrar; el IELT así como el grado de satisfacción fue registrado por ambos: paciente y compañera. El t' de latencia dependió de la dosis de manera que a los 0.05 grm aumentó a 4.47 min. y así hasta los 0.2 grms.que fue de 11.06 min.; de igual manera los grados de satisfacción fueron aumentando a un 60% con 0.05 grm y 90% a 0.2grms. Se anotó una leve sensación local de quemadura en el 15% sin efectos adversos en el desempeño sexual o queja de la compañera. Se resume que la crema SS fue efectiva en retardar el tiempo de eyaculación. El 75% completaron el protocolo; el 25% no lo completaron, lo que no deja de ser un misterio del por qué esta alta deserción, ante tan buenos resultados. Atribuyen la efectividad a la reducción de la hipersensibilidad hasta niveles normales, lo que restaura el arco reflejo y de paso aumenta el flujo sanguíneo⁵⁸.

A pesar de que con los tratamientos locales de anestésicosy sus combinaciones como las de lidocaína-prilocaína, las preparaciones de hierbas, aplicadas al glande disminuyen la sensibilidad y demoran la eyaculación con altos porcentajes de efectividad en algunas series, sin embar-

go se observa que con estos tratamientos el índice de deserciones es alto lo que hace que estas preparaciones estén lejos de ser la terapéutica ideal^{89,90}.

Con las cremas anestésicas se informan de casos de hipoestesia, de dificultad con el orgasmo, de irritaciones locales y aun casos de moderada disfunción eréctil, además de la posibilidad de absorción transvaginal, que puede inducir a insensibilidad vaginal y anorgasmia; estos efectos se pueden solucionar con el empleo del condón⁹¹.

El empleo intrauretral de gotas oculares anestésicas: 3 a 4 gotas a través del meato en la porción distal de la uretra y obturando manualmente el orificio por unos 4-5 minutos para impedir su salida y esperar la acción puede ser una alternativa en algunos casos. Se emplean la Proparacaína, la Oxibuprocaina o la Proximetacaína Clorhidrato al 0.5%. En algunos casos ha sido realmente efectivo, en otros no; en algunos el paciente no tiene paciencia y se siente ridículo; en otros causa ardor uretral. Falta mucha documentación y estudio que sustenten esta técnica.

- 6. Antidepresivos, Inhibidores de la recaptación de Serotonina.** Inicialmente fueron sugeridos por Ahlenius en 1979, con la clomipramina, un antidepresivo tricíclico no selectivo de la recaptación de serotonina; se observó que en ratas prolongaba el tiempo de latencia eyaculatoria bloqueando la recaptación de serotonina a nivel central, y en otras se disminuían los movimientos peristálticos del conducto deferente, en proporciones muy superiores a la de los inhibidores de recaptación de serotonina -SSRI^{-34,40,65,93,94}. Uno de los primeros estudios de este medicamento en EP fue publicado por Eaton en 1973, con efectos secundarios bajos a dosis menores⁵⁵. Sin embargo, se señala que su aplicación continuada produce efectos secundarios frecuentes incluyendo los anticolinérgicos, la disminución del deseo sexual

y según algunos autores anestesia genital⁹³.

El primer estudio con SSRI (antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina) lo efectuó Waldinger en 1994⁴⁵. Desde entonces y hasta el año 2003 se registran unos 35 estudios, con los modernos antidepresivos SSRI en EP, y aunque la mayoría reclaman eficacia en esta clase de tratamientos, las metodologías no son claras, así como confusos sus resultados que de todas maneras cesan al suspender el medicamento.

Los SSRI (Bloqueadores de recaptación de serotonina como Sertralina, Fluoxetina y Paroxetina) tienen diversos grados de acción inhibitoria de la Ey. Tienen efecto anticolinérgico, aumentan los niveles de serotonina al bloquear su retoma y las hipótesis así como experiencias actuales indican que los altos niveles de serotonina constituyen un mecanismo inhibitorio de la Ey. Antidepresivos anteriores conocidos como tricíclicos, tienen también efectos sobre la Ey por sus propiedades antihistamínicas y anticolinérgicas además de sedativas, aunque su efecto poco claro y selectivo en las sinapsis serotoninérgicas, hacen que sus efectos secundarios sean mayores.

Un estudio para comparar los efectos inhibitorios de la clomipramina con varios de los SSRIs en segmentos del aparato genital se hizo con tiras de deferente humano (17 casos) con Norepinefrina (Ne), en ausencia y presencia de clomipramina y de SSRIs (Fluoxetina, Sertralina y Paroxetina); se tomó la presión intraluminal bajo estímulo eléctrico de los nervios hipogástricos y se midieron respuestas antes y después de la inyección i.v. de cada compuesto. Los resultados: Clomipramina fue unas 100 veces más potente para inhibir la contracción inducida por Ne que las tres SSRIs. Concluyen que la acción de la Clomipramina, en este aspecto, es significativamente más alta que la de los SSRIs⁴⁰.

Sobre los SSRI y Clomipramina han aparecido numerosísimos trabajos que sitúan estos fármacos como los más apetecidos en la investigación para EP y los más efectivos hasta el momento. Citaremos solamente algunos:

-Sertralina: Con 50mgr/día en 37 EP administrada por 7 meses, pasaron de un t' de latencia eyaculatorio de 0.3 minutos a 3.2 min. En nuestra revisión es la investigación de mayor tiempo de duración con un SSRI (7 meses)⁴¹. **-Sertralina:** En 52 EP con 50mgr/día por 1-3 semanas (s.) y luego aumento hasta 200 mgr/día hasta 8 s. con buena tolerancia la mayoría y "efectos satisfactorios" **-Sertralina:** Administración oral precoital electiva por 6 s. (los mayores picos plasmáticos 4 a 8 h. después de la toma). En 24 EP un 70% "mejoraron" con score 3/5⁴². **-Fluoxetina:** 20mgr./día hasta 40mgr/día en 17 EP resultados pobres, efectos secundarios náuseas, cefalea e insomnio sin precisar cuantía⁴³. **-Fluoxetina:** Dosis 20 mgr. en 40 EP estudio doble ciego con placebo habla de "mejoría"⁴⁴. **-Paroxetina:** 20mgr/día por 1 s. y luego 40mgr/día por 5 s. en 17 hombres EP, 9 medicados y 8 placebo, "gran mejoría" no cuantificada^{45,56}. **-Paroxetina:** Con 20mgr/día por 2 meses "mejoría" a los 14 días; efectos secundarios: insomnio en 61%, leve confusión sensorial 68%. Sin embargo solo abandonaron 3%. La valoración a las tres s. después de terminado indicó recurrencia en todos⁴⁶. **-Clomipramina:** 25mgr 12 a 24 horas precoito en 18 ptes.: 9 EP con DE y 9 EP sin DE. Los con DE no resultado los sin DE pasaron t' de lat. eyacul. de 2' a 8'. Monitoreos nocturnos informaron disminución notable de erecciones nocturnas en los dos grupos. No hubo seguimiento⁴⁷. **-Clomipramina:** 50mgr/día por 8 s. en 66 pacientes. 8 semanas con placebo y 8 s. medicamento, seguimiento por 3 meses con resultados "positivos" en 58%⁴⁸.

En una investigación de Montorsi citada por Wadskier, indica que con la Fluoxeti-

na se pasó a un tiempo de latencia hasta el doble y en algunos casos al triple; con la Sertralina de triple a quíntuple, con Paroxetina hasta quíntuple, con Sildenafil al doble y con Sertralina + Sildenafil al triple, en este caso con placebos con efectos negativos³⁷.

El trabajo de Abel-Amid en 31 hombres edad promedio 34 años, se hicieron 5 trats: 2 con recaptadores de serotonina, SSRI, clomipramina, sildenafil y terapia conductual. Se tomó el IVELT, estudio doble ciego cinco cruces, 4 fases con farmacoterapia y una fase en entrenados para el "stop-start y squeeze" según M&J; cada fase 4 s. separadas de dos s. para la siguiente fase; recibieron clomipramina 25 mgr/día, sertralina 50 mgr, paroxetina 20 mgr., sildenafil 50 mgr.; se les midió EDIS e IVELT, con resultados así: Para sildenafil 15', para paroxetina 4', para clomipramina 4', para sertralina 3' y para terapia conductual 3'; la mayor satisfacción fue en su orden con sildenafil, paroxetina, clomipramina, sertralina y terapia conductual, respectivamente. Los efectos secundarios, en su orden: Clomipramina en el 35%, Sildenafil o Paroxetina en el 17%, 10% Sertralina. Fueron: sequedad boca, cefalea, flushing, insomnio⁵⁹.

- Se señala la no correlación entre estudios con cuestionario y estudios con cronómetro hechos por Kim y por Waldinger. Kim empleó 40 mgr/día Fluoxetina y placebo, y Waldinger empleó 20 mgr. Paroxetina y placebo; Kim⁶⁵ empleó cuestionario y Waldinger⁶⁶ cronómetro; los estudios fueron comparados, y por ejemplo en el de cuestionario el incremento con placebo fue de 2.9 veces y con medicamento 3.0 veces, mientras que con cronómetro el aumento con placebo fue de 1.6 veces y con medicamento 11.7 veces. En el estudio de McMahon⁶⁷ con Sertralina empleando cronómetro el IVELT en el placebo aumentó 1.6 veces y con medicamento 11.3 veces. Esto comprueba el mérito científico del empleo del cronómetro .

Waldinger afirma que en contraste con el empleo del cronómetro en forma prospectiva en comparación con un simple cuestionario, el IVELT ha permitido comprobar que las respuestas con el placebo no son tan altas y permite precisar cuantitativamente los valores de respuesta a diversos medicamentos. Se recomienda que en las investigaciones se incluyan grupos homogéneos⁵⁷.

En los trabajos con antidepresivos se observa:

1. Se mencionan muchos resultados cualitativos e inespecíficos: “mejoraron”, “se beneficiaron”, y muy pocos específicos y cuantitativos; salvo una, las demás series son muy cortas.
2. Solamente se tomó el tiempo de latencia eyaculatorio, IVELT. No se tomaron otros parámetros de evaluación subjetiva sobre su capacidad o habilidad desarrollada para controlar la Ey; tampoco resultados de satisfacción personal y solo unos pocos cotejaron resultados con la compañera.
3. Solo uno habla de resultados a corto plazo (3 semanas) luego de terminada la medicación⁴⁶. Todos los demás se limitan al resultado hasta el momento en que se suspende la medicación.
4. Solo dos autores investigaron la medicación electiva o dosis precoital: uno con sertralina⁴¹ y otro con clomipramina⁴⁷. A propósito de la dosis de SSRI precoital Waldinger opina que no puede actuar adecuadamente puesto que la des-sensibilización de los receptores 5HTA1(acceleradores) demora varios días o semanas y que, a su vez, la activación de receptores 5HT2C, frenadores, es lenta¹⁵, por lo que la dosis única precoital con los SSRI mencionados no tendría razón de ser. Sin embargo, en un trabajo que presentan Sommer y Klotz con dosis precoitales de Vardenafil (30' antes) vs. Sertralina (4 horas antes) informan que de un

promedio de 1.5' de IVELT se pasó en el Vardenafil a 5.3' y con Sertralina a 2.87'; lo cual de todas maneras no conduce a nada pues no hubo placebo en este estudio⁶⁸.

Al revisar varias experiencias del grupo de trabajo del autor, se tiene la sensación de que la Clomipramina precoital 25 mgr. 5-7 horas antes, en algunos individuos tiene una acción definitivamente retardadora. Es posible que en estos pocos individuos actúe como frenador específico de las contracciones del conducto deferente, cuando en otros no, además de la acción inespecífica sobre subgrupos de receptores de serotonina.

Actualmente se trabaja con la Dapoxetina, una variante de los SSRI en dosis precoital 1 hora antes; los resultados iniciales se informan halagadores.

- 7. Inhibidores de PDE5 en EP.** Para explicar el mecanismo de acción de los Inhibidores de PDE5 en la EP se proponen varias posibilidades; en primer lugar por la baja de la ansiedad al lograr una erección más firme y prolongada, estimularía mecanismos centrales frenadores o bajaría la hipersimpaticotonía causada por la ansiedad frenando la vía eferente (simpático-somático); o bien, podría tratarse de casos de DE, en realidad subclínicos o subdiagnosticados, que al mejorar la erección, trastorno primario, mejoran la EP, trastorno secundario; de otra parte, se observa que algunos pacientes emplean este medicamento para poder repetir coito, ya que es sabido que el tiempo de latencia intravaginal se alarga en el 2do.coito.

Según Abdel-Hamid la evidencia sobre la acción de los Inhibidores de PDE5 para mostrar que prolonguen el IVELT en EP es poca. Los casos publicados son abiertos, no controlados y autodiagnosticados, y su mecanismo de acción no se ha identificado aun⁹². Sin embargo, Filipi y cols. en una investigación en ratones y humanos afirma que existen PDE5 en el con-

ducto deferente, así sus concentraciones sean diez veces menores que en los cuerpos cavernosos; han demostrado que el mecanismo NO-GMPc produce una relajación del deferente, de manera que PDE5 como inhibidor de GMPc inhibe relajación que resulta en una contracción; a su vez los Inhibidores de PDE5 terminarían, entonces, por relajar las contracciones del deferente lo que se traduciría en una demora en la eyaculación⁶⁰. Abel-Hamid y cols. concluyen que lo más efectivo hasta el momento, y como monoterapia, sería el Sildenafil, bastante más ventajoso que los demás^{59,92}; para Montorsi, citado por Wadskier, los mejores resultados han sido con Sertralina + Sildenafil³⁷, para Waldinger con la Paroxetina⁴⁵ y para Salonia la combinación Paroxetina + Sildenafil⁶¹.

Algunas propuestas de tratamientos coadyuvantes

La Fisioterapia. La experiencia es limitada. Se basa en que tradicionalmente dentro de las terapias conductuales algunos aconsejan “entrenar y fortalecer” los músculos perineales mediante los ejercicios de Kegel; los resultados son de tipo empírico.

Ejercicios de Kegel. Tal como se emplea en las mujeres la contracción del músculo pubococcígeo como tratamiento de fases iniciales de la IUE. Se hacen 10 sesiones/día, en cada sesión 5 a 10 contracciones; ideal completar 100 contracciones/día. Como monoterapia no tienen mayor efecto específico en EP aunque se citan algunos estudios en número limitado de pacientes; La Pera y Nicastro trataron a 18 EPs en quienes otras terapias fracasaron con un seguimiento de 4 a 6 meses; afirman que el 61% curaron⁶⁹. Algunos terapeutas asocian estos ejercicios con las técnicas conductuales pero no hay datos específicos sobre resultados. Claes y Von Poppel trabajaron con electroestimulación del piso pélvico en 29 pacientes de EP que rehusaron tanto la farmacoterapia, como la terapia sexual tradicional; se les indicaron los

ejercicios de Kegel más la electroestimulación de los músculos perineales; 19 pacientes (65%) tuvieron “mejoría” en el IVELT en control de 12 meses después⁵¹. Se requieren trabajos metodológicos más precisos para valorar debidamente posibles bondades de esta terapéutica.

Gel de Acido Hialurónico. Se cita el trabajo de Moon en Corea, 2002, al inyectar 2 ml. de Gel de Acido Hialurónico en la parte dorsal de la corona del glande; dividió en tres grupos a 139 pacientes: 1er.grupo con neurotomía del pene el IVELT pasó de 1.3' a 3.9'; con el Gel pasó de 1.3' a 4.6' y con neurotomía+Gel pasó de 1.3' a 5.4'. Se trata de una investigación inicial que debe ser ampliada y soportada.

Activación del parasimpático. Basado en que la emisión es activada por el simpático (durante la cual viene el cierre del cuello vesical) y la micción por el parasimpático (apertura cuello vesical), siendo que estos sistemas son antagónicos, el autor ha propuesto a algunos pacientes seleccionados que cuando crean llegar al Punto Pre-Pre-E, suspendan el estímulo y traten de simular el inicio de una micción, con lo cual inactivarían el simpático y se lograría frenar la emisión, y así sucesivamente. Se trata de un método coadyuvante que ha resultado efectivo en algunos pacientes y se menciona como asunto apenas inicial y experiencial, aunque otro autor que la indica en sus pacientes informa de resultados prometedores⁷⁰; de todas maneras es un asunto empírico que requiere de mayor observación y estudio.

El tratamiento quirúrgico

En los últimos años se ha propuesto la denervación parcial del pene. Con incisión circular a nivel del surco balanoprepucial se denuda hasta la albugínea y se hace la neurectomía de 2 ó 3 ramas secundarias a lado y lado, respetando el paquete vasculonervioso dorsal por donde discurren los troncos principales de los nervios dorsales. Luego se hacen incisiones ventrales transversales de me-

nos de 2 cm., proximales y distales, a lado y lado. Su indicación se limita a aquellos casos de EP primaria resistentes a todos los demás tratamientos y en quienes se demuestre hipersensibilidad (por Biotensiometría o tests electrofisiológicos). Según Wadskier no es un tratamiento inicial y su principal indicación es cuando han fracasado todos los tratamientos, sean psicoterapéuticos o farmacológicos; presenta una serie de 248 casos intervenidos con el 89% de curación después de un año de seguimiento³⁷. La neurotomía del pene ha polarizado a los urólogos en pro y en contra; algún sector de la psicología ha llegado a hablar de “carnicería” lo que no deja de ser una afirmación ignorante y grotesca. Wadskier afirma que se practica esta intervención como testigo del fracaso de todas las terapéuticas ensayadas hasta el momento, de manera que la indica “cuando ya no hay nada más para hacer” pues ya que en tratándose de una cirugía menor con anestesia local su riesgo es mínimo y las complicaciones mínimas, además de que los pocos casos de hiposensibilidad de algún sector del glande son pasajeros. La intervención es en realidad una cirugía menor muy bien reglada que no deja huella ni deformidad alguna y se estima que es un campo en el que se debe seguir trabajando mientras no aparezcan soluciones farmacológicas, realmente efectivas³⁷; sería de esperarse que quienes tienen gran experiencia con esta metodología trabajen con parámetros cuantitativos, ya que en los casos informados no se ha trabajado con el IVELT en los pre y post, lo que deja un cierto vacío al leer los resultados con esta técnica⁵⁴.

Costa propone un test sencillo para evaluar la posible utilidad de la cirugía, como es la acción benéfica de agentes anestésicos locales a bajas concentraciones⁷⁰.

Propuestas terapéuticas

Según Sharlip la terapia conductista que se emplea comúnmente, está asociada con una deserción significativa, además de que las técnicas conductistas tienen bajo benefi-

cio. En la medida que se implementen tratamientos farmacológicos efectivos, aumentará el número de pacientes que buscan ayuda⁸⁵.

Algunos autores informan hasta de un 60% de eficacia al emplear la técnica “del apretón” (o *squeeze*) pero su beneficio es a muy corto plazo⁸⁶; De Amicis, Goldberg, Lo Pico, Friedman y Davies, luego de hacer una revisión a tres años, encuentran que no se obtiene beneficio alguno con las terapias conductistas (apretón, stop-start, placereado, etc.)⁸⁷; además de que tanto el apretón como el *stop-start*, significan una incomodidad para el interesado, que a su vez desconoce lo que sucede con la respuesta sexual de la compañera, pues con cada maniobra e interrupción, se ignora en qué fase se encuentra la mujer; asunto que los psicoterapeutas creen resolver con la “terapia de pareja” preconizada por ellos en estos casos; pero la realidad es que cada encuentro sexual bajo la pauta conductista se reduce a un acto egoísta y personal del paciente, cuyo “ejercicio” o tarea ejecuta y a la que pocas mujeres se acomodan al tiempo que muchas de ellas se sienten utilizadas.

La farmacoterapia actual ofrece algún grado de eficacia para la EP, pero los diversos medicamentos empleados están aun lejos de ser el ideal; pues este sería, por ahora, aquel que por vía oral fuese bien tolerado, efectivo desde el principio y de administración en dosis única precoital⁸⁵. Se está tras la tableta de empleo precoital con un corto intervalo entre administración y el efecto, v.gr. máximo 1 hora, con mínimos o ningún efecto secundario y a bajo costo. Es el gran desafío de la medicina sexual en este momento.

A pesar de la gran cantidad de trabajos al respecto de la monoterapia medicamentosa -de los cuales se han citado los que aparecen como más significativos- las series son tan cortas y tan pobres los seguimientos, que no es posible hacer un serio meta-análisis que permita una idea concreta para hablar de

evidencia clínica en la evaluación de la acción inmediata, menos aún a mediano y a largo plazo. Lo que también sucede con todos los demás tratamientos incluyendo los psicoterapéuticos (Terapia Sexual:TS).

La imaginería o el fantaseo sexual o anti-sexual durante el acto sexual, son técnicas que no han dado resultado alguno. Son bien conocidos ciertos hechos, como el que el alcohol retarda la Ey; los Eps relatan con claridad esta circunstancia; situación que no se convierte en hecho terapéutico. Salvo que en dado caso uno o dos -tan solo no más de un par- de copas tuviesen en algún individuo tal efecto, que no sería del todo descabellado echar mano del método un par de veces a la semana.

Lo mismo podría decirse de quienes al repetir el acto sexual observan que el segundo es satisfactoriamente menos rápido y encuentran de manera natural la panacea a la EP en el segundo coito; sin embargo, cuando esta capacidad disminuye al aumentarse con la edad el período refractario, la decepción es la regla. Y tal vez, es por ello por lo que la consulta de EP es relativamente más frecuente hacia los 40 años, cuando la capacidad de repetir disminuye, más aún si hay factores ansiogénicos que pueden afectar la erección. Además de que la capacidad de repetición no es rutina en una proporción significativa de individuos.

Autores desde diversas ubicaciones, como Metz, Madakasivas y Rowland, cuestionan seriamente aquello que se afirmaba como un hecho -entre terapeutas sexuales- de que la EP resultaba una entidad sencilla y de exitosos tratamientos pues la realidad es otra^{2,39,62}. Tal como sucede con los medicamentos, los resultados a breve plazo pueden ser apenas satisfactorios pero la mayoría no lo tienen al cabo del tiempo y se observa que luego de tres años, con cualquiera de los tratamientos (sea con la tradicional TS o con los medicamentos) la recidiva es la regla^{2,35,36,39}. Además, las deserciones tanto en tratamientos medicamentosos como en terapia sexual suelen pasar del 35%⁶³.

Para una propuesta de intervención en EP se deben tener en cuenta:

1. Historia clínica y sexológica (personal, pareja, ambiental, cronología).
2. Diagnóstico y clasificación de la entidad (Primaria-secundaria, total-selectiva).
3. Determinar hipersensibilidad o hiperexcitabilidad (Biotensiometría – Tests electrofisiológicos).
4. Trastorno único o asociación con otras disfunciones. En este caso determinar la disfunción primaria o de base y de todas maneras investigar y tratar las asociadas. Investigar claramente si se trata de una DE con EP secundaria, pues tiene absoluta prelación el tratamiento de la DE.
5. Eliminar causas de ansiedad y coadyuvantes. En especial ansiedad sexual y procurarle al paciente el apoyo emocional y la información necesaria para una educación sexual para el placer, para eliminar el terror que le representan las relaciones sexuales.

Aunque no solucione el problema, una catequesis sobre el proceso eyaculatorio les es útil a estos individuos. Explicar con esquemas las diversas fases e intensidades de la focalización del placer: puntos BE, AE, E, PRE-E, PRE-PRE-E^{1,23} (Ver Gráfica) para que los encuentre con masturbación, siempre y cuando esta no sea una carga o se haga con desagrado, antes por el contrario, sea un motivo de disfrutar de manera aislada o con la pareja de esta actividad. Se aconseja que al principio se practique en solitario y cuando haya progreso se haga con la compañera. El progreso en la demora en la eyaculación durante la masturbación compartida, sin penetración y durante sesiones eróticas interesantes para ambos, incluyendo el sexo oral, tiene la ventaja de disminuir la tensión emocional y bajar los niveles de ansiedad del individuo. Más aun si la compañera con los juegos eróticos y el sexo oral consigue el orgasmo. Esto hace que el nivel de ansiedad disminuya, la mujer

no se sienta utilizada, lo cual será un coadyuvante para la terapéutica medicamentosa de fondo. Estas técnicas de placer compartido sin penetración fueron ideadas por M&J y se conoció como el *placereado*. Es interesante aplicarla en unas cuantas sesiones iniciales, pero como método indefinido o prolongado monoterápico, solo tiene resultados negativos a mediano y aun a breve plazo pues el individuo no acepta quedarse en esta etapa de “sexualidad extragenital”, ya que su deseo es la penetración y la cópula. Algunos autores indican que para los casos primitivos (en su clasificación llamados primarios) es cuando con esta técnica se obtienen los mejores resultados^{23,62}. Bien entendido que es muy frecuente que al explicarle al individuo las técnicas de masturbación con el fin de que demore la Ey, esto se puede conseguir llevando un IVELT coital de menos de 1' -2' a un t' eyaculatorio por masturbación a más de 20' ó 30'; pero la mayoría de estos individuos a pesar de haber logrado este progreso, cuando llegan de nuevo al coito el tiempo de latencia intravaginal vuelve a ser muy breve como antes. Rowland⁶² encontró que los EP toman más tiempo en Ey con la masturbación que con el coito: 4.5' vs. 1.5'.

En resumen, en este punto, es válido encontrar aspectos que bajen la ansiedad coital del individuo, bien entendido que lo atrás propuesto es solo coadyuvante a una terapéutica de fondo de tipo medicamentoso; o finalmente quirúrgica si se han agotado todos los recursos.

Resumen de métodos coadyuvantes: Información (Ver Gráfica), placereado, apoyo emocional, educación para el placer, actitudes y posiciones coitales, sexo oral, Kegel y electrofisiología perineal, masturbación dirigida.

6. Medicamentos: Creemos que hasta el momento los más indicados son los Antidepressivos tipo SSRI y los Inhibidores de

PDE5. Cuando se trata de una EP sin el más mínimo trastorno erectivo se aconsejan dosis precoitales de Clomipramina 25 mgr 5-7 horas precoito; los resultados son excelentes pero en una escasa cantidad de personas (esta es, apenas, una afirmación experiencial); la Paroxetina o la Sertralina a dosis de 20mgr. y 50 mgr./día -respectivamente- por un mes y medio (impregnación) tiempo luego del cual se propone la dosis precoital. Si no hay éxito, un Inhibidor de PDE5 combinado con SSRI aumenta las posibilidades pues duplica, triplica y aun cuadruplica el IVELT. Se anuncia una nueva variedad de SSRI, la Dapoxetina cuyas características farmacodinámicas permiten modular el transporte de la Serotonina, aunque algunos lo consideran como un SSRI; su vida media es corta, 1-3 horas de manera que se indica para dosis precoitales 1-3 horas antes de la relación; los resultados previos indican que un 50% pueden esperar que se duplique el IVELT y un 20% que se cuadruplica. Más estudios sobre este medicamento lo ubicarán en el sitio preciso dentro del armamentario con que se cuenta para la EP.

En casos resistentes, se pueden considerar medicamentos tópicos (cremas, gotas intrauretrales) que son tratamientos empleados desde las etapas más remotas de la farmacología y se sigue insistiendo en ellos en diversas modalidades: SSCream, Prilocaina, Benzocaína, Proximetacaína, etc..

7. La cirugía. La Denervación parcial del pene se puede considerar como una reserva final para los casos de EP primaria, en quienes ninguno de los tratamientos previos solos o combinados han dado resultado, siempre y cuando se documente el caso con test de hipersensibilidad (Biotensiometría o tests electrofisiológicos).

En vista de que la mayoría de los estudios no informan de resultados a mediano o largo plazo y los pocos que existen indican que a más de tres años la inmensa ma-

yoría de pacientes, con cualquiera de los tratamientos recidivan, deben buscarse técnicas que puedan ser seguidas y practicadas por el paciente de manera fácil para evitar deserciones. No se debe olvidar que paciente que no regresa a consulta, o no se controla a mediano y largo plazo, equivale a fracaso y de ninguna manera a éxito o caso resuelto.

Bibliografía

1. Acuña, A. Sexo y edad. De la madurez a la vejez. Ed. CAFAM, 1984. Pág. 264. , y Acuña A, Enfoque clínico y terapéutico de la eyaculación precoz, UROL.COLOM., VIII (1): 13-23.
2. Metz, .E., Pryor, L.J. et al. "Premature ejaculation: A Pscophysiological review". J.Sex.& Mar. Ther., 1997;23:3-15.
3. Masters, W., Johnson, V. Human Sexual inadequacy- 1970, Boston, Little, Brown.
4. Fisher, S. Female orgasm- 1973, New York, Basic
5. Acuña, A., Estudio del orgasmo femenino en 600 mujeres- 1989, Congreso Sociedad Colombiana de Sexología, Manizales, Colombia.
6. Kaplan, H.S. The new sex therapy-1974, New York, Brunner/Mazel.
7. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation- J Urol, 2002; 168: 2359-67.
8. Kinsey, AC., Pomeroy BW., Martin CE- 1948, Sexual behavior in the human male- Piladelphia, Saunders.
9. Vasilenko, GS. -1977, Obscaxa sexopatologica- Moscow, Medicina.
10. Hunt, M. -Sexual behavior in the 70s.- 1974, Chicago, Playboy.
11. Schnabl, S. "Intimverhalten, sexual storungen personlichkeit Intimverhalten- 1972, Berlin Deutcher verlag der Isenschaften.
12. Colpi, GM., Fanciullacci F. et al. -Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation - Andrologia, 1986; 18:583-86.
13. Assalian, P. -Premature ejaculation: ¿is it really psychogenic?- Paper presented at the annual meeting of the society for the Scientific Study of Sexuality, New Orleans, Nov 1991.
14. Montorsi F Premature ejaculation -a medical enigma- PE perspectives and Sexual Health, Dec/2004; 1: 4-11.
15. Waldinger MD, Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence-based medicine- BTU Int, 2004; 93:201-207.
16. Waldinger MD., Use of psychoactive agents in treatment of sexual dysfunction, CNS Drugs, 1996; 204-216.
17. Waldinger MD., et al, Familial occurrence of primary premature ejaculation- Psychiatr Genet, 1998a; 8:37-40.
18. Waldinger MD, et al, An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation- Int Psychiatr Clin Pract, 1998b; 2: 287-293.
19. Shilon, M., Paz GF, Hommonai ZT. -"The use of fenoxibenzamine treatment in premature ejaculation"- Fertil.Steril.1986; 42:659-61.
20. Zilberfeld, B. -Male sexuality: a guide to sexual fulfillment- Boston, Little, Brown an Co., 1978.
21. Pietropinto, A., Simenauer, J. El mito masculino- Barcelona, Plaza y Janés, 1979.
22. Lawrence, J.S., Madakasira, S. "Evaluation and treatment of premature ejaculation: A critical review" Int. J. Psych.Med. 1992; 22:77-97.
23. Acuña A Metodología en el tratamiento de las principales disfunciones sexuales- Ponencia -y Abstr.- en el XXI Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, Jun/ 1997.
24. Guindín, LR., Huguet, M. Eyaculación Precoz- B.Aires, Paidós, 1993.
25. Lauman EO, JAMA 1999; 281: 537-544.
26. Zhong Chen Xin et al. "Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation" J.Urol., 1997; 158:451-55.
27. Gospodinoff, ML. Premature ejaculation: Clinical subgroup and etiology- J.Sex.Mar.Ther., 1989; 15:130-34.
28. Colpi GM. Et al, Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation- Andrology 1986; 18: 583-586.
29. Xin ZC, et al, Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation- J Urol, 1997; 158: 451-435.
30. Gospodinoff ML Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology- J Sex Marit Ther 1989;130-134.
31. Cohen PG, The association of premature ejaculation and hypogonadotropic hypogonadism- J Sex Marit Ther, 1997; 23: 208-211.
32. Omu AE et al, Magnesium in human semen: possible role in premature ejaculation- Arch Androl 2001; 46: 51-66.
33. Jannini EA et al, Disorders of ejaculation- J Endocrinol Invest, 2002; 25: 1009-1019.
34. Ahlenius et al, Effects of a new type of 5HT receptor agonist on male Rat sexual behavior- Phamacol Biochem Behav 1981; 15: 785-92.
35. Assalian P , Eyaculación precoz, Conferencia, XI Congreso Soc. Venezolana Sexol, Caracas, 2004.
36. Kaplan, HS. -How to overcome premature ejaculation- New York, Brunner/Mazel, 1989.
37. Wadskier LA - Revisión crítica de los tratamientos de la Eyaculación Precoz- La cirugía: Denervación parcial del pene, experiencia y resultados- XXXIV Congreso Colombiano de Urología, 2003, Medellín.
38. Meyers, SR. A comparison of male sexual disfunctions: An MMPI-2 content scale analysis - Dissertation, U. of Minnesota, 1994.

39. Madakasivas, S., Lawrence, JS. Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review – *Int. J. Psychiatry.*, 1992; 22:77-97.
40. Kim SC et al Comparison of inhibitory effects of clomipramine with selective serotonin reuptake inhibitors on contraction of vas deferens: in vitro and in vivo studies- *Int J Imp Res*, 2001, 13 (Suppl1); S-36, P84.
41. McMaon CB. "Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single blind placebo controlled crossover study" *J.Urol.*, 1998; 159:1935-8.
42. Mendels, J. Et al. "Sertraline treatment of premature ejaculation" *Clin.Psychopharmacol.*, 1995; 15:341-6.
43. Kara H. et al. "The efficacy of fluoxetine in the treatment of Premature Ejaculation: a double-blind-placebo controlled study" – *J. Urol.*, 1996; 156:1631-2.
44. Yilmaz, U., et al. "The effects of fluoxetine of several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation" *J. Urol.*, 1999; 161:107-11.
45. Waldinger, MD. "Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double blind randomized-placebo-controlled study" - *Am. J. Psychiatry*, 1994; 91377-9.
46. Ludovico, GM. Et al. "Paroxetine in the treatment of premature ejaculation" – *Br.J.Urol.*, 1996;77:881-2.
47. Haensol, Sm, et al. "Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation controls" – *J. Urol.* 1996; 156:1310-15.
48. Montosi, F., et al. "Clomipramine for premature ejaculation: a randomized, double blind, placebo, controlled study" – *Acta Urol. Ital.*, 1995; 9:5-6.
49. Smith, PJ, Talbert, RL. "Sexual dysfunction with antihypertensive and antipsychotic agents" – *Clin. Pharm.*, 1986; 5:373-83.
50. Cavallini, G. "Alpha 1-blockade pharmacotherapy in primitive psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy" – *Eur. Urol.*, 1995; 28:126-30.
51. Claes HT, Von Pappel H, Pelvic floor exercise in the treatment of premature ejaculation- *J Sex Med*, 2005; 2, Suppl 1: 99.
52. Seftel AD, Althof SE, Rapid ejaculation *Sex Disf in Med*, 2000; 2(1): 10-13.
53. Jannini E, A pan-European perspective on premature ejaculation- *PE Perspectives and Sexual Health*, Dec 2004, 1:20-27.
54. Silva JM, Comentario a ponencia, Congreso Colombiano Urología, Medellín, 2003 – Conferencia "Estado actual de la EP" Reunión Capítulo I Sociedad Colombiana Urología, marzo/2005.
55. Eaton H, Clomipramine in the treatment of premature ejaculation- *J Int Med Res* 1973; 1: 432-434.
56. Waldinger Md et al, Paroxetine treatment of premature ejaculation, a double-blind randomized controlled study- *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 1377-1379.
57. Waldinger MD, Original research. Towards evidence-based drug treatment research on premature ejaculation: a critical evaluation of methodology- *Int J Imp Res* 2003; 15: 309-313.
58. Choi H.K. Safety and efficacy study with various doses of S-S cream in patients with premature ejaculation in a double-blind, randomized, placebo controlled clinical study- *Int J Impot Res* 1999; 11:261-4.
59. Abel-Hamid IA et al.; Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation- *Int Imp Res* 2001; 13: 41-5.
60. Filipi S, et al, Experimental and functional activity of phosphodiesterase type 5 in human and rabbit vas deferens- *J Sex Med* 2005, 2, Suppl.1: 9.
61. Salonia A, et al: A prospective study comparing Paroxetine alone versus Paroxetine plus Sildenafil in patients with premature ejaculation- *J.Urol.*, 2002; 168:2486).
62. Rowland D.L. Ejaculatory latency and control in men with premature ejaculation: An analysis across sexual activities using multiple sources of information- *Sex Dysf in Med* 2000; 2(1) 18.
63. De Amicus, LA., Goldberg, DC., LoPiccolo al. "Clinical follow up of couples treated for sexual dysfunction" – *Ach. Sex. Behav.*, 1985; 14:467-90.
64. Truit WA, Coolen LM Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord- *Science*, 2002; 297: 1566-69.
65. Kim SC et al, Efficacy and safety fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double blind, placebo controlled study" *J Urol* 1998; 159: 425-427.
66. Waldinger MD et al, Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind randomized placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline- *J Clin Psychopharmacol*, 1998; 18: 274-281.
67. McMahon CG, Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study, *J Urol* 1998; 159: 1935-1938).
68. Sommer FG, Klotz T, Mathers M, Treatment of premature ejaculation: A comparative Vardenafil and SSRI crossover study – *J Sex Med*, 2005, 2; Suppl.1: 10.
69. La Pera, G., Nicastro, A. A new treatment for premature ejaculation, the rehabilitation of the pelvic floor- *J.Sex.Mar.Ther.*, 1986; 22:22-26.
70. Costa A, Eyaculación precoz, revisión de la terapéutica- Congreso Colombiano de Urología, Santa Marta, 2001.
71. Rosen R, Piscataway NJ, Althof SE, et al, Predictors of the clinical diagnosis of premature ejaculation, *J Urol* 2005; 173 (4) 338.
72. Sotomayor M, The burden of premature ejaculation: The patients perspective, *J Sex Med* 2005; Suppl 2: 110-114.
73. Montorsi F, Prevalence of premature ejaculation: A global and regional perspective, *J Sex Med* 2005; Suppl 2, 96-102.
74. Nolzco C et al, Prevalence of sexual dysfunctions in Argentina, *Int J Imp Res* 2004; 16: 69-72.
75. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DE, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T, Sexual problems among women and men aged 40-80. Prevalence and correlates identi-

- fies in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, *Int J Impot Res* 2005; 17: 39-57.
76. Immerman RS, Mackey WC, A biocultural analysis of circumcision, *Soc Biol* 1997; 44: 265-75.
 77. Carson C, Glasser D, Laumann E, Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: a United States population-based study, *J Urol* 2003; 169: 1649.
 78. Laumann EO, Paik A, Rosen RC, Sexual dysfunction in the United States: Prevalence a predictors, *JAMA* 1999; 281: 537-544.
 79. Colpi GM et al, Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation, *Andrologia* 1986; 18: 583-586(79)Colpi GM et al, Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation, *Andrologia* 1986; 18: 583-586.
 80. Xin ZC, et al, Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation, *J Urol* 1996; 156: 979-981.
 81. Godpodinoff ML, Premature ejaculation: Clinical subgroups and etiology, *J Sex Marital Ther* 1989; 15: 130-134.
 82. Schapiro B, Premature ejaculation, a review of 1130 cases, *J Urol* 1943; 50: 374-379.
 83. Montorsi F, Prevalence of premature ejaculation: A global and regional perspective, *J Sex Med* 2005; Suppl 2, 96-102.
 84. Grenier G, Byers S. Operationalizing early or rapid ejaculation, *J Sex Res* 2001; 38: 369-378.
 85. Sharlip I, Diagnosis and treatment of premature ejaculation: The physician's perspective, *J Sex Med* 2005; Suppl 2: 103-109.
 86. Clarke M, Parry L, Premature ejaculation treated by dual sex team method of Masters and Johnson, *Aust NZ Psychiatry* 1973; 7: 200-205.
 87. De Amicis LA, Goldberg DC, Lo Piccolo J, Friedman J, Davies L, Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction - *Arch Sex Behav* 1985; 14: 467-489.
 88. Patrick DL, Althof S, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho Kai Fai, McNulty P, Rothman M, Jamieson C, J , Premature ejaculation: An observational study of men and their partners - *Sex Med* 2005; 2: 358-367.
 89. Choi HK, et al, Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation, *Urology* 2000; 55: 257-261.
 90. Xin Z, et al, Efficacy of a topical agent SS-cream in the treatment of premature ejaculation: Preliminary clinical studies, *Yonsei Med J* 1997; 38: 91-95.
 91. McMahon CG, et al, Pharmacological treatment of premature ejaculation, *Curr Opin Urol* 1999; 9:553-561.
 92. Abdel-Hamid IA, Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation: Potential use and possible mechanisms of action, *Drugs* 2004; 64 13-26.
 93. Ahlenius S et al, prolongation of the ejaculation latency in the male rat by thioridazine and clomipramine, *Psychopharmacology* 1979; 65: 137-140.
 94. Girgis SM et al, Double-blind trial of clomipramine in premature ejaculation, *Andrologia*, 1982; 14: 364-368.
 95. Berendsen HH, Broekamp CL, Behavioral evidence for functional interactions between 5HT receptors subtypes in rats and mice, *Br J Pharmacol* 1990; 101:667-73.
 96. Barnes NM, Sharp T, A review of central 5HT receptors and their function, *Neuropharmacology* 1999; 38: 1083-152.

XL Congreso Nacional de Urología Cali - Agosto - 2005

Trabajos para presentación en podio

S1

Inyección intracitoplasmática con espermatozoides testiculares criopreservados en pacientes con azoospermia, experiencia en 34 pacientes

**Drs. Luis Eduardo Cavellier Castro, Pablo Gómez Cusnir, Ivonne Díaz Yamal
Gloria Martínez Ugarte y Mónica Valencia A.**

Unidad de Fertilidad, Procreación Médicamente Asistida (PMA) - Bogotá, Colombia.
Grupo asociado a La Clínica de Marly S.A., Bogotá.

Resumen

El éxito de criopreservar espermatozoides no eyaculados, ha sido reportado en pacientes con azoospermia no obstructiva. La inyección intracitoplasmática de óvulos (ICSI) con espermatozoides de origen testicular, se ha convertido en un método de gran aceptación para el tratamiento de parejas infértiles, por azoospermia. Diferentes técnicas quirúrgicas para la obtención de espermatozoides testiculares han sido utilizadas, como lo son la biopsia testicular abierta (TESE) y la aspiración con aguja (PESA) entre otras.

Reportamos la experiencia en nuestro centro de fertilidad en 34 pacientes a quienes se les realiza biopsia testicular diagnóstica y terapéutica, con congelación de los espermatozoides obtenidos o su utilización en fresco,

para posteriormente ser empleados bajo la técnica de ICSI. El rango de edad de los pacientes es de 26 a 59 años, con un promedio de edad de 37.7 años.

En 16 ciclos iniciados se transfieren 48 embriones, y se reportan 8 embriones implantados, 4 embarazos y 7 bebés en casa, para una tasa de embarazo por aspiración de 25% y tasa de embarazo por transferencia de 26.66%.

Se recomienda realizar biopsias diagnósticas de testículo en pacientes azoospermicos, en centros de fertilidad calificados y en el caso de encontrar espermatozoides durante el procedimiento quirúrgico, estos pueden ser utilizados en fresco o ser criopreservados, para posteriormente realizar Micromanipulación.

S2

Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual masculino en Colombia

Drs. Alonso Acuña Cañas, María del Pilar Ceballos y Carlos Díaz-Granados.
Fundación Universitaria Ciencais de la Salud, Hospital de San José. Servicio de Urología .

Objetivos

Determinar la frecuencia de relaciones extramaritales (RE) y disfunciones sexuales según la edad y nivel cultural en la población masculina colombiana, además de establecer la satisfacción con la vida sexual.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de cohorte en 826 hombres >30 años que asistieron a la consulta urológica por afecciones menores, con mínimo 1 año de casados, excluyendo aquellos que consultaron por disfunciones sexuales o con patología terminal o los que asistieron con su pareja; se interrogó acerca de diversos aspectos de su vida sexual.

Resultados

Se evaluaron 826 pacientes entre 30-85 años. El 45.54% mantiene RE, de estos el 83.6% son estables (>1 año). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la edad promedio y edad de inicio de actividad sexual entre los que tienen y los que no tienen RE. La frecuencia de relaciones sexuales

mensuales con la esposa es de 3.5 contra 4.1 y extramatrimoniales de 3. El 52% presentó alguna disfunción sexual. El 73 % tuvo una primera experiencia sexual satisfactoria, con disminución de la incidencia de inicio con prostituta a medida que se interrogaba a pacientes menores. En cuanto a la vida sexual actual el 53.37% reportó satisfacción. Hubo una relación estadísticamente significativa con la satisfacción del primer coito y la satisfacción actual, con relación a un mayor nivel académico así como con el hecho de tener RE.

Conclusiones

Un gran porcentaje de la población masculina mantiene RE estables, llevando una vida sexual satisfactoria, aunque más de la mitad presentan algún tipo de disfunción sexual. El comportamiento sexual masculino se ha modificando viéndose en la población mayor, inicio de relaciones con prostitutas y más frecuencia de RE, y en la población más joven inicio con novias o amigas y menos frecuencia de RE siendo estas predominantemente de tipo ocasional.

S3

Comportamiento sexual en la población mayor de 70 años

Drs. José Miguel Silva Herrera y David Ramírez Casasfranco, Unidad de Urología - Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Objetivos

Calificar el comportamiento sexual de la población mayor de 70 años, expresada en el mantenimiento del deseo, las actitudes y la actividad sexual, para detectar los cambios

ocurridos desde la observación de Kinsey en 1948 y motivados por el interés creciente presentado en los últimos años con respecto a los trastornos sexuales y las alternativas nuevas de tratamiento.

Materiales y Métodos

Se evaluaron 262 personas (110 mujeres y 252 hombres) no recluidas en centros geriátricos, con actividad funcional adecuada, mediante un cuestionario que incluyó preguntas del estudio “*The Pfizer report on sexual health in the second half of live final*”, el IIFE (índice internacional de la función eréctil) y el FSF (índice de función sexual femenina).

Se calificó el deseo, las actitudes y la actividad sexual además de los datos demográficos y las patologías asociadas.

Resultados

Se observó que más del 50% tienen relaciones sexuales regulares, con la diferencia de que el deseo sexual es menor en mujeres que en hombres. Algo similar ocurre con la aparición de fantasías sexuales.

El grado de satisfacción con la condición actual es mayor en mujeres; lo que coincide con el bajo deseo sexual que predomina en el sexo femenino.

Se encontró que más de 50% de los hombres tienen actitudes sexuales positivas a diferencia de las mujeres que alcanzan solamente un 22%.

Conclusiones

La edad no es un impedimento para sostener comportamientos sexuales, pero se asocia a la aparición de disfunción eréctil y de deseo sexual hipoactivo.

En este estudio se demuestra que las personas mayores mantienen actitudes sexuales en un alto porcentaje, aún más, que el demostrado para la actividad sexual, lo que hace a esta población susceptible de recibir los tratamientos disponibles hoy, con el fin de mejorar la calidad de vida.

S4

Evaluación de la función sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en el Hospital de San José y su correlación con el perfil hormonal

Drs. Mónica Rodríguez, Hernán Aponte y Erika Vargas, Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Unidad Renal, Servicio de Nefrología, Hospital de San José Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Introducción

La disfunción sexual es una complicación común en pacientes con IRC y altera la calidad de vida.

Objetivos

Determinar la prevalencia de disfunción sexual y su relación con el perfil hormonal en hombres con diagnóstico de IRC en el HSJ.

Materiales y Métodos

Estudio de corte transversal. Se incluyeron 115 pacientes con IRC y vida sexual activa, entre los 18 y 76 años de la unidad renal

del HSJ a quienes se revisó la historia clínica, los niveles séricos de creatinina, bun, glicemia y perfil lipídico. Se les aplicó el Índice internacional de Función eréctil (IIEF) y la escala de calidad de vida y se realizó determinación de niveles de prolactina y testosterona. A los resultados se aplicaron pruebas estadísticas de Chi cuadrado y Test de Student.

Resultados

Se encontró una edad promedio de 50.5 años [19 – 75], un tiempo diagnóstico de IRC de 68 meses. El 79% presentaban disfunción eréctil, el 65.2% alteraciones del orgasmo, el 60% alteraciones del deseo, el 44% referían

estar insatisfecho con sus relaciones sexual y el 33.9% referían insatisfacción global. El 30% presentaban hiperprolactinemia.

Se encontró una relación directa de la edad con la disfunción sexual, e inversamente proporcional con los niveles de glicemia y prolactina. En la escala de calidad de vida la principal esfera afectada fue la vida sexual con 34,7% de personas insatisfechas seguida de la situación profesional y la situación económica.

S5

Diagnóstico de disfunción sexual femenina (DSF) y su correlación con el perfil hormonal, en mujeres que asisten a ginecología, urología y personal femenino de planta del Hospital San José (HSJ)

Dra. Sandra García, Hernán Aponte, Socorro Moreno y El Grupo para el Estudio de la Disfunción Sexual Femenina HSJ, Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Introducción

La DSF reporta una prevalencia entre el 20 y el 50%. Su presentación muestra una asociación con la edad y el estado hormonal.

Objetivos

Determinar la prevalencia de DSF y su correlación con el perfil hormonal. Determinar la frecuencia de trastornos del deseo, excitación, orgasmo y/o dolor. Identificar el grado de satisfacción sexual.

Métodos

Estudio transversal donde se escogieron 101 mujeres, al azar mayores de edad, de la consulta de ginecología, urología y del personal que labora en el HSJ.

Se empleó el cuestionario auto administrado (FSFI) de 6 dominios con 19 preguntas. Se clasificaron disfuncionales aquellas con puntaje <76 (VN 95). De este grupo se seleccionaron aleatoriamente 36, y se les realizó perfil hormonal tanto estrogénico como androgénico, considerándose con deficiencia

Conclusiones

La disfunción eréctil es altamente prevalente en pacientes con IRC, teniendo una relación directa con la edad, e inversa con los niveles de glicemia y prolactina. La vida sexual es la principal causa de insatisfacción en estos pacientes. Los resultados son similares a los encontrados en la literatura.

androgénica aquellas con alteraciones en cualquier andrógeno.

Resultados

La edad promedio fue 36,2a. (DE-9,6) y 44,5% eran casadas. La prevalencia de DSF fue 55,8% (refirieron actividad sexual en el último mes). El 23,8% no tuvo actividad sexual en este periodo. 83,7% evidenció al menos una dimensión alterada.

De las 36 mujeres en quienes se evaluó perfil hormonal, 4 no tuvieron actividad sexual y fueron excluidas. De las 32 restantes el 56,2% presentaron DSF y el 37,5% tuvieron un perfil hormonal alterado.

La deficiencia androgénica y la DFS se encuentran asociadas pero, debido al tamaño de la muestra, no se pudo estimar la fuerza de la asociación. El 71,4% de las que no presentaron DSF, tenían laboratorios normales.

Conclusiones

La prevalencia de DSF en la población estudiada es alta. Se requieren más estudios para evaluar la población blanco de intervenciones en DSF.

Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoidea

Drs. José Miguel Silva, Carlos Gustavo Trujillo y Juan Martín Gutiérrez, Unidad de Urología - Unidad de Reumatología, Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Objetivos

Evaluar la actividad y el grado de satisfacción sexual en mujeres con artritis reumatoidea, e identificar, si lo hay, el tipo de disfunción para así intervenir sobre él.

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo analítico observacional. Los criterios de inclusión fueron, mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoidea, que desearan participar en el estudio. Se les entregaba el cuestionario FSFI, que debía ser llenado solo por aquellas pacientes con actividad sexual y una escala visual análoga de dolor, donde se marcaba el dolor no relacionado con la actividad sexual.

Se creo una base de datos en Excel y se realizo análisis estadístico por la prueba para datos no paramétricos de ManWhitney.

Resultados

Se incluyeron 45 mujeres con una edad promedio de 44.7 años (20-63). De ellas 32 (71%) refirieron tener actividad sexual constante en el último año. Las mujeres sin activi-

dad sexual (13 (29%)) mostraron diferencias en edad y dolor que no fueron significativas ($p= 0.5$ y 0.23 respectivamente). La clase funcional fue de 2.3/4 para las pacientes sin relaciones y de 1.8/4 para aquellas con actividad sexual, diferencia que fue significativa ($p<0.001$). El estado radiológico de la artritis en las mujeres que no tenían actividad sexual fue de 2.5/4 versus 1.6/4 en el grupo que sí tenía relaciones, con $p<0.0001$. Se aplico el FSFI, y los puntajes obtenidos fueron: deseo 3.207 (VN 4.1 +/- 0.9) , excitación 3.64 (VN 5 +/- 0.8), lubricación 4.25 (VN 5.6 +/-0.8), orgasmo 4.32 (VN 4.9 +/-1.5), satisfacción 4.26 (5.2 +/- 1.2), dolor 4.17 (VN 6) , y el puntaje total fue de 23.1 para un puntaje total mínimo en pacientes sin riesgo de disfunción sexual de 26.

Conclusiones

Las mujeres con artritis reumatoidea cursan con disfunción sexual. El estado radiológico y la clase funcional tienen un impacto negativo sobre las relaciones. Los dominios más afectados son la excitación, lubricación y dolor relacionado con el coito, puntos sobre los cuales se podría intervenir.

Evaluación de la función eréctil en pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica vs. prostatectomía radical abierta, con prueba intracavernosa de sustancias vaso activas

Drs. Hernán Aponte, John Jairo Ortiz, Michael Cote y Diego Riatiga, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Servicio de Urología.

Objetivo

Determinar la efectividad de la prueba intracavernosa con sustancias vaso activas en el Pos Operatorio inmediato, en pacientes

a quienes se les practicó Prostatectomía Radical Laparoscópica, y correlacionarla con sus factores de riesgo y serie de Prostatectomías Radicales Abiertas.

Materiales y Métodos

Se revisaron 18 Historias Clínicas entre el 2003 al 2005, de pacientes que se les practicó PRL por cáncer órgano confinado, se les realizó test de erección (TE) con sustancias vaso activas dentro de los primeros 2 meses. Se evaluó el TE y se correlacionó con la erección preoperatoria del paciente, estadio y preservación de paquetes neurovasculares.

Análisis de los Resultados

La edad promedio fue de 61.5 años (50-74 años). Estadío preoperatorio: 38.88% T1cNxM0, 38.88% T2aNxM0, 22.22% T2bNxM0. Evaluación subjetiva de rigidez erecciones previa a la cirugía: 44.44% de 5/5, 16.66% de 4/5, 22.22% de 3/5, no referían erección 11.11%. Pacientes con erección preoperatoria suficiente para penetración 83.32%. Preservación bilateral de paquetes 77.77%. Estadío patológico postoperatorio: 11.11% T2aN0M0, 38.88% T2bN0M0, 27.77% T3aN0M0, 16.66% T3bN0M0, T4N0M0 5.55%.

Durante el test, 83.33% refiere algún grado de erección, suficiente para la penetración (>3/5). 27.77% de los pacientes, sin ninguna medicación, tuvieron erecciones espontáneas >3/5, suficientes para la penetración. Tuvieron erecciones de >3/5 el 66.66% de preservación bilateral, y el 11.11% de los que no se preservaron y eran potentes previamente. Un paciente con test de papaverina, con respuesta de 5/5.

Conclusiones

1. La mayoría de pacientes tienen algún grado de disfunción preoperatorio, que afecta el pronóstico de las erecciones postoperatorias.
2. La preservación de la función eréctil es satisfactoria con técnica laparoscópica, y superior a la Cirugía Abierta en nuestra experiencia.
3. El TE realizado produce erecciones suficientes para la penetración en la gran mayoría de los pacientes y mejora la calidad de vida.
4. La preservación de paquetes neurovasculares, influye en la respuesta de las pruebas intracavernosas postquirúrgicas.

S8

Vasculopatía arterial intrapeneana como causa de disfunción eréctil en hombres jóvenes

Drs. Alonso Acuña, Hernán Alonso Aponte y Pilar Ceballos D. Sección de Sexología del Servicio Urología, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá

Objetivos

Investigar lesiones o anomalías intravasculares arteriales en individuos jóvenes con Disfunción Eréctil (DE).

Materiales y Métodos

Se tomaron 4 pacientes jóvenes con DE respondedores o no a fármaco oral a los cuales se les realizó Ecografía Doppler de pene.

Discusión

En tres de los casos se encontró hipoplasia de una de los dos arterias cavernosas y en

un caso más, hipoplasia de ambas arterias cavernosas a nivel medial y distal. Con la sobreoferta vascular debido al fármaco vasoactivo durante el ecodoppler dinámico, se observa que en los tres casos de hipoplasia unilateral, el déficit de flujo es compensado mediante la comunicación de los dos cuerpos cavernosos y en el cuarto caso la compensación se hace por las arterias dorsal y radiales. Los tres casos de hipoplasia unilateral son respondedores a Inhibidores de PDE5, y el de hipoplasia proximal bilateral no lo ha sido, pero si a la terapia intracavernosa, se-

guramente por tratarse de un caso de mayor severidad.

Conclusiones

1- Todo menor de 40 años con DE debe ser estudiado a fondo así sean respondedores a fármacos orales o intracavernosos, 2- El Eco Doppler es un examen que puede detectar anomalías intrapenanas arteriales y ha-

cer diagnósticos etiológicos insospechados, 3- Con el Eco Doppler dinámico de pene debe hacerse un recorrido proximal, medial y distal del transductor, ya que si solo se hace una visualización y medición proximal, se pueden dejar de diagnosticar anomalías del tipo que presentamos, 4- Solo el seguimiento a mediano y largo plazo de este tipo de casos, permitirá establecer el éxito con terapias orales o intracavernosas en estos pacientes.

S9

Valoración de un nuevo puntaje de síntomas (T.O.R.P.E) para pacientes con eyaculación precoz (EP) luego de la aplicación comparativa en una población de casos de EP vs una población de controles sanos

Drs. Uribe, J. F. y Mendoza, A. Servicio de Urología. Hospital Pablo Tobón Uribe, Instituto de Ciencias de la Salud. CES, Medellín.

Resumen

En la ciudad de Medellín en abril de 2005 se realizó un estudio comparativo, con 68 pacientes, 34 casos retrospectivos de la consulta del investigador principal y 34 controles al azar de la consulta del Hospital Pablo Tobón, edad promedio de 30 años a quienes se les aplicó un nuevo cuestionario de síntomas de eyaculación precoz (EP) denominado T.O.R.P.E.

El cuestionario consta de cuatro preguntas que evalúan los siguientes aspectos: Tiempo en minutos para eyacular (T), Orgasmos de la pareja en los últimos 10 coitos (OR), Posibilidad de retrasar la eyaculación con algún método, posición o técnica (P) y número de eyaculaciones precoces en los últimos 10 coitos (E).

Cada pregunta se califica entre 0 puntos (Normal) y 4 puntos (muy anormal) de tal manera que la sumatoria puede clasificar los pacientes de EP en tres grupos: 0-4 puntos (Normales), 5-8 puntos (EP leve), 9-13 puntos (EP moderada) y 14-16 puntos (EP severa).

En el grupo de casos se encontraron 13 pacientes con EP severa (38,24%) y ninguno en los controles ($p=0.000061$); se encontraron 21 pacientes con EP moderada (61,76 %) y ninguno en los controles ($p=0.000001$); ningún paciente con EP leve y 7 pacientes (20,59%) en los controles ($p=0.016649$); finalmente en los casos ningún paciente normal y 27 pacientes normales (79,41%) en los controles ($p= 0.0000001$).

Conclusión

El puntaje TORPE puede convertirse en un instrumento sencillo para valorar los pacientes de EP en el consultorio, objetivizar la severidad de su cuadro y posiblemente medir el impacto en el tiempo de los diferentes tratamientos. Este estudio constituye una prueba piloto del cuestionario por lo que hacia el futuro es necesario ampliar la muestra y aplicarlo en pacientes en el pre y postratamiento para valorar su utilidad en la práctica diaria.

Patrón usual de eyaculación en Colombia

Drs. Julio E. Ferrer Montoya, Juan Diego Vélez U., Marta C. Echeverri y Ana Milena Herrera

Introducción

El patrón normal de eyaculación y el tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal no han sido establecidos. Un reciente consenso de expertos enfatizó la necesidad de realizar estudios poblacionales acerca de la función eyaculatoria.

Propósito

Investigar el patrón usual de eyaculación de una población no consultante, aplicando encuestas tanto a hombres como mujeres, de hogares diferentes (no integrantes de una misma pareja).

Métodos

Una población no consultante fue seleccionada de las 4 principales ciudades de Colombia. Una persona fue seleccionada de cada casa y entrevistada usando un cuestionario de 5 preguntas acerca de su comportamiento eyaculatorio o el de su pareja.

Resultados

El tiempo de latencia eyaculatorio fue calculado respectivamente por hombres y mu-

eres como anteportas en 3% y 4%, inferior a minuto en 3% y 6%, entre 1 y 5 minutos en 31% y 33%, entre 5 y 15 minutos en 37% y 32% y mayor de 15 minutos en 25% y 19%. El control voluntario sobre la eyaculación fue considerado ausente o bajo en 24% y 22%, aceptable en 48% y 46%, y total en 26% y 27%. Hombres y mujeres respectivamente consideraron que la eyaculación se presentaba antes de lo deseado en 22% y 18%, muy tarde en 3% y 6% y en el momento apropiado para 71% en ambos sexos. 10% de los hombres y 11% de las mujeres reportaron conflicto con su pareja causados por el momento de la eyaculación. 51% de los hombres y 32% de las mujeres desearían recibir tratamiento para alargar la latencia eyaculatoria.

Conclusión

Tres cuartos de los hombres colombianos no tienen problemas con la eyaculación, 20% eyaculan antes de lo deseado y 10% tienen conflictos de pareja debidos a eso. Sin embargo 51% de los hombres y 32% de las mujeres desearían un tratamiento para alargar el tiempo de latencia eyaculatorio.

Endopielotomía retrógrada Accusize

Reporte de 12 casos

Drs. Federico Escobar, Rafael Castellanos, Juan Guillermo Aristizabal, Arturo Bonilla y José Jaime Correa.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivo

Describir una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la obstrucción de la unión ureteropielíca.

Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de 11 pacientes (12 unidades renales) sometidos a endopielotomía retrógrada ACCUSIZE.

Conclusión

Existen muchas opciones de tratamiento para la obstrucción de la unión ureteropielíca, siendo la endopielotomía ACCUSIZE una técnica mínimamente invasiva que ofrece muchas ventajas, como ser fácil, segura, eficaz, con una curva de aprendizaje corta con tasas de éxito de 81%, además de superar en costo-efectividad a otras modalidades terapéuticas.

L2

Resultados del manejo de la litiasis ureteral con ureterolitotomía endoscópica

Drs. Iván López, Urólogo, Oscar Londoño, Urólogo, Jorge Girón, Residente. Unidad de Urología, Universidad de Antioquia.

Objetivos

Describir los resultados de la Ureterolitotomía endoscópica en el manejo de la litiasis ureteral, de los pacientes con este diagnóstico y que son atendidos en la clínica Las Américas y la clínica Conquistadores de Medellín, entre octubre de 2003 y septiembre de 2004.

Objetivos Específicos

1. Describir algunas características sociodemográficas del paciente tales como: edad, sexo y raza.
2. Calcular la proporción de éxito en los pacientes con ureterolitiasis llevados a ureterolitotomía endoscópica
3. Calcular la proporción de éxito en los pacientes con ureterolitiasis llevados a ureterolitotomía endoscópica, en los que se les realizó dilatación con pinzas.
4. Estimar la incidencia de las complicaciones tales como, dolor posquirúrgico, perforación ureteral, estrechez ureteral, infección etc.
5. Determinar el tiempo quirúrgico promedio del procedimiento.

6. Establecer el tiempo de recuperación posterior al procedimiento por medio del tiempo de estancia hospitalaria.
7. Explorar la asociación entre el tamaño del cálculo y el éxito del procedimiento

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo longitudinal, tomando pacientes atendidos en la Clínica las Américas y la Clínica Conquistadores con litiasis ureteral, tratados con Ureterolitotomía Endoscópica dilatando el meato ureteral con pinza y no con balón de dilatación, entre Junio de 2004 y Febrero de 2005 con muestreo no probabilístico: casos consecutivos, con análisis multivariado siguiendo los objetivos previamente planteados

Conclusiones

La ureterolitotomía endoscópica dilatando el meato ureteral con pinza, para pacientes con cálculos menores a 2 cms y sin comorbilidades asociadas es un excelente método terapéutico, rápido, con bajas tasas de complicaciones y mínima estancia hospitalaria.

L3

Experiencia en pieloplastia laparoscópica

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Arturo Bonilla, Santiago Arbeláez, José Jaime Correa, Juan Guillermo Aristizabal, Rafael Castellanos y Alonso Berrocal. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivos

Describir los casos de pieloplastia laparoscópica realizados hasta el momento por el grupo, analizando diferentes variables.

Materiales y Métodos

Se describen los casos de pieloplastia realizados hasta el momento por el grupo, analizando diferentes variables, como: las características de los pacientes, el tipo de estenosis

manejado, la técnica empleada, la presencia o no de vaso aberrante, el tiempo operatorio, estancia hospitalaria y requerimiento analgésico entre otros.

Análisis de Resultados

El manejo de la obstrucción pieloureteral, ha evolucionado bastante en los últimos 20 años; la técnica laparoscópica descrita por Schuessler, se ha impuesto como la opción mínimamente invasiva, que llega a tener resultados similares a la técnica abierta, adicionando la menor morbilidad, conva-

lecencia y estancia hospitalaria que ofrecen estas técnicas.

Este trabajo pretende mostrar la experiencia del grupo en ésta técnica laparoscópica. Se presenta una serie de 17 casos, analizando las variables antes mencionadas.

Conclusión

La pieloplastia laparoscópica es una excelente opción, que llega a alcanzar resultados postoperatorios comparables con la técnica abierta, disminuyendo la morbilidad que implica esta última.

L4

Experiencia en cirugía laparoscópica urológica en el Hospital Universitario del Valle

Drs. Alberto J. Bermúdez Pupo, Germán Ramírez, Diego Castillo, Gino Arbeláez y Andrés García.
Servicio de Urología, Hospital Universitario del Valle

Objetivos

Conocer la experiencia, dificultades y complicaciones en el inicio de la cirugía laparoscópica urológica en el Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali.

Materiales y Métodos

Se revisaron 46 pacientes a quienes se le realizaron diferentes tipos de cirugía laparoscópica, entre Marzo de 2004 y abril de 2005. Se tuvieron en cuenta la patología de los pacientes y las complicaciones del procedimiento.

Resultados

Se realizaron diferentes cirugías agrupándolas según su patología. A seis pacientes con ureterolitiasis superior y quienes no tenían medios económicos para costear litotricia extracorpórea, se les realizó ureterolitotomía laparoscópica por vía transperitoneal, sin ningún tipo de complicación. Cuatro pacientes se llevaron a pieloplastia, tres de tipo desmembrada y una Y-V que continua con do-

lor lumbar. Un paciente con tumor renal se llevo a nefrectomía radical; a 11 pacientes se les realizaron nefrectomías simples, dos de ellas mano asistidas. Dos pacientes se convirtieron a cirugías abiertas por sangrado no controlado durante la laparoscopia y otra por una gran reacción fibrótica, que no permitía definir los planos quirúrgicos. Seis pacientes con quistes renales de polo superior, se llevaron a cirugía por vía transperitoneal, sin ninguna complicación. De cuatro pacientes de diferentes edades con testículo no palpable, a dos se les realizó orquidectomía y a los otros dos orquidopexia sin complicaciones. Dos pacientes con Cáncer de próstata órgano confinado, fueron llevados a prostatectomía radical por laparoscopia sin complicaciones y con buena evolución. A nueve pacientes con Ca de próstata se les realizó linfadenectomía pélvica clasificatoria; uno de ellos reingreso por dolor abdominal que mejoro con analgésicos. Una prostatectomía simple por laparoscopia, se llevo a cabo sin complicaciones. Cuatro pacientes con varicocele bilateral se corrigieron por vía laparoscópica sin ninguna complicación.

Conclusiones

La cirugía laparoscópica urológica es un procedimiento seguro y eficaz que tiene me-

nor morbilidad que la cirugía abierta, pero requiere de la asignación de recursos para adquisición del instrumental apropiado y el tiempo de aprendizaje es prolongado.

L5

Complicaciones de cirugía laparoscópica urológica en 300 casos - Medellín

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Luis Fernando Ramírez, Rafael Castellanos, José Jaime Correa, Arturo Bonilla, Juan Guillermo Aristizábal, Juan Carlos Castaño, Juan Gabriel de Los Ríos y Juan Guillermo Velásquez. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Describir las complicaciones de la cirugía Laparoscópica con nuestra experiencia de 4 años en la ciudad de Medellín y el manejo de cada una de ellas, enfatizando en la prevención y disminución del impacto de la curva de aprendizaje.

Materiales y Métodos

Se analizan los primeros 300 procedimientos laparoscópicos en diferentes instituciones de la ciudad de Medellín, realizadas por un mismo cirujano entre Agosto de 2001 y Mayo de 2005.

Análisis de Resultados

Se presentan un total de 8 complicaciones en la serie examinada (2.7%); 1 lesión de

colon que se corrigió por vía Laparoscópica, 1 lesión de recto que requirió conversión, una lesión de diafragma con corrección laparoscópica y 3 lesiones vasculares; 2 por lesión de vasos epigástricos y una por lesión de vena suprarrenal, que se llevó a cirugía abierta. La frecuencia de conversión fue de 9 pacientes (3%); 6 por dificultades técnicas y 3 por la presencia de las complicaciones ya mencionadas.

Conclusión

El porcentaje de complicaciones en nuestro grupo de pacientes es similar al reportado en la literatura, recomendamos intensificar el entrenamiento laparoscópico, para disminuir la tasa de complicaciones durante la curva de aprendizaje.

L6

Complicaciones en cirugía laparoscópica urológica Revisión de 168 procedimientos

Drs. Cesar A. Andrade S., Hernán Aponte Varón, David Duarte y Michael Cote. Departamentos de Urología, Clínica del Bosque, Hospital Central de la Policía, Hospital San José de Bogotá, Bogotá, Colombia

Objetivos

Describir nuestra experiencia y las complicaciones durante y después de la cirugía laparoscópica urológica en 3 años de práctica.

Materiales y Métodos

Desde abril del 2003 hasta abril del 2005, se han realizado un total de 168 procedimientos laparoscópicos urológicos, en diferentes instituciones de la ciudad de Bogotá, en el Hospital Central de la Policía, el Hospital San

José y Clínica del Bosque. Se clasificaron en procedimientos de alta complejidad 54 pacientes (32.14%), (prostatectomía radical, nefrectomía radical por cáncer, nefroureterectomía). Moderada complejidad, 98 (58.33%), (prostatectomía retropúbica con enucleación asistida, pieloplastia, nefrectomía simple por patología benigna, supradrenalectomía, y linfadenectomía pélvica por cáncer de próstata) y de baja complejidad 16 (9.52%). (Ureterolitotomía, quistes renales simples, exploración de testículo no palpable).

Resultados

Se presentaron 16 complicaciones intraoperatorias (9.52%), las cuales fueron divididas en serias, moderadas y de baja complejidad. Las complicaciones serias fueron 3 pacientes (1.78%), las complicaciones moderadas 6 (3.5%), y las complicaciones de baja complejidad 7 (4.16%). La tasa de conversión se presentó en 7 pacientes (4.6%), y la de reoperación en 2 (1.19%).

L7

Descripción de una nueva técnica para adenomectomía retropúbica por laparoscópica dedo asistida

Drs. Cesar A. Andrade S., Carlos Hernández García, Hernán Aponte Varón, David Duarte, Alvaro Gutiérrez, Luis Jorge Gutiérrez, Edmundo Castello y Manuel Sierra. Departamento de Urología del Hospital Central de la Policía y Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

50

Objetivos

Nuestro grupo describe una nueva técnica no publicada hasta el momento, sobre la descripción de una prostatectomía retropúbica laparoscópica dedo asistida.

Materiales y Métodos

Desde noviembre del 2004 describimos una nueva técnica no publicada hasta el momento, realizándose prostatectomía en 8 pacientes con síntomas obstructivos bajos y crecimiento glandular documentado por medio de ecografía transrectal (70 gr. o más).

Se realiza un abordaje laparoscópico extraperitoneal, utilizando 4 puertos y una inci-

sión de 2 cms suprapúbica para introducir el dedo, y mediante maniobra digital enuclear el adenoma prostático y extraer el adenoma; dicha enucleación es facilitada con la movilización de la próstata a través del tacto rectal.

Se utiliza como método de control vascular una sutura en el complejo vascular, y una incisión transversal en la cápsula (Milling), la cápsula se cierra con puntos separados o continuos intracorpóreos.

Conclusiones

- El porcentaje de complicaciones presentadas en esta serie, es el aceptado, en la revisión de la literatura.
- El grado de complicaciones son directamente proporcionales al número de cirugías realizadas, al incremento de la práctica y al uso de mejores equipos, así como el grado de entrenamiento del personal que hace parte del equipo quirúrgico.
- La conversión no es un fracaso si no un signo de madurez.

Resultados

Los procedimientos fueron realizados satisfactoriamente sin complicaciones intra o post operatorias.

El tiempo quirúrgico fue en promedio de 140 minutos, el peso promedio del adenoma enucleado fue de 80 grs, el sangrado promedio fue inferior a 150 ml; en el post operatorio el requerimiento analgésico fue mínimo.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 48 horas con retiro de sonda en tiempo similar a la prostatectomía abierta tradicional, hasta el momento los pacientes llevan un seguimiento de 2 meses y no se han presentado complicaciones significativas.

Ningún paciente fue convertido a cirugía abierta.

Conclusión

La técnica quirúrgica Laparoscópica descrita es novedosa, viable, y segura, con resultados preliminares muy satisfactorios.

Para completar su evaluación se están desarrollando estudios comparativos con la cirugía abierta convencional y un mayor tiempo en el seguimiento de los pacientes.

L8

Heminefrectomía laparoscópica para doble sistema Experiencia en Medellín

Drs. Escobar J., Federico, Gaviria G., Federico, De los Ríos P, Juan Gabriel. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente invasiva (Medlap).

Objetivo

Presentar nuestra experiencia con la heminefrectomía laparoscópica y describir la técnica utilizada.

Materiales

En nuestro trabajo queremos reportar nuestra serie de 5 casos en los cuales se realizó heminefrectomía laparoscópica, para doble sistema no funcionante, con el fin de hacer una breve descripción de la técnica utilizada, los resultados, la rata de complicaciones y el seguimiento de nuestra población.

Análisis de Resultados

La heminefrectomía es un procedimiento que usualmente se realiza en pacientes con tumores renales y otras patologías benignas.

En el contexto de la enfermedad benigna tiene cabida, siendo utilizada para la escisión de los sistemas colectores duplicados no funcionantes, enfermedad renal quística (que incluye las categorías II y III de la clasificación de Bosniak), masas benignas tales como angiomiolipomas y patología litiásica que compromete funcionalmente algunos segmentos del riñón asociado a atrofia cortical.

Presentamos los resultados obtenidos en cinco pacientes con una baja tasa de complicaciones.

Conclusión

La heminefrectomía laparoscópica es una excelente opción terapéutica, mínimamente invasiva, para el manejo de los pacientes con doble sistema colector no funcionante.

L9

Nefrectomía bilateral laparoscópica Experiencia en la ciudad de Cali - Fundación Valle del Lili

Drs. Duque M., Velásquez J. G., Badiel M. Fundación Valle del Lili, Instituto de Investigaciones Clínicas.

Objetivo

Mostrar la experiencia de nefrectomía bi-

lateral laparoscópica, como parte de la preparación para el trasplante renal.

Diseño

Presentación de una serie de casos.

Materiales y Métodos

Se incluyeron todos los pacientes que fueron llevados a laparoscopia bilateral entre los años 1996-2005.

Se recolectó la información demográfica y clínica del procedimiento, hasta el egreso hospitalario. La técnica quirúrgica fue retroperitoneal y transperitoneal en algunos casos.

Análisis de Resultados

Se incluyeron 13 pacientes, 7 hombres, 6 mujeres, edad promedio 19 ± 16 años (Rango: 4-56 años), en diálisis peritoneal 10 y 3 en hemodiálisis, en todos ellos se realizó nefrectomía laparoscópica bilateral y ninguno de ellos requirió técnica mano-asistida, 11 pacientes por técnica retroperitoneal, 1 presente a abertura incidental del peritoneo y 2 transperitoneales.

En dos de los pacientes se practicó cirugía asociada, con plastia de aumento vesical con los uréteres. Las indicaciones más frecuentes del procedimiento fueron atrofia renal (57.1%) y nefropatía por reflujo (23.8%). El tiempo operativo promedio de los procedimientos laparoscópicos fue de 250 ± 110 minutos, la estancia hospitalaria fue 4.8 días; tan solo un paciente requirió transfusión de una unidad de glóbulos rojos. En 2 pacientes se presentó un hematoma y un paciente reingresó a la unidad de cuidado intensivo como parte del manejo de su enfermedad de base.

Conclusiones

La nefrectomía laparoscópica bilateral es una buena opción en manos expertas, con mínimas complicaciones en el postoperatorio a pesar de que son todos pacientes con insuficiencia renal crónica y en protocolo de trasplante renal; se pudo mantener en casi todos el peritoneo intacto.

L10

Nefrectomía laparoscópica

Presentación de los primeros 100 casos

Drs. Federico Escobar Jaramillo, Federico Gaviria Gil, Rafael Castellanos Acosta, Juan Guillermo Aristizábal, Santiago Arbeláez, Luis Fernando Ramírez, Juan Carlos Castaño, Juan Gabriel De los Ríos y José Jaime Correa.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

52

Objetivos

1. Presentar la experiencia en casos de nefrectomía laparoscópica con una serie de 100 casos.
2. Descripción de la técnica con sus diferentes variables, ventajas y complicaciones.
3. Analizar comparativamente la evolución de la curva de aprendizaje entre los primeros y los últimos casos.

Materiales y Métodos

Se hace la descripción y el análisis de 100 pacientes a quienes se les realizó Nefrectomía Laparoscópica por enfermedad benigna o

maligna, entre agosto de 2001 y agosto de 2005 por un mismo cirujano. Se consideraron variables como tipo de cirugía, la indicación, el acceso que se realizó, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, además de las complicaciones y los resultados patológicos. De igual manera se dividió el grupo de 100 pacientes en tres clases, con el fin de analizar comparativamente las variables y determinar la evolución de la técnica dentro de un grupo homogéneo de pacientes.

Análisis de Resultados

Se realizaron 100 nefrectomías; entre las indicaciones estuvieron: cáncer, atrofia renal

e hidronefrosis de diferentes causas. La técnica utilizada fue transabdominal, retroperitoneal y mano asistida en el 89%, 7% y 4% respectivamente. El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días, el tiempo quirúrgico fue 240 minutos (rango 120-300 min.), entre las complicaciones mayores estuvo el sangrado no controlado, la conversión a cirugía abierta y lesión en órganos adyacentes. La mortalidad fue del 0%.

Comparativamente el tiempo quirúrgico, la necesidad de transfusión, el porcentaje de

morbilidad asociada y el tiempo de estancia hospitalaria fueron menores en el grupo 2 comparándolo con el grupo 1 y fueron aún menores en el grupo 3.

Conclusión

La nefrectomía por laparoscopia es una técnica que se impone más día a día por su eficacia, seguridad y baja morbilidad asociada. Una curva de aprendizaje adecuada es necesaria para lograr cada vez mejores resultados y entender las indicaciones de la técnica.

L11

Nefrectomía laparoscópica vs. nefrectomía abierta Experiencia en la Fundación Valle del Lili

Drs. Velásquez J.G., Duque M., Badiel M. Fundación Valle del Lili, Instituto de Investigaciones Clínica.

Objetivo

Comparar los resultados clínicos entre laparoscopia versus nefrectomía abierta en un hospital de Colombia.

Materiales y Métodos

Cohorte retrospectiva del servicio de urología de la Fundación Valle de Lili; se incluyeron todos los pacientes que fueron llevados a laparoscopia o nefrectomía abierta entre 1995-2005. Se recolectó la información demográfica y clínica del procedimiento, hasta el egreso hospitalario. Los datos se analizaron en STATA v.8.0.

Análisis de Resultados

Se incluyeron 143 pacientes, de ellos, 54 fueron tratados laparoscópicamente (laparoscopia total en 40, mano-asistida en 14) y con nefrectomía abierta, 89. El total de riñones extraídos fue de 161; 64 de ellos por laparoscopia. La indicación más frecuente del procedimiento fue tumor renal (40.8%) nefrectomía abierta comparado laparoscopia en tumores (52.8% vs 29.6%, $p<0.05$), pielonefritis (11.1% vs 9.3%, $p<0.05$), y enfermedad poliquística (6.7% vs 1.1%, $p<0.005$) y nefropatías (4.5%

vs 27.7%, $p<0.05$). Los pacientes llevados a laparoscopia fueron más jóvenes (36 ± 22 vs 48.5 ± 19 años, $p<0.05$), pero con mucha más morbilidad (insuficiencia renal crónica) Hubo 4 conversiones en los pacientes llevados a laparoscopia por dificultades técnicas: una por salida de material purulento abundante; una por tumor de gran tamaño y dos por adherencias. El tiempo operativo promedio de los procedimientos laparoscópicos fue más largo que en la cirugía abierta (210 vs 136 minutos, $p<0.05$). Sin embargo en el tiempo de estancia hospitalaria (4.2 vs 3.1 días, $p<0.05$), proporción de pacientes que sangraron (61% vs 18.8%, $p<0.05$), requerimientos de glóbulos rojos (51 unidades vs 1, $p<0.05$), pacientes con infección de la herida (0 vs 31%, $p<0.05$), íleo (6.7% vs 1.9%, $p<0.05$), sangrado (24.7% vs 5.5%, $p<0.05$) y muertos (1.1% vs 0, $p<0.05$) tuvo un mejor desempeño la nefrectomía por laparoscopia.

Conclusiones

En la nefrectomía laparoscopia se observan mejores resultados clínicos en cuanto a la proporción de pacientes que requieren transfusiones, menor estancia hospitalaria y menores complicaciones.

L12

Modelo experimental para entrenamiento de nefrectomía laparoscópica

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Carlos Uribe, Rafael Castellanos, José Jaime Correa.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivo

Describir la utilización del ternero macho de raza Holstein, como modelo de entrenamiento en cirugía Laparoscópica urológica. Se analizaron los aspectos anestésicos, el cuidado previo del animal, los costos del procedimiento y la técnica quirúrgica utilizada.

Materiales y Métodos

Se realizó una nefrectomía izquierda en ternero Holstein macho vivo bajo anestesia general, con la colaboración del médico veterinario, sin complicaciones durante el procedimiento.

Análisis de Resultados

Una de las grandes dificultades que existe durante la curva de aprendizaje de la cirugía Laparoscópica es la posibilidad de realizarla en un modelo experimental, antes de llevarla a la práctica en humanos. El modelo

mas utilizado en entrenamiento de nefrectomía Laparoscópica a nivel mundial es el cerdo, el cual en nuestro medio es un modelo de entrenamiento costoso. También se ha intentado realizar el procedimiento en modelo canino, con dificultades para conseguir animales y con el inconveniente de tener una anatomía muy diferente al humano. El ternero tiene las características anatómicas adecuadas para simular el procedimiento. Se puede realizar en el animal vivo con facilidad anestésica, es costo efectivo y se asemeja más estrechamente al humano que el cerdo y el perro.

Conclusión

El ternero macho Holstein vivo, se convierte en un modelo ideal para entrenamiento de nefrectomía laparoscópica, por encima de otros modelos experimentales reportados a nivel mundial con buen resultado costo efectivo.

54

I1

Experiencia y seguimiento de cabestrillo pubovaginal en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina Hospital de San José

Drs. Daniel Torres Salazar, John Jairo Ortiz y Francisco Melo. Servicio de Urología. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Objetivo

Mostrar la experiencia del servicio de Urología del Hospital San José en la colocación de Cabestrillo Pubo Vaginal, para corrección de la incontinencia urinaria femenina, sus complicaciones, y la eficacia de resultados, comparados con la literatura.

Materiales y Métodos

Se revisaron 46 casos entre el período del 1999 al 2004, de pacientes que se les practicó cabestrillo pubo-vaginal con fascia autóloga de los rectos anteriores del abdomen. Se analizó la indicación, necesidad de transfusiones, las complicaciones intraoperatorias y post-

peratorias: se evaluaron con Cuestionario de King en español, avalado por la sociedad internacional de incontinencia, como seguimiento a largo plazo.

Análisis de los Resultados

El promedio de edad de las pacientes estuvo en un rango de 39 a 62 años, con un promedio de 57.3 años.

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue de incontinencia tipo III, con Urodinámica que mostraba en promedio un ALPP de 58 cc de agua, con rango entre 30 cc y 76, en 82.6% las pacientes; el resto tenía indicaciones diferentes siendo la causa más frecuente la reintervención. Ninguna paciente requirió transfusiones.

De las 46 pacientes 2 presentaron perforación vesical intraoperatoria, en una se rea-

lizo rafia y la otra se manejó con sonda uretral, como es usual en un trauma vesical extraperitoneal y en ambas se continuó el procedimiento. (4.3%)

El 17.4 % (8 pacientes) tuvieron retención urinaria al retiro de la sonda que fue en promedio al 3er día post quirúrgico; se manejaron inicialmente con nueva sonda y 4 (8.7%), al segundo retiro, volvieron a presentar retención; estas pacientes se llevaron a dilatación bajo anestesia y todas respondieron adecuadamente

Conclusiones

1. Es una técnica segura con una tasa de complicaciones, reproducibles a las de la literatura.
2. La evaluación del resultados de cuestionarios se encuentra en proceso

12

Capsaicina intravesical. Una alternativa de tratamiento en desordenes de hiperactividad vesical de difícil manejo

Autor: **Dr. Andrés Gómez Tavera**

Colaboradores: **Drs. Fernando Guzmán Ch., Elías Mora, Carlos Mario García, Luis Eduardo Reyes, Germán A. Buitrago.** Servicio de Urología, Hospital Militar Central - Bogotá

Objetivo

Ofrecer una alternativa de tratamiento para los pacientes con trastornos de hiperactividad vesical de difícil manejo.

Materiales Y Métodos

Se tomaron en un estudio prospectivo el año 2002, 15 pacientes de la consulta externa del Hospital Militar Central y la consulta privada, quienes tenía como criterio de inclusión, patología hiperactiva idiopática de la vejiga y falla al tratamiento convencional con terapias orales o contraindicaciones para el uso de las mismas. El 66% de los pacientes eran de género femenino, el promedio de edad fue de 57 años; la totalidad de los pacientes tenían síntomas urinarios irritativos bajos y urodinámica con contracciones no inhibidas sin patrón obstruc-

tivo (hiperactividad del detrusor). Se aplicaron bajo anestesia regional o general a través de cateterismo 50 cc intravesicales de **capsaicina** en etanol entre el 1 y 2 mmol por 20 minutos.

Análisis de Resultados

Se obtuvo respuesta clínica y urodinámica favorable en el 86 % de los pacientes, con fallos totales de la terapia en 2 pacientes de género masculino, con antecedentes quirúrgicos prostáticos. La mejoría en el puntaje de calidad de vida fue significativa y no se encontraron efectos adversos con la terapia. El promedio de respuesta por dosis fue de 6 meses y en 4 pacientes se realizó más de una aplicación. Como dato adicional se encontró una mejor respuesta a anticolinérgicos, posterior a la recaída de la terapia con **capsaicina**.

Conclusiones

La terapia intravesical con capsaicina es

muy útil para el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática, usualmente de difícil manejo.

I3

Fístulas vesicovaginales

Experiencia en el Hospital Universitario del Valle 1999 y 2004

Drs. Alirio Salinas (Docente de Urología), **Andrés García** (Residente de 2º año), **Gino Arbeláez** (Residente de 3er año), **Alberto Bermúdez** (Residente de 4º año). Servicio de Urología de la Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali - Colombia

Objetivo

Revisar de forma retrospectiva la incidencia, etiología, manejo, comportamiento y evolución de las pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal, que consultaron al servicio de Urología del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" en un periodo de 5 años, comprendido entre 1999 y 2004.

Resumen

Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Fístula Vesico Vaginal (FVV) en los últimos 5 años, observando y analizando todas las variables que influyeron directa o indirectamente; se incluyó cronicidad, etiología, número de consultas, evaluación inicial, manejo quirúrgico, evolución post-operatoria y resultados a largo plazo.

I4

Evaluación urodinámica de la respuesta del detrusor hipocontráctil al manejo quirúrgico desobstructivo

Drs. Alvaro Gutiérrez M. y Jaime Ossa Santamaría. Unidad de Urodinamia Clínica de Marly, Universidad El Bosque.

56

Objetivos

Evaluar la respuesta clínica de la contractilidad del detrusor en los pacientes previamente diagnosticados como hipocontráctiles, al manejo quirúrgico desobstructivo.

Materiales y Métodos

Se evaluaron un total de 23 pacientes, masculinos a quienes se realiza historia clínica completa, incluyendo el índice de síntomas de la sociedad americana de urología; todos los pacientes fueron llevados a estudio urodinámico completo, y se incluyeron en el estudio, sólo aquellos que presentaron como patrón urodinámico detrusor hipocontráctil, y evidencia clínica de

obstrucción. Todos los pacientes fueron llevados a desobstrucción de tipo quirúrgico y se practicó nuevo estudio de Urodinamia al sexto mes para determinar el estado de contractilidad del detrusor.

Resultados

Los pacientes fueron categorizados de acuerdo a su grado de hipocontractilidad vesical, score de síntomas de AUA y grado de obstrucción. La mejoría clínica como respuesta al tratamiento desobstructivo sólo se obtuvo en un 65%, los cambios en el detrusor con retorno a su normalidad de contracción sólo se registran sólo en un 45% de los pacientes.

Conclusiones

La contractilidad del detrusor se ve afectada por el tiempo de evolución del prostatismo, así como por el grado de obstrucción.

En el presente estudio se presentan como factores de mal pronóstico, el tiempo de evolución del prostatismo, la presencia de detrusores muy débiles y los grados altos de obstrucción.

15

Experiencia con videourodinamia en la ciudad de Medellín

Drs. Juan Manuel Aristizabal Agudelo, Juan Carlos Castaño Botero y Juan Gabriel De los Ríos Posada.
Instituto de Ciencias de la Salud CES, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Objetivos

Describir nuestra experiencia en la realización de los estudios videourodinámicos, con respecto a los diagnósticos encontrados e indicaciones del estudio.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo en el cual se incluyen los pacientes remitidos para Videourodinamia, en el servicio del Hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín. Se analizan las siguientes variables: edad, indicación del estudio por su médico tratante, diagnóstico videourodinámico, patologías concomitantes y otros hallazgos en el estudio.

Análisis de resultados

La mayoría de la población encontrada en nuestra cohorte son pacientes jóvenes, en los cuales coexisten patologías neurológicas asociadas a su patología vesical o en estudio de reflujo vesicoureteral. La minoría de los

estudios fueron realizados en la población adulta, encontrando que las principales indicaciones para el estudio fueron los síntomas urinarios obstructivos y la evaluación de la incontinencia urinaria. Debe resaltarse que un porcentaje importante de los estudios, no mostraron patología en la población estudiada y fueron reportados como normales.

Conclusión

El estudio videourodinámico viene ganando aceptación en nuestro medio, especialmente en los profesionales que manejan la patología urológica infantil, en los cuales la realización simultánea de la urodinamia y la cistografía en combinación, puede aportar mayor información que la simple realización de ambos estudios por separado y reducen la doble manipulación, traumática especialmente para la población infantil; además son una herramienta útil en el estudio de los síntomas urinarios y la incontinencia urinaria en la población adulta.

E1

Experiencia en biopsia de próstata ecodirigida, Hospital de San José

Comparación con la literatura

Drs. Gonzalo Romero Walteros, Francisco Melo Aguilar y Hernán Guerrero Molina. Sección de Imágenes Diagnósticas, Servicio de Urología, Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Objetivo

Comparar nuestra experiencia con re-

sultados publicados en la literatura, identificar características que se relacionen con mayores tasas de patología neoplásica.

Materiales y Métodos

Se realizó revisión de los registros de biopsias de próstata ecodirigidas realizadas en los dos últimos años en el Servicio de Urología del hospital de San José; se evaluaron sus resultados, en el Servicio de Patología de la institución. 353 pacientes, en quienes se registraron las diferentes variables (PSA, Gleason, tacto rectal (TR), volumen, edad) para análisis estadístico y comparación con los resultados publicados en la literatura.

Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo urólogo y con el mismo equipo de ecografía (Pie medical).

Resultados

Se identificaron 353 pacientes, con edad promedio de 57,9 años (42-85 años); la indicación para realización de biopsia fue (TR positivo y/o elevación de PSA); el reporte de patología fue positivo en el 22.37% (79 pacientes), siendo el PSA promedio de 26.78ng/

ml (3.9-282ng/ml), con edad promedio de 67.33 años (47-85 años). De 147 pacientes con TR positivo, 49 presentaron biopsia positiva (33.33%). Se obtuvieron mejores resultados en cuanto a identificación de patología neoplásica con volumen prostático menor a 40cc (27.1%), con edad mayor de 70 años (38.27%) y con valor de PSA mayor a 10ng/ml (36.92%). El Gleason más frecuente fue de 3+3 en el 62.02% de las biopsias positivas. Porcentaje de pacientes con valor de PSA 4-10ng/ml, con biopsia positiva 18.18%

Conclusiones

Los resultados de nuestra experiencia son equiparables a los encontrados en la literatura. El porcentaje de diagnósticos está dentro del promedio reportado en la literatura, y el PSA > 10 ng/ml. sigue siendo uno de los criterios más relacionado a biopsias positivas: los volúmenes prostáticos mayores a 40cc, disminuyen el porcentaje diagnóstico de cáncer.

E2

Correlación entre tacto rectal, antígeno específico de próstata y ecografía transrectal con resultado de biopsia prostática

Drs. Federico Escobar, Rafael Castellanos, Alejandro Osorio, Ramiro Correa, Luis Fernando Ramírez, José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES)

58

Objetivos

Correlacionar los hallazgos del Tacto rectal, Antígeno específico de próstata y hallazgos ecográficos con los resultados de la biopsia transrectal, realizados en dos instituciones de la ciudad.

Materiales y Métodos

Se tomó la población que acude a realizarse biopsia prostática en dos instituciones de Medellín (Clínica Medellín -servicio de radiología del Dr. Ramiro Correa y Pro-familia- Clínica Masculina), durante el pe-

ríodo entre Agosto de 2003 y Febrero de 2005.

Análisis de Resultados

Se correlacionaron los hallazgos antes mencionados con el resultado patológico final, analizando diferentes variables como: características de los pacientes, valor del antígeno de próstata, hallazgos al tacto rectal, hallazgos ecográficos, resultado de la biopsia prostática entre otros y la relación que tienen entre sí las diferentes variables.

Conclusión

Es un estudio descriptivo donde se analizaron las diferentes variables, con el fin de

determinar la correlación que existe entre los estudios de tamizaje para cáncer de próstata y el resultado final de la patología.

E3

Manejo antibiótico inicial en infecciones del tracto urinario secundarias a toma de biopsias ecodirigidas de próstata

Drs. Gonzalo H. Romero, Hernán G. Guerrero Molina y Francisco Melo. Sección de Imágenes Diagnósticas, Servicio de Urología, Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Objetivo

Revisar el manejo antibiótico y recomendaciones para tratamiento de infecciones del tracto urinario en el Hospital Universitario de San José, secundarias a toma de biopsia ecodirigidas de próstata.

Materiales y Métodos

Es un estudio prospectivo, realizado con los pacientes admitidos entre marzo-03 a marzo 05 con sintomatología sugestiva de infección del tracto urinario, luego de una biopsia ecodirigida transrectal de próstata. Se documentó el antibiótico profiláctico y las manifestaciones clínicas, tomando urocultivo y hemocultivos al ingreso hospitalario y examinando la susceptibilidad antibiótica para los cultivos positivos.

Resultados

De 353 biopsias realizadas en los dos años, 17 pacientes (4.81%) presentaron infección sugestiva de tracto urinario bajo, el 100% re-

cibió antibiótico profiláctico, 59% con ciprofloxacino, 41% con norfloxacino; el promedio de temperatura al ingreso fue de 38.5 grados C, escalofrío en el 88%, leucocitosis mayor de 12000 en el 88%, urocultivo positivos en el 52%, hemocultivo positivo en el 6 % y en los positivos, el 100% con aislamiento de E coli. La resistencia bacteriana para fluoroquinolonas y piperacilina fue del 100%, el 90% de resistencia a Trimetoprim -Sulfa y el 80% de resistencia ampicilina- sulbactam. Sensibilidad del 100% a cefalosporinas de 3ra generación, amikacina, imipenen, nitrofurantoina, tazobactam; 90% de sensibilidad a cefazolina y gentamicina y 80% a cefalotina.

Conclusiones

El manejo de las infecciones del tracto urinario complicadas luego de biopsia transrectal de próstata depende de los patógenos involucrados y su sensibilidad antibiótica. Se recomienda como tratamiento inicial cefalosporinas de primera o tercera generación, aminoglicósidos o carbapenemos.

E4

Profilaxis antibiótica en biopsia transrectal de próstata comparación de cuatro regímenes antibióticos

Drs. Rafael Castellanos, José Jaime Correa y Alfredo Mendoza. Instituto de Ciencias de la Salud (CES). Medellín

Objetivos

Determinar si hay un mejor régimen antibiótico entre los evaluados en el estudio.

Materiales y Métodos

Se realizó una investigación de tipo prospectivo, utilizando cuatro regímenes anti-

bióticos diferentes, para tres grupos de 10 pacientes cada uno y seleccionados de manera aleatorizada.

El medicamento fue suministrado de manera directa a cada paciente con antelación a la cita para el procedimiento, dando la información apropiada para la ingesta. A todos los pacientes se aplicó el mismo protocolo, establecido en el servicio de radiología de la Clínica Medellín y Clínica Masculina de Profamilia en Medellín para biopsias de próstata, que consiste en: (ingesta solo de líquidos el día previo a la toma de la muestra y enema oral el día previo a la biopsia). A esto se adicionó el tratamiento antibiótico que se definió según el grupo aleatorio en que se asignó al paciente. En todos los casos se rea-

lizó urocultivo previo y los pacientes en los que se identificó presencia de infección urinaria, fueron previamente tratados o no se incluyeron en el estudio.

Análisis de Resultados

Se analizaron las diferentes variables propuestas, haciendo énfasis en las complicaciones y especialmente las complicaciones infecciosas secundarias a la biopsia prostática, determinando si hay el mejor régimen antibiótico

Conclusiones

Los resultados finales se presentarán en el congreso de la ciudad de Cali.

E5

Valdecoxib como analgésico en la biopsia transrectal de próstata guiada por ultrasonido

Estudio clínico prospectivo aleatorizado doble ciego comparado con placebo

Drs. Juan Guillermo Cataño, Hugo López y Carlos Gustavo Trujillo. Unidad de Urología. Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Objetivo

Determinar la utilidad del valdecoxib como analgésico, previo a la realización de la biopsia transrectal de próstata ecodirigida por octantes.

Materiales y Métodos

Se realizaron 140 biopsias de próstata en el Hospital Universitario San Ignacio y en el Hospital Central de la Policía Nacional, entre octubre de 2004 y julio de 2004. 136 pacientes fueron incluidos en el estudio. Se entregaron sobres sellados a cada paciente, que contenían placebo o valdecoxib, el cual se administraba una hora antes del procedimiento. Una vez realizada la biopsia, cada individuo calificaba su dolor, haciendo marcación en la Escala Visual Análoga. Se aplicó el la prueba de T de Student pareado para el análisis estadístico.

Resultados

Se incluyeron 136 pacientes en el estudio, con una edad promedio de 64.7 años (40-88). El volumen prostático promedio fue de 56.46cc (11-139). En el grupo placebo el promedio de dolor fue de 3.85mm y en el grupo de estudio fue de 3.794mm. La moda fue de 5mm y la mediana fue de 4mm para ambos grupos. La diferencia fue de 0.063, siendo ligeramente menos dolorosa en el grupo de estudio, diferencia que no fue estadísticamente significativa con $p=0.87$. El 58% de los pacientes refirieron dolor leve durante el procedimiento.

Conclusiones

No se recomienda el uso de valdecoxib como analgésico previo a la realización de biopsia transrectal de próstata ecodirigida por octantes. El procedimiento fue referido por nuestros pacientes como levemente doloroso.

Comparación del efecto analgésico entre supositorios de diclofenaco y lidocaina más esteroide, antes de la realización de biopsia transrectal de próstata

Estudio clínico aleatorizado

Drs. Gabriel Jaime Salazar Jácome y Héctor Jairo Motato Moscoso.
Universidad Nacional de Colombia. Clínica San Pedro Claver

Objetivos

El vertiginoso avance de los conocimientos durante los últimos años en la detección del cáncer de próstata y la importancia que representa para nosotros y para el paciente en obtener un diagnóstico más apropiado, es una de las principales razones por las cuales nuestros pacientes son sometidos a la realización de biopsia transrectal de próstata; este procedimiento, además de su riesgo inherente, es poco aceptado por los pacientes, principalmente por la presencia del dolor referido. En el presente estudio, se evaluó la efectividad para disminuir el dolor de dos supositorios intrarectales con efecto analgésico, administrados antes de la realización de la biopsia.

Materiales y Métodos

Para este propósito se administró de forma aleatorizada uno de dos supositorios intrarectales: el diclofenaco o lidocaina más esteroide, luego se entregó un instructivo donde el paciente registró la severidad del dolor al procedimiento.

Análisis de los Resultados

El análisis estadístico determinó la disminución significativa en la percepción dolorosa por parte del paciente, una vez realizada la biopsia transrectal de próstata por el método de los octantes.

Conclusiones

Se presentan los resultados del estudio comparativo que permitirá recomendar o no la utilización de este régimen para prevención del dolor.

Nefrectomía radical laparoscópica

Análisis de una serie de casos

Drs. Federico Escobar Jaramillo, Federico Gaviria Gil, Rafael Castellanos Acosta, Juan Guillermo Aristizabal, Santiago Arbeláez, Luis Fernando Ramírez, Juan Carlos Castaño, Juan Gabriel De los Ríos y José Jaime Correa.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivos

1. Describir el tratamiento mediante cirugía laparoscópica en pacientes con carcinoma de células renales.
2. Definir las indicaciones de cirugía laparoscópica en pacientes con sospecha de carcinoma renal.
3. Determinar la incidencia de complicaciones relacionadas con la cirugía laparoscópica para carcinoma renal.
4. Establecer la mortalidad asociada a nefrectomía radical laparoscópica.
5. Definir los factores de riesgo asociados con una mayor mortalidad y/o morbilidad.

dad durante la nefrectomía radical laparoscópica.

Materiales y Métodos

Análisis descriptivo y retrospectivo de 35 pacientes en quienes se realizó nefrectomía radical para el tratamiento del cáncer renal. Se analizaron las variables de edad, sexo, lado del tumor, estado clínico, vía de acceso, necesidad de transfusión, lesiones a otros órganos, método de extracción del espécimen, tiempo quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria, grado patológico final, mortalidad y porcentaje de recidiva tumoral.

Resultados

Se realizaron 35 nefrectomías radicales laparoscópicas; la edad promedio de fue 50 años, el requerimiento de transfusión fue del 10 %, el tiempo quirúrgico promedio fue de 210 minutos, no se presentaron complicacio-

nes mayores, 2 pacientes requirieron conversión a cirugía abierta, el promedio de estancia hospitalaria fue de 3 días; el reporte patológico final reportó carcinoma de células claras en el mayor porcentaje de los pacientes, con un pequeño grupo que presentó tumor de células transicionales; ninguno de los tumores tuvo un estadiaje patológico mayor de T3, con un promedio de tamaño tumoral de 8.5 cm., hasta la fecha no se han detectado recidivas tumorales en los pacientes tratados.

Conclusiones

Se presenta una serie de nefrectomías radicales laparoscópicas, que ratifican los reportes previos de la efectividad de la técnica, seguridad, control oncológico, rápida reincorporación funcional de los pacientes y menor morbilidad, que la reportada mediante técnicas abiertas. Se requiere un seguimiento mayor para corroborar los datos del control oncológico durante un plazo mayor.

O2

Manejo laparoscópico de tumores vesicales invasivos a músculo

Drs. Manuel Duque G., Luis A. Plazas y Lili Ceballos. Fundación Valle del Lili. Cali.

Objetivo

Mostrar la eficacia y seguridad de la cirugía laparoscópica para el manejo de los tumores invasivos vesicales, mediante la realización de cistoprostectomía y/o histerocistectomía laparoscópica y derivaciones urinarias, usando diferentes modalidades quirúrgicas.

Materiales y Métodos

Se presentan 5 pacientes con historia de Cáncer de Células Transicionales de vejiga con compromiso muscular a los cuales previamente se les había practicado Resección Transuretral de tumor vesical, y tomografía abdominal clasificatoria. La técnica quirúrgica fue transperitoneal, usando 5 puertos, liberando inicialmente las vesículas seminales a través del saco

de Douglas, para posteriormente completar la resección total. Se practica linfadenectomía y se hace una incisión infraumbilical por donde se extrae la pieza quirúrgica y se practica la derivación pertinente.

Análisis de Resultados

Pacientes con edad promedio de 67 años, 4 hombres y 1 mujer. El tiempo quirúrgico promedio fue de 7 horas, el sangrado promedio fue 400cc, solo uno de ellos fue transfundido (Hb previa < 7 mg/dL). El seguimiento promedio fue de 7 meses (Rango: 1 – 12); todos los casos presentaban tumores vesicales que comprometían músculo, uno con uréter, otro con compromiso ganglionar y un cáncer escamó celular de vejiga. A tres pacientes se le dejó asa ileal incontinente; uno ureterostomías cutáneas,

uno con bolsa de Studer; un paciente con compromiso ganglionar y hematuria se intervino por sangrado; el uso de analgesia fue mínimo (uno requirió opiáceos). El promedio de hospitalización fue 9 días. Las complicaciones tempranas incluyeron: íleo prolongado en 1 y drenaje superior a 5 días en 1, úlcera esofágicas en uno. Complicaciones tardías en dos pacientes estrechez de las anastomosis ureterales, infección urinaria en dos pacientes.

Conclusiones

La combinación de laparoscopia con prolongación de una de las heridas para extracción de la pieza quirúrgica y realización de la derivación urinaria es una buena alternativa para el manejo de los tumores vesicales invasivos. El tiempo de hospitalización fue corto, con buen manejo del dolor y mínimo sangrado.

O3

Linfadenectomía pélvica para cáncer de próstata en la Clínica San Pedro Claver

Drs. Wilfredo Donoso Donoso y Javier Mauricio Salgado Tovar. Universidad Nacional de Colombia. Clínica San Pedro Claver. Bogotá

Objetivos

Revisar y analizar: epidemiología, diagnóstico, indicación, resultados, tratamiento y estado actual, del adenocarcinoma de próstata con indicación de linfadenectomía pélvica, en la Clínica San Pedro Claver.

Obtener información inicial tendiente a establecer las tasas de curación de la radioterapia pélvica externa, luego de ganglios libres de enfermedad en nuestra población.

Materiales y Métodos

Se revisaron las historias clínicas de 41 pacientes programados para linfadenectomía pélvica clasificatoria, desde el 2002 a la fecha, en la Clínica San Pedro Claver (Bogotá); se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: edad, PSA, características del examen rectal (TR) histología de biopsia prostática, gamagrafía ósea, hallazgos intraoperatorios, patología, tratamiento posterior, control PSA y estado actual.

Análisis

Se analizaron 41 pacientes, con rangos de edad entre 55 y 79 años, promedio edad 68 años, rangos PSA entre 23 ng/dl a 69 ng/dl, promedio PSA 47 ng/dl; Gleason más fre-

cuento 3+3: score 6; 4 pacientes con Gleason 4+4 score 8; TR de características benignas, 4 pacientes; la mayoría de pacientes tenían TR sugestivo de compromiso tumoral con aumento de consistencia en algún lóbulo; todos los pacientes tenían gamagrafía ósea negativa. Induración macroscópica como hallazgo intraoperatorio en 12 pacientes; promedio de ganglios reportados en histopatología: 4 c/lado; reporte positivo de infiltración tumoral ganglionar: 5 pacientes; la mayoría de pacientes con ganglios negativos fueron remitidos para "Radioterapia pélvica externa", completando ciclos en los siguientes 7 meses luego del procedimiento. Los pacientes que posteriormente aumentaron PSA con progreso de la enfermedad tumoral, recidivaron entre 6 y 8 meses posteriores al final de la radioterapia.

Conclusiones

La linfadenectomía clasificatoria se indica en pacientes con rangos de PSA y hallazgos en TR sugestivo de compromiso extracapsular, que sugieren una probabilidad media de enfermedad órgano confinada; sin embargo, el reporte histopatológico libre de infiltración fue el más frecuente. La conducta más adoptada en nuestra clínica en los

pacientes con ganglios positivos fue la remisión a radioterapia pélvica externa, con resultados disímiles a 6 meses, entre sobrevivida libre de enfermedad y progresión de la misma; se debe considerar la prostatectomía

radical retropúbica, como opción de tratamiento con fines curativos luego de la linfadenectomía clasificatoria, dado que este procedimiento genera poca morbilidad en el paciente.

O4

Linfadenectomía pélvica laparoscópica

Experiencia inicial en Medellín 20 casos

Drs. Federico Escobar, Santiago Arbeláez, Arturo Bonilla y Federico Gaviria. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivo

Describir la técnica y los resultados del abordaje laparoscópico para la linfadenectomía pélvica en el estadiaje del cáncer de próstata.

Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de 20 pacientes sometidos a linfadenectomía pélvica laparoscópica por cáncer de próstata.

Análisis de Resultados

A pesar del refinamiento de la técnica de prostatectomía radical abierta para el trata-

miento del cáncer de próstata órgano confinado, esta conlleva una significativa morbilidad como incontinencia urinaria, impotencia, sangrado profuso, etc. Con la linfadenectomía pélvica laparoscópica se excluyen los pacientes de ser sometidos a tratamientos radicales no curativos y además de ofrecer las ventajas de una técnica mínimamente invasiva.

Conclusión

Se describe la técnica quirúrgica y los resultados oncológicos obtenidos con el tratamiento.

O5

Estudio comparativo prostatectomía radical retropúbica abierta (PRR) vs. laparoscópica (PRL)

Experiencia Hospital de San José

Drs. Hernán Aponte, René Sotelo, César Andrade, Pilar Ceballos, Francisco Melo, Jhon Jairo Ortiz y Diego Riatiga. Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Objetivo

Comparar los resultados de nuestra experiencia en PRL, con los obtenidos en PRR, enfatizando en el control de la enfermedad, complicaciones y calidad de vida posterior.

Materiales y Métodos

Identificación de casos en cada grupo y revisión de registros de cirugías realizadas entre

abril/2003 y abril/2005, selección de variables (Estadio pre y postquirúrgico, continencia, función eréctil, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, complicaciones), correlación de las mismas, comparación de ambos grupos, para su posterior análisis estadístico.

Resultados

Se identifican 20 pacientes por grupo, con edad promedio 60.75 años (PRL) vs. 63.65

años (PRR) y PSA (9.47 vs.8.69 ng/ml). Todos los pacientes presentaban diagnóstico de enfermedad localizada en el pre-operatorio. El reporte de patología, mostró en un 55% enfermedad órgano-confinado, 40% localmente avanzado y 5% T4 por compromiso de cuello vesical, en el grupo PRL. En PRR 50% órgano-confinado y 50% localmente avanzado. El PSA y la incontinencia postquirúrgica fueron similares

Sangrado trans-operatorio 785cc vs. 980cc; se presentó lesión de recto en un paciente en grupo PRL; muerte de un paciente en el mismo grupo sin relación con el procedimiento. Tres pacientes en grupo PRR requirieron transfusión, y se presentó una muerte

a los dos años, sin relación con el cáncer de próstata. Estrechez de la anastomosis: 26.31% vs.15%; tiempo quirúrgico promedio: 270 vs.180 min; hospitalización 1.84 vs.3.6 días; retiro de sonda 17.5 vs.24.1 días.

Conclusiones

En nuestra experiencia, los resultados en cuanto a control de la enfermedad, así como las tasas de complicaciones fueron similares en ambos grupos.

Los tiempos quirúrgicos son mayores en PRL, aunque tienden a disminuir, con la progresión de la curva de aprendizaje. Estancia hospitalaria y tiempo de retiro de sonda, son menores en PRL.

O6

Prostatectomía radical por laparoscopia

Experiencia Fundación Valle de Lili

Drs. Manuel Duque G., Luis A. Plazas, Lupi A. Mendoza y Dra. Myriam L. Ceballos. Fundación Valle del Lili. Cali

Objetivo

Presentar la experiencia inicial en prostatectomía radical por laparoscopia en la Fundación Valle del Lili.

Materiales y Métodos

Se incluyeron los pacientes que fueron sometidos a prostatectomía radical por laparoscopia de manera electiva en los últimos 18 meses.

Análisis

Presentamos 13 pacientes con PSA <10, Gleason <7 (promedio: 6), y según la clasificación TNM: un paciente T2 y los doce restantes T1c. Del total de pacientes, los 3 primeros se convirtieron a cirugía abierta (por prolongación del tiempo quirúrgico en dos y abertura del recto en uno); los 10 siguientes por laparoscopia usando 5 puertos, con técnica extraperitoneal en 5, transperitoneal en 8 y con preservación de bandeletas y anastomosis uretral con sutura continua. En los pacientes tratados por laparoscopia el tiempo quirúrgico en los 6 primeros fue en pro-

medio de 6 y media horas y en los últimos 4 su duración fue de 5 horas. El uso de sonda uretral fue en promedio de 12 días (rango: 10-15 días), con continencia total en el 100% de los laparoscópicos finalizados, pero uno de los abiertos con incontinencia diurna. El uso de pañales en promedio fue 2 semanas y de protector 6 semanas. El drenaje activo duró en promedio 4 días (rango: hasta 12 días). En los resultados de patología se observaron bordes positivos en 4 pacientes. En el seguimiento, PSA estables persisten (< 0,4 ng). Solo un paciente dobló a los 3 meses post quirúrgicas. El tiempo promedio de seguimiento fue de 9 meses, y erección inmediata posterior a la cirugía en los últimos 3 casos, actualmente con erección en 7.

Conclusiones

Se trata de una experiencia corta pero fructífera con resultados adecuados; el porcentaje de recuperación sexual ha sido mas rápida en los últimos casos, cercano al retiro de la sonda; ya presentan erecciones de buena calidad sin medicación.

Prostatectomía radical laparoscópica

Experiencia inicial en Bucaramanga

Drs. Milton Salazar, Alfredo Ortiz, Guillermo Sarmiento, Jorge Luis Pestana, Daniel Sánchez, Jairo Ortiz y José Luis Gaona. Clínica Ardila Lülle y Clínica Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Objetivo

Presentar la experiencia inicial obtenida en Bucaramanga con la prostatectomía radical laparoscópica.

Material y Métodos

Entre diciembre de 2004 y mayo de 2005, se realizó en 11 pacientes una prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal con disección anterógrada. La edad promedio fue 63 años, el PSA preoperatorio promedio fue 8.5 ng/ml, y todos los pacientes tenían un estadio T1-T2NxM0.

Resultados

El tiempo quirúrgico promedio fue 270 minutos, y la pérdida promedio de sangre 400 cc. Se transfundieron dos pacientes (18%), y

se convirtió a cirugía abierta un caso (9%). La estancia hospitalaria promedio fue de 4.3 días, y el número de días promedio con drenaje fue de cinco. Hubo complicaciones en cinco pacientes: tres cursaron con drenaje persistente, uno presentó un tromboembolismo pulmonar, y otro sufrió un íleo paralítico. El estadio patológico fue en todos los casos pT2, y la incidencia de márgenes positivos fue 27%. Ocho pacientes completan un seguimiento mayor de un mes. De ellos, siete tienen un nivel indetectable de PSA, cuatro refieren erecciones adecuadas sin ingesta de sildenafil, y cinco usan pañal.

Conclusión

La prostatectomía radical laparoscópica es una técnica viable, reproducible, con una morbilidad y unos resultados iniciales aceptables.

Braquiterapia de alta tasa como refuerzo (boost) para pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto

Drs. Felipe Torres, Gabriel Salazar, Luis A. Blanco, Juan C. Arbeláez, Manuel Rueda, Gonzalo Romero, Rosalba Ospino, Clara I. Serrano y Armando Gaitán. Centro Internacional de Braquiterapia, Bogotá, Colombia

Objetivo

Pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto son frecuentemente encontrados en la práctica urológica. Aunque el tratamiento de ellos es controvertido, la literatura apoya el uso de la braquiterapia como tratamiento de refuerzo a la radioterapia externa. La reciente publicación del Consenso Europeo de Tratamientos de Radioterapia recomienda la tasa alta como un tratamiento de refuerzo altamente efectivo. En el

Centro Internacional de Braquiterapia (CIB) un grupo de urólogos y radioterapeutas desarrollaron y comenzaron un protocolo de tratamiento en cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto, con braquiterapia de refuerzo utilizando alta tasa de dosis (HDR sigla Ingles). Reportaremos los resultados.

Material y Métodos

El CIB, un centro exclusivo de braquiterapia; se inauguró en Octubre 18 de 2002 en la

ciudad de Bogotá. La selección de paciente incluye casos $\geq T2b$, $PSA > 12$ y $Gleason \geq 7$. De acuerdo al protocolo se administran 2 dosis de 1000cGy separadas por 6 horas, para evitar el posible daño subletal a los tejidos normales. La dosis total es de 2.000 cGy del implante y 4.600 a la pelvis. Los implantes se aplican bajo anestesia epidural, con guía ecográfica en tiempo real, dosimetría dinámica intraoperatoria, fluoroscopia y guía cistoscópica.

Resultados

Hemos tratado 31 pacientes administrando 62 tratamientos. La citoreducción hormonal para disminuir el volumen se ha utilizado en un grupo de pacientes. Todos los pa-

cientes han terminado el tratamiento satisfactoriamente. La tolerancia al tratamiento ha sido excelente y los efectos de toxicidad aguda y crónica son mínimos y consistentes con los reportados en la literatura. Se presentarán los resultados en términos de toxicidad gastro-intestinal y genito-urinaria y los resultados preliminares de control bioquímico.

Conclusiones

En el CIB, se ha implementado satisfactoriamente un protocolo para pacientes de alto y mediano riesgo de braquiterapia de alta tasa de dosis en 31 pacientes. Los resultados encontrados además de ser excelentes son comparables con los reportados en la literatura.

09

¿Qué trata la braquiterapia? Análisis histopatológico de 49 casos de carcinoma de próstata T1c tratados con prostatectomía radical

Drs. Arbeláez Arango S., Aguiló Lucía F., Condom Mundó E., Suárez Novo J., Muñoz Seguí J., Camps N., Serrallach Mila N., Escobar Jaramillo, F. Servicio de Urología, Servicio de Patología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. Clínica Medellín, Colombia

Introducción y Objetivos

La Braquiterapia Prostática (BP) es una técnica utilizada mundialmente para el tratamiento del Cáncer de Próstata (CP) localizado y es una alternativa práctica para aquellos pacientes no aptos para cirugía o que no desean tenerla; el tratamiento se basa en la información obtenida de las biopsias diagnósticas, sin poderse saber el estadio patológico final. Nuestro objetivo es conocer ese estadio patológico final, en pacientes que se sometieron a Prostatectomía Radical (PR) pero que hipotéticamente se habrían podido someter a BP.

Material y Métodos

Del total de PR realizadas en nuestro centro por CP T1c en un período de cuatro años, seleccionamos todos aquellos casos que cum-

plían los criterios para haber sido tratados con BP ($PSA = < 10$ ng/ml; $Gleason = < 6$; peso prostático = < 50 gr) y valoramos los parámetros clínicos del diagnóstico, al igual que las características histopatológicas de las biopsias y del espécimen quirúrgico. El Diámetro Tumoral Máximo (DTM) se definió como el mayor diámetro medible en el foco tumoral principal del espécimen quirúrgico. Un único uropatólogo revisó las biopsias diagnósticas y el espécimen quirúrgico en todos los casos. Se utilizó el sistema TNM de 1997 para estadiaje. La información fue valorada estadísticamente con el programa SPSS 9,0.

Resultados

Un total de 49 pacientes cumplieron los criterios de BP. El promedio de edad fue 62,9 años (rango: 51-72). El PSA promedio en el momento del diagnóstico fue 6,4 ng/ml (ran-

go: 4,2 – 9,9). El peso promedio del espécimen quirúrgico fue 39,4 gr. (rango 20-50). El promedio de focos tumorales por caso fue 3,2 (la distribución se muestra en la Tabla 1). El promedio de DTM fue 2,2 cm (rango 0,5-4,1). La distribución del estadio patológico se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1

No. Focos Tumorales	Frecuencia	Porcentaje
1	8	16,3
2	11	22,4
3	10	20,4
4	10	20,4
5	4	8,2
6	6	12,2

Tabla 2

Estadio	Frecuencia	Porcentaje
pT2a	8	16,3
pT2b	20	40,8
pT3a	18	36,7
pT3b	3	6,1
pT4	0	0,0

Conclusiones

El CP es una entidad multifocal y no todos los casos que cumplen los criterios clínicos y anatomopatológicos para ser tratados con BP. Este hecho debe ser tenido en cuenta cuando se planea el tratamiento de pacientes con CP.

O10

RTU de próstata o adenomectomía transvesical como método diagnóstico y terapéutico en pacientes con PSA elevado

Análisis de 95 pacientes

Drs. Luis Eduardo Cavellier Castro y Jorge García Cuestas. Servicio de Urología, Clínica de Marly S.A. – Bogotá.

Resumen

Se evalúan en forma retrospectiva 95 pacientes con elevación en los niveles de antígeno prostático específico (PSA), a quienes se les practica Resección transuretral de Próstata (RTUP) o Adenomectomía Transvesical después de realizar una o varias biopsias de la glándula con resultado negativo para diagnóstico de cáncer de próstata.

El tamizaje empleado en la actualidad para el diagnóstico de cáncer de próstata, deja un grupo de pacientes en quienes no se logra confirmar el diagnóstico a pesar de varias biopsias de la prostática.

Todos los pacientes intervenidos presentan sintomatología urinaria obstructiva baja, quienes requieren de la cirugía de Próstata para aliviar el prostatismo y son estudiados con Urodinamia - Estudio Flujo Presión, para

confirmar el componente obstructivo por el crecimiento de la próstata.

La incidencia de carcinoma de próstata en la presente revisión es de 7.36%, que corresponde a 7 pacientes. 3 meses después de la cirugía 5 pacientes permanecen con nivel de PSA elevado y en 2 de ellos se diagnostica posteriormente carcinoma mediante nuevas biopsias transrectales de próstata. A los 83 pacientes restantes el PSA se normaliza, dato confirmado en el control de 3 meses pos operatorio.

Se demuestra con la presente revisión el beneficio diagnóstico y terapéutico con la cirugía en pacientes con PSA persistentemente elevado, a quienes se les demuestra patrón obstructivo con estudio Urodinámico.

Carcinoma prostático T1c anterior y posterior

Análisis clínico y anatomopatológico de 202 casos tratados con prostatectomía radical

Drs. Arbeláez Arango S., Aguiló Lucía F., Condom Mundó E., Suárez Novo J., Vigués Jualia F., Serrallach Mila N. Escobar Jaramillo, F. Servicio de Urología, Servicio de Patología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. Clínica Medellín, Colombia

Introducción y Objetivos

El Carcinoma de Próstata (CP) puede originarse en cualquier zona de la glándula, pudiendo determinar esto la evolución después del tratamiento. Nuestro interés es conocer las características clínicas e histopatológicas de los diferentes tumores de acuerdo a su localización.

Material y Métodos

Durante cuatro años se realizaron en nuestro centro 202 Prostatectomías Radicales (PR) por CP, estado T1c; ningún paciente había tenido cirugía prostática previa, manipulación hormonal, radioterapia externa o braquiterapia prostática. Todos los especímenes quirúrgicos y 130 de las biopsias diagnósticas fueron valoradas por un único uropatólogo. Se utilizó el TNM de 1997 para estadiar. En cada caso se analizaron las características clínicas en el momento del diagnóstico, al igual que las características anatomopatológicas de las biopsias y la pieza quirúrgica. El Diámetro Tumoral Máximo (DTM) se definió como el mayor diámetro medible en el foco tumoral principal del espécimen quirúrgico. Tomando la uretra como eje de referencia, se clasificó cada caso como anterior, posterior o simétrico de acuerdo a donde se localizara al menos el 75% de la masa tumoral. Se utilizó el programa SPSS 9,0 para el análisis estadístico.

Resultados

Se analizaron un total de 202 casos, 27 (13,4%) tuvieron localización anterior, 136 (67,3%) localización posterior y 39 (19,3%)

fueron simétricos. El promedio de edad para los tres grupos fue 63,8 años. El promedio de PSA en el momento del diagnóstico para los tres grupos fue 8,8 ng/ml, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre los tumores de localización anterior respecto a los de localización posterior ($p < 0,001$) y a los de localización simétrica ($p = 0,021$) (12, 0, 8,1 y 9,4 ng/ml respectivamente). 22,2% de los tumores anteriores precisaron más de una sesión de biopsias para ser diagnosticados, mientras que esto sólo fue necesario en el 10,2% de los posteriores. Se encontró un promedio de 3,45 focos tumorales por pieza quirúrgica, sin diferencia significativa entre los grupos. Los tumores anteriores presentaron un DTM significativamente mayor ($p = 0,038$) que los tumores posteriores (2,72 cm. vs 2,26 cm. respectivamente). La extensión extraprostática comprometió distintas zonas de acuerdo a la localización del tumor (Tabla 1). El estadio tumoral se presenta en la tabla 2. Todos los casos pT4 correspondieron a afectación del cuello vesical exclusivamente.

Tabla 1

	Anterior	Posterior	Simétrico
Apex	12(33,4)	31(30,1)	12(26,1)
Anterior	13(36,1)	2(1,9)	8(17,4)
Posterolateral	4(11,1)	67(65,1)	21(45,6)
Cuello	7(19,4)	3(2,9)	5(10,9)

Tabla 2

	Anterior	Posterior	Simétrico
pT2a	1(3,7)	11(8,1)	3(7,7)
pT2b	11(40,7)	56(41,2)	17(43,6)
pT3a	8(29,6)	52(38,2)	12(30,8)
pT3b	0 (0)	14(10,3)	2(5,1)
pT4	7(25,9)	3(2,2)	5(12,8)

Conclusiones

Los CP de localización anterior presentan un PSA mayor al momento del diagnóstico, necesitan un mayor número de biopsias para ser diagnosticados, tienen mayor volumen

tumoral y presentan más afectación del cuello vesical que aquellos CP de predominio posterior o simétrico. Es útil referenciar la uretra como eje para clasificar el CP como anterior, posterior o simétrico.

O12

Criterios mínimos morfológicos para el diagnóstico de cáncer de próstata

Experiencia en Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

Drs. Juan G. De los Ríos, Juan C. Castaño, Alejandro Vélez y Ferez Flórez R. Instituto de Ciencias de la Salud CES, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

Objetivos

Determinar la presencia y la frecuencia de los criterios morfológicos histológicos en las muestras de biopsias de próstata tomadas con aguja, analizadas en el Hospital Pablo Tobón Uribe, en Medellín.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos encontrados en el análisis de 200 muestras remitidas para estudio anatómo-patológico, en busca de criterios morfológicos mínimos para el diagnóstico de Cáncer de Próstata.

Análisis de Resultados

En el estudio se analizaron la frecuencia con que se encuentran los criterios mínimos en las muestras enviadas, tales como: las

características nucleares y nucleolares, las secreciones mucinosas, la presencia de cristaloideas, los materiales amorfos intraluminales, los micromódulos de colágeno, las glomerulaciones, la invasión perineural, la invasión del tejido adiposo, la sumatoria del puntaje de Gleason, la presencia de atrofia de pequeños acinos prostáticos (ASAP) y la presencia de PIN de alto grado. Algunos como sugestivos del diagnóstico de cáncer, y los otros como clasificación del mismo.

Conclusiones

El diagnóstico de cáncer de próstata es una entidad compleja, que requiere de la sumatoria de criterios observados en las muestras de las biopsias que en ocasiones no son patognómicos de enfermedad tumoral, pero que en conjunto pueden ayudar a orientar el diagnóstico y posteriormente el tratamiento.

O13

Carcinoma de próstata T1c Gleason 7

Diferencias clínicas y anatomopatológicas entre los patrones 3+4 y 4+3 encontradas en 117 prostatectomías radicales

Drs. Arbeláez Arango S., Aguiló Lucía F., Condom Mundó E., Suárez Novo J., Muñoz Seguí J., Camps N., Serrallach Mila N., Escobar Jaramillo, F. Servicio de Urología, Servicio de Patología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. Clínica Medellín, Colombia

Introducción y Objetivos

El Carcinoma de Próstata (CP) Gleason 7 es un tumor heterogéneo, los patrones 3+4 y 4+3 tienen diferente evolución a largo plazo después de una Prostatatec-

tomía Radical Retropúbica (PRR). Nuestro objetivo es conocer las características clínicas e histopatológicas de los especímenes quirúrgicos Gleason 7 de acuerdo a su patrón.

Material y Métodos

De la totalidad de PRR realizadas por CP T1c en nuestro centro durante un período de 4 años, se seleccionaron todos aquellos casos con patrón de Gleason 3+4 o 4+3 en el espécimen quirúrgico. Ningún paciente había tenido manipulación hormonal, cirugía prostática o radioterapia interna o externa. El mismo uropatólogo valoró la totalidad de las piezas quirúrgicas y 73 de las biopsias diagnósticas. El sistema TNM de 1997 se utilizó para estadiaje. Se analizaron los parámetros clínicos en el momento del diagnóstico, al igual que las características histopatológicas de las biopsias y del espécimen quirúrgico. El Diámetro Tumoral Máximo (DTM) se definió, como el mayor diámetro medible en el foco tumoral principal del espécimen quirúrgico. Se utilizó el programa SPSS 9,0 para el análisis estadístico.

Resultados

Un total de 117 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (Gleason 3+4: 76(64,9%); Gleason 4+3: 41(35,1%)). El promedio de edad para los dos grupos fue 63,9 años. El promedio de PSA en el momento del diagnóstico fue 9,1 ng/ml para todos los casos Gleason score 7, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los patrones Gleason 3+4 y Gleason 4+3 ($p=0,004$) (8,1 y 10,8 ng/ml respectivamente). Ninguno de los casos Gleason 3+4 requirió más de cuatro sesiones de biopsia para ser diagnosticados, mientras que ningún caso Gleason 4+3 requirió más de dos sesiones. El valor de Gleason más fre-

cuentemente encontrado en las biopsias diagnósticas fue 7(54,8%), seguido de 6(37,0%). Se encontró una diferencia significativa en el peso del espécimen quirúrgico ($p=0,037$) entre los patrones Gleason 3+4 y Gleason 4+3 (50,9 gr. Vs. 59,1 gr. respectivamente). El promedio de focos tumorales fue 3,69 sin observarse diferencia entre los dos patrones. Los casos Gleason 3+4 presentaron un DTM significativamente menor que aquellos Gleason 4+3 ($p<0,001$; 2,3 vs. 2,9cm respectivamente). No se encontró diferencia en cuanto a márgenes quirúrgicos positivos o localización tumoral dentro de la glándula. El estadio tumoral se muestra en la Tabla 1. Todos los casos pT4 correspondieron a afectación del cuello vesical exclusivamente.

Tabla 1

	3+4	4+3
pT2a	2 (2,6%)	0 (0,0%)
pT2b	30 (39,5%)	12 (29,3%)
pT3a	34 (44,7%)	18 (43,9%)
pT3b	6 (7,9%)	7 (17,1%)
pT4	4 (5,3%)	4 (9,8%)

Conclusiones

Los casos de CP Gleason 4+3 presentan un PSA mayor en el momento del diagnóstico, mayor peso del espécimen quirúrgico, mayor volumen tumoral y tienden a presentar un estadio patológico más avanzado que aquellos con patrón Gleason 3+4. Estas características clínicas y anatomopatológicas coinciden con su peor pronóstico cuando se comparan con los casos de CP patrón 3+4.

O14

Determinación del estado tumoral en pacientes con masa renal de acuerdo a la presentación clínica inicial en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá

Drs. José Rafael Romero Pinto, Wilfredo Donoso Donoso y Héctor Jairo Motato Moscoso.
Universidad Nacional de Colombia. Clínica San Pedro Claver

Objetivos

Realizar una aproximación para conocer

la relación existente entre el estadio tumoral renal teniendo en cuenta la causa de consulta.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes evaluados en el servicio de urología de la clínica San Pedro Claver, sometidos a nefrectomía radical durante el periodo comprendido entre el primero de enero de 2003 hasta el 31 de marzo de 2005.

Análisis de los Resultados

Para la obtención de los resultados se revisaron 25 casos, que se presentaron en dos

años de seguimiento, los cuales fueron evaluados en el servicio de urología como pacientes nuevos o remitidos a este centro de referencia del seguro social.

Conclusiones

Existe una clara correlación entre la sintomatología que motiva a consultar a los pacientes que presentan masa renal de aspecto neoplásico evaluados por tomografía axial computarizada y ecografía renal.

O15

Correlación entre el tipo y grado histológico de tumores renales como predictores de la presencia futura de metástasis

Drs. José Rafael Romero Pinto, Wilfredo Donoso Donoso y Héctor Jairo Motato Moscoso.
Universidad Nacional de Colombia. Clínica San Pedro Claver

Objetivos

Describir la historia natural y evolución de las masas renales, teniendo como objetivo determinar la relación existente entre el tipo y grado histológico, para poder predecir el desarrollo de metástasis, teniendo como base los casos clínicos que fueron evaluados en un periodo de seguimiento de dos años, en pacientes sometidos a nefrectomía radical en la clínica San Pedro Claver de Bogotá.

Material y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes evaluados y sometidos a nefrectomía radical en el servicio de urología de la clínica San Pedro Claver, durante

el periodo comprendido entre el primero de enero de 2003 hasta el 31 de marzo de 2005.

Análisis de los Resultados

Para la obtención de los resultados se evaluaron las historias clínicas de estos pacientes y se tomaron en cuenta los reportes de patología de la misma institución.

Conclusiones

Los grados histológicos de los pacientes sometidos a nefrectomía radical se revisaron y se encontró que hay correlación, que permite predecir el desarrollo de metástasis cuando se tiene en cuenta el tipo y grado histológico luego de la nefrectomía radical.

O16

Incidencia del cáncer testicular en el Hospital Universitario del Valle desde 1999 hasta 2004

Drs. Andrés F. García, Alberto J. Bermúdez, Jorge Carbonell, Gino A. Arbeláez, Paula Vega, Andrés Vargas y Mauricio Caldas. Hospital Universitario del Valle - Cali

Introducción

Para nosotros como servicio de urología del Hospital Universitario del Valle, es impor-

tante conocer la incidencia del cáncer testicular en nuestra población, para hacer una comparación con la literatura y comparar los tipo de manejos establecidos.

Material y Métodos

Se realizó la recolección de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de testículo, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Universitario del Valle (HUV) entre enero de 1999 hasta julio de 2004.

Resultados

Se recolectaron 30 casos con cáncer testicular desde enero de 1999 hasta junio de

2004. Con un promedio de edad de 30 años, 13% tenían antecedente trauma y 20% de criptorquidia. El testículo más afectado fue el derecho. El tipo patológico más común fue el Seminoma. El 76% de los pacientes tenían metástasis en el momento del diagnóstico y el 73% de los pacientes recibieron un tratamiento complementario.

P1

Papel de los esteroides tópicos en el manejo de la fimosis patológica

Drs. Jaime Díaz Berrocal, Jaime Francisco Pérez Niño, Javier Lee Aguirre y Carlos F. Sierra R.
Unidad de Urología - Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Objetivo

Demostrar la utilidad de los corticosteroides tópicos en el tratamiento de la Fimosis patológica.

Materiales y Métodos

Ensayo Clínico aleatorizado (Doble ciego). Se definió fimosis fisiológica y patológica de acuerdo a las Guías de la Sociedad Colombiana de Urología. La población de estudio fueron pacientes pediátricos menores de 9 años, con fimosis patológica y mayores de 9 años con cualquier tipo de fimosis, que consultaron a Clínica Infantil de Colsubsidio, Hospital Universitario San Ignacio y Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Se dividieron en 2 grupos: esteroides y placebo, se distribuyeron por tabla aleatoria y usaron el tratamiento tópico por cuatro semanas.

Se clasificaron 2 grados de fimosis de acuerdo la apertura del prepucio:

- A. 90%
- B. 50%

Se controlaron a las 4 y 8 semanas de inicio del tratamiento evaluando grado de fimosis, complicaciones y recurrencia

Resultados

Se incluyeron 71 pacientes: 39 grupo Corticoides y 32 grupo control.

Se encontró mejoría en el grupo estudio en el 25.6% en la primera evaluación y en el 52.3% en la segunda, contra 2.56% y 6.25% respectivamente para el grupo control.

Conclusión

El manejo médico de la fimosis patológica con corticoides tópicos tiene buenos resultados, disminuyendo la necesidad de tratamiento quirúrgico en este grupo de pacientes.

P2

Experiencia de pieloplastias en población pediátrica en Hospital de San José desde 1999 al 2004

Drs. Marco Aurelio Nossa y John Jairo Ortiz. Centro de Investigaciones Urológicas, Sección de Urología Pediátrica, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Objetivo

Mostrar la experiencia de nuestro servicio con la realización de en Pieloplastia abier-

ta, para corrección de estenosis de la unión pielouretreal, revisar la literatura y comparar nuestros resultados

Materiales y Métodos

Se revisaron 29 Historias clínicas retrospectivamente desde 2000 al 2005 revisando edad, Sexo, Tiempo quirúrgico, Sangrado aproximado, Transfusiones, utilización de catéter doble J, días de estancia, complicaciones y muerte.

Análisis de los Resultados

Edad promedio 9.17 meses (3-32 meses), 72% niños, 28% niñas.

Diagnostico Prenatal de hidronefrosis: 15 pacientes (51.7%)

Riñón mas afectado: Izquierdo 68.9%. Derecho 31.1%.

Distribución hidronefrosis: Grado II 31.03%, Grado III 51.72%, Grado IV 13.79%.

Tres pacientes con Pieloplastia previa (10.34%).

Nueve Pacientes (31.1%) con patología asociada: Fimosis 44.4%, válvulas uretrales posteriores 33.3% y Anillo de Lyon 22.2%.

Tiempo quirúrgico promedio 51.55 min. (40-70min).

Retiro del dren 8.85 días (5-14 días).

Estancia 3.75 días, (2-7 días).

Complicaciones posquirúrgica relacionadas: 2 pacientes, vomito, que cede con antieméticos.

No fue utilizado catéter doble J.

Seguimiento postoperatorio promedio 15.44 meses, (6-36 meses). Gammagrafía renal entre el 3er mes y 6to mes : 20 (68.9%) pacientes, de las cuales el 65%(13) con función renal bilateral conservada, y 35%(7) Disfunción renal ipsilateral, correspondían a hidronefrosis Grado III 6 caso, 1 a Grado IV por daño renal previo. En 4 paciente se demostró en la urografía posterior paso adecuado por Anastomosis.

Conclusiones

1. La relación de hombre:mujer y predominio del riñón izquierdo como el más afectado, similar en nuestra serie con la literatura.
2. No se evidenciaron estrecheces bilaterales, ni reflujo vesicoureteral. Se debe tener en cuenta otros diagnósticos no relacionados: fimosis, válvulas uretrales, Anillo de Lyon.
3. En nuestra Serie ningún paciente requirió de la utilización de Catéter Doble J.
4. Grado de Hidronefrosis se asocia con el grado de disfunción posterior renal.

P3

Punción endoscópica de ureterocele

74

Experiencia Fundación Cardio Infantil – Hospital de la Misericordia

Drs. Gustavo Malo, Camilo Orjuela, Yair Cadena, Alejandro Quintero. Servicio de Urología Pediátrica, Fundación Cardio Infantil - Hospital La Misericordia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque

Introducción

Se trata de un trabajo retrospectivo, descriptivo en el cual se presenta la experiencia de la punción endoscópica de ureterocele en la población pediátrica.

Objetivos

- Determinar la utilidad de la ureterocelotomía endoscópica en el manejo de pacientes de la población pediátrica con ureterocele, tanto intravesical como ectópico, en

la Fundación Cardio Infantil y Hospital de La Misericordia.

- Conocer los resultados del tratamiento endoscópico del ureterocele intravesical y ectópico de la población pediátrica, en pacientes tratados en la Fundación Cardio Infantil y Hospital de La Misericordia.
- Observar la evolución de los pacientes tratados con ureterocelotomía endoscópica y determinar los patrones más favorables para este tipo de tratamiento.

Materiales y Métodos

Es un estudio descriptivo en el cual se evaluaron la totalidad de pacientes sometidos a ureterocelotomía endoscópica, desde el año 1998 hasta el 2005, en la Fundación Cardio Infantil y Hospital de La Misericordia. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, así como su evaluación prequirúrgica y evolución post operatoria.

Análisis de Resultados

Los resultados obtenidos, fueron analizados y sometidos a análisis estadístico de las

variables, determinando así diferencias significativas en los mismos.

Conclusiones

- La ureterocelotomía endoscópica es eficaz para el tratamiento inicial de pacientes con ureterocele intravesical
- La ureterocelotomía endoscópica en algunos casos puede ser el tratamiento inicial de urgencia en pacientes con obstrucción de la vía urinaria secundaria a esta patología.
- Los ureteroceles ectópicos tienen pobre respuesta final al tratamiento endoscópico de los mismos

P4

Estandarización y significancia del tiempo de demora de relajación del complejo esfínter/piso pélvico en pacientes pediátricos

Drs. Alvaro Gutiérrez M. y Jaime Ossa Santamaría. Unidad de Urodinamia Clínica de Marly, Universidad El Bosque.

Objetivos

Estandarizar la técnica para la medición del tiempo de demora en la relajación del complejo esfínter/piso pélvico (EMG lag time), y describir la significación clínica de este hallazgo en la población pediátrica.

Materiales y Métodos

Se evaluaron retrospectivamente los estudios Urodinámicos de 116 pacientes pediátricos, remitidos para estudios urodinámicos en la unidad de la Clínica de Marly, por diagnóstico de enuresis mono-sintomática, realizados en el año 2004. Todos los estudios fueron analizados para obtener el resultado del tiempo de relajación.

Resultados

Los pacientes fueron categorizados de acuerdo al sexo y de acuerdo a rangos de edad; se describe el tiempo normalizado de relajación para cada uno de estos grupos. Se evidenció un incoordinación del piso pélvico en un 23% de las pacientes mujeres y un 15% de los pacientes hombres, los cuales presentan un fenómeno obstructivo asociado sólo en un 12% de los casos.

Conclusiones

Esta medición puede ser considerada como un factor predictivo de la existencia de un fenómeno obstructivo, en pacientes con incoordinación de piso pélvico, y su medición seriada puede ser de utilidad el seguimiento.

P5

Patrones urodinámicos en niños con patología de la vía urinaria

Drs. Gustavo Malo, Camilo Orjuela, Yair Cadena, Alejandro Quintero. Servicio de Urología Pediátrica, Fundación Cardio Infantil – Hospital La Misericordia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque

Objetivo

Comparar la función vesical en niños con reflujo vésico ureteral, malformación ano rec-

tal, y válvulas de la uretra posterior, mediante la utilización del catéter suprapúbico de Dewan.

Material y Métodos

El estudio involucro 25 pacientes con reflujo vésico ureteral, válvulas de la uretra posterior, vejiga neurogénica, y malformación ano rectal, que fueron llevados a cirugía para la realización de cistoscopia + colocación de catéter suprapúbico de Dewan. Las edades de los pacientes variaron entre 4 meses y 10 años.

Los estudios urodinámicos se realizaron con este catéter en la Clínica Marly, en un equipo de estándar de 6 canales; durante su hospitalización también se realizaron medición de residuo post miccional y cistografía radiológica.

Conclusiones

En la actualidad se cuentan con estudios en los que ya se han determinado los patrones normales de función vesical en niños sanos.

Hay estudios en los que se han establecido los patrones urodinámicos en niños con patología del tracto urinario como son: las válvulas de la uretra posterior, el reflujo vésico ureteral, la infección urinaria y la vejiga neurogénica, los cuales se han correlacionado con la persistencia de algunas de estas patologías; estas alteraciones pueden modificar el pronóstico, y a largo plazo pueden afectar las pruebas de función renal y son factores de importancia para decidir el tratamiento de estos pacientes. Los patrones urodinámicos varían desde, hiperactividad, baja compliance, e hipo contractilidad. Estas patologías suelen acompañarse de alteraciones en la función vesical y en ellas, el catéter de Deban es un método apropiado de manejo, ya que no genera trauma uretral, obstrucción del tracto urinario de salida y permite la valoración fisiológica, mediante la medición de residuos postmiccionales.

U1

Uso de la planta *Solanum torvum sw* en cistitis intersticial

Drs. Jorge Luis Londoño, Andrés García, Gino Arbeláez y Alberto Bermúdez. Servicio de Urología de la Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali- Colombia

Objetivo

Determinar toxicidad de la planta en modelos animales y describir la experiencia empírica hallada en un grupo de pacientes, con el uso de *Solanum torvum sw*.

Resumen

La primera fase del estudio consta de dos componentes; Por una parte, se determinaron los niveles de toxicidad/ letalidad y to-

lerabilidad del consumo de la infusión de la planta *Solanum torvum sw* en un modelo animal, para lo cual se realizaron pruebas experimentales en *Artemia salina* y en ratones albinos suizos; simultáneamente, se recolectaron datos sobre la experiencia empírica de un grupo de pacientes que sufren Cistitis Intersticial.

La segunda fase del estudio corresponde al ensayo clínico controlado a realizarse posteriormente aplicando los datos obtenidos.

U2

Complicaciones urológicas en el primer mes post-trasplante renal. Experiencia en la última década - Hospital de San José, Bogotá

Drs. Luis Alberto Blanco, Jesús Guzmán Charry, Jhon Robert Corrales y Alba Lucero Cáceres. Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Introducción

El trasplante renal es ahora la mejor estrategia costo-beneficio en el tratamiento de

IRC en etapa terminal, el cual si es exitoso se relaciona con una notable mejoría de la calidad de vida y reducción de la morbimortalidad en la enfermedad renal.

Objetivo

Describir las complicaciones urológicas en el primer mes postoperatorio, que presentaron los pacientes llevados a trasplante renal durante la última década en el Hospital de San José de Bogotá.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; utilizando formato de recolección, se revisaron historias clínicas en la última década, de pacientes llevados a trasplante renal, con la identificación de complicaciones urológicas durante el primer mes postoperatorio.

Resultados

De los 104 pacientes que fueron llevados a trasplante renal, 87 pacientes recibieron trasplante cadavérico, mientras que en 17 pacientes fue de donante vivo relacionado. La edad promedio fue 33 años (7 años - 65 años). El servicio de urología participo en el

95% de los trasplantes renales (99 intervenciones).

El 81.7% (85 pacientes) no presentaron complicaciones, comparado con el 18.2% con complicaciones (19) distribuidas así: 15 (14%) infecciones de vías urinarias, 3.8% complicaciones técnicas (1 estenosis ureterovesical, 3 fistulas vesicocutáneas), siendo mayor en pacientes con trasplantes cadavéricos.

Conclusiones

1. La infección de vías urinarias fue la complicación urológica más frecuente, no relacionada con técnica quirúrgica, debido a la susceptibilidad de la población por su estado de inmunosupresión y la relación con instrumentación de la vía urinaria baja.
2. En nuestra revisión encontramos una incidencia de complicaciones técnicas, similar a la literatura mundial (la incidencia va del 2 al 5% en las mayores de las series).

U3

Adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con HPB y manejados con alfabloqueadores

Drs. Jaime Díaz Berrocal, José Miguel Silva Herrera y Alejandro Jaramillo Noguera. Unidad de Urología Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Introducción

La Hiperplasia prostática benigna (HPB), constituye un problema mayor de salud en los hombres y afecta especialmente a los individuos mayores de 50 años, con cifras por encima del 51% en hombres mayores de 60.

La farmacoterapia se ha convertido en la principal forma de tratamiento para los pacientes con HPB, incluso por encima del tratamiento quirúrgico. Es además el de elección en pacientes con comorbilidad, no susceptibles de tratamiento quirúrgico.

Según la bibliografía, las causas del abandono del tratamiento han sido netamente médicas y no se han tenido en cuenta otros

factores de importancia como lo es el factor económico.

Nosotros planteamos la hipótesis de que la causa mas frecuente de abandono del tratamiento médico con alfa bloqueadores, en pacientes con HPB es el factor económico.

En este estudio se pretende evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con HPB y manejados con alfa - bloqueadores.

Materiales y Métodos

Es un estudio analítico, observacional, prospectivo en donde se tomaron dos grupos: uno de estudio en donde se analizaron 43 pacientes y a quienes se les formuló el medicamento y ellos debían asumir el costo de la

medicación. Otro grupo, de control en donde ingresaron 25 pacientes, a quienes una institución les suministraba el medicamento. En ningún caso fue relevante qué medicamento alfabloqueador fue formulado al paciente. A los dos grupos se les realizó seguimiento telefónico mensual por un periodo de un año a partir de la fecha del ingreso.

Resultados

En el grupo de estudio, 43 pacientes fueron incluidos en el estudio.

La principal razón para el abandono de la medicación fue el factor económico, seguido de cambio en la conducta médica y presencia de efectos secundarios.

En el grupo de control se incluyeron 28 pacientes. La principal razón para la suspensión de la medicación fue la no disponibilidad del medicamento, seguido de cambio de conducta médica y por último efectos secundarios.

En ningún caso se tuvo en cuenta el tipo de medicamento alfa bloqueador.

Conclusión

El tratamiento médico con alfa bloqueadores para la HPB, es costoso y susceptible de ser abandonado por esta causa, especialmente si se tiene en cuenta que existe una opción quirúrgica, que es cubierta por las aseguradora.

U4

Utilidad de la medición de los niveles de creatinina sérica en pacientes con síntomas obstructivos urinarios bajos secundarios a hiperplasia prostática benigna

Drs. Gustavo A. Salazar T, Hernán G. Guerrero M, Jhon J. Ortiz G, Dr. Carlos Díaz Granados. Hernán A. Aponte V. Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Objetivos

Definir si se debe realizar mediciones de creatinina sérica a todos los pacientes estudiados por hiperplasia prostática benigna o solamente a los que presentan uno o varios de los factores de riesgo.

Material y Métodos

Estudio de tipo cohorte retrospectivo en hombres mayores de 40 años, con síntomas obstructivos urinarios bajos secundarios a hiperplasia prostática benigna a los cuales se les evaluaron los niveles de creatinina sérica, determinada al final de la evolución de los síntomas y los cuales fueron clasificados según los factores de riesgo asociado, como la exposición a medicamentos o enfermedades que pudiesen causar insuficiencia renal y antecedentes de retención urinaria, para verificar el comportamiento de los niveles de crea-

tinina en estos grupos. La asociación entre variables se exploró usando la prueba de Wilcoxon, para variables numéricas y de Chi cuadrado para variables categóricas.

Resultados

De 254 pacientes analizados, 36 pacientes (14.1%) presentaron cifras de creatinina anormal. Únicamente los que tenían la presencia de comorbilidad asociada como hipertensión arterial y diabetes mellitus (37.8%) e historia de retención urinaria (24.1%), tenían un valor predictivo de creatinina anormal ($p=0.049$); se observó que los niveles de creatinina mas elevados se encontraban en los pacientes que habían presentado uno o varios episodios de retención urinaria. Por otra parte de 122 (48%) pacientes sin factores de riesgo asociado, 9 (7.37%), tenían creatinina anormal $p(0.003)$.

Conclusiones

Nueve pacientes sin ningún factor de riesgo asociado, presentaron valores de creatinina anormal; eso hace necesario medir de rutina la creatinina. No se obtuvo una correlación

directa con la edad, el tiempo de evolución de los síntomas y la exposición a medicamentos, para poder discriminar según estos criterios a quien solicitar la creatinina cuando existe un factor de riesgo asociado.

Trabajos para presentación en posters

PP1

El Síndrome Costello y sus manifestaciones urológicas

Dr. José Manuel Rozo Casas. Hospital de Policía, Clínica Palermo

El Síndrome Costello es un trastorno genético muy raro, tiene manifestaciones cardíacas, craneofaciales, dermatológicas y Uro-

lógicas. Se informa de un caso y se revisa la literatura.

PP2

Presentación de un caso de hermafroditismo verdadero con ovotestes bilaterales descendidos a los pliegues labioescrotales

Drs. Jaime F. Pérez Niño, Eduardo Llinas Lémus, Myriam de Jiménez y Alejandro Jaramillo Noguera. Unidad de Urología, Departamento de Patología. Clínica Infantil Colsubsidio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia

Objetivos

- Se hace la presentación de un inusual caso de Hermafroditismo verdadero, con ovotestes bilaterales, ambos descendidos plenamente a los pliegues labioescrotales.
- Se explica el análisis diagnóstico seguido en este paciente, resaltando la dificultad planteada en la evaluación inicial, por es-

tar ambas gónadas descendidas a los pliegues labio escrotales.

- Se muestra la secuencia de estudios realizados, incluyendo pruebas hormonales, cariotipo, anatomía patológica, y laparoscopia diagnóstica.
- Se hace una revisión de la literatura, resaltando las bases genéticas de esta patología, y las posibles explicaciones relacionadas con la determinación testicular

PP3

Quiste de vesícula seminal y agenesia renal ipsilateral Reporte de caso y revisión de la literatura

Drs. Carlos Gustavo Trujillo y Augusto Botero. Hospital Central de la Policía Nacional, Pontificia Universidad Javeriana

Objetivo

Se presenta un caso de quiste de vesícula

seminal con agenesia renal ipsilateral, asociación que es poco frecuente. Se hace revisión de la literatura.

Resultados

Se han reportado cerca de 100 casos en el mundo de esta asociación. La alteración genética se da antes de la séptima semana de vida intrauterina y la estructura implicada es el conducto mesonéfrico distal. Los pacientes suelen acudir al médico hacia la tercera década de la vida, y hasta en el 72% de los casos la queja son síntomas obstructivos o irritativos bajos. El 10% de los pacientes son asintomáticos. Los estudios de elección son la ecografía transrectal de próstata, TAC o resonancia magnética. Requiere de un alto índice de sospecha, y con frecuencia el paciente

es llevado a múltiples estudios innecesarios antes hacer al diagnóstico. Los pacientes asintomáticos no ameritan tratamiento, pero si son sintomáticos se prefiere el manejo quirúrgico, idealmente con cirugía abierta o laparoscópica.

Conclusiones

La asociación de quistes de vesícula seminal y agenesia renal ipsilateral, es una condición poco frecuente. Su diagnóstico requiere del conocimiento de esta situación, y con frecuencia se hace con un retraso importante después de someter al paciente a varias pruebas diagnósticas.

PP4

Segmento duplicado en un solo uréter

Drs. Federico Gaviria Gil, Federico Escobar Jaramillo, Rafael Castellanos Acosta.
Instituto de Ciencias de la Salud CES, Medellín

Objetivo

Describir una caso de una paciente con un segmento duplicado en un solo uréter, revisión de la literatura, origen embriológico y tratamiento.

Materiales y Métodos

Se describe el segundo caso de doble uréter distal a nivel de la literatura mundial, en una paciente de 36 años que consultó por dolor lumbar derecho a la cuál se realizó ecografía que reportó ectasia renal derecha; pos-

teriormente se sometió a urografía excretora, que mostró un solo uréter izquierdo drenando el riñón con división de su extremo distal y nueva fusión antes de llegar a la vejiga como un uréter único confirmándose el diagnóstico mediante pielografía retrógrada.

Conclusión

El doble segmento distal en uréter único es un caso poco frecuente y se convierte en un hallazgo incidental sin repercusión clínica aparente.

PP5

Polipo fibroepitelial como causa de obstrucción de la unión pieloureteral reporte de caso

Drs. Jaime Francisco Pérez Niño, Zilac Espitaletta y Carlos F. Sierra R. Clínica infantil Colsubsidio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Objetivo

Reportar un caso clínico como causa poco frecuente de obstrucción de la unión pieloureteral y revisión de la literatura

Los Pólipos Fibroepiteliales del Tracto Urinario son tumores benignos de origen

mesodermico; pocas veces se diagnostica durante la niñez

Esta patología es poco frecuente con pocos casos reportados mundialmente. En la literatura colombiana hay reporte de 2 casos, uno de uretra y otro de uréter.

El hallazgo como causa de obstrucción de la unión pieloureteral usualmente es incidental.

Materiales y Métodos

Se hizo búsqueda en MEDLINE, PUBMED y Publicaciones de la Sociedad Colombiana de Urología con los términos Neoplasms, Fibroepithelial, Polyps y Pólipo Fibroepitelial

Presentamos un caso de pólipo del tracto urinario como causa de obstrucción pieloureteral en una niña de 6 años de edad, con episodios de dolor abdominal intermitente desde los 6 meses. Se discuten los estu-

dios diagnósticos, hallazgos patológicos y posible etiología.

Análisis de Resultados

Encontramos 20 artículos sobre pólipos fibroepiteliales, 2 con referencia a obstrucción de la unión pielouretral, todos reportes de casos y en nuestra literatura un artículo; reporte de 2 casos.

Conclusiones

Los pólipos fibroepiteliales son una rara patología benigna del tracto urinario y hay que tenerlos en cuenta como causa de obstrucción de la unión pieloureteral.

P6

Estrechez pieloureteral en riñón transplantado

Dr. Fernando Guzmán Chaves. Universidad Militar Nueva Granada, Grupo de Transplante Renal, Hospital Militar Central, Bogotá

Se presenta el caso de un paciente de 28 años, con insuficiencia renal por glomerulonefritis membrano proliferativa y luego de 12 meses de diálisis, se le practica transplante renal de donante vivo relacionado en fosa iliaca derecha, en el año de 1998; es manejado con ciclosporina y prednisona; posteriormente por toxicidad farmacológica se cambia a micofenolato mofetil; un año mas tarde presenta rechazo que se maneja médicamente. Durante una hospitalización en enero de 2004, presenta disminución del gasto urinario y elevación de nitrogenados, por lo que se inicio estudio encaminado a descartar proceso obstructivo o rechazo. La ecografía renal mostró pelvis y cálices dilatados, por posible estrechez de la unión pieloureteral sin identificación del uréter. Se realiza pielografía directa, la cual demostró que además de los hallazgos de la ecografía, el riñón presentaba un doble sistema colector y que había unión entre el uréter del sistema superior y la pelvis del sistema inferior, con paso filiforme del medio de contraste. Se decidió colocar nefrostomía percutánea y una vez que maduro el

trayecto fistuloso, se realiza nefroscopia directa, mediante la cual se logra evidenciar la estenosis piélica; se practica dilatación progresiva hasta el 20Fr, lo que permite paso de sonda 14Fr. hasta el uréter único distal del riñón transplantado, confirmando la permeabilidad de la unión. Se deja sonda de nefrostomía, mientras se normaliza creatinina; cinco días mas tarde, se retira (creatinina de 1.9 a 0.88 mg/ml); la ecografía renal de control demuestra desaparición de la hidronefrosis; luego de doce meses de control, el paciente no ha vuelto a presentar elevación de nitrogenados ni hidronefrosis y la filtración glomerular es de 86 ml/min. La etiología de la estrechez pieloureteral en un doble sistema colector incompleto en un riñón transplantado, es una patología rara, ya que no clasificaría en la producidas por trauma quirúrgico o por causas intrínsecas de la unión pieloureteral; este paciente presentaba una pelvis intrarenal que no fue manipulada durante la cirugía, no se evidencio litiasis, coágulos o infección como causa predisponente.

Cuerpos extraños en el tracto urinario

Drs. Jaime Rangel Amaya, Fabián Daza Almendrales, José Luis Poveda, Paulo Santos y Danilo Citarella.
Hospital Universitario de La Samaritana

Los cuerpos extraños en tracto urinario son hallazgos poco frecuentes y no hay consenso en la literatura acerca del manejo de esta patología.

Se han descrito métodos de extracción que van desde la cirugía abierta, hasta procedimientos mínimamente invasivos laparoscópicos, pero el manejo de cada paciente debe ser

individualizado y debe estar encaminado a la extracción del cuerpo extraño y a evitar las complicaciones derivadas del procedimiento.

Presentamos 4 casos de pacientes con cuerpos extraños en el tracto urinario con sus hallazgos radiológicos y anatomopatológicos, y realizamos una revisión de la literatura disponible.

Cistolitotomía endoscópica

Experiencia en el Hospital de San José con el uso del Intelligent Endolith EIE

Drs. Hernán Alonso Aponte Varón, Francisco Melo Aguilar y Alvaro Cuellar. Centro de Investigaciones Urológicas, Servicio de Urología, Hospital de San José Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud

Objetivo

En el manejo de la enfermedad litiásica vesical, múltiples técnicas han sido desarrolladas, siendo actualmente las más utilizadas la cistolitotomía abierta y la cistolitotomía endoscópica. Demostrar que con el uso del Intelligent Endolith EIE, la vía endoscópica se relaciona con una baja tasa de complicaciones, incluso cuando se realiza simultáneamente con otro procedimiento, y se obtienen altas tasas de éxito.

Materiales y Métodos

Revisión de historias clínicas, identificación de 25 pacientes en quienes se realizó cistolitotomía endoscópica, en el Hospital de San José, durante los dos últimos años (Abril/03 – Abril/05) con el equipo en mención; se identificaron parámetros a ser evaluados (edad, tiempo quirúrgico, volumen, procedimiento adicional, complicaciones), para su posterior correlación y análisis estadístico.

Resultados

Se encontraron 25 pacientes, con edad promedio 57.6 años, siendo la causa más frecuente de la litiasis vesical la obstrucción del tracto urinario de salida. La tasa de éxito fue del 96%, presentándose lito residual en un solo paciente (difícil fragmentación asociado a tiempo quirúrgico prolongado). Número de litos fragmentados 39, volumen promedio del lito 22.85 cc. Tiempo promedio de cirugía 75.56 minutos, tiempo promedio por cálculo 48.43 minutos; complicaciones en dos pacientes (retención urinaria aguda; lito residual).

Conclusiones

Aunque el tiempo quirúrgico es alto, las complicaciones se presentaron solo en dos pacientes, sin riesgo de importancia. No se requirió hospitalización, ni se presentó sangrado en relación con la cistolitotomía endoscópica. Se concluye que con el uso del Intelligent Endolith EIE, la cistolitotomía endoscópica es un procedimiento seguro, con alta tasa de éxito.

Manejo de la litiasis ureteral bilateral

Drs. Fernando Guzmán Chaves y Juan Felipe Villazón Gutiérrez. Universidad Militar Nueva Granada, Grupo de Litiasis, Hospital Militar Central, Bogotá

Se reportan once pacientes con litiasis ureteral bilateral, los cuales han sido manejados en formas simultánea o muy cercana en el tiempo; se presenta el manejo quirúrgico por una sola incisión, con litotricia extracorpórea y endourológico mediante la utilización del litotritores electrohidráulicos y HOLMIUN: YAG LASER y el manejo combinado en algunas ocasiones de acuerdo a la complicación de los casos, demostrando la evolución del manejo de la litiasis ureteral bilateral.

Los casos corresponden a :

- 2 Ureterolitotomía bilaterales por incisión mediana
- 2 Litotricias extracorpórea
- 1 Litotricia extracorpórea y ureterolitotomía endoscópica

- 6 Ureterolitotomías endoscópicas, dos de estos pacientes debieron convertirse, el primero por haber sufrido una lesión del uréter que obligó a colocación de catéter doble J; el segundo por lesión del uréter con salida del cálculo al espacio prevesical y colocación de catéter doble J y un tercero en el cual se debió convertir al encontrar los cálculos epitelizados bilateralmente. El urólogo debe estar familiarizado con todas las técnicas quirúrgicas, para lograr el manejo de la litiasis ureteral bilateral de manera simultánea.

La incidencia de la litiasis ureteral bilateral, no esta bien definida, pero su presentación es cada vez mas frecuente; en el Hospital Militar Central se ha encontrando cerca na al 2%.

Urografía por TAC multidetector para el estudio de patología urológica

Drs. Rueda Salazar Manuel Marcelo, Cavalier Castro Luis Eduardo y Cote Michael. Clínica de Marly. Bogotá.

Objetivo General

Presentar casos de interés Urológico, que permiten comprobar la utilidad del Tac multicorte. Actualización del tema: TAC Helicoidal y su uso clínico en patología Urológica.

Materiales y Métodos

La Urografía por TAC Helicoidal multidetector, es el método de elección para el diagnóstico y enfoque de tratamiento de los cálculos renales y ureterales, la alta sensibilidad y la información que puede brindar con respecto a la composición de la mayoría de los cálculos, aún cuando algunos de ellos no son visibles con la Urografía excretora convencional, la colocan como un método muy

útil en la selección de la mejor opción terapéutica.

Con esta tecnología y la completa definición del tamaño y morfología derivada de la capacidad del multidetector y la posterior reconstrucción tridimensional de la imagen en los tiempos cortical, arterial, venoso, la hacen especialmente útil en patologías tumorales y traumáticas urológicas.

Se presentan 2 casos de patología Urológica, a quienes se le realiza urografía por Tac multidetector, en la Clínica de Marly. 1 paciente con tumor retroperitoneal y otro con urolitiasis, comprobando la Utilidad del Tac para diagnóstico y planificación del tratamiento.

Conclusiones

- La Urografía por Tac Multidetector es costo efectivo, específico, sensible en la evaluación de la litiasis urinaria.
- El Tac Multicorte ha permitido mejorar la evaluación de neoplasias urológicas y lesiones con mayor precisión.
- La medición del cálculo al igual que su localización ha mejorado con la reconstrucción multiplanar.
- La Tac Helicoidal dado su mayor precisión en la evaluación y caracterización de la patología urológica facilita el planeamiento preoperatorio.

P11

Vasovasostomía: descripción de la técnica quirúrgica

Drs. Jesús de los Ríos O., Arturo Arenas A. y Luis Fernando Ramírez V. Clínica Profamilia - Medellín

Objetivos

La vasectomía reversa es una cirugía que ha cambiado notablemente en los últimos años, lo cual ha representado una mejoría en las tasas de éxito además de agilizar este procedimiento. Queremos hacer una adecuada descripción de la técnica de abordaje de los cabos utilizando las pinzas de Li, la cual nos ha dado buenos resultados en la tasa de permeabilidad y embarazos, además de una disminución en el tiempo quirúrgico.

Materiales y Métodos

Descripción de la técnica paso a paso.

Resultados

Comparando con la literatura el promedio de tiempo de quirúrgico de la reconstrucción bilateral con esta técnica no supera la hora treinta minutos, haciéndola fácil y con buenos resultados.

Conclusiones

La utilización de las pinzas de Li en la disección de los cabos deferenciales postvasectomía es fácil, segura y disminuye apreciablemente el tiempo en la reconstrucción de los deferentes.

P12

84 Varicocelectomía laparoscópica bilateral

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Arturo Bonilla, Santiago Arbeláez y José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivos

Describir la técnica laparoscópica utilizando puertos de 5 mm con el fin de disminuir la morbilidad de la utilización de un acceso mayor.

Materiales y Métodos

Se realiza varicocelectomía vía laparoscópica utilizando tres puertos de 5mm lo cual disminuye la morbilidad y la necesidad de suturar la fascia de los puertos de 10 mm.

Análisis de Resultados

La varicocelectomía laparoscópica fue realizada por primera vez en 1992 en la Universidad de Iowa por Donovan y Winfield; aísla la vena espermática interna cerca de la desembocadura de la vena renal izquierda y produce bajos índices de recurrencia-persistencia (6-15%). Tiene un corto tiempo de recuperación, las complicaciones son raras (hidrocele 0-4%); no están descritas recurrencias en las series investigadas. Las técnicas utilizando puertos menores de 10mm adicionan aún

menor morbilidad y no se requiere cerrar la fascia en éstos casos.

Conclusión

La varicocelectomía laparoscópica, es una técnica que ofrece no solo baja morbili-

dad si no bajas tasas de recurrencia y de complicaciones. Si además se le suma la utilización de puertos de menor calibre, se disminuirá aún mas la morbilidad.

P13

Análisis de la infertilidad masculina

Drs. Jesús de Los Ríos Osorio, Arturo Arenas Arévalo, Claudia Ochoa Rodríguez, Cesar Berrocal, Jorge Alexander Girón y Alina Giraldo. Servicio de Urología de Profamilia Medellín, Universidad de Antioquia

Objetivos

Determinar las características sociales y etiológicas más importantes de infertilidad en los pacientes que acuden a Profamilia de Medellín.

Objetivos Específicos

1. Describir la edad mas frecuente de consulta de infertilidad en los pacientes que acuden a la clínica Profamilia de Medellín.
2. Describir los métodos mas usados para planificación previa
3. Determinar los años de coitos no protegidos
4. Describir el porcentaje de pacientes con embarazos previos
5. Determinar el porcentaje de pacientes con espermograma normal e infertilidad luego de excluirse el factor etiológico a su pareja
6. Describir la asociación de pacientes con infertilidad, alteraciones en el espermograma y varicocele.

7. Describir el tiempo en años que llevan los pacientes con infertilidad antes de consultar al urólogo.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, analizando todas las historias de los pacientes que consultaron a la Clínica Profamilia de Medellín, en el periodo comprendido entre 1988 y 1993. Se analizaron variables como la edad, tiempo definido en años de infertilidad, espermogramas, y etiología de la infertilidad, tiempo de coitos no protegidos, y embarazos previos a la consulta de infertilidad.

Conclusiones

La mayoría de pacientes que consultan a la clínica de Profamilia de Medellín esperan 2 o mas años antes de consultar, un porcentaje mayor de lo esperado tienen un espermograma normal y la mayoría de los casos son idiopáticos.

P14

Tuberculosis genitourinaria, años después

Dr. Fernando Guzmán Chaves. Urólogo, Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá

Se presentan cuatro casos de pacientes manejados en Hospital Militar Central durante los años 1982, 1991, 1992 y 2002, habiéndose realizado una colicistoplastia, dos cirugías de Camey tipo I y una sustitución

con íleon desfuncionalizada respectivamente; el principal síntoma era la frecuencia urinaria y la disminución de la capacidad vesical a menos de 30cc por micción; la capacidad vesical resultante después del tratamien-

to fue mayor de 400cc, lo que permite la regulación de la frecuencia urinaria. Los dos primeros pacientes han evolucionado a insuficiencia renal crónica y están siendo valorados para iniciar diálisis en los próximos meses; se les había realizado nefrectomía previa a la sustitución vesical; el tercer paciente murió de causas no relacionadas cinco años mas tarde con vejiga funcionante; el cuarto

paciente evoluciona satisfactoriamente tres años después de su cirugía. Todos conservan la continencia.

Una de las complicaciones de la tuberculosis, es la reducción del tamaño de la vejiga, con la consiguiente sintomatología de polaquiuria marcada, el manejo de esta patología se ha realizado mediante la sustitución vesical.

P15

Trombosis de la arteria renal; para evitar un diagnóstico tardío

Drs. José Miguel Silva, Victor Hugo Figueroa y Juan Ignacio Caicedo. Unidad de Urología, Hospital San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Objetivos

Resaltar los elementos semiológicos de la trombosis de la arteria renal, para aumentar el grado de sospecha diagnóstica.

Caso clínico

Paciente masculino de 38 años quien consulta a otra institución por dolor en flanco derecho, irradiado a región lumbar de intensidad 9/10, asociado a náuseas; se inicio manejo analgésico con impresión diagnóstica de urolitiasis. Por mejoría clínica se da terapia ambulatoria con analgésicos orales. 24 horas después consulta al Hospital San Ignacio por cuadro de fiebre de 39°C, asociado a nuevo episodio de dolor; antecedentes de urolitiasis derecha, diagnosticada hace 3 años con urografía excretora normal; al examen paciente hidratado, afebril, consciente, FC: 85xmin TA: 125/88 FR: 19xmin. Abdomen blando, no dolor a la palpación, no masas, puño percusión derecha positiva, se hospitaliza paciente con impresión diagnóstica de infección urinaria complicada por urolitiasis derecha. Se inicia manejo analgésico y antibiótico, el cuadro hemático muestra leucocitos de 11.700 N: 70% L: 18% Hb: 16 Hcto: 49%, parcial de orina con proteinuria de 25mg/dl, no hematuria, no infección urinaria, ECO renal con riñones

normales, no dilatación, colélitiasis sin colecistitis. Ante hallazgo de colélitiasis se decide solicitar valoración por cirugía general, quienes en conjunto con el servicio realizan UROTAC reportado como normal, creatinina de 1,9mg/dl, perfil hepático normal. El servicio de cirugía considera que el cuadro clínico puede ser compatible con apendicitis retrocecal y solicita TAC abdominal, el cual muestra imagen compatible con pielonefritis aguda derecha, no demuestra dilatación del sistema pielocalicial, se descarta apendicitis. El paciente persiste con igual sintomatología, sin mejoría clínica; se revisan en conjunto con radiología las imágenes diagnósticas y se sospecha por imagen en el TAC abdominal, que puede corresponder a trombosis de la arteria renal. Se solicita ECO doppler de arteria renal que muestra trombosis parcial de la arteria renal vs estenosis.

Es valorado por el servicio de medicina interna quienes consideran que el paciente puede cursar con un síndrome antifosfolípidos, por lo que inician estudios para confirmar esta patología. En este momento el paciente se vuelve asintomático por lo que se da salida y continua con sus estudios diagnósticos de forma ambulatoria.

Resultados

Se presenta el análisis de los casos publicados que finalizaron con un tratamiento exitoso y aquellos que fracasaron.

Conclusión

El diagnóstico se facilita en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular, que

aumenta el riesgo de embolia y enfermedades procoagulantes. Se encuentra más comúnmente comprometida la arteria renal izquierda por el ángulo agudo de esta.

En este caso donde las condiciones mencionadas no estaban presentes se impone una gran agudeza clínica y juiciosa interpretación de las imágenes de ayuda diagnóstica para diferenciar entre nefronía y trombosis.

P16

Fístula arteriouretral traumática. Resolución definitiva mediante embolización supraselectiva

Drs. Arbeláez Arango S., Correa Restrepo R., Escobar Jaramillo F., Castellanos Acosta R., Rendón Cortes A. y Bonilla A. Servicio de Urología, Servicio de Radiología Intervencionista. Clínica Medellín, Colombia.

Introducción y Objetivos

Las fístulas arteriouretrales traumáticas son raras, difíciles de solucionar y generalmente dejan secuelas funcionales en el paciente. La embolización arterial supraselectiva es una alternativa práctica en la resolución de esta patología.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 27 años, que sufrió trauma contuso cerrado genital, presentando uretrorragia moderada a continuación. Previa realización de uretrografía que fue normal, se hizo tratamiento conservador mediante sonda vesical que se mantuvo durante siete días. 48 horas después del retiro de la sonda, el paciente desarrolla uretrorragia espontánea masiva, incontrolable que lo lleva al choque hipovolémico en su domicilio, inicialmente se maneja el cuadro satisfactoriamente con vendaje perineal compresivo, reapareciendo la uretrorragia tras el retiro de este último, 48 horas después, por lo que se decidió hacer arteriografía urgente.

Resultados

Bajo anestesia local y con técnica de micropunción, se pasó catéter introductor 6F en la arteria femoral común derecha, se avanzó una guía hidrofílica angulada y sobre esta, un

catéter hidrofílico cobra 2, que se colocó a nivel de la arteria pudenda izquierda, demostrando mediante angiografía la presencia de colección de contraste en la uretra bulbar, secundaria a fístula arterial en rama de cuarto orden (Imagen 1). Se avanzó un microcatéter prowler 14 con la ayuda de una guía transend floppy, que se colocó inmediatamente proximal a la fístula (imagen 2). Se procedió a microembolización del trayecto fistuloso con partículas de 1.000 micras (Imagen 4). Mediante angiografía se demostró la inmediata y total resolución de la fístula (Imagen 5). El paciente se dio de alta a las 24 horas. Ocho meses después del procedimiento el paciente ha estado asintomático, mantiene en totalidad su capacidad eréctil y hasta ahora no se ha demostrado presencia de estenosis de uretra.

Conclusiones

Las fístulas arteriouretrales traumáticas son de presentación excepcional, pero eventualmente pueden comprometer la vida del paciente. El tratamiento conservador sigue siendo la primera opción terapéutica, pero cuando este falla, la angiografía con embolización supraselectiva, permite resolver la patología evitando secuelas a mediano y largo plazo. El trabajo en equipo entre el Urólogo y el Radiólogo Intervencionista es fundamental, en el tratamiento de patologías complejas como la que presentamos.

Uréter Iatrogénico

Dr. José Armando López L. Ex presidente Sociedad Colombiana de Urología
Agradecimientos. **Drs. César Andrade S.** Urólogo Clínica El Bosque,
César Lemus G. Residente de Urología, **Manuel Sierra C.** Residente de Urología

Resumen

Se presentan 12 casos de lesiones ureterales operatorias de la excavación pélvica, obstructivas, urológicas y de cirugía general. El tratamiento en todos los casos se realizó con reimplantación ureteral.

Materiales y Métodos

Se presentan 12 casos de lesiones del tercio distal del uréter

1. Ocho lesiones iatrogénicas gineco-obstétricas.
2. Dos casos Urológicos
3. Dos lesiones de cirugía proctológica

Las lesiones ginecológicas (6) se produjeron por sección, desgarras o ligaduras del uréter. Una lesión obstétrica (1) por histerec-tomía secundaria a hemorragia severa postparto, un (1) caso de lesión del uréter distal derecho por severa posterior a extirpación de un tumor ovárico.

Los casos Urológicos:

1. Desgarro de la mucosa ureteral por manipulación alta de cálculo a nivel de los vasos iliacos.
2. Manipulación endoscópica de cálculo fallida con estrechez severa de la porción intramural del uréter derecho.

Dos casos de cirugía general por extirpación de tumores del recto, uno por sección del uréter pélvico por debajo de los vasos iliacos y otro por ligadura con daño importante del uréter secundario a resección abdominoperineal por tumor recto-sigmoide.

Exámenes Paraclínicos

Se presentan los estudios radiológicos de los casos más representativos con detalles preoperatorios y postoperatorios.

Cirugía

En todos los casos, el procedimiento quirúrgico, fue la reimplantación ureteral con la técnica del LICHT-GREGOIRE. Se adjuntan esquemas con detalles y observaciones que buscan la mejor técnica operatoria.

Resultados y Comentarios

En cuanto a la técnica se observan las condiciones de éxito expuestas por sus autores y otros cirujanos urólogos al tener en cuenta la realización del túnel submucoso, con detalles como el dejar totalmente limpia la mucosa y en una longitud adecuada para evitar la estrechez ureteral y el reflujo vesico-ureteral. Igualmente se señala la importancia de realizar la reimplantación transoperatoria o en su defecto en el postoperatorio inmediato. Teniendo en cuenta lo anterior se presenta un resultado exitoso del 92%; con un solo fracaso.

Alternativa quirúrgica en fibrosis retroperitoneal

Drs. Germán Pinzón Alvarez y Javier Mauricio Salgado Tovar. Universidad Nacional de Colombia.
Clínica San Pedro Claver

Objetivos

Describir una novedosa técnica quirúrgica y sus resultados, luego de ureterolisis, uti-

lizando *Goretex*, envolviendo el uréter liberado, protegiéndolo de la fibrosis y de una nueva compresión extrínseca del uréter.

Materiales y Métodos

Reporte de tres (3) casos de pacientes intervenidos en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá, entre el año 2000 al 2004; el primer paciente, una mujer de 59 años, con diagnóstico de fibrosis retroperitoneal, antecedente de nefrectomía izquierda por exclusión funcional renal izquierda, quién presenta hidronefrosis derecha, manejada con nefrostomía, evidencia tomográfica de fibrosis que compromete el uréter derecho; segundo caso, un paciente masculino de 52 años, antecedente de drenaje abierto absceso del psoas, recidiva del absceso y fibrosis secundaria a reacción inflamatoria retroperitoneal, manejado con derivación endoluminal, catéter doble J izquierdo; tercer paciente masculino de 57 años, remitido con diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, corrección fallida del mismo por gran fibrosis retroperitoneal, hidronefrosis bilateral manejada inicialmente con catéter doble J, posteriormente nefrostomías bilaterales; a los tres pacientes se les realiza ureterolisis, vía extraperitoneal, se detubulariza un segmento de *Goretex*, se coloca posterior al uréter liberado envolviendo el uréter, la malla se fija al músculo psoas, ais-

lando el uréter liberado del proceso fibrótico retroperitoneal.

Análisis

Los pacientes ingresan con derivaciones urinarias temporales, se realiza el procedimiento quirúrgico con estancia media promedio de 4 días post-operatorio, se evalúan posteriormente parámetros clínicos y paraclínicos con ecografía renal, previo retiro de derivaciones temporales, con adecuado control de su proceso obstructivo hasta la fecha.

Conclusiones

Cuando se ha definido una conducta quirúrgica para el manejo de la fibrosis retroperitoneal, una alternativa sencilla y práctica, a las técnicas descritas previamente en la literatura (ureterolisis, intraperitonización ureteral, cobertura con epiplón, autotrasplante, interposición de íleon, etc.), es la colocación de material sintético (*Goretex*), envolviendo el uréter liberado, aislándolo del proceso fibrótico retroperitoneal, limitando en su totalidad la posibilidad de una compresión extrínseca de uréter, con buenos resultados anatómicos y funcionales.

PO1

Reporte de caso: seminoma gigante

Drs. José Miguel Silva y Silvia Riveros. Unidad de Urología. Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Objetivo

Reportar un caso inusual del diagnóstico de un tumor testicular tipo seminoma puro, de dimensiones extraordinarias que represento un reto para el urólogo en el momento de definir el abordaje quirúrgico, el estadiaje para instaurar adyuvancia y establecer el pronóstico del paciente.

Materiales y Métodos

Se realizó la revisión de la literatura en las bases de datos Medline, Ovid y Lilac, con los términos Testicular Tumor, Seminoma y Giant.

Se reporta el caso de un paciente 38 años quien consulta por 2 años de evolución de aparición de masa testicular izquierda. Presenta importante aumento de tamaño del hemiescrotos izquierdo, con áreas de necrosis, sangrado fétido e induración de la región inguinal ipsilateral. No era posible identificar el testículo o epidídimo y el cordón se palpaba pétreo. Con la impresión diagnóstica de malignidad y ante la evidencia de invasión escrotal, se decide llevar al paciente a hemiescrotectomía, reseccándose 2 masas con un peso total de 1.500 gramos. La patología reporto un seminoma puro, con bordes de

resección difusamente comprometidos. La alfafetoproteína, gonadotropina coriónica y deshidrogenasa láctica se encontraban en 1.16, 23.6 y 5250 respectivamente. La tomografía abdominal mostraba un ganglio paraaórtico izquierdo menor de 2 cm. Se decidió adyuvancia con radioterapia para aórtica e inguinoescrotal.

Análisis de Resultados

Existen 2 reportes de caso en la literatura que mencionan la necesidad de abordajes diferentes para la orquidectomía en casos de seminomas gigantes. Uno de los cuales describe un abordaje idéntico al utilizado en este caso, resultando la técnica ideal para reseca una masa de tales dimensiones.

Los tumores seminomatosos no se caracterizan por su gran tamaño, encontrándose

en la literatura únicamente 7 reportes de casos de tumores con estas características. Dos de los casos se presentan en pacientes con anomalías de la diferenciación sexual y 4 en pacientes japoneses. No existe ningún reporte de un caso similar en Latinoamérica, siendo este, para nuestro conocimiento el de mayor tamaño reportado en nuestra literatura.

Conclusiones

La presentación de este caso propone la importancia del papel del paciente en el autoexamen testicular y la concientización de la población masculina respecto a esta enfermedad. Además genera un reto para el cirujano en el momento de escoger una técnica quirúrgica diferente a la establecida y al estadiificar un tumor de características inusuales para definir manejo adyuvante y pronóstico.

PO2

Masas testiculares bilaterales (MTB)

Drs. Camilo Medina, Alejandro Tarazona y Juan Camilo Ospina Rodríguez. Fundación Cardioinfantil, Hospital Simón Bolívar, Universidad El Bosque

Objetivos

Presentación de dos casos de masas testiculares bilaterales. Lesiones de baja incidencia que hacen parte del diagnóstico diferencial en estudio de masas testiculares.

Materiales y Métodos

El trabajo se realizó con 2 pacientes de diferentes Instituciones (FCI y HSB). El primer caso, un paciente joven manejado por endocrinología con hiponatremia y MTB. El segundo caso un paciente pediátrico quien consultó por MTB y ginecomastia.

Análisis

En el primer caso, luego de revisar la literatura, antecedentes, historia clínica y examen físico que manifestaban trastorno hormonal asociado a MTB, se solicitaron estudios complementarios que demostraron Hipertrofia Suprarrenal Congénita, relacionán-

dose las masas testiculares con tejido suprarrenal ectópico.

En el segundo caso, paciente pediátrico con masas testiculares sólidas bilaterales calcificadas, por lo cual se realizó exploración escrotal con biopsia de las lesiones, encontrando Tumor de Células de Sertoli.

Conclusión

En el estudio de masas testiculares la tendencia es siempre considerar las lesiones malignas como primera posibilidad, sin embargo el diagnóstico debe orientarse también a causas no tumorales o tumores menos frecuentes que también deben ser descartados.

Estos dos casos demuestran patologías de muy baja incidencia y rara presentación. Sin embargo permiten establecer la importancia de relacionar los antecedentes, historia clínica completa y examen físico minucioso para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

PO3

Tumor testicular en paciente con trasplante renal

Dr. Fernando Guzmán Chaves. Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá

Paciente de 61 años, con historia de litiasis bilateral por ácido úrico, manejado quirúrgicamente hace 20 años; pese al tratamiento médico, evoluciona a insuficiencia renal crónica y se inicia terapia con hemodiálisis en agosto del 2001, En enero del 2003 se realizó trasplante renal de donante cadavérico, manejado con: Anticuerpos monoclonales, Micofenolato, Ciclosporina y Prednisona. A cursado con trombosis profunda manejado con anticoagulantes y enfermedad de fosfolípidos, desde noviembre del 2003 presentó aumento del contenido escrotal no doloroso; en febrero del 2004, consulta por aumento del contenido escrotal con transluminación positiva parcial y presencia de masa testicular izquierda; la ecografía muestra masa que reemplaza el testículo izquierdo de 15x9x8 cm., el TAC de tórax es negativo, el TAC abdominal demuestra conglomerado ganglionar de 5cm para aórtico izquierdo que tiende a envolver el vaso, el TAC pélvico muestra que la lesión corresponde al testículo izquierdo. Se practica orquidectomía

radical izquierda, que revela masa de 520 gms correspondiente a seminoma clásico, con compromiso vascular y linfático, la línea de sección a 15 cm. se encuentra libre de tumor. Los marcadores prequirúrgicos fueron b-HCG 14.05 mUI/ml y AFP 0.85ng/ml y posquirúrgicos negativos siete días después de la cirugía. Se realiza junta médica con Nefrología, Urología y Oncológica, clasificando el tumor como: Seminoma clásico IIB o T3 N2 M0 y se inició tratamiento con: Carboplatino, Etoposido (VP-16) y Micofenolato, con lo cual se logra control de la enfermedad metastásica.

La incidencia de cáncer en pacientes transplantados es 3% al año y de 49 % a los 15 años. El riesgo de cáncer en el paciente transplantado es 4 a 5 veces mayor que en el paciente de misma edad y sexo. La incidencia de tumor testicular en pacientes transplantados es de 0.08 a 0.2%, en el Hospital Militar Central es el primer caso en 80 pacientes transplantados.

PO4

Tumor carcinoide primario de testículo

Drs. Mauricio Plata y Jaime Ossa Santamaría. Fundación Santafe de Bogotá, Universidad El Bosque

Reporte de caso

Hombre de 31 años con aumento del contenido escrotal indoloro del lado izquierdo, el cual aparece 3 semanas antes, sin historia de trauma ni antecedentes venéreos.

Al examen se encuentra masa ovoide de aprox 25 cc indurada móvil lisa, no dolorosa a la palpación. La ecografía doppler muestra una masa sólida hipoeoica de aspecto neoplásico, altamente vascularizada, que reemplaza el testículo izquierdo en sus 2/3 inferiores. Marcadores tumorales como gonadotropina coriónica humana (HCG) cuanti-

tativa, Alfa Feto proteína (AFP) y deshidrogenosa Láctica (LDH) negativas. Rx tórax normal. Clínicamente el paciente no presentaba signos o síntomas sugestivos de síndrome carcinoide. Tomografía de abdomen normal. El paciente es llevado a cirugía practicándose orquiectomía radical izquierda.

Macroscópicamente se evidencia una masa sólida, amarilla, con áreas de necrosis, la cual en el estudio microscópico tiene patrón insular con presencia de nidos y acinos con células de núcleos redondeados cromatina granular en “sal y pimienta” y un cito-

plasma eosinofílico, separadas por estroma fibroso. Los estudios de inmunohistoquímica mostraron positividad para cromigranina.

La evolución postoperatoria es satisfactoria. La medición de orina de 24 horas para ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA) es de 5.5 mg en 24 horas, (normal de 2-10 mg/24 h) una gammagrafía con octreotide descarta com-

promiso abdominal. El seguimiento con 5HIAA, Tomografía abdominal y octreoscan a 6 meses son negativos

Consideramos que se trata de un tumor carcinoide primario de testículo por no encontrar en los estudios de extensión tumoral, evidencia de compromiso extratesticular, lo cual el seguimiento a 6 meses lo confirma.

PO5

Tumor carcinoide primario de riñón

Drs. Camilo Andrés Medina y Jaime Ossa Santamaría. Fundación Cardioinfantil. Universidad El Bosque

Reporte de Caso

Paciente de 49 años referida de Barranquilla con historia de infecciones urinaria recurrentes y dolor abdominal localizado en el flanco izq.. En ecografía abdominal se observa masa renal izquierda sólida, de 12 cms. La escanografía abdominal informó masa polar superior izq. de 8 cms con calcificación de 3 cms. en su interior, sugestiva de Neoplasia renal vs. Pielonefritis Xantogranulomatosa. Se llevó a exploración quirúrgica en Barranquilla, abortándose el procedimiento por masa firmemente adherida a planos profundos. Se tomaron biopsias.

En la Fundación Cardioinfantil se hace revisión de laminas e inmunohistoquímica (en

FSFB) de las biopsias con diagnóstico de pseudotumor inflamatorio.

Se lleva nuevamente a cirugía practicando nefrectomía radical izquierda sin complicaciones. La patología FCI 2172/03 informó tumor carcinoide con revisión e inmunohistoquímica de FSFB 2003008057 confirmatorias.

Fue valorada por el servicio de Gastroenterología con estudios de extensión negativos. Endoscopias digestiva alta y colonoscopia normales. Niveles de ácido 5 hidroxil indolacético normales. El Octreoscan no fue autorizado por su EPS. Se consideró primario renal y se inició manejo por Oncología clínica con octeotride.

Se hace revisión de la literatura sobre carcinoide primario renal.

PO6

Tumores renales múltiples

Drs. Raúl Cruz, Juan Camilo Ospina Rodríguez y Cesar Lemus. Clínica El Bosque. Universidad El Bosque

Objetivos

Presentar el caso de un paciente con masa renal y reporte de 3 tipos de tumores histológicamente diferentes en la patología.

Material y Métodos

El trabajo se realizó con un paciente valorado por hematuria, con masa renal sugestiva de tumor células claras. Fue llevado a ci-

rugía encontrando masas renales que demostraron 3 tipos histológicos diferentes en la patología.

Análisis

Paciente con diagnóstico de tumor de células claras al cual se le realizó nefrectomía radical. En estudio patológico se encuentran dos pequeños focos tumorales diferentes a la

masa que se demostraba en estudios radiológicos iniciales, cada uno con una clasificación histológica diferente

Conclusión

Paciente al cual se le realizó nefrectomía radical, con reporte de patología que describe como hallazgo macroscópico 3 masas tumorales, cuyo diagnóstico histológico fue carcinoma papilar de células transicionales, con

carcinoma renal de células claras y carcinoma papilar cromofílico.

El caso reportado es un hallazgo incidental en un acto quirúrgico planeado, sin datos prequirúrgicos que permitieran realizar el diagnóstico previo, con el fin de realizar un mejor planeamiento del procedimiento. Se trata de un caso extremadamente exótico, con muy pocos datos reportados en la literatura, sin datos claros de incidencia o prevalencia en la población general

PO7

Esclerosis tuberosa

Drs. Alejandro Tarazona y Juan Camilo Ospina Rodríguez. Hospital Simón Bolívar, Universidad El Bosque

Objetivos

Presentación de un caso de Esclerosis Tuberosa que se asocia a lesiones tumorales renales.

Material y Métodos

El trabajo se realizó con un paciente que ingresó al servicio de urgencias de esta institución, en mal estado general, con estudios que demostraban colección retroperitoneal izquierda y lesiones renales derechas. Requiere nefrectomía y drenaje de colección de urgencia

Análisis

Paciente joven con historia de retardo mental y síndrome convulsivo de difícil manejo, quien ingresa a urgencias en shock hipovolemico, secundario a estallido renal izquierdo. La tomografía abdominal demostró 2 lesiones tumorales en riñón no comprometido. Se realizó nefrectomía simple izquierda, drenaje de colección y biopsia de lesiones renales derechas. Requiere manejo en UCI con soporte inotrópico y ventilatorio. Presentó varias complicaciones con necesidad de lavados quirúrgicos y laparostomía; posteriormente con evolución adecuada. La patología reporta angiomiolipoma. Se decidió en conjunto con el paciente y sus familiares, reali-

zar manejo expectante con las lesiones renales derechas.

Conclusiones

Entidad clínica de origen hereditario autosómica dominante, con expresividad variable y de presentación clínica poco frecuente. En nuestro caso, por la falta del antecedente familiar, se sugiere origen por mutación genética. La triada característica de presentación consiste en epilepsia, retardo mental y adenomas sebáceos.

Sin embargo una gran cantidad de pacientes presentan lesiones renales (20 a 60%) que al ser múltiples y bilaterales se toman como patognomónicas de la enfermedad, la gran mayoría de ellas son angiomiolipoma o quistes. Estas lesiones renales en algunos estudios son causa del 20 % de la morbi mortalidad de estos pacientes, al parecer con mayor incidencia de tumores malignos renales que la población general.

El manejo para las lesiones renales secundarias a Esclerosis Tuberosa, son ampliamente discutidas, sin una conclusión definitiva en el manejo de las mismas. Esta entidad aunque es poco frecuente se asocia a múltiples complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente, si no son manejadas de la manera adecuada.

PO8

Manejo de tumores retroperitoneales con compromiso de grandes vasos

Drs. Alberto Guerra, Camilo Medina Márquez, Jaime Alberto Ossa Santamaría. Fundación Cardio Infantil. Fundación Santafe. Universidad El Bosque

Reporte de Casos

Reporte de 2 casos y revisión de la literatura de pacientes en los cuales se requirió del manejo interdisciplinario del departamento de cirugía vascular y Urología para pacientes con masas mayores de 15 cm.; estas com-

prometían grandes vasos que requirieron prótesis vascular, estas masas son tumores con lesiones metastásicas de primario testicular.

En estos casos los sangrados no fueron superiores a 1000cc. Actualmente libres de enfermedad.

PO9

Lipomatosis pélvica asociada a cistitis glandularis y adenocarcinoma de vejiga

Drs. Gabriel Manrique Gómez y Fernando Fernández. Instituto de Urología especializada, Universidad del Valle y Clínica Rey David Cali

Resumen

La lipomatosis pélvica es una entidad infrecuente, caracterizada por el sobre crecimiento de grasa normal en la pelvis verdadera. Se ha observado que el 75% de los pacientes con lipomatosis pélvica presentan cistitis glandularis, quística o folicular asociada. La cistitis glandularis se ha considerado como una lesión premaligna, que puede progresar a adenocarcinoma mucosecretor de vejiga, aunque esto aun es discutido por algunos autores.

Presentamos un paciente varón de 42 años de edad que consultó por síntomas del tracto inferior de 6 meses de evolución (síntomas de llenado vesical). La exploración física revela prominencia globulosa en el hipogastrio, tacto rectal con una próstata alta difícil de valorar; el uroanálisis y la creatinina son normales.

Se solicita cistoscopia la cual revela vejiga alta de difícil llenado, baja capacidad, sobre elevación del piso vesical y edema buloso de la mucosa, la biopsia reporta cistitis glandularis y la citología metaplasia de tipo intestinal.

La Urografía excretora y la escanografía objetiva hidronefrosis bilateral, medialización ureteral, vejiga piriforme con masa en el piso vesical e infiltración grasa perivesical y perirectal.

Con tales hallazgos se decide resección transuretral de masa vesical cuyo reporte anatomopatológico fue:

Adenocarcinoma tubulo vellosa bien diferenciado y cistitis quística y glandular.

Se descarta patología intestinal primaria con el antígeno carcinoembrionario negativo y colonoscopia normal.

Se decide llevar a cistectomía radical y derivación urinaria ortotópica con colon sigmoide. El reporte patológico de la pieza es el siguiente:

- Tejido adiposo maduro perivesical y periureteral
- Cistitis glandular de tipo intestinal extensa
- Adenocarcinoma bien diferenciado del área trigonal y vesical

Seis meses después el paciente esta continente con función renal preservada.

Conclusión

Aunque hay 4 casos reportados en la literatura, ante el hallazgo de lipomatosis pélvi-

ca, se debe considerar la posibilidad de patología vesical asociada, principalmente cistopatía glandular y más excepcionalmente adenocarcinoma de vejiga.

PO10

Uretero apendicocostomía en paciente transplantado luego de cistoprostatectomía radical

Drs. José Rafael Romero Pinto, Javier Mauricio Salgado Tovar, Héctor Jairo Motato Moscoso.
Universidad Nacional de Colombia, Clínica San Pedro Claver

Objetivos

Reportar una técnica quirúrgica inédita la cual surge como necesidad para realizar una derivación no continente en un riñón transplantado, que presenta un uréter corto durante la realización de una cistoprostatectomía radical.

Materiales y Métodos

Paciente masculino de 65 años con antecedentes de insuficiencia renal terminal, secundaria a nefropatía hipertensiva; se lleva a trasplante renal hace 23 años con realización de anastomosis uréterovesical; presenta posteriormente enfermedad coronaria manejada con bypass. Es valorado en nuestro servicio 5 años atrás debido a hematuria macroscópica para lo cual se realiza cistoscopia con hallazgo de tumor vesical de bajo grado, tratado con resecciones transuretrales en cuatro ocasiones, más terapia intravesical; en la última resección el reporte anatomopatológico es de un tumor urotelial de alto grado con compromiso de la muscular. Una vez evaluado el riesgo quirúrgico es llevado a cistoprostatectomía radical con hallazgo de un uréter con segmento de 3 cms lo cual plantea un gran reto, para lograr una derivación exitosa desde el riñón en su lo-

calización pélvica, al exterior. Teniendo en cuenta el uso histórico del apéndice se decide anastomosar esta al uréter para darle longitud y viabilidad a la unidad funcional renal. Se toma un segmento en cuña del ciego en la base del apéndice, con cierre primario del ciego; se tubulariza la base del apéndice con lo cual se logra más longitud; se realiza anastomosis ureteroapendicular por el extremo distal para luego llevar su extremo proximal a la piel, formando el estoma finalmente se deja cateterizado.

Análisis

El paciente requirió 72 horas de soporte vital básico en unidad de cuidados intensivos, presentando evolución satisfactoria y estancia hospitalaria de 12 días; se retira cateterización cumplido 1 mes y al momento el paciente se encuentra estable de su función renal con creatinina de 1.2 mg/dl y estoma funcional.

Conclusiones

La ureteroapendicostomía se presenta como una alternativa exitosa para manejo de unidades renales con uréteres de segmento corto, sin presentar las complicaciones funcionales y metabólicas a corto plazo.

PO11

Melanoma de pene: reporte de un caso en Cali, Colombia

Dr. Gino Arbeláez. Servicio de Urología de la Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali- Colombia

Objetivo

Describir el caso de un paciente con Me-

lanoma maligno en pene, que acude a la consulta externa del servicio de Urología del HUV "Evaristo García" de Cali.

PO12

Correlacion del puntaje de Gleason en biopsia y el Gleason final en prostatectomía radical

Drs. Felipe Gómez Jaramillo, Carlos Fernández de Castro y Juan Ignacio Caicedo. Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana

Objetivo

Observar la correlación entre el Gleason de biopsia y el Gleason final del espécimen de patología en los pacientes que fueron llevados a prostatectomía radical en la fundación Santafé de Bogotá entre el años 1996 y 2005 por cáncer de próstata.

Materiales y Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de las patologías de biopsia transrectal de próstata, de los pacientes que posteriormente fueron llevados a prostatectomía radical en la Fundación Santafé de Bogotá, entre los años 1996 y 2004; se revisaron las historias clínicas de estos pacientes y el reporte original de patología de los mismos teniendo en cuenta el grupo etario.

Resultados

Para este estudio se incluyeron 145 pacientes a quienes se les realizo inicialmente biopsia transrectal de próstata la cual fue leída por el grupo de patólogos de la Fundación Santafé de Bogotá y a quienes posteriormente se les realizo prostatectomía radical, cuya pieza quirúrgica final fue estudiada nuevamente por este mismo grupo de patólogos, encontrándose como a medida que mejoraba la experiencia del grupo de patología se fue aumentando progresivamente la precisión del diagnostico, llegando a ser de un 80% en el 2003 comparado con un 40% en 1999; permitiéndole al urólogo tratante tomar una mejor decisión terapéutica para el paciente.

PO14

El cáncer de próstata no significativo no es garantía de enfermedad organoconfinada

Drs. Arbeláez Arango S., Aguiló Lúcia F., Condom Mundó E., Suarez Novo J., Muñóz Seguí J., Camps N., Serrallach Mila N. Escobar Jaramillo, F. Servicio de Urología, Servicio de Patología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. Clínica Medellín, Colombia

96

Introducción y Objetivos

Los Carcinomas de Próstata (CP) con bajo volumen y bajo valor de Gleason se han definido como no significativos, dado que estas características garantizan enfermedad organoconfinada y pocas probabilidades de progresión. Nuestro objetivo es valorar si esta definición garantiza un estadio patológico bajo.

Material y Métodos

Durante un período de cuatro años, se hicieron en nuestro centro un total de 202 prostatectomías radicales (PR) por CP T1c. En todos los casos se midió el Diámetro Tu-

moral Máximo (DTM), que fue definido como el mayor diámetro medible en el foco tumoral principal del espécimen quirúrgico. Ningún paciente había tenido manipulación hormonal, cirugía prostática, o radioterapia interna o externa. Para el estudio seleccionamos todos los casos con DTM igual o menor a 1,0 cm (equivalente a 0,5 ml ó menos). Todos los casos fueron valorados por el mismo uropatólogo. Para el estadiaje se utilizó la clasificación TNM de 1997.

Resultados

De las 202 PR realizadas, un total de 17 especímenes quirúrgicos presentaron un DTM

igual ó inferior a 1,0 cm. El promedio de focos tumorales fue 2,75 (1,0-6,0), 75% fueron multifocales. El valor promedio de Gleason en las biopsias diagnósticas fue 5,7 (5-7) y el valor promedio de Gleason en el espécimen quirúrgico fue 5,8 (5-7). El estadio patológico final fue: pT2a 3 casos, pT2b 13 casos, pT3a 0 casos, pT4 1 caso. El único caso pT4 correspondió a un paciente con valor de Gleason 4 en las biopsias

y 5 en la pieza quirúrgica, con un foco tumoral único que tenía un DTM de 0,6 cm, con afectación exclusiva del cuello vesical.

Conclusiones:

Los CP no significativos presentan enfermedad multifocal en tres de cada cuatro casos, y con tendencia a ser organo confinados, pero este hecho no es verdad en todos los casos.

PO16

Morbilidad debida a prostatectomía radical retropúbica

Drs. Felipe Gómez Jaramillo, Juan Ignacio Caicedo y Carlos Fernández de Castro. Fundación Santa Fé de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia

Resumen

Debido a los cambios que ha tenido la detección del cáncer de próstata durante los últimos años, con la aparición del PSA y la detección de la enfermedad en etapas más tempranas, la prostatectomía radical se ha perfilado como el tratamiento de elección. Se ha hablado mucho sobre la morbilidad que este procedimiento genera, por lo que resulta de vital importancia conocer las implicaciones que trae esta cirugía para nuestros pacientes.

Objetivos

Conocer, describir y objetivizar la tasa de complicaciones más comunes, que presentan los pacientes que son llevados a prostatectomía radical retropúbica en la Fundación Santa Fé de Bogotá.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, en el cual se evaluaron todas las prostatectomías realizadas por un cirujano específico en la Fundación Santa Fe de Bogotá desde 1998 hasta el 2004, valorando la tasa de disfunción eréctil, incontinencia y estrechez de la anastomosis o de la uretra posterior al procedimiento.

Igualmente y durante dicha revisión se diferencian la tasa de cada una de estas complicaciones, teniendo en cuenta la edad del paciente, el PSA previo y el estado clínico de

la enfermedad antes y después del procedimiento de acuerdo a la clasificación TNM.

Se considerará que el paciente es potente cuando tiene erecciones espontáneas. A su vez se considerará continente a aquel paciente que no necesite utilizar protectores tipo pañal masculino durante sus actividades regulares diarias.

Análisis Estadístico

Se trata de un trabajo retrospectivo, descriptivo sobre una serie de casos en el que se midió el porcentaje de complicaciones descritas. También se establecieron las asociaciones a dichos desenlaces como las descritas anteriormente.

Resultados

En total se realizaron 159 prostatectomías radicales, pero solo 121 pacientes contaban con una historia clínica completa para ser tenidos en cuenta en el estudio. 58 (47%) de estos 121 pacientes presentaron impotencia franca o erecciones débiles o incompletas posterior al primer año de la cirugía, disminuyendo a 13 (19%) al final del segundo año postoperatorio. 7 pacientes (5.7%) presentaban escape de orina utilizando mas de 1 pañal al día, permaneciendo con dicho escape solo 2 (3%) para el control del segundo año. La tasa de estrechez uretral fue del 17 pacientes (14%) durante el primer año cayendo a 1 paciente (1.5%) para el control del segundo año.

Trabajos para presentación en videos

V1M

Nefroureterectomía por laparoscopia con liberación ureteral transuretral

Drs. Manuel Duque Galán y Luis Alejandro Plazas. Fundación Valle del Lili. Cali

El objetivo

Mostrar la técnica quirúrgica de la nefroureterectomía por laparoscopia y la novedosa liberación del meato uréteral usando el resector de valvas uretrales.

Materiales y Métodos

Se trata de una paciente de 88 años con historia de hematuria macroscópica de 2 años de evolución. En la tomografía de abdomen se observa el sistema ureteral izquierdo dilatado y sin función renal; se lleva a cirugía donde se le practica ureteroscopia encontrándose a 12 cms del meato ureteral, masa intraluminal de tipo papilar sangrante. Se decide pasar cistoscopia y con resector de valvas uretrales se libera el uréter, fulgurándose totalmente el meato. A continuación se posiciona la paciente en decúbito lateral y se procede a colocar trocar 10 mm en el ombligo, otro trocar de 10 mms en flanco izquierdo y otro de 5 mms en hipocondrio izquierdo. Se libera el colon, se identifica la arteria renal y vena renal ligándose con hemolock, liberándose el uréter y la zona del tumor, lle-

gando hasta el meato el cual sale con gran facilidad. El riñón se introduce en una bolsa y se extrae.

Análisis de Resultados

La cirugía duro 2 horas 45 minutos, con una pérdida sanguínea de 50cc.; por el dren su eliminación fue escasa. El dren es retirado a las 48 horas dándole salida en su momento. La analgesia se pudo manejar con medicación oral. La sonda uretral se le deja durante 7 días y al retiro no presento complicaciones.

Conclusiones

Es una novedosa técnica quirúrgica que se esta convirtiendo en el manejo aceptado para los tumores uretrales y piélicos, en los que no sea posible el manejo conservador de nefronas; los resultados son similares en el control del tumor a la cirugía abierta, el sangrado escaso, con una morbilidad trans y postoperatoria inferior a la de cirugía abierta. El tiempo quirúrgico es adecuado y el dolor escaso.

V2M

Pieloplastia laparoscópica transmesocólica

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Armando Juliao, Santiago Arbeláez y José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Objetivos

Mostrar un caso de pieloplastia laparoscópica transmesocólica, como técnica alternativa al abordaje tradicional liberando el colon medialmente, en los casos que la dila-

tación pieloureteral se insinúa a través del meso colon.

Materiales y Métodos

Se mostrará el video de una pieloplastia, durante la cual en la disección, se encontraba

la pelvis renal y la unión pieloureteral de mas fácil acceso, vía transmesocólica, por lo cual se decidió realizar el procedimiento por esta vía sin la necesidad de movilizar el colon.

Análisis de Resultados

Cuando se realiza la pieloplastia laparoscópica, el siguiente paso luego de la introducción de los trócares, es la movilización medial del colon con el fin de localizar la unión pieloureteral donde se realizará la corrección. En algunos casos este paso es difícil debido a ciru-

gías previas u otras alteraciones a éste nivel que lo hacen técnicamente engorroso. En este caso se demuestra como en casos en los que no sea posible realizar la movilización del colon, es posible realizar el procedimiento vía transmesocólica, sin dificultades técnicas ni complicaciones mayores a la técnica convencional.

Conclusión

Es posible realizar la pieloplastia Laparoscópica vía transmesocólica en casos en los que la movilización del colon sea difícil.

V3M

Reparo laparoscópico de divertículo vesical gigante

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Santiago Arbelaez, Juan Guillermo Velásquez y Arturo Bonilla.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Descripción de u caso con divertículo vesical de cuello estrecho sintomático.

Materiales y Métodos

Paciente 55 años, masculino con cuadro de sintomatología irritativa y obstructiva urinaria; se le realiza: ecografía que reporta vejiga engrosada, próstata de 65cc y residuo 500cc, cistoscopia con hipertrofia prostática grado III, trabeculación marcada y presencia de divertículo retromeatal derecho, y cistografía donde se observa gran divertículo vesical posterior; se realiza RTU de próstata sin complicaciones y la evolución fue normal. Dos meses después se realiza resección Laparoscópica en su totalidad de un gran divertículo vesical. Se realiza prueba de integridad sin evidencia de fuga, evolución satisfactoria y control imageneológico postoperatorio normal.

Análisis de Resultados

La herniación de la mucosa vesical ocurre a menudo, como resultado de un obstáculo cervico-prostático; el tratamiento debe incluir alivio de la obstrucción y resección del divertículo. La disección puede ser extravescical, endovesical o combinada, incluso algunos han descrito la vía transuretral. Con el reciente desarrollo de la laparoscopia urológica, esta se convierte en una opción ideal, por permitir mejor disección e identificación de los planos quirúrgicos, sumados a la menor morbilidad del paciente, cuando se compara con la técnica convencional abierta.

Conclusión

El abordaje laparoscópico es ideal y se debe considerar de primera línea para el divertículo vesical sintomático, principalmente de cuello estrecho, con una muy buena evolución post-operatoria.

V4M

Manejo laparoscópico de ureter retrocavo y cálculos en el sistema urinario superior con ureteroscopia

Drs. Manuel Duque Galán y Lupi Alejandro Mendoza A. Fundación Valle Del Lili. Cali

Objetivo

El uréter retrocavo es una entidad poco

común, usualmente asintomático. El propósito de este video es mostrar el manejo por

laparoscopia del uréter retrocavo y de los cálculos renales, extraídos trans laparoscopia con el ureteroscopio.

Materiales y Métodos

Se trata de un paciente de 33 años de edad que consulta al servicio de urgencias por dolor tipo cólico intenso localizado en región lumbar derecha, al cual se le toma Urotac, observándose calculo en uréter superior de localización central, y otros dos cálculos renales. Se lleva a cirugía y se le coloca catéter doble j. Durante el mismo acto, se sospecha el uréter retrocavo y se toma nuevo Urotac, donde se observa el catéter doble j pasando por detrás de la vena cava. Veinte días después se programa para reconstrucción y extracción de los cálculos. La técnica quirúrgica fue la siguiente: con paciente en decúbito lateral derecho, se pasan 4 trocares y se libera el uréter. Por el trocar de 10 mms se pasa el ureteroscopio, que entra por el uréter proximal y se extraen 3 cálculos del sistema urinario, para finalmente hacer anastomosis

ureteral, con vicryl 4-0, dejándose catéter doble j, ya previamente instalado y sonda nelaton 18 fr como drenaje.

Análisis

La cirugía tuvo una duración de 3 horas; el sangrado fue de 100cc, su hospitalización 36 horas y no hubo eliminación por el dren. A las 6 semanas se retira el catéter doble j y en la ecografía de control se visualiza el sistema urinario con dilatación residual. No se presentaron complicaciones posteriores. Regresó a sus labores al 7 día poquirúrgico.

Conclusiones

El uréter retrocavo es una entidad infrecuente; presentamos el manejo exitoso por vía laparoscopia del uréter y sus cálculos; en la literatura son muy pocos los casos descritos por laparoscopia y no se reporta este procedimiento combinado con ureteroscopia. El procedimiento laparoscópico es seguro, con pequeñas heridas, de escaso sangrado y rápida recuperación.

V5M

Reparo laparoscópico de hernia vesical a través del agujero obturador

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Santiago Arbelaez, Juan Guillermo Velásquez, Alonso Berrocal y Arturo Bonilla. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

100

Objetivo

Descripción de caso de corrección Laparoscópica de una hernia vesical a través del agujero obturador. Presentación de técnica quirúrgica.

Materiales y Métodos

Paciente 66 años, femenino con historia de infecciones urinarias a repetición y síntomas irritativos urinarios. Se realizan estudios imageneológicos (ecografía, tomografía y cistografía) mas cistoscopia, que sugieren gran divertículo vesical, por lo que se programa para corrección por laparoscopia; durante el procedimiento al disecar la cara posterolateral de vejiga, se encuentra hernia obturatriz

que involucra cuerno vesical derecho. Se realiza reducción y reparo con cono de malla sintética, presentando buena evolución postoperatoria. Sin recidiva de infecciones. Cistografía control sin divertículo vestal.

Análisis de Resultados

La hernia a través del agujero obturador es una entidad rara, cuando se presenta usualmente involucra asas de intestino, hay muy pocos casos descritos en la literatura mundial con compromiso vesical; su presentación clínica es atípica lo que hace su diagnóstico difícil y tardío. Puede tener consecuencias deletéreas en el paciente por alta tasa de necrosis visceral y sepsis secundaria. Exis-

ten varias técnicas de reparo; nosotros reportamos un caso con reparo laparoscópico transperitoneal y uso de malla de prolene.

Conclusión

La hernia vesical por el agujero obturador es un caso poco frecuente, de difícil

diagnóstico, que puede semejar un divertículo vesical; el manejo es siempre quirúrgico, en la era de la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia es la opción ideal, nos permite diagnóstico y tratamiento de esta entidad con muy buenos resultados.

V6M

Ureterectomía laparoscópica en muñón ureteral refluente

Drs. Federico Escobar, Federico Gaviria, Luis Fernando Ramírez, Alejandro Carvajal y José Jaime Correa.
Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Mostrar las facilidades técnicas para la resección laparoscópica de un uréter ectópico refluente en un doble sistema.

Materiales y Métodos

Se describe el caso de una paciente a la cual se le había realizado una heminefrectomía abierta, por atrofia hidronefrótica del sistema inferior, la cual presentaba infecciones urina-

rias recurrentes secundarias a reflujo vesicoureteral hacia el muñón residual. Se muestra en el video la resección de éste uréter por vía laparoscópica, hasta su llegada a la vejiga y las ventajas técnicas de dicha cirugía.

Conclusión

La ureterectomía laparoscópica es la técnica de elección, mínimamente invasiva para la extracción de muñones ureterales.

V1T

Técnica de Heitz - Boyer

Profesor Pablo Gómez Martínez y Dr. José Armando López López. Ex Presidentes Sociedad Colombiana de Urología

Contenido

Se presenta un video sobre la técnica de esta operación, destinada a solucionar procesos patológicos de la vejiga, especialmente relacionados con problemas obstétricos del parto, que necrosan la base de la vejiga y producen grandes fístulas. Los resultados son

muy satisfactorios y a largo plazo han demostrado sus beneficios.

El objetivo principal de presentar esta película, aun cuando tiene varios años de realizada es que la puedan ver los médicos urólogos jóvenes. Además puede ser un homenaje al Profesor **Pablo Gómez Martínez** autor principal de esta película.

V2T

Ureterocalicostomía laparoscópica con colocación de catéter doble j percutáneo en modelo experimental

Drs. Cesar A Andrade S., Luis Jorge Gutiérrez, David Duarte, Alvaro Gutiérrez, Armando López López y Manuel Sierra. Departamento de Urología. Clínica el Bosque, Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

Objetivo

Presentar un caso de ureterocalicostomía en un modelo animal (cerdo) y la colocación

de un catéter doble j en forma percutánea, asistido por laparoscopia.

Materiales y Métodos

Se realiza cirugía Laparoscópica en modelo experimental porcino en el laboratorio de cirugía experimental de la Universidad el Bosque.

Se describe la técnica quirúrgica que incluye la disección y el control vascular; posteriormente se practica una polectomía inferior, utilizando únicamente corte monopolar, colocación del cateter doble j, en forma percutánea y finalmente una anastomosis con

puntos separados entre el uréter y el cáliz inferior.

Resultados

El procedimiento se realizó en un tiempo quirúrgico de 180 minutos, con un sangrado mínimo y con un control vascular adecuado.

Conclusiones

La técnica quirúrgica descrita es viable y segura por vía Laparoscópica.

V3T

Ureterorenoscopia flexible para el tratamiento de cálculos renales sintomáticos menores de 5 milímetros

Drs. Juan Carlos Castaño Botero y Carlos Alberto Uribe Trujillo

Objetivo

Describir la técnica de ureterorenoscopia flexible, complicaciones asociadas y el impacto en la sintomatología secundaria a la presencia de cálculos renales menores de 5 milímetros.

Materiales y Métodos

Se tomaron 5 pacientes, dos hombres y tres mujeres quienes presentaban dolor tipo cólico nefrítico y se documentó la presencia de cálculos renales de 5 milímetros o menos a nivel del riñón. Se describe la técnica paso a paso y se toman en cuenta variables como tamaño del cálculo, tiempo quirúrgico, mejoría del dolor, necesidad de transfusión y tiempo de estadía hospitalaria.

Resultados

Los cálculos tuvieron un tamaño promedio de 4 milímetros, 2 de los pacientes presentaron mas de un calculo renal; el tiempo quirúrgico promedio fue de 90 minutos, el 100% de los pacientes estuvieron asintomáticos en el seguimiento realizado después de la cirugía; ninguno de los pacientes requirió transfusión y el tiempo de estancia hospitalaria no fue mayor a 24 horas en todos los pacientes.

Conclusión

La ureterorenoscopia flexible es una técnica segura y efectiva en el manejo de cálculos renales pequeños, pero que se presentan con síntomas en algunos pacientes, la morbilidad asociada es mínima y la recuperación y reintegración funcional de los pacientes es satisfactoria.

V4T

Pielolitotomía laparoscópica con fragmentación balística en modelo experimental

Drs. Cesar A Andrade S., Luis Jorge Gutiérrez, David Duarte, Alvaro Gutiérrez, Armando López López y Manuel Sierra. Departamento de Urología de la Clínica el Bosque, Universidad del Bosque. Bogota, Colombia

Objetivos

Describir la seguridad y viabilidad en la

utilización de un litotriptor balístico en un ambiente laparoscópico.

Explorar la posibilidad de extraer grandes cálculos, ya fragmentados sin necesidad de ampliar los puertos laparoscópicos, ni las incisiones sobre el tracto urinario.

Materiales y Métodos

Se realiza en un modelo experimental porcino, la disección de pelvis y uréter por vía transperitoneal. Se procede a colocar en forma experimental un cálculo humano a nivel de la unión ureteropielica y posteriormente se utiliza un litotriptor balístico de fabricación nacional para la fragmentación del cálculo.

Resultados

El litotriptor intracorpóreo balístico llamado ENDOLITH logró una eficaz litofragmen-

tación del cálculo piélico en medio de CO₂ y sin tener medio líquido para la transmisión de la energía.

El litotriptor intracorpóreo balístico permite una adecuada fragmentación de la masa litiásica, para permitir la extracción de los fragmentos a través de un puerto de un cm. sin necesidad de aumentar la incisión del puerto.

Conclusiones

La técnica quirúrgica descrita es viable por vía laparoscópica y puede ser una alternativa de tratamiento para litiasis.

V5T

Prostatectomía retropúbica por laparoscopia dedo asistida (Nueva técnica)

Drs. Cesar A Andrade S., Carlos Hernández García, Hernán Aponte Varón, David Duarte, Alvaro Gutiérrez, Luis Jorge Gutiérrez, Edmundo Castello y Manuel Sierra.
Departamento de Urología, Hospital Central de la Policía, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia.

Objetivos

Nosotros describimos una nueva técnica laparoscópica para la adenomectomía retropúbica extraperitoneal, con enucleación asistida por dedo como una alternativa de la cirugía abierta

Materiales y Métodos

Desde noviembre del 2004 describimos una nueva técnica, no publicada hasta el momento, realizándose en 8 pacientes con síntomas obstructivos bajos y documentados por medio de ecografía transrectal (70 grs o mayor).

Se realiza un abordaje laparoscópico extraperitoneal, utilizando 4 puertos y una incisión de 2 cms suprapúbica, para introducir el dedo, enuclear el adenoma prostático y extraer el adenoma; dicha enucleación es facilitada con la movilización de la próstata a través del tacto rectal.

Se utiliza como método de control vascular una sutura en el complejo vascular, y una

incisión transversal en la cápsula con la técnica de Milling; la cápsula se cierra con puntos separados o continuos intracorpóreos.

Resultados

Los procedimientos fueron realizado satisfactoriamente sin complicaciones intra o post operatorias.

El tiempo quirúrgico fue en promedio de 140 minutos, el peso promedio del adenoma enucleado fue de 80 grs, el sangrado promedio fue inferior a 150 ml y en el post operatorio el requerimiento analgésico fue mínimo.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 48 hrs, con retiro de sonda similar a la prostatectomía abierta tradicional; hasta el momento los pacientes llevan un seguimiento de 2 meses y no se han presentado complicaciones mayores o de importancia.

Ningún paciente fue convertido a cirugía abierta.

Conclusión

La técnica quirúrgica laparoscópica descrita es novedosa, viable, y segura, con resultados preliminares muy satisfactorios.

Para completar su evaluación se están desarrollando estudios comparativos con la cirugía abierta convencional y un mayor tiempo en el seguimiento de los pacientes.

V6T

Heminefroureterectomía laparoscópica por atrofia del polo superior secundaria a ureterocele obstructivo

Drs. Federico Escobar J., Federico Gaviria G. y Juan Gabriel De los Ríos P. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Describir nuestra experiencia con la heminefroureterectomía laparoscópica y describir la técnica utilizada.

Materiales y Métodos

Mostrar la técnica que se utilizó para la heminefroureterectomía en un paciente con atrofia del polo renal superior, secundaria a un ureterocele obstructivo.

Análisis de Resultados

La heminefrectomía es un procedimiento frecuente en el tratamiento de atrofia de al-

guno de los sistemas colectores duplicados, los cuales generalmente se asocian a malformaciones congénitas. En nuestro video describimos la técnica utilizada para heminefroureterectomía, en un paciente con atrofia del polo renal superior, secundaria a un ureterocele obstructivo.

Conclusiones

La Heminefroureterectomía laparoscópica es una opción que puede ofrecerse a los pacientes con atrofia de un polo renal, en la patología de los dobles sistemas colectores.

V7T

Heminefrectomía laparoscópica en niño de 5 años

Drs. Federico Escobar J., Federico Gaviria G. y Juan Gabriel De los Ríos P. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Describir nuestra experiencia con la heminefrectomía laparoscópica y describir la técnica utilizada.

Materiales y Métodos

Mostrar la técnica que se utilizó para la heminefrectomía laparoscópica en un paciente de 5 años de edad.

Análisis de Resultados

La heminefrectomía es un procedimiento que se realiza tanto para enfermedad maligna

como para patologías benignas, entre las cuales la de mayor indicación en la población pediátrica, es la duplicación del sistema colector, de los cuales uno de los dos (generalmente el superior) es no funcional y causante de problemas. En este video queremos demostrar la técnica transperitoneal a través de la cual se aborda esta patología de manera mínimamente invasiva y segura, ofreciendo las ventajas que conlleva la laparoscopia tales como: menor dolor, menores secuelas estéticas, menor incapacidad y hospitalización que en el paciente de pediátrico son aún mayores.

Conclusiones

La Heminefrectomía laparoscópica tiene importante cabida para el manejo de patolo-

gías benignas en la población pediátrica, ofreciendo los beneficios que acarrea consigo la laparoscopia, siendo un procedimiento abordable y seguro.

V8T

Cistoprostatectomía radical por laparoscopia y bolsa continente tipo Studer

Drs. Manuel Duque G. y Luis A. Plazas. Fundación Valle del Lili. Cali

Objetivos

Mostrar la técnica quirúrgica de la cistoprostatectomía radical por laparoscopia y la bolsa continente con técnica de Studer e incisión mínima.

Materiales y Métodos

Se trata de un paciente de 70 años, con Cáncer de Células Transicionales de vejiga e invasión muscular. Tres meses después se hospitaliza, para su preparación intestinal. Se le practica cistoprostatectomía radical por laparoscopia con intento de preservación de bandeletas. La técnica realizada fue usando 5 puertos, uno umbilical central y dos en cada fosa iliaca, liberando inicialmente las vesículas seminales a través del fondo de saco de Douglas; se desciende la vejiga y se anuda el paquete vascular, se libera lateralmente la próstata y la vejiga, se cortan los uréteres; el balón inflado se usa para tracción y disección posterior de la próstata, preservando los paquetes neurovasculares; se practica linfadenectomía iliobturatriz abierta, y bolsa continente tipo Studer; para la anastomosis ure-

tral con la neovejiga se usó el laparoscopio, similar a la técnica con los puertos, haciendo anastomosis en cuatro cuadrantes. Se dejan sondas de cistostomía, uretral, drenaje suprapúbico y catéteres ureterales.

Resultados

La duración de la cirugía fue 8 horas, distribuidos en 3 horas 45 minutos en laparoscopia, y 4 horas y 15 minutos en la bolsa continente. Sangrado total 400cc, tiempo de hospitalización 14 días; la Hb. final 13.4, a las 48 horas presenta hematemesis a pesar de tener bloqueadores H2; la gastroscopia demostró úlceras esofágicas y gastritis. Al 5 día presenta episodio de tos intensa que se acompaña de eventración continente y es necesario corregirla, la patología demostró tumor con compromiso muscular profundo sin extensión ganglionar.

Conclusiones

Se trata de una novedosa técnica que gracias a los nuevos instrumentos de hemostasia es más segura por el sangrado mínimo que presenta. Su recuperación pudiera ser más rápida que la convencional.

V9T

Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica

A proposito de un caso

Drs. Federico Escobar, Oscar Cortés y Arturo Bonilla. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivo

Describir la técnica Laparoscópica para

la linfadenectomía retroperitoneal en cáncer testicular no semiomatoso.

Materiales y Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 17 años, sexo masculino, con masa testicular derecha pétérea, previamente sometido a orquidectomía radical derecha. Alfa feto proteína: 244.18, BHCG: 557, DHL: 965. TAC abdominal normal. Rayos X tórax (-). Patología: tumor de saco de Yolk, Carcinoma embrionario no seminomatoso. Se le reali-

zó linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica.

Conclusión

La Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica ofrece todas las ventajas sobre la técnica abierta, además de ser una herramienta tanto diagnóstica como terapéutica en el cáncer testicular no seminomatoso estadio I.

V10T

Pielolitotomía laparoscópica de riñón en herradura

Drs. Federico Escobar, Rafael Castellanos, Santiago Arbeláez y José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap)

Objetivos

Presentar un caso de pielolitotomía realizada en un riñón en herradura, al que previamente se le había realizado una cirugía percutánea fallida.

Materiales y Métodos

Mostrar la técnica utilizada para el manejo de litiasis en un riñón en herradura.

Análisis de Resultados

Por la localización anatómica anormal, el manejo de la litiasis en el riñón en herradura es difícil. El acceso vía percutánea es complicado y frecuentemente se tiene que recurrir al cistoscopio flexible para lograr ubicar el cál-

culo. El manejo de éstos pacientes por vía laparoscópica ofrece ventajas, como la visualización directa de las diferentes estructuras incluyendo la vasculatura, con el fin de evitar lesiones a éste nivel y con buenas tasas de éxito en el manejo de la litiasis en casos específicos.

Conclusión

La técnica de pielolitotomía laparoscópica ofrece ventajas sobre las otras técnicas en el manejo de pacientes con litiasis y riñones anómalos, que incluyen visualización directa de la vasculatura y demás estructuras adyacentes con el fin de evitar lesiones y ofreciendo además un manejo adecuado de la litiasis.

Dr. Aaron Torres Coordinador: Dr. Camilo Medina Dr. Felipe Gómez J. Salón: Ritz Traducción Simultánea Interactivo	Dr. Vicente Solá Coordinador: Dr. Juan Manuel Aristizábal A. Salón: Colombia	Coordinador: Dr. Manuel Duque Panelistas: Dr. Juan M. Páez O. Dr. Milton Salazar R. Dr. Jaime Pérez Niño Dr. Gustavo Malo R. Salón: Versalles Traducción Simultánea	Coordinador: Dr. Carlos Hernández G. Salón: Las Ceibas	Dr. Rafael Castellanos Coordinador: Dr. Rafael Castellanos Salón: Centenario	Dr. Geraldo Faria Dr. Gerson Lopes Coordinadores: Dr. Alonso Acuña Cañas Dr. Daniel Sánchez Sierra Salón: Ejecutivo Dann Cali
--	--	--	---	---	---

17:00

Salón: Ritz

ASAMBLEA**Viernes 12 de agosto**

07:00

Conversatorio de pediatría
“Enfoque actual de hipospadias”

Conferencista: Dr. Martin Koyle
Coordinador: Dr. Eduardo Llinás

07:45

Salón: Ritz

Traducción Simultánea

08:00

Conferencia Zoilo Cuellar
“Cistectomía para el cáncer invasivo de vejiga. Sobrevida en la era de la neovejiga. Experiencia de 1.200 pacientes”

Conferencista: Dr. Richard Hauttman

Salón: Ritz

Traducción Simultánea

08:30

“Mitos y realidades de los procedimientos de aumento del tamaño del pene”

Conferencista: Dr. Luiz Otávio Torres

Salón: Ritz

09:00

“Enfoque diagnóstico y terapéutico de la obstrucción urinaria femenina”

Conferencista: Dr. Ariel Kaufman

Salón: Ritz

09:30

Conferencia Jaime Diaz Berrocal
“Guías de práctica clínica: Trauma uretral”

Conferencista: Dr. Mauricio Moreno J.

Coordinador: Dr. Adolfo Serrano A.

Salón: Ritz

Interactivo

10:00

DESCANSO

10:30

Trabajos de sexología

Coordinador y Secretario: Dr. Daniel Sánchez S.
Presidentes de Mesa: Dr. Luis Otávio Torres
Dr. Geraldo Faria
Dr. Gerson López

Salón: Ritz

Trabajos de incontinencia

Coordinador y Secretario: Dr. Mauricio Plata
Presidentes de Mesa: Dr. Ariel Kaufman
Dr. Vicente Solá

Salón: Versalles

12:00

DESCANSO

12:30

Simposio Astrazéneca
“Cáncer de próstata avanzado”

Conferencista: Dr. Aaron Torres
Coordinadores: Dr. Camilo Medina M.
Dr. Felipe Gómez J.

ALMUERZO

Salón: Ritz

Patrocinado por ASTRAZENECA

Interactivo

10:00

DESCANSO

10:30

Presentación de posters comentados
OncologíaCoordinadores: Dr. Aaron Torres
Dr. Elías Mora
Dr. Jaime Andrés Cajigas P.
Dr. Alfonso Latiff Conde

Salón: Ritz

Presentación de videos
Primera sesiónCoordinadores: Dr. Mauricio Moreno J.
Dr. Pablo Gómez Cusnir

Salón: Versalles

12:30

Simposio Janssen Cilag
"Eyaculación Precoz"

Coordinador: Dr. Hernán A. Aponte Varón

Conferencistas: Dr. Luis Javier Aluma S.
Dr. Julio Ferrer Montoya
Dr. Alonso Acuña Cañas
Dr. José Miguel Silva H.
Dr. Juan Fernando Uribe A.**ALMUERZO**

Salón: Ritz

Patrocinado por JANSSEN CILAG

Interactivo

14:00

DESCANSO

14:30

Presentación de trabajos

PediatríaPresidente de Mesa:
Dr. Martín Koyle
Coordinadores:
Dr. Milton Salazar R.

Salón: Ritz Traducción Simultánea

Presentación de trabajos

OncologíaPresidente de Mesa:
Dr. Aaron Torres
Coordinador:
Dr. Camilo Medina
Dr. Felipe Gómez

Salón: Colombia

Presentación de videos

Segunda sesión

Coordinadores:
Dr. Adolfo Serrano A.
Dr. Mauricio Moreno J.

Salón: Versalles

15:30

Urología generalPresidente de Mesa:
Dr. Jesús De Los Ríos
Coordinador:
Dr. Rodrigo Muriel H.

Salón: Ritz

16:00

Laparoscopia (2)Presidente de Mesa:
Dr. Elías Mora
Dr. René Sotelo
Coordinador:
Dr. César Andrade

Salón: Ritz

17:30

Salón: Ritz

ASAMBLEA

20:00

Lugar: Club Campestre

FIESTA TIPICA

Patrocinado por S.C.U.

Domingo 14 de agosto

07:00

Conversatorio de endourología y laparoscopia

"Prevención y manejo de las complicaciones laparoscópicas en urología"Conferencistas: Dr. René Sotelo
Dr. Elías Mora

16:00 a 16:10	Imágenes Diagnósticas	Dr. Rafael Castellanos Acosta
16:10 a 16:20	Incontinencia	Dr. Juan M. Aristizábal Agudelo
Salón: Ritz		

16:20

“Clausura del congreso”		
Dr. Jesús De Los Ríos Osorio		

20:00

Cena de clausura		
Lugar: Club Colombia		Patrocinado por S.C.U.

Auspiciado por PFIZER - ELI LILLY - BAYER**1:10 p.m. a 3:00 p.m. - Salón Ritz - Traducción Simultánea - Interactivo
Curso postgraduado****“Manejo actual del carcinoma superficial de vejiga”**

- Conferencistas: Dr. Richard Hauttman - Alemania
Dr. Aaron Torres - México
- Coordinadores: Dr. Camilo Medina Márquez
Dr. Felipe Gómez Jaramillo
- 1:00 a 1:10 p.m. Introducción
Dr. Camilo A. Medina Márquez
- 1:10 a 1:30 p.m. Historia natural y evaluación inicial del carcinoma vejiga Superficial de vejiga
Dr. Aaron Torres
- 1:30 a 1:50 p.m. Estado actual de la terapia intravesical.
Dr. Aarón Torres
- 1:50 a 2:10 p.m. ¿Por qué es tan difícil escoger el tratamiento adecuado en T1G3?
Dr. Richard Hauttman
- 2:10 a 3:00 p.m. Presentación de casos y preguntas de la Audiencia
Dr. Felipe Gómez Jaramillo
Dr. Camilo Medina
- Panelistas: Dr. Richard Hauttman
Dr. Aarón Torres

**3:00 p.m. a 5:00 p.m. - Salón Ritz - Traducción Simultánea - Interactivo
Curso postgraduado de oncología
“Tratamiento quirúrgico del carcinoma vesical invasivo”**

- Conferencistas: Dr. Richard Hauttman - Alemania
Dr. Aaron Torres - México
- Coordinadores: Dr. Camilo Medina Márquez
Dr. Felipe Gómez Jaramillo
- 3:00 a 3:10 p.m. Introducción
Dr. Camilo A. Medina Márquez
- 3:10 a 3:30 p.m. Consejos y trucos para una cistectomía radical segura. Lecciones aprendidas de más de 1.000 cistectomías.
Dr. Richard Hauttman
- 3:30 a 3:50 p.m. Derivación urinaria. Estado del arte.
Dr. Richard Hauttman
- 3:50 a 4:10 p.m. Indicaciones para la preservación de nervios y/o de la próstata en cistectomía radical.
Dr. Richard Hauttman
- 4:10 a 5:00 p.m. Presentación de casos y preguntas de la audiencia.
Dr. Camilo Medina Márquez
Dr. Felipe Gómez Jaramillo
- Panelistas: Dr. Richard Hauttman
Dr. Aarón Torres

**3:00 p.m. a 5:00 p.m. - Salón Colombia
Curso postgraduado de urodinamia
“Piso pélvico”**

- Conferencistas: Dr. Ariel Kaufman - Venezuela
Dr. Vicente Solà - Chile
- Coordinador: Dr. Juan Manuel Aristizábal Agudelo
- 3:00 a 3:30 p.m. Nuevos conceptos anatómicos y funcionales para entender la disfunción del piso pélvico
Dr. Ariel Kaufman
- 3:30 a 4:00 p.m. Videourodinamia en la evaluación de la incontinencia urinaria y defectos del piso pélvico
Dr. Ariel Kaufman
- 4:00 a 4:30 p.m. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico.
Dr. Vicente Solà
- 4:30 a 5:00 p.m. Mallas protésicas en el tratamiento del prolapso genital en la mujer
Dr. Vicente Solà

**3:00 p.m. a 5:00 p.m. - Salón Versalles - Traducción Simultánea
Curso postgraduado de pediatría
“El niño incontinente. Manejo médico y opciones quirúrgicas”**

- Conferencista: Dr. Martin Koyle - USA
- Coordinador: Dr. Manuel Duque Galán
- Panelistas: Dr. Juan Manuel Páez Ospina
Dr. Milton Salazar Rey
Dr. Jaime Pérez Niño
Dr. Gustavo Malo Rodríguez

**3:00 p.m. a 5:00 p.m. - Salón Las Ceibas
Curso postgraduado de endourología
“Secretos y trucos de la endourología”**

- Conferencista: Dr. Elías Mora - Venezuela
- Coordinadores: Dr. Carlos Hernández García
Dr. David Duarte Mejía

**3:00 p.m. a 5:00 p.m. - Salón Centenario
Curso postgraduado de imágenes diagnósticas
“Actualización en diagnóstico de cáncer de próstata por imágenes y patología”**

- Conferencistas: Dr. Juan Carlos Camargo Díaz
Dr. Rafael Castellanos Acosta
Dr. Santiago Arbelaez
- Coordinador: Dr. Rafael Castellanos Acosta
- 3:00 a 3:20 p.m. Correlación clínica - histopatológica del cáncer de próstata
Dr. Santiago Arbelaez
- 3:20 a 3:40 p.m. Complicaciones en biopsia prostática. Cómo evitarlas.
Dr. Rafael Castellanos Acosta
- 3:40 a 4:00 p.m. Futuro en el diagnóstico de cáncer de próstata
Dr. Juan Carlos Camargo Díaz
- 4:00 a 5:00 p.m. Casos clínicos. Preguntas y respuestas.

11:40 a.m. A 11:50 a.m.

Vasculopatía arterial intrapeneana como causa de disfunción erectil en hombres jóvenes

Drs. Alonso Acuña, Hernán Alonso Aponte, Pilar Ceballos D. Sección de Sexología, Servicio de Urología. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

11:50 a.m. a 12:00 m

Valoración de un nuevo puntaje de síntomas (T.O.R.P.E) para pacientes con eyaculación precoz (EP) luego del uso comparativo en una población de casos de EP vs una población de controles sanos.

Uribe, J. F. y Mendoza, A. Servicio de Urología. Hospital Pablo Tobón Uribe, Instituto de Ciencias de la Salud. CES, Medellín.

12:00 m a 12:10 p.m.

Patrón usual de eyaculación en Colombia.

Julio E. Ferrer Montoya, Juan Diego Vélez U, Marta C. Echeverri, Ana Milena Herrera.

10:30 a.m. a 12:00 m - Salón Versalles

Trabajos de incontinencia

Coordinadores y Dr. Ariel Kaufman - Venezuela
Profesores de mesa: Dr. Vicente Solà - Chile
Dr. Mauricio Plata

10:30 a.m. a 10:40 a.m.

Experiencia y seguimiento de cabestrillo pubovaginal en el Hospital de San José.

Drs. Daniel Torres Salazar, John Jairo Ortiz y Francisco Melo. Servicio de Urología. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

10:40 a.m. a 10:50 a.m.

Capsaicina intravesical. Una alternativa de tratamiento en desórdenes de hiperactividad vesical de difícil manejo.

Autor: Andrés Gomez Tavera
Colaboradores: Fernando Guzmán Ch. - Elías Mora - Carlos Mario García - Luis Eduardo Reyes - Germán A. Buitrago.

10:50 a.m. a 11:00 a.m.

Fístulas vesicovaginales, experiencia en el HUV entre 1999 y 2004

Dr. Alirio Salinas, Dr. Andrés García, Dr. Gino Arbelaez, Dr. Alberto Bermúdez. Servicio de Urología de la Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali- Colombia

11:00 a.m. a 11:10 a.m.

Evaluación urodinámica de la respuesta del detrusor hipocontractil al manejo quirúrgico desobstructivo.

Dr. Alvaro Gutiérrez M, MD - Dr. Jaime Ossa Santamaría. - Unidad de Urodinamia Clínica de Marly - Universidad El Bosque.

11:10 a.m. a 11:20 a.m.

Experiencia con videourodinamia en la ciudad de Medellín.

Dr. Juan Manuel Aristizábal Agudelo, Dr. Juan Carlos Castaño Botero, Dr. Juan Gabriel De los Ríos Posada. Instituto de Ciencias de la Salud CES, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

12:00 m. a 12:30 p.m. **DESCANSO**

12:30 p.m. a 2:00 p.m. - Salón Ritz - Interactivo - ALMUERZO

Simposio astrazéneca

"Cancer de próstata avanzado"

Conferencista: Dr. Aaron Torres
Coordinadores: Dr. Camilo Medina Márquez
Dr. Felipe Gómez Jaramillo

12:30 a 12:40 p.m. Introducción

Dr. Camilo Medina Márquez

12:40 a 1:10 p.m. Adyuvancia en cáncer de próstata localmente avanzado

Dr. Aaron Torres - México

1:10 a 2:00 p.m. Mesa redonda y caso clínico

Panelistas: Dr. Aaron Torres
Dr. Jaime Andrés Cajigas Plata
Dr. Felipe Gómez Jaramillo
Dr. Armando Juliao

Moderador: Dr. Camilo Medina Márquez

2:00 p.m. a 2:30 p.m. **DESCANSO**

2:30 p.m. a 4:00 p.m. - Salón Ritz - Interactivo Simposio Pfizer

"Desafíos en el manejo de la vejiga hiperactiva en el siglo XXI"

Conferencistas: Dr. Mauricio Plata Salazar
Dr. Alvaro Gutiérrez Martínez
Dr. Juan M. Aristizábal Agudelo

Coordinador: Dr. Mauricio Plata Salazar

2:30 a 2:45 p.m. Introducción

Dr. Mauricio Plata Salazar

2:45 a 3:05 p.m. Actualización en el manejo

farmacológico
Dr. Juan Manuel Aristizábal Agudelo

3:05 a 3:25 p.m. Obstrucción del tracto urinario y vejiga hiperactiva

Dr. Mauricio Plata Salazar

3:25 a 3:45 p.m. Qué hacer cuando el manejo

farmacológico falla.

Dr. Alvaro Gutiérrez Martínez

3:45 a 4:00 p.m. Cierre. Segundo caso: Vejiga

hiperactiva

Dr. Mauricio Plata Salazar

4:00 a 4:30 p.m. **DESCANSO**

4:30 a 5:30 p.m. - Salón Ritz

Trabajos de litiasis, endourología y laparoscopia(1)

Coordinadores: Dr. Mauricio Moreno Jiménez

Sábado 13 de agosto

6:00 a.m. a 8:00 a.m.

Uroton Xatral Od

Coordinador: Dr. Enrique Usubillaga
Salida: Hotel Dann Carlton
Patrocina: Grupo Sanofi Aventis

7:00 a.m. a 7:45 a.m. - Salón Ritz - Traducción Simultánea

Conversatorio de pediatría - Segunda sesión "Hidronefrosis antenatal"

Conferencista: Dr. Martin Koyle - USA
Coordinador: Dr. Camilo Orjuela Rodríguez

7:00 a.m. a 7:45 a.m. - Salón Versalles

Conversatorio de endourología "Cálculos renales: Percutánea o litotricia"

Conferencista: Dr. Elías Mora - Venezuela
Coordinador: Dr. Carlos Hernández García
Dr. David Duarte Mejía

8:00 a.m. a 8:30 a.m. - Salón Ritz

"Manejo de los cálculos del uréter superior que no se expulsan espontáneamente"

Conferencista: Dr. Elías Mora - Venezuela

8:30 a.m. a 9:00 a.m. - Salón Ritz

"Incontinencia urinaria femenina, tratamiento conservador y quirúrgico, resultados y complicaciones"

Conferencista: Dr. Vicente Solà - Chile

9:00 a.m. a 9:30 a.m. - Salón Ritz - Traducción Simultánea

"Reflujo vesico ureteral, cambiando los paradigmas"

Conferencista: Dr. Martin Koyle - USA

9:30 a.m. a 10:00 a.m. - Salón Ritz - Interactivo

Conferencia Jaime Díaz Berrocal "Guías de práctica clínica: Diagnóstico y manejo urolitiasis durante el embarazo"

Conferencista: Dr. Juan Guillermo Cataño Cataño
Coordinador: Dr. Adolfo Serrano Acevedo

10:00 a.m. a 10:30 a.m. **DESCANSO**

10:30 a.m. a 12:30 m. - Salón Ritz Posters comentados de oncología

Coordinadores: Dr. Aaron Torres
Dr. Elías Mora
Dr. Jaime A. Cajigas Plata
Dr. Alfonso Latiff Conde

10:30 a 11:00 p.m. Revisión de Posters

11:00 a 12:15 p.m. Comentarios

Reporte de caso: Seminoma gigante

Dr. José Miguel Silva. Dra. Silvia Riveros - Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio

Masas testiculares bilaterales (MTB)

Camilo Medina. Alejandro Tarazona. Juan Camilo Ospina Rodríguez. Fundación Cardioinfantil. Hospital Simón Bolívar. Universidad El Bosque.

Tumor testicular en paciente con trasplante renal

Fernando Guzmán Chávez. Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar Central, Bogotá

Tumor carcinoide primario de testículo

Dr. Mauricio Plata. Dr. Jaime Ossa Santamaría. Fundación Santafé de Bogotá. Universidad El Bosque

Tumor carcinoide primario de riñón

Dr. Camilo Andres Medina. Dr. Jaime Ossa Santamaría. Fundación Cardioinfantil. Universidad El Bosque

Tumores renales múltiples

Raúl Cruz. Juan Camilo Ospina Rodríguez. Cesar Lemus. Universidad El Bosque. Clínica El Bosque.

Esclerosis tuberosa

Alejandro Tarazona. Juan Camilo Ospina Rodríguez. Hospital Simón Bolívar. Universidad El Bosque.

Manejo de tumores retroperitoneales con compromiso de grandes vasos

Dr. Alberto Guerra. Dr. Camilo Medina Márquez. Dr. Jaime Alberto Ossa Santamaría. Fundación Cardio Infantil. Fundación Santa Fe de Bogotá. Universidad El Bosque.

Lipomatosis pélvica asociada a cistitis glandularis y adenocarcinoma de vejiga

Gabriel Manrique Gómez, Fernando Fernández. Instituto de Urología Especializada, Universidad del Valle y Clínica Rey David Cali

Ureteroapendicostomía en paciente transplantado luego de cistoprostatectomía radical.

José Rafael Romero Pinto. Javier Mauricio Salgado Tovar. Héctor Jairo Motato Moscoso. Universidad Nacional de Colombia. Clínica San Pedro Claver.

Melanoma de pene: Reporte de un caso en Cali, Colombia

Dr. Gino Arbelaez. Servicio de Urología de la Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali

Correlación del puntaje de Gleason en biopsia y el Gleason final en prostatectomía radical

Felipe Gómez Jaramillo. Carlos Fernández De Castro. Juan Ignacio Caicedo. Fundación Santa Fe de Bogotá. Universidad El Bosque. Pontificia Universidad Javeriana.

2:50 a 3:00 p.m.

Punción endoscópica de ureterocele. Experiencia Fundación Cardio Infantil - Hospital de la Misericordia

Dr. Gustavo Malo, Dr. Camilo Orjuela, Dr. Yair Cadena, Dr. Alejandro Quintero. Fundación Cardio Infantil - Hospital La Misericordia. Universidad El Bosque.

3:00 a 3:10 p.m.

Estandarización y significancia del tiempo de demora de relajación del complejo esfínter/piso pélvico en pacientes pediátricos.

Dr. Alvaro Gutiérrez Martínez, Dr. Jaime Ossa Santa-
maría. Unidad de Urodinamia Clínica de Marly.
Universidad El Bosque.

3:10 a 3:20 p.m.

Patrones urodinámicos en niños con patología de la vía urinaria

Gustavo Malo Rodríguez, Camilo Orjuela, Yair Cadena, Alejandro Quintero Espinosa. Departamento De Urología Pediátrica - Hospital De La Misericordia, Fundación Cardio Infantil. Universidad El Bosque.

3:30 a 4:00 p.m. - Salón Ritz

Trabajos de urología general

Presidente de Mesa: Dr. Jesús De Los Ríos Osorio
Coordinador: Dr. Rodrigo Muriel Herrera

3:30 a 3:40 p.m.

Uso de la planta Solanum Torvum sw en cistitis intersticial

Dr. Jorge Luis Londoño, Dr. Andrés García, Dr. Gino Arbelaez, Dr. Alberto Bermúdez. Servicio de Urología de la Universidad del Valle - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Cali- Colombia.

3:40 a 3:50 p.m.

Complicaciones urológicas en el primer mes post-trasplante renal. Experiencia en la última década, Hospital de San José, Bogotá.

Dr. Luis Alberto Blanco, Dr. Jesús Guzmán Charry, Dr. Jhon Robert Corrales, Dra. Alba Lucero Cáceres. Servicio de Urología. Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá.

3:50 a 4:00 p.m.

Adherencia al tratamiento de pacientes diagnósticos con HPB y manejados con alfabloqueadores

Dr. Jaime Díaz Berrocal, Dr. José Miguel Silva Herrera, Dr. Alejandro Jaramillo Noguera. Servicio Urología. Hospital San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

4:00 a 4:10 p.m.

Evaluación de los niveles de creatinina sérica en pacientes del Hospital de San José de Bogotá, para determinar su utilidad cuando existen síntomas obstructivos urinarios bajos secundarios a hiperplasia prostática benigna.

Dr Gustavo A. Salazar T, Hernán G. Guerrero M, Jhon J. Ortiz G. Carlos Díaz Granados. Hernán A. Aponte V.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Urología. Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

4:10 a 5:00 p.m. - Salón Ritz

Trabajos de litiasis, endourología y laparoscopia(2)

Presidentes de Mesa: Dr. Elías Mora
Dr. René Sotelo

Coordinador: Dr. César Andrade S.

4:10 a 4:20 p.m.

Heminefrectomía laparoscópica para doble sistema. Experiencia en Medellín.

Escobar J, Federico, Gaviria G, Federico, De los Ríos P, Juan Gabriel. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

4:20 a 4:30 p.m.

Nefrectomía bilateral laparoscópica. Experiencia en la Fundación Valle del Lili.

Duque M, Velásquez JG, Badiel M. Fundación Valle del Lili, Instituto de Investigaciones Clínicas. Cali, Colombia.

4:30 a 4:40 p.m.

Nefrectomía laparoscópica presentación de los primeros 100 casos

Federico Escobar Jaramillo, Federico Gaviria Gil, Rafael Castellanos Acosta, Juan Guillermo Aristizábal, Santiago Arbelaez, Luis Fernando Ramírez, Juan Carlos Castaño, Juan Gabriel De los Ríos, José Jaime Correa.

4:40 a 4:50 p.m.

Nefrectomía laparoscópica versus nefrectomía abierta. Experiencia en la Fundación Valle del Lili.

Velásquez JG, Duque M, Badiel M. Fundación Valle del Lili, Instituto de Investigaciones Clínica.

4:50 a 5:00 p.m.

Modelo experimental para entrenamiento de nefrectomía laparoscópica

Dr. Federico Escobar, Dr. Federico Gaviria, Dr. Carlos Uribe, Dr. Rafael Castellanos, Dr. José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

2:30 p.m. a 5:30 p.m.

Presentación de trabajos

2:30 a 5:30 p.m. - Salón Colombia

Trabajos de oncología

Presidentes de Mesa: Dr. Aaron Torres

Coordinadores: Dr. Camilo Medina Márquez
Dr. Felipe Gómez Jaramillo

2:30 a 4:00 p.m.

Trabajos de oncología urológica(1)

4:50 a 5:00 p.m.

Correlación entre el tipo y grado histológico de tumores renales como predictores de la presencia futura de metástasis metastásis.

Dr. José Rafael Romero Pinto, Dr. Wilfredo Donoso Donoso, Dr. Héctor Jairo Motato Moscoso. Clínica San Pedro Claver. Universidad Nacional de Colombia.

5:00 a 5:10 p.m.

Incidencia del cáncer testicular en el Hospital Universitario del Valle desde 1999 hasta 2004.

Andrés F. García, Alberto J. Bermúdez, Jorge Carbonell, Gino A. Arbelaez, Paula Vega, Andrés Vargas y Mauricio Caldas. Hospital Universitario del Valle.

3:30 a 5:30 p.m. - Salón Versalles

Presentación de videos

Segunda sesión

Técnica de Heitz - Boyer

Prof. Pablo Gómez Martínez, Dr. José Armando López López.

Ureterocalicostomía laparoscópica con colocación de cateéter doble j percutáneo en modelo experimental.

Dr. Cesar A Andrade S., Dr. Luis Jorge Gutiérrez, Dr. David Duarte, Dr. Alvaro Gutiérrez, Dr. Armando López López, Dr. Manuel Sierra. Departamento de Urología. Clínica El Bosque. Universidad El Bosque. Bogota, Colombia.

Ureterorenoscopia flexible para el tratamiento de cálculos renales sintomáticos menores de 5 milímetros

Juan Carlos Castaño Botero; Carlos Alberto Uribe Trujillo.

Pielolitotomía laparoscópica con fragmentación balística en modelo experimental

Dr. Cesar A. Andrade S., Dr. Luis Jorge Gutiérrez, Dr. David Duarte, Dr. Alvaro Gutiérrez, Dr. Armando López López, Dr. Manuel Sierra. Departamento de Urología. Clínica El Bosque y Universidad El Bosque. Bogota, Colombia.

Prostatectomía retropúbica por laparoscopia dedo asistida. (Nueva técnica).

Dr. César A. Andrade S., Dr. Carlos Hernández García, Dr. Hernán Aponte Varón, Dr. David Duarte, Dr. Alvaro Gutiérrez, Dr. Luis Jorge Gutiérrez, Dr. Edmundo Castello, Dr. Manuel Sierra. Departamento de Urología del Hospital Central de la Policía. Clínica Reina Sofia. Bogota, Colombia.

Heminefroureterectomía laparoscópica por atrofia polo superior por ureteroceles obstructivos.

Escobar J, Federico, Gaviria G, Federico, De los Ríos P, Juan Gabriel. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Heminefrectomía laparoscópica en niño de 5 años.

Escobar J, Federico, Gaviria G, Federico, De los Ríos P, Juan Gabriel. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Cistoprostatectomía radical por laparoscopia y bolsa continente tipo Studer.

Dr. Manuel Duque Galán, Dr. Luis A. Plazas. Fundación Valle del Lili. Cali.

Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica. A propósito de un caso.

Dr. Federico Escobar, Dr. Oscar Cortés, Dr. Arturo Bonilla. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

Pielolitotomía laparoscópica de riñón en herradura

Dr. Federico Escobar, Dr. Rafael Castellanos, Dr. Santiago Arbeláez, Dr. José Jaime Correa. Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Instituto de Cirugía Mínimamente Invasiva (Medlap).

5:30 a 7:30 p.m. - Salón RITZ ASAMBLEA

8:00 p.m. - Club Campestre

Fiesta típica

Patrocinado por: S.C.U.

Domingo 14 de agosto

7:00 a.m. a 7:45 a.m. - Salón Versalles

Conversatorio de endourología y laparoscopia "Prevención y manejo de las complicaciones laparoscópicas en urología"

Conferencista: Dr. René Sotelo - Venezuela
Dr. Elías Mora - Venezuela

Coordinador: Dr. César Andrade Serrano

8:00 a 8:30 a.m. - Salón Ritz

"Prostatectomía radical en el cáncer diseminado de la próstata: ¿Posibilidad o aberración?"

Conferencista: Dr. Aaron Torres - México

8:30 a 9:00 a.m. - Salón Ritz

"Laparoscopia en urología: Evidencia y nuevas fronteras"

Conferencista: Dr. René Sotelo N. - Venezuela

9:00 a 9:30 a.m. - Salón Ritz

"Estado del proceso de recertificación en Colombia. Colegio médico colombiano"

Conferencista: Dr. Stevenson Marulanda

- 12:55 a 1:20 p.m. Manejo actual del cáncer renal localizado:
Avanzado y metástasis
Dr. Jaime Andrés Cajigas P.
- 1:20 a 1:45 p.m. Nuevas fronteras en el tratamiento de cáncer renal
Dr. Carlos Alberto Vargas
Oncólogo - Fundación Santa Fe de Bogotá
- 1:45 a 2:00 p.m. Preguntas y respuestas.
Moderador: Jaime A. Cajigas Plata

2:00 a 3:00 p.m. - Salón Ritz
“Los mejores videos del congreso”

Coordinador: Dr. Mauricio Moreno Jiménez

3:00 a 4:00 p.m. - Salón Ritz
“Mensajes para llevar a casa”

Coordinador: Dr. Mauricio Moreno Jiménez

- 15:00 a 15:10 Generalidades
Dr. Mauricio Moreno Jiménez
- 15:10 a 15:20 Oncología
Dr. Camilo Medina Márquez
- 15:20 a 15:30 Endourología
Dr. Carlos Hernández García
- 15:30 a 15:40 Laparoscopia
Dr. César Andrade Serrano
- 15:40 a 15:50 Pediatría
Dr. Jaime Pérez Niño
- 15:50 a 16:00 Sexualidad
Dr. Daniel Sánchez Sierra
- 16:00 a 16:10 Imágenes Diagnósticas
Dr. Rafael Castellanos Acosta
- 16:10 a 16:20 Incontinencia
Dr. Juan M. Aristizábal Agudelo

8:00 p.m. - Club Colombia
Cena de clausura
Patrocinado por: S.C.U.

Los trabajos deben ser enviados a la revista Urología Colombiana, Calle 93 No. 14-20, Oficina 410. Bogotá, D. C., Colombia. PBX: 2186700.

Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente, ni remitidos concomitantemente a otras revistas. Una vez aceptados para la publicación, pasarán a ser propiedades de la revista y no podrán ser reimpresos sin la debida autorización por escrito de la redacción.

Los trabajos deberán ser redactados de acuerdo con las orientaciones de "Criterios Uniformes de Presentación de Manuscritos a Journals, y revistas del área biomédica", propuesta por el "Comité Internacional de Editores de journals Médicas" ("Internacional Committee of Medical journal Editores").

Los artículos deberán estar escritos en Español, de acuerdo con la ortografía oficial. Es facultad del Comité editorial recibir trabajos escritos en otros idiomas, pero que deberán ser traducidos y publicados en español.

Los trabajos deberán ser mecanografiados a doble espacio en papel tamaño oficio. Deberán ser enviados en original y dos copias. Los originales de las tablas y figuras deberán también ser enviados con dos copias de cada uno. Los manuscritos deberán mecanografiarse con márgenes de 3 centímetros a cada lado. Abreviaturas clásicas se podrán utilizar, pero la primera mención deberá ser completa, seguida de la abreviación. Giros, expresiones o abreviaturas poco comunes no deberán utilizarse. Las drogas se deberán mencionar por su nombre genérico.

Cada una de las siguientes secciones del original debe ser identificada independientemente, así: Título, Resumen (en español y en inglés) y Palabras Clave, Contenido, Agradecimientos, Referencias y Bibliografía, Cuadros Gráficos (con título y notas completos que deben ser de buena calidad), Ilustraciones.

Todos los trabajos enviados deberán contener una página donde se consigna el título y en dicha página deberán aparecer, el nombre

del artículo (un subtítulo explicativo) si se desea, al pie del título, nombre del (os) autor (es), lugar de realización del trabajo, ciudad y país, dirección para correspondencia, título en inglés "palabra clave" y fecha de envío para su publicación.

La secretaria de la revista acusará recibo de los originales y posteriormente notificará a los autores sobre la aceptación final para su publicación. **La revista se reserva el derecho de no aceptar los originales que no considere apropiados** (presentación, mecanografía, etc.), así como proponer modificaciones de acuerdo con apreciación del comité editorial.

Tipos de colaboración

Artículos de revisión: Los artículos de revisión solamente serán aceptados para publicación cuando son solicitados por el comité editorial. Representan artículos que analizan críticamente los trabajos más recientes y de mayor importancia sobre determinado tópico urológico. La extensión máxima es de 20 páginas mecanografiadas a doble espacio, incluidos todos los anexos. El número de referencias bibliográficas debe limitarse a lo esencial. Estos artículos no se acompañan de resumen o summary; deben contener apenas el título en inglés, palabra clave, lugar donde fue realizado y dirección para correspondencia.

Artículos originales: Representan Contribuciones inéditas o metodologías enteramente nuevas, de modo que contribuyan de forma importante a los conocimientos previamente adquiridos en una determinada área de la especialidad. El conocimiento puede provenir de estudios clínicos o experimentales. Debe contener la página en donde se consigna el título en Español, título en Inglés, resumen, summary, palabra clave, lugar donde fue realizado, dirección para correspondencia. El trabajo debe contener: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Referencias Bibliográficas que no excedan en número de 20 (veinte).

Relato de casos: Debe incluir caso (s) clínico (s) de importancia para el aprendizaje y de

interés especial, cuyo relato aporte algún conocimiento nuevo. No debe sobrepasar 10 páginas mecanografiadas a doble espacio, incluyendo las ilustraciones. Estos artículos deben contener la página en que se consigna el título, con el título en español, título en inglés, resumen, dirección para correspondencia. El artículo debe contener: introducción, descripción del (os) caso (s) clínico (s), discusión y referencias bibliográficas, en número máximo de 10 (diez).

Técnica quirúrgica: Representa nuevas modalidades técnicas de tratamiento quirúrgico o instrumental y debe contener la página en que se consigna el título, con el título en Español, título en inglés, palabras clave, lugar de realización del trabajo, y dirección para correspondencia. El trabajo debe contener introducción, técnica quirúrgica, comentarios y referencias bibliográficas que no deben pasar de 10 (diez).

Cartas al editor: Tienen por objeto permitir intercambio de opiniones tanto de especialistas como de investigadores académicos, podrán presentar puntos de vista, contribuciones personales y comentarios sobre artículos publicados, o presentar dudas sobre determinados aspectos urológicos específicos. La revista publicará las cartas y las respuestas de los autores del trabajo cuestionado o de otro autor especialmente invitado para esta finalidad. Las cartas no deben sobrepasar dos hojas escritas a doble espacio y lo mismo para las respuestas. El número máximo de referencias bibliográficas será de cinco (5). El autor debe citar el sitio donde se realizó el trabajo y la dirección para correspondencia.

Resúmenes comentados: Serán publicados a criterio del editor de sección o del cuerpo editorial.

Presentación de manuscritos

Ilustraciones: El número máximo de ilustraciones será de diez (10) por manuscrito. Las fotografías deberán ser en blanco y negro, de buena calidad, formato 9 x 12 centímetros, no pegadas ni fijadas con clip. En el reverso, con lápiz, deberá constar el sitio de la foto, el nombre del primer autor del trabajo, y la numeración en números arábigos. Deben ser enviadas con dos copias. Las leyendas deben estar en páginas separadas, que contengan todas las

leyendas de las respectivas ilustraciones numeradas con números arábigos y mecanografiadas a doble espacio. En el texto, todas las ilustraciones deben ser citadas en números arábigos.

Tablas: Deberán enviarse aisladamente en páginas separadas y numeradas en números arábigos. Las leyendas de las tablas deberán mecanografiarse a doble espacio. Las tablas deberán ser citadas en el texto con números arábigos.

Referencias bibliográficas: Las referencias bibliográficas deberán ser numeradas consecutivamente en el orden en que son inicialmente mencionadas en el texto. Se deben identificar en el texto las referencias, tablas y leyendas en números arábigos, entre paréntesis, evitando así el nombre del autor. Las referencias citadas solamente en tablas o leyendas de figuras deben ser numeradas de acuerdo con la secuencia establecida por la primera identificación en el texto o ilustración en particular.

Utilizar el estilo de presentación de acuerdo con la 'National Library of Medicine' y/o "Index Medicus". Las referencias deben contener los apellidos y nombres abreviados de los autores (hasta seis, en caso de ser un número superior indicar "et al") el nombre abreviado de la revista de acuerdo con el "Index Medicus" o la "National Library of Medicine", el año de su publicación, el volumen y el número del fascículo, y las páginas inicial y final de la publicación.

Ejemplos:

Revista Científica:

Mejía C.A., Sánchez F., De los Ríos J., García L.F., Análisis del Potencial Fertilizante de los Espermatozoides Humanos y el uso del Fluido Folicular Humano como agente Capacitante. Urol. Colomb., 1993; 3 (3): 29-48.

Libros:

Rojas M., William, Inmunología, 4 ed. Bogotá: Presencia. Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978.

Capítulo de Libro:

López G., Federico. Enfermedades Cerebrovasculares. En: Vélez A., Hernán; Borrero R., Jaime; Restrepo M., Jorge; eds. Fundamentos de Medicina, 2ª ed. Medellín: CIB-Gráficas Vallejo, 1971: 2.738 2.756.