

RESÚMENES DE UROLOGY, VOLUMEN 70, 2007

(Noviembre, 2007)

Traductor: Prof. Consultante de Urología Dr. Antonio Rivero Alvisa.

NOTA DEL TRADUCTOR.- Se traducen los resúmenes de los principales trabajos según criterio del traductor y se hacen algunas anotaciones de datos entresacados del trabajo original que pueden ser útiles al lector.

1. - "Pathologic Stage Migration Has Slowed in the Late PSA Era"

Autores: Fei Dong, Alwyn M. Reuther, Cristina Magi-Galluzzi, Ming Zhou, Patrick A. Kupellan, and Eric A. Klein.

UROLOGY 70: 839-842, 2007.

Solicitud de copia: Eric A. Klein, M.D., Profesor of Surgery and Head, Urologic Oncology, Cleveland Clinic Lerner Collage of Medicine, Glickman Urological Institute, Desk A100, 9500 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44195.

E-mail: kleine@ccf.org

Objetivos: El despistaje por antígeno prostático específico (APE) nos ha llevado a la migración del estadio clínico y patológico. Nosotros estudiamos pacientes tratados por prostatectomía radical entre 1987 y 2005 para establecer tendencias en el tiempo y en el cambio o migración de estadio patológico valorado por la proporción de pacientes con enfermedad no confinada al órgano (ENCO).

Métodos: Fueron evaluadas las piezas quirúrgicas de 3364 pacientes tratados por prostatectomía con cortes seriados (3-5mm), por año. Las variables categóricas fueron analizadas por el chi cuadrado y las variables continuas por el test de Mann-Whitney. Las tendencias totales fueron analizadas por el test Cochran-Armitage. El análisis de regresión fue realizado utilizando el Jointpoint Regression Program del Nacional Cancer Institute.

Resultados: Desde 1987 al 2005, la población estudiada sufrió una migración del estadio patológico hacia más tumores confinados al órgano ($p < 0.0001$). La población de pacientes con ENCO exhibieron cambios 1992 y 1995.. Después de la implementación del despistaje con APE la migración del estadio se aceleró entre 1992 y 1995. Desde 1995, la migración del estadio patológico ha bajado pero continúa con un cambio anual de -4.2% ($p < 0.0027$).

Conclusiones: La presencia de ENCO en las prostatectomías ha declinado sustancialmente en la era del APE. Un descenso reciente en esta tendencia un efecto disminuyente del despistaje con APE en la migración del estadio patológico.

Nota tomada de los Comentarios de los autores:

"Las mas recientes observaciones demuestran que la migración del estadio hacia la enfermedad confinada al órgano continúa un cambio anual de un -4.2%, desde 1995. Aunque una pequeña proporción de pacientes afectos de cáncer prostático se presenta ahora con ENCO, este cambio corresponde a un cambio absoluto del 1.0% de todos los pacientes en el 2005, contra el 11.1 % en el 1992, lo que sugiere que el efecto beneficioso del despistaje con APE, en cuanto a la migración del estadio, ha disminuido sustancialmente en los últimos 10 años"

Nota: Los estudios estadísticos utilizados fueron tomados del texto de Análisis Estadístico.

2. - Are Doctors Examining Prostates in University Hospital?

Autores: Chin Hong Lim and David M. Quinian.

UROLOGY 70: 843-845, 2007

Solicitud de copia: Chin Hong Lim, M.B., B.Ch., B.A.O., I.M.R.C.S., Department of Urology, St. Vincent's University Hospital, 94 Castledawson, Sion Hill, Blackrock, Dublin 4, Ireland.

E-mail: chinhong242002@yahoo.com

Objetivos: Nosotros hemos observado que el examen del Antígeno Prostático Específico (APE) es realizado para la evaluación o despistaje de la próstata, pero el uso del examen por tacto rectal (TR) aparece de forma no consistente. Para definir mejor la sospecha de la poca realización de TR, estudiamos la frecuencia de la combinación del TR con el examen del APE en la valoración de la próstata.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 197 pacientes consecutivos en una sola institución, desde enero/2004 hasta junio/2005, de aquellos que solicitaron una consulta con el urólogo. El criterio de inclusión fue de pacientes masculinos con 50 años o más, sin historia de cáncer prostático. El promedio de edad fue de 62.4 años. Se investigó la realización del TR, el APE, las causas de la consulta y los grupos médicos responsables de la atención de los pacientes en el hospital, revisando los datos de las historias clínicas del hospital.

Resultados: Un total de 89 pacientes (45.18%) tenían APE realizado, 50 (25.38%) tenían TR descrito y 34 (17.26%), tenían ambos exámenes escritos en la historia médica antes de la consulta con el urólogo. De 68 pacientes quirúrgicos, 22 (32.35%) tenían realizado el TR, comparados con 22 pacientes no quirúrgicos (21.71%). Más pacientes no quirúrgicos tenían APE comparados con los quirúrgicos (48.06% vs. 39.88%).

Conclusiones: El estudio del cáncer prostático o su despistaje por la combinación del TR y APE no se realiza con frecuencia por los doctores de un hospital universitario. El realizar

poco el TR, no sólo disminuye el entrenamiento de los médicos jóvenes, sino que también lleva a la no detección de algunos cánceres prostáticos.

3. - Retrograde Ureteral Stents for Extrinsic Ureteral Obstruction: Nine Years^a Experience at University of Michigan.

Autores: Henry M. Rosevear, Simon P. Kim, David L. Wenzler, Gary J. Faerber, William W. Roberts, and J. Stuart Wolf Jr.

UROLOGY 70: 846-850, 2007

Solicitud de copia: J. Stuart Wolf Jr., M.D., Department of Urology, University of Michigan, Health System, 1500 East Medical Center Drive, TC 3875, Ann Arbor, MI 48109.

E-mail: wolf@medumich.edu

Objetivos: Revisar nuestra experiencia con el cateterismo ureteral retrógrado permanente (stent) en la obstrucción ureteral extrínseca, debido a que reportes anteriores han sugerido sólo moderado éxito.

Métodos: Hicimos una revisión retrospectiva de la evolución de los pacientes a quienes se les colocó un stent ureteral por vía retrógrada desde marzo/96 hasta abril/05. Los parámetros clínicos fueron los relacionados con el fallo del stent, que se definió como cualquier unidad ureteral (UU) que se mantuviera obstruida.

Resultados: Un total de 54 pacientes se trataron por compresión extrínseca del uréter, lo que representó un total de 87 UU y fueron seguidos por un promedio de 16 meses (de 0.7 a 98 meses) en los casos exitosos. De todos los stents, el 68% fue colocado por enfermedad maligna, el 23% por fibrosis retroperitoneal y el 9% por masas benignas. El éxito total se obtuvo en el 84%; en los casos malignos el 81%, en la fibrosis retroperitoneal un 85% y en los tumores benignos un 100%. En 14 UU hubo fallos en un promedio de tiempo de 4.8 meses (0.007 a 27 meses). Se colocaron múltiples stents en 54 UU con un promedio de 5.5 cambios con un intervalo promedio de 3.6 meses. En análisis univariado, sólo el aumento sérico de la creatinina se asoció con el fallo del stent ($p < 0.01$), aunque los stents colocados por enfermedades localizadas tuvieron tendencia a mayor éxito que los colocados por enfermedades regionales (100% vs. 81%, $p = 0.07$)

Conclusiones: Si la colocación inicial del stent ureteral fue posible, la obstrucción ureteral extrínseca fue manejada con éxito en el 84% de los casos. Dado que las características preoperatorias no pudieron ser identificadas, excepto en las enfermedades regionales que muestran una tendencia de menor éxito, la colocación retrógrada de un stent puede ser considerada como el tratamiento de primera línea para los pacientes con obstrucción ureteral extrínseca.

4.- Adrenal Trauma: Elvis Presley Memorial Trauma Center Experience.

Autores: Reza Mehrazin, Ithaar H. Derweesh, Matthew C. Kincade, Adam C. Thomas, Robert Gold, and Robert W. Wake.

UROLOGY 70: 851-855, 2007

Solicitud de copia: Ithaar H. Derweesh, M.D., Department of Urology, University of Tennessee Health Science Center, Urology Service, Regional Medical Center at Memphis, 956 Court Avenue, Room H-210, Memphis, TN 38163.

E-mail: iderwees@utmen.edu

Objetivos: El daño de la glándula suprarrenal es un evento devastador si no se reconoce en el curso del tratamiento de un paciente traumatizado. Nosotros revisamos la experiencia en nuestro Centro y la evolución de los pacientes con trauma de la glándula suprarrenal (TGSR).

Métodos: Hicimos una revisión retrospectiva de todos los pacientes que se presentaron con trauma al Regional Medical Center en Memphis y que tuvieron TGSR, desde enero/91 hasta marzo/06. Cada historia clínica fue detalladamente revisada en relación a los datos demográficos, daños asociados, complicaciones y resultado final. Los pacientes se clasificaron en dos subgrupos atendiendo a la edad (35 años o menos y mayores de 35 años) para realizar una comparación basada en este parámetro.

Resultados: De 58 000 pacientes que presentaron trauma, 130 (0.22%) tuvieron TGSR y de estos, en 8 (6.2%) fue el único trauma y en los 122 restantes (93,8%) no. De esos 139 pacientes, 125 (96.2%) fueron diagnosticados por tomografía computarizada y 5 (3.8%) se diagnosticaron durante la laparotomía exploradora. El daño del lado derecho predominó (78.5%) con 6 (4.6%) bilateral. En 4 pacientes (3.1%) fue necesario realizar suprarrenalectomía. Siete pacientes (5,4%) con TGSR fallecieron. Un paciente necesitó terapia esteroidea crónica. Los pacientes mayores de 35 años tuvieron más complicaciones como trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto urinario. Los pacientes menores de 35 años tuvieron una mayor incidencia de asociación con trauma del hígado.

Conclusiones: El TGSR es poco común y está mayormente asociado a los severos y mayores traumatismos. Aunque aumenta la morbilidad, la mayoría son autolimitados y no se requiere intervención.

5. - Lemonade Therapy Increases Urinary Citrate and Urine Volumens in Patients with Recurrent Calcium Oxalate Stone Formation.

Autores: Kristina L. Penniston, Tomas H. Steele, and Stephen Y. Nakada.

UROLOGY 70: 856-860, 2007.

Solicitud de copia: Stephen Y. Nakada, M.D., Department of Surgery, Division of Urology, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, 600 Highland Avenue, G5/339 Clinical Science Center, Madison, WI 53792-3236.

E-mail: nakada@surgery.wisc.edu

Objetivos: El citrato de K es prescrito a pacientes con formación de cálculos de oxalato de calcio (OxCa) para aumentar el citrato en orina y el pH y de esa forma reducir la formación de cristales de OxCa. La terapia con limonada (TL) puede también aumentar el citrato urinario y el volumen total de orina. Comparamos los efectos de la TL sola (grupo 1, n=63) y el citrato de K más TL (grupo 2, n=37) en pacientes que forman cálculos de OxCa, para determinar la eficiencia de la TL midiendo el citrato urinario y el volumen total de orina.

Métodos: Se incluyeron en nuestro estudio retrospectivo los adultos formadores de cálculos de OxCa, con tres o más consultas clínicas desde 1996 hasta el 2005 y 3 o más perfiles de UroRisk*.

Resultados: El citrato urinario aumentó de forma máxima en 203 y 346 mg/día para los grupos 1 y 2 respectivamente. El máximo total del volumen urinario aumentó en 763 y 860 ml/día para los grupos 1 y 2 respectivamente. El citrato urinario y el volumen total de orina aumentó desde temprano en el grupo 1 durante su seguimiento. En las últimas visitas el volumen de orina y el citrato urinario había decrecido en ambos grupos. Sin embargo el grupo 1 mantenía un volumen total urinario mayor que el del grupo 2 (2.35 ± 0.10 vs. 2.17 ± 0.12 l/día). El citrato urinario fue mayor en el grupo 1 (765 ± 56 vs. 548 ± 56 mg/día para el grupo 2), pero el cambio de los índices de inicio con respecto a la última visita fue significativo ($p=0.008$) sólo en el grupo 2.

Conclusiones: La TL resultó favorable en los cambios del citrato urinario y el volumen total de orina en ambas series. El citrato de K con TL fue más efectivo que la TL sola en el aumento del citrato urinario. Como los aumentos del citrato urinario y del volumen de orina se obtuvieron en las primeras visitas del seguimiento, la recomendación y motivación para el tratamiento debe ser llevada a cabo en cada visita para mantener la prevención.

Notas tomadas de Material y Método:

*UroRisk Diagnostic: (Misión Pharmacal Referente Laboratory, San Antonio, Texas)

La TL consiste en tomar 4 onzas de jugo de limón diluido en agua/día o 32 onzas de limonada con azúcar o sin ella/día, suponiendo que cada 8 onzas de limonada contienen una onza de jugo de limón.

6. - Ureterocystoplasty is Safe and Effective in Patients Awaiting Renal Transplantation.

Autores; Arash Taghizadeh, Reza Mahdavi, Saeed Mirsadraee, Hamid Reza Ghorbani , and H. R. Patel.

UROLOGY 70: 861-863, 2007.

Solicitud de copia: H.R. Patel, Institute of Urology, University College Hospital Ground Floor, Rosenheim Wing, 25 Grafton Way, London, WC1E 6DB UK.

E-mail: hiten.patel@uclh.nhs.uk

Objetivos: Se valoró el resultado quirúrgico y la función vesical de un grupo de pacientes a quienes se les practicó una ureterocistoplastia (UCP) mientras esperaban un trasplante renal.

Métodos: Fue realizado un estudio observacional de cohorte. Se hizo una revisión de los datos de 16 pacientes a quienes se les practicó una UCP, entre 1997 y 2006. La valoración post operatoria incluyó la medida de la capacidad vesical y los hallazgos de la ureterocistografía miccional.

Resultados: La edad media de los pacientes en el momento de la operación fue 17 años (3-44años). El seguimiento medio fue de 38 meses (3-60meses). Todos los pacientes obtuvieron continencia urinaria. El aumento medio de la capacidad vesical fue 162 ml (65-265 ml), lo que representó una media proporcional de 226% de aumento (167%-340%) de la capacidad original. Ninguno de los pacientes desarrolló reflujo vésico ureteral. Sólo cuatro pacientes necesitaron cateterismo vesical intermitente para vaciar sus vejigas. Siete pacientes recibieron un trasplante renal entre los 3 y 7 meses después de la UCP.

Conclusiones: La UCP es segura y efectiva en los pacientes que esperan un trasplante renal. Los buenos resultados pueden ser obtenidos cuando se preserva la vascularización del uréter. Los resultados de este estudio confirman la conveniencia de preservar los uréteres en los pacientes que esperan un trasplante renal y pueden necesitar una cirugía de aumento vesical.

Notas tomadas de Material y Métodos y Resultados:

“Antes de la UCP, todos los pacientes (n=16) tenían una vejiga con pobre acomodación y altas presiones, con uno o ambos uréteres dilatados, resultados de vejigas neurógenas o por obstrucción. “De los 16 casos, en 15 se hizo nefrectomía antes de la UCP.

Bibliografía de interés:

Eckstein H. B., and Martin M. R. R. “Uretero-cystoplastik” *Aktuel Urol* 4:255-257, 1973.

Bellinger M. F. “Ureterocystoplasty: a unique method for vesical augmentation in children” *J Urol* 149: 811-813, 1993.

Churchill B. M., Aliabadi H., Landau E. H., et al. “Ureteral bladder augmentation” *J Urol* 150: 716-720, 1993

7. - Incidence of Local Recurrence and Port Site Metastasis After Laparoscopic Radical Nephroureterectomy.

Autores: Michael Muntener, Edward M. Schaeffer, Federico R. Romero, Matthew E. Nielsen, Mohamed E. Allaf, Fabio Augusto R. Brito, Christian P. Pavlovich, Louis R. Kavoussi, and Tomas W. Jarrett. Ç

UROLOGY 70: 864-868, 2007.

Solicitud de copia: Michael Muntener, M. D., James Buchanan Brady Urological Institute, The Johns Hopkins Hospital, 600 N Wolfe Street, Marburg 1, Baltimore, MD21287-2101.

E-mail: muntener@jhmi.edu

Objetivos: Identificar la incidencia de la recurrencia local y las metástasis en los puertos en los pacientes a quienes se les practicó nefroureterectomía radical (NUR) laparoscópica por carcinoma transicional (CT) del tracto urinario superior.

Métodos: Entre agosto/93 y febrero/06 se realizaron 116 NUR en 115 pacientes en nuestra institución. Fueron 76 por cirugía abierta tradicional, 27 por laparoscopia con grapas y en 11 casos se utilizaron diversas técnicas para el manejo del uréter distal. Se recogieron retrospectivamente los datos del seguimiento y del tiempo transoperatorio y hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: Los datos transoperatorios y los anatomopatológicos fueron útiles en los 116 casos. El resultado clínico fue útil en 107 pacientes con un seguimiento promedio de 30.5 meses (1-148 meses). En 6 pacientes (5.6%) hubo recurrencia local incluyendo un paciente con metástasis en uno de los puertos (0.9%) en un tiempo de 5.7 meses. En dos de estos pacientes se comprobó apertura del tracto excretor en el transcurso de la operación.

Conclusiones: Nosotros reportamos una baja incidencia de recurrencia local en la gran serie de NUR laparoscópica de nuestro Centro. Nuestros resultados confirman que el abordaje laparoscópico del CT del tracto urinario superior no lleva a un incremento significativo de diseminación tumoral si se guardan los cuidados oncológicos de esta cirugía.

8. - Retroperitoneoscopy Partial Nephrectomy Using Radiofrequency Coagulation for Small Renal Tumors.

Autores: Tomihiko Asano, Yasunori Mizuguchi, Akio Horiguchi, Kelichi Ito, Makoto Sumitomo, Fumihiro Kimura, Akira Miyajima, and Masamichi Hayakawa.

UROLOGY 70: 869-872,2007.

Solicitud de copia: Tomihiko Asano, M. D., Department of Urology, Nacional Defense Medical Collage, 3-2 Namiki, Tokorosawa, Saitama 359-8513, Japan.

E-mail: otosan@ndmc.ac.jp

Objetivos: El uso de la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) ha estado limitado por falta de técnicas hemostáticas confiables. Nosotros evaluamos la coagulación por radiofrecuencia (CRF) para obtener hemostasia durante la NPL en pequeños tumores renales.

Métodos: Durante cuatro años hemos realizado NPL con un abordaje retroperitoneal, en 11 pacientes con tumores renales únicos y predominantemente exofíticos. El hilio renal no fue expuesto. La radiofrecuencia fue manejada para lograr la coagulación de la lesión y los márgenes del parénquima normal. Los tumores fueron extirpados con, al menos, 0.5 cm de margen normal del parénquima con el uso de guía ultrasónica.

Resultados: El promedio del tamaño tumoral fue 2.2 cm (1.5-3 cm). El promedio del tiempo quirúrgico fue 222 min (130-305 min) y el promedio de pérdida de sangre fue de 51 ml (10-200 ml). Durante la extirpación el sangramiento de la superficie de corte fue mínimo y la estructura de la corteza y la médula se podía distinguir claramente después de la coagulación. No hubo complicación como sangramiento incontrolable o pérdida de orina. Un paciente tuvo una quemadura en el sitio de inserción del electrodo aguja e hidronefrosis causada por estrechez de la unión ureteropielica. En el seguimiento entre 8 y 53 meses no se detectó ninguna recurrencia local ni metástasis a distancia por tomografía computarizada.

Conclusiones: La capacidad hemostática de la CRF es excelente, mejorando la visibilidad y facilidad de la operación durante la NPL y evita la necesidad de pinzar el pedículo. Futuras experiencias y avances en la tecnología de la radiofrecuencia serán necesarias para la aplicación de este método en tumores mayores y localizados centralmente.

9. - Prospective Randomized Comparison of Laparoscopic and Hand Assisted Laparoscopic Radical Nephrectomy.

Autores: Ramakrishna Venkatesh, Jay S. Belani, Cathy Chen, Chandru P. Sundaram, Sam B. Bhayani, Robert S. Figenshau, and Jaime Landman.

UROLOGY 70: 873-877, 2007.

Solicitud de copia: Ramakrishna Venkatesh, Division of Urology, Washington University School of Medicine, 4960 Children's Place, Campus Box 8742, St Louis, MO 63110.

E-mail: venkateshr@wudosis.wustl.edu

Objetivos: La mayoría de los cánceres renales son actualmente tratados por nefrectomía radical laparoscópica con o sin mano asistida. En este estudio aleatorio nosotros evaluamos los resultados de los pacientes tratados con la nefrectomía radical laparoscópica Standard (NRL), contra la que usa la mano asistida (NRLA).

Métodos: Durante un período de tres años nosotros asignamos de forma aleatoria a 21 pacientes con tumores renales de 10 cms o más a un grupo con extracción intacta de la pieza por NRL y otro grupo por NRLA. El calibre de los trócares y los sitios de abordaje, la posición del dispositivo para la mano asistida y los sitios de extracción de la pieza fueron pre establecidos. Se evaluaron las características de los pacientes, las complicaciones quirúrgicas, el dolor post operatorio y la convalecencia.

Resultados: A 12 pacientes se les realizó NRL y a 9 NRLA. Ambos grupos tenía índices de masa corporal similares, promedio de diámetro tumoral (NRL 5.8 cm; NRLA 5.6 cm) y similares índices de la American Society of Anesthesiologists (ASA). El grupo de NRLA fue significativamente más viejo (promedio 68 años), mientras el grupo de NRL promedió 54 años ($p=0.019$). En el post operatorio, ambos grupos tuvieron un tiempo promedio igual para el inicio de la vía oral (NRL 2.6 días y NRLA 3 días, $p=0.6$). Ambos grupos reportaron iguales índices de dolor en el primer día, al mes y a los tres meses de operados. Dos pacientes de cada grupo tuvieron complicaciones (NRL 16% y NRLA 22%).

Conclusiones: En conclusión no hubo diferencias entre la NRL y la NRLA en la mayoría de los parámetros, incluyendo la estadía hospitalaria y el dolor post operatorio. Sin embargo, los pacientes operados por NRL tuvieron una convalecencia significativamente menor y un retorno más rápido a su vida y trabajo normales que los del grupo de la NRLA. En parte, la demora en los parámetros de convalecencia pueden estar en relación con la mayor edad del grupo de la NRLA.

10. - Renal Medullary Carcinoma: The Bronx Experience.

Autores: A. Ari Hakimi, Phillip T. Kol, Paul M. Milhoua, Netta M. Blitman, Maomi Li, Vladimir Hucec, Janice P. Dutcher, and Reza Ghavamian.

UROLOGY 70: 878-882, 2007.

Solicitud de copia: A. Ari Hakimi, M. D., Department of Urology, Montefiore Medical Center Medical Arts Pavillon, 3400 Bainbridge Avenue, 5th Floor, Bronx, NY 10467.

E-mail: ahakimi@montefiore.org

Objetivos: El carcinoma medular del riñón (CMR) es una enfermedad devastadora y extremadamente maligna que afecta principalmente a jóvenes masculinos con rasgo sicklémico. Presentamos nuestra experiencia clínica con 9 casos de CMR en un período de 10 años y una revisión resumida de los datos publicados.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los datos de 9 casos de CMR en un período de 10 años en nuestra institución. Se recogieron las características, su presentación, tratamientos y resultados. Se revisaron las imágenes radiológicas y las

características anatomopatológicas de las piezas. Se seleccionaron estudios aplicables del Medline.

Resultados: Los nueve pacientes tenían rasgo sicklémico. La relación hombre mujer fue 6:3 y el rango de edad fue de 13 a 31 años. Todos los pacientes se presentaron con dolor en el flanco, los 2/3 del grupo tenían hematuria y 3 del total tenían una masa palpable. Ocho de los 9 tumores fueron del lado derecho, con un rango de diámetro mayor entre 4 y 12 cm. A 7 pacientes se les realizó nefrectomía radical. En un paciente se definió el tumor como inoperable en el quirófano y a otro se le administró quimioterapia después de demostrar una lesión metastásica por biopsia. Las terapias adyuvantes variaron. La supervivencia total estuvo entre 4 y 16 meses, con dos pacientes vivos todavía en las últimas visitas de seguimiento.

Conclusiones: Nuestra situación urbana explica la relativa gran experiencia con este raro y extremadamente agresivo tumor. El diagnóstico temprano es crítico y debe tenerse alta sospecha en todo individuo con rasgo sicklémico y aparición de hematuria, especialmente con una masa palpable del lado derecho. Se necesitan ensayos prospectivos con quimio-inmunoterapia, porque la intervención por sí sola no es adecuada.

11. - **Routine Stenting Reduces Urologic Complications as Compared with Stenting "On Demand" in Adult Kidney Transplantation.**

Autores: Panco Georgiev, Christian Böni, Felix Dahm, Christine F. Maurus, Estefan Wildi, Valentin Rousson, Rudolf P. Wüthrich, Pierre-Alain Clavien, and Markus Weber.

UROLOGY 70: 893-897, 2007.

Solicitud de copia: Markus Weber, M.D., Department of Visceral and Transplantation Surgery, University Hospital of Zurich, Ramistr 100, CH-8091, Zurich, Switzerland.

E-mail: markus.weber@usz.ch

Objetivos: Examinar el impacto de la técnica quirúrgica escogida y el uso sistemático o el uso a demanda de la colocación de una férula ureteral, sobre la incidencia de complicaciones urológicas en los trasplantes renales en el adulto.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente los datos de 497 trasplantes renales consecutivos en un solo centro, relacionados con complicaciones urológicas. Se compararon 3 estrategias quirúrgicas diferentes para la ureteroneocistostomía: (1) ureteroneocistostomía trans vesical usando férula a demanda, (2) anastomosis extravesical con férula a demanda y (3) anastomosis extravesical con férula siempre. Se evaluaron 9 parámetros por un sistema de regresión logística, en relación con posibles contribuciones en la aparición de complicaciones urológicas.

Resultados: La complicación de rutina de una férula ureteral redujo significativamente las complicaciones urológicas, comparada con las otras dos variantes (20.8% en la transvesical con férula a demanda, 17.9% en la extravescical con férula a demanda y 5.8% con la extravescical y férula de rutina. El análisis de regresión logística reveló que la colocación férula de rutina vs. la colocación a demanda ($p=0.001$) y el trasplante de donante vivo ($p=0.038$) son dos factores independientes asociados a una menor incidencia significativa en las complicaciones urológicas. Aunque la colocación de rutina de una férula no estuvo asociada con un aumento de la aparición de infección en el tracto urinario, el sexo femenino si fue el único factor independiente asociado con esta complicación ($p=0.001$).

Conclusiones: La colocación de rutina de una férula ureteral en la ureteroneocistostomía es superior a la colocación a demanda, en el trasplante renal de adultos, sugiriendo que la decisión durante el acto quirúrgico de la colocación o no de la férula, no es suficiente para evitar las complicaciones urológicas.

12. - **Surgical Resection Provides Excellent Outcomes for Patients with Cystic Clear Cell Renal Cell Carcinoma.**

Autores: W. Scott Webster, R. Houston Thompson, John C. Cheville, Christine M. Lohse, Michael L. Blute, and Bradley C. Leibovich.

UROLOGY: 70: 900-904, 2007.

Solicitud de copia: Bradley C. Leibovich, M. D., Department of Urology, Mayo Clinic, 200 First St. SW, Rochester, MN 55905.

E-mail: leibovich.bradley@mayo.edu

Objetivos: Observaciones previas sugieren que la variante quística del carcinoma renal de células claras (CRCC) se cura con la resección quirúrgica. Sin embargo los resultados a largo plazo son insuficientes. Nosotros revisamos nuestra experiencia con el CRCC y reportamos las características patológicas y los resultados finales en los pacientes con la variante quística.

Métodos: Identificamos 2431 pacientes tratados por nefrectomía por un CRCC unilateral, entre 1970 y 2002. Un solo patólogo urológico revisó todas las láminas microscópicas sin conocer el resultado final del paciente. La variante quística del CRCC fue caracterizado por numerosos quistes confluyentes bordeados por células claras con nidos de células claras dentro de las paredes quísticas.

Resultados: Hubo 85 pacientes (3.5%) de la variante quística del CRCC. Dentro de estos pacientes: 22 murieron durante el seguimiento, aunque ninguno murió por el CRCC. El seguimiento medio del resto (63 pacientes) fue de 5 años. La supervivencia estimada, específica por cáncer, 5 años después de la cirugía para los pacientes con CRCC no quístico

fue del 70.6%, comparada con el 100% para los pacientes con la variante quística ($p < 0.001$). La diferencia persistió aún cuando se compararon pacientes con CRCC quístico con aquellos no quísticos que tenían un estadio pT1Nx/pN0 y sin evidencias de metástasis (cM0). Ningún paciente con CRCC quístico tenía enfermedad extra renal en el momento de la nefrectomía, excepto un paciente que tenía una invasión de la grasa peri renal.

Conclusiones: El CRCC quístico es una entidad patológica distinta y debe ser investigada de forma rutinaria durante la evaluación anatomopatológica. Por demás nosotros presentamos datos que soportan la idea de que los pacientes con CRCC variedad quística pueden esperar la curación después de la extirpación quirúrgica.

13. - Perioperative Outcomes with Laparoscopic Radical Cystectomy: "Pure Laparoscopic" and "Open Assisted Laparoscopic" Approaches.

Autores: Georges-Pascal Haber, Steven C. Campbell, Jose R. Colombo Jr., Amr F. Fergany, Monish Aron, Jihad Kaouk, and Inderbir S. Gill.

UROLOGY 70: 910-915, 2007.

Solicitud de copia: Inderbir S. Gill, M. D., Section of Laparoscopic and Robotic Surgery, Glickman Urological Institute, Cleveland Clinic, 9500 Euclid Avenue, A-100, Cleveland, OH 44195.

E-mail: gilli@ccf.org

Objetivos: Las técnicas para la cistectomía radical laparoscópica (CRL) están evolucionando rápidamente. Todo el proceder puede ser realizado completamente intracorpóreo por técnicas laparoscópicas puras o por técnicas laparoscópicas con asistencia abierta en las cuales la derivación urinaria se realiza extracorpóreamente por vía de una mini incisión de laparotomía. Nosotros evaluamos retrospectivamente los resultados de estas dos técnicas, en especial en especial en el resultado perioperatorio y en la morbilidad asociada.

Métodos: Desde dic/99 hasta marzo/06, a 54 pacientes se les realizó CRL por carcinoma vesical con invasión muscular (n=35) o con alto riesgo y sin invasión muscular (n=19). El seguimiento medio fue de 25 meses (1 a 66 meses).

Resultados: De los 54 pacientes, a 17 se les realizó laparoscopia pura (LP) (grupo 1: 8 asas ileales y 9 neo vejigas) y a 37 se les realizó laparoscopia asistida (LA) (grupo 2: 18 asas ileales y 19 neo vejigas). No hubo diferencias significativas en relación a la edad, morbilidad asociada o estadio patológico de malignidad. El grupo 2 fue superior en cuanto al tiempo operatorio, pérdida de sangre, necesidad de transfusión, tiempo para iniciar la vía oral, tiempo para iniciar la deambulaci3n, y complicaciones post operatorias ($p < 0.05$ para todas las comparaciones). Dehiscencias de las anastomosis, obstrucci3n intestinal o sepsis, obligaron a la reintervenci3n en 5 pacientes del grupo 1 (29%) y en 4 pacientes del grupo

2(11%). Se observó una "curva de aprendizaje" en ambos procedimientos, pero fue particularmente marcada en la LP y este abordaje fue eventualmente abandonado.

Conclusiones: La cistectomía por LP está asociada con una curva de aprendizaje y alta morbilidad relacionada con el proceder de la derivación urinaria. Nuestra experiencia sugiere que la LA es más eficiente técnicamente y está asociada con una más rápida recuperación y menos complicaciones, comparada con la LP.

14. - Contemporary Evaluation of the D'Amico Risk Classification of Prostate Cancer.

Autores: David J. Hernandez, Matthew E. Nielsen, Misop Han, and W. Partin.

UROLOGY: 70: 031-935, 2007.

Solicitud de copia: David J. Hernandez, M. D., Department of Urology, John Hopkins Hospital, Marburg 143, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21287.

E-mail: dhernan@jhmi.edu

Objetivos: En 1998, D'Amico et. al. Sugirieron un modelo de estratificación de los pacientes con cáncer prostático en aquellos con bajo, intermedio y alto riesgo de recurrencia bioquímica después de la cirugía, de acuerdo con el estadio clínico TNM, el Gleason y nivel de antígeno prostático específico (APE) preoperatorio. Nosotros estudiamos el comportamiento y la relevancia clínica de este sistema de clasificación en el tiempo, dentro del contexto de la migración del estadio que se ha visto en la era contemporánea, usando los datos de un centro terciario de referencia, con un alto volumen de casos.

Métodos: Desde 1984 hasta el 2005 fueron operados de prostatectomía radical 6652 hombres por cáncer prostático localizado (estadio clínico T1c-T2c) con una información útil de su seguimiento y sin terapia neoadyuvante o terapia adyuvante antes de que hubiera recurrencia bioquímica. La supervivencia libre de recurrencia bioquímica (SLRB) se estimó por el método Kaplan-Meier y los índices obtenidos se compararon con los de la era actual "the long-rank statistic". Finalmente la distribución de los pacientes en los tres grupos fue comparada en todo el tiempo.

Resultados: El índice de (SLRB) en 5 años fue de 84.6% del total y 94.5%, 76.6% y 54.6% para los grupos de bajo, intermedio y alto riesgo respectivamente ($p < 0.0001$). En la era actual, una porción muy pequeña (4.9%) de los pacientes tratados por cirugía en nuestra institución fueron de alto riesgo y la mayoría (67.7%) fueron de bajo riesgo ($p < 0.001$).

Conclusiones: La clasificación D'Amico continúa agrupando en tres categorías los pacientes con diferencia significativa en la SLRB. Sin embargo, el desplazamiento en la distribución de los pacientes entre los tres grupos a través del tiempo sugiere que la

relevancia clínica de este esquema de clasificación puede ser limitada y disminuida en nuestra era actual.

Nota bibliográfica: D'Amico A. V., Whittington R., Malkovicz S. B., et. al. "Predicting prostatic specific antigen outcome preoperatively in the prostate specific era" J Urol 166: 2185-2188, 2001.

15. - Population-Based Case-Control Study of PSA and DRE Screening on Prostate Cancer Mortality.

Autores: Eric J. Bergstralh, Rosebud O. Roberts, Sara A. Farmer, Jeffrey M. Slezak, Michael M. Lieber, and Steven J. Jacobsen.

UROLOGY 70: 936-941, 2007.

Solicitud de copia: Rosebud Roberts, M. D., M. S., Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, 200 First St. SW., Rochester, MN 55905.

E-mail: roberts.rosebud@mayo.edu

Objetivos: La eficacia del despistaje para el cáncer de próstata (CP) con el examen del tacto rectal (TR) y la dosificación del antígeno prostático específico (APE) no se ha probado en ensayos clínicos aleatorios. En un estudio reciente de casos controles, nosotros encontramos que el TR puede reducir la mortalidad por CP. El presente estudio de casos controles señaló la asociación entre el APE y el TR con la mortalidad por CP.

Métodos: Los casos de estudio incluyeron a 74 residentes de Olmsted County, quienes habían muerto desde 1992 hasta el 2005 con un CP como causa primaria de la muerte. A cada caso de estudio se les buscó de 1 a 3 controles de la comunidad (vivos en el momento de la muerte del caso estudio en cuestión). Los records médicos de cada caso fueron revisados para identificar las determinaciones de APE y los TR realizados de 0 a 5 años antes de la fecha en que el caso fue diagnosticado (fecha índice). Los exámenes realizados en ausencia de síntomas fueron considerados como exámenes de despistaje. El análisis regresivo, logístico, condicional fue usado para estimar los odds ratios y el intervalo de confianza en la asociación del despistaje (definido de múltiples formas) y la mortalidad por CP.

Resultados: De 1 a 5 años antes de la fecha índice, a más controles se les había realizado un despistaje por APE o por TR que a los casos de estudio (81.3% vs. 60.8%, $p=0.0005$). El odds ratio no ajustado, asociado con un despistaje previo por APE y TR fue 0.34 (95% IC 0.18 a 0.63) y el ajustado por factores potenciales de confusión fue 0.35 (95% IC 0.17 a 0.71). El examen del APE fue hecho con frecuencia en conjunto con el TR, lo que hizo difícil la evaluación de los efectos individuales.

Conclusiones: Los resultados de este estudio de casos controles sugieren un beneficio potencial del despistaje por APE y/o TR en relación a la mortalidad por CP.

16. - Improved Stage and Grade-Specific Progresión-Free Survival Rates Alter Radical Prostatectomy in the PSA Era.

Autores: Naresh V. Desireddi, Kimberly A. Roehi, Stacy Loeb, Xiaoying Yu, Christopher R. Griffin, Shilajit K. Kundu, Misop Han, and William J. Catalona.

UROLOGY: 70: 950-955, 2007.

Solicitud de copia: William J. Catalona, M. D., Northwestern Medical Faculty Foundation, 675 North St. Clair, Suite 20-50, Chicago, IL 60611.

E-mail: wcatalona@nmff.org

Objetivos: Desde el inicio del despistaje con antígeno prostático específico (APE), la supervivencia libre de progreso de la enfermedad (SLP) después de la prostatectomía radical ha mejorado para los pacientes con iguales estadios y grados. Nuestro objetivo fue examinar la diferencia de la SLP después de una prostatectomía radical entre la era del APE (antes de 1992) y la era del APE, controlada por el estadio y el grado del tumor.

Métodos: Desde 1983 hasta el 2003, se operaron 3456 hombres de prostatectomía radical por un cirujano. Se calculó la SLP por 10 años para cada era y se agruparon los pacientes por grado y estadio del tumor. Se hicieron curvas de Meier para mostrar la SLP bioquímico en todo el tiempo.

Resultados: La proporción de pacientes con la enfermedad confinada al órgano aumento del 64% al 69%, lo que confirma la migración de los estadios. La SLP en la era del APE era 87%, 63%, 58% y 31% vs, 71%, 63%, 47% y 19% en la era pre APE, para los estadios pT2R0, pT3R0, pT2-T3R1 y pT3c/N1, respectivamente. La SLP estratificada por el grado de Gleason en la era del APE fue 84%, 63% y 73% vs. 66%, 49% y 32% en la era pre APE, para los Gleason menores de 7, 7 y de 8 a 10, respectivamente. La SLP de 10 años por enfermedad confinada al órgano, mejoró de 70% en la era pre APE hasta 86% en la era APE.

Conclusiones: Los pacientes tratados por prostatectomía radical en la era del APE han mejorado la supervivencia cuando se comparan sus estadios y grados. Esto es atribuible a la detección temprana del cáncer por el despistaje con APE, mejor identificación de los pacientes con posibilidades de terapia curativa y los efectos del sesgo introducido por el tiempo.

17. - Salvage Laparoscopic Extraperitoneal Radical Prostatectomy Alter Failed High-Intensity Focused Ultrasound and Radiotherapy for Localized Prostate Cancer.

Autores: Jens-Uwe Stolzenburg, Bernard Bynens, Minh Do, Robert Rabenalt, Paraskevi F. Katsaldori , and Evangelos Liatsikos.

UROLOGY 70: 956-960, 2007.

Solicitud de copia: Jens-Uwe Stolzenburg, M. D., Department of Urology, University of Leipzig Liebigstrabe 20, 04103 Leipzig, Germany.

E-mail: stol@midizin.uni.leipzig.de

Objetivos: Investigar la viabilidad y la eficacia de la prostatectomía radical endoscópica extraperitoneal de salvamento (PRES) en los casos de recurrencia del cáncer prostático después de terapia con ultrasonido de alta frecuencia focalizado (UAFF) o radioterapia (RT).

Métodos: Nueve pacientes fueron tratados por PRES con intentos de curación por recurrencia local del cáncer de próstata. De esos 9 pacientes, a 3 se les trató previamente por UAFF y a 6 por RT. Se revisaron los parámetros operatorios (tiempo de operación, pérdida de sangre, necesidad de conversión a cirugía abierta, necesidad de transfusiones, tiempo de cateterismo trans uretral) y los resultados funcionales y los resultados oncológicos a corto plazo.

Resultados: La edad media fue de 63.3 años (48-74 años). El valor medio del antígeno prostático específico fue 12.64 ng/ml y el peso medio de las piezas fue 49.2 g. La pérdida media de sangre fue 238 ml. No hubo necesidad de transfundir ni convertir a cirugía abierta ningún caso. El tiempo medio de operación fue de 148 min y el tiempo medio de cateterismo uretral fue de 6 días. No se reportaron complicaciones trans operatorias. No se señalaron diferencias en las dificultades operatorias entre los casos post UAFF y post RT. Después de un seguimiento medio de 17 meses, 7 pacientes estaban completamente continentes y 2 necesitaban de 1 a 2 almohadillas al día. Tres pacientes que referían ser potentes antes de la operación no refieren potencia sexual después de operados. En un paciente la aparición del antígeno prostático específico en 1.20 ng/ml se detectó a los 12 meses después de la operación.

Conclusiones: La PRES , después de fallos por UAFF o RT es un método seguro y eficiente para tratar la recurrencia local del cáncer prostático. Los resultados funcionales y oncológicos a corto plazo son prometedores pero se deberán hacer estudios futuros con más resultados oncológicos a largo plazo, en relación con esta técnica.

18. - Inguinal Hernias in Men Undergoing Open Radical Retropubic Prostatectomy.

Autores: Herbert Lepor and David Robbins.

UROLOGY 70: 961-964, 2007.

Solicitud de copia: Herbert Lepor, M. D., Department of Urology, New York University School of Medicine, 150 East 32nd. Street, 2nd. Floor, New York, NY 10016.

E-mail: herbert.lepor@med.nyu.edu

Objetivos: Determinar la incidencia de las hernias inguinales en los hombres tratados por prostatectomía radical retropúbica (PRR) abierta.

Métodos: La incidencia de hernias inguinales en el pre y post operatorio de las prostatectomías se determinó por la revisión de las historias clínicas y un cuestionario de 1130 hombres operados por un cirujano consecutivamente desde oct/2000 hasta oct/2005. La hernia inguinal preoperatoria fue diagnosticada por el examen físico o la tomografía computarizada preoperatoria. La incidencia de nuevas hernias post operatorias fue recogida por las respuestas al cuestionario que indicaban el desarrollo de un bulto nuevo o hernia.

Resultados: De los 1130 pacientes, 146 (13%) tenían una hernia preoperatoria. El aumento en la edad y el menor índice de masa corporal estuvieron asociados de forma significativa con la detección de una hernia inguinal preoperatoria. La sensibilidad para detectar una hernia inguinal por el examen físico o por la tomografía computarizada en el estudio preoperatorio fue 96.3% y 42.5% respectivamente. También el 8% de los hombres desarrollaron una nueva hernia.

Conclusiones: Aunque la tomografía computarizada puede identificar hernias inguinales en los hombres que van a ser sometidos a PRR, la sensibilidad de este examen es inferior al simple examen físico. Todos los candidatos a una PRR deben ser cuidadosamente examinados para detectar hernias inguinales asintomáticas. Nuestros hallazgos sugieren que el desarrollo de hernias inguinales sintomáticas que se presentan en el post operatorio de la PRR, pueden ser explicadas por fallos en el diagnóstico de hernias preexistentes y en el desarrollo de nuevas hernias.

Notas tomadas de Material y Métodos:

"Todas las hernias fueron reparadas preperitonealmente por la técnica de Schlegel y Walsh"
Bibliografía: Schlegel P. N. and Walsh P. C. "Simultaneous preperitoneal hernia repair during radical pelvis surgery" J Urol 137: 1180-1183, 1987.

19. - Prognostic Significance of Location of Positive Margins in Radical Prostatectomy Specimens.

Autores: James A. Eastham, Kentaro Kuroiwa, Makoto Otori, Angel M. Serio, Alex Gorbonos, Norio Maru, Andrew J. Vickers, Kevin M. Stawin, Thomas M. Wheeler, Victor E. Reuter, and Peter D. Scardino.

UROLOGY 70: 965-969, 2007.

Solicitud de copia: James A. Eastham, M. D., Department of Urology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 353 East 68th Street, New York, NY 10021.

E-mail: eastham@mskcc.org

Objetivos: La presencia de cancer en las márgenes de las piezas quirúrgicas está asociada al aumento de la recurrencia bioquímica, después de la prostatectomía radical (PR), aún después de ajustar otros factores clínicos y patológicos conocidos. En este estudio valoramos la significación pronóstica de los sitios de márgenes positivos (SMP) en las piezas de la PR.

Métodos: Revisamos los datos de 2442 pacientes con cáncer prostático en estadio T2-T3, tratados por PR, desde 1983 hasta el 2004, que tenían un mapeo del tumor realizado a partir de cortes globales. Los SMP fueron asignados a 6 áreas diferentes (vértice, cuello vesical, vesículas seminales, anterior, posterolateral y posterior).

Resultados: De los 2442 pacientes, 201 (8.2%) tenían SMP en una sola área y 74 (3.0) en múltiples áreas de las piezas de la PR. Las áreas posterolateral y del vértice fueron las más comúnmente encontradas con SMP. Aquellas con SMP tuvieron un riesgo mayor de recurrencia bioquímica que las que tuvieron márgenes negativos (incidencia de riesgo 1.39, 95%IC 1.004 a 1.92; p=0.047). Nosotros encontramos que el SMP en el área posterolateral estuvo asociado significativamente con el aumento de riesgo de recurrencia bioquímica (índice de riesgo 2.80 para los SMP vs. los que fueron negativos en la misma área, 95% IC 1.76 a 4.44).

Conclusiones: El hecho de la recurrencia bioquímica estuvo influenciado por el área de SMP; la localización posterolateral tuvo una mayor significación en el pronóstico. Esta heterogeneidad en el estado de los márgenes tiene implicaciones para elaborar un pronóstico y también para la recomendación de la radioterapia adyuvante.

20. - **Squamous Cell Carcinoma Antigen Correlatos with Tumor Burden but Lacks Prognostic Potencial for Occult Lumph Node Metastases in Penile Cancer.**

Autores: Edwin Hungerhuber, Boris Schlenker, Peter Schneede, Christian G. Stiel, and Alexander Karl.

UROLOGY 70: 975-979, 2007.

Solicitud de copia: Edwin Hungerhuber, M. D., Department of Urology, University of Munich, Tuchmacherstrasse 6, 84453 Mülhdorf am Inn, Germany.

E-mail: hungerhuber@gmx.de

Objetivos: En el cáncer de pene, la disección inguinal radical es la referencia Standard para el estadiamiento ganglionar, pero está asociada a una alta morbilidad. Los marcadores pronósticos para la toma ganglionar pueden ser de ayuda para seleccionar pacientes para un programa de vigilancia. El antígeno del carcinoma de células escamosas (ACCE) es un marcador bien conocido para varios carcinomas. Nuestro propósito fue el de evaluar el ACCE en función del estadiamiento de los ganglios linfáticos y el control del tratamiento.

Métodos: Desde 1994 hasta el 2004 se analizaron los niveles séricos del ACCE de 54 hombres con cáncer de pene en diferentes estadios. Los valores del ACCE se compararon entre pacientes sin evidencia de tumor y pacientes con un tumor primario solamente y otros con metástasis ganglionares y con enfermedad metastásica progresiva. En 12 pacientes las cifras repetidas del ACCE se correlacionaron con los efectos del tratamiento.

Resultados: Una vez que son tomados los ganglios hay una tendencia al aumento de los niveles del ACCE y en el estadio de metástasis a distancia el ACCE aumentó significativamente ($p < 0.01$). En casos de mediciones repetidas, se encontró una correlación entre los valores del ACCE y el efecto del tratamiento. Hubo una respuesta del tratamiento aún cuando los valores estaban dentro de límites normales.

Conclusiones: Los niveles del ACCE parecen correlacionarse con la presencia del tumor en los pacientes con carcinoma de pene. Sin embargo es de limitado valor en la predicción temprana de las metástasis ocultas ganglionares, porque los niveles del ACCE aumentan significativamente sólo después de una diseminación masiva ganglionar o cuando la enfermedad se hace metastásica a distancia, No obstante, el ACCE pudiera ser usado como marcador para el control del tratamiento en el carcinoma de pene.

21. - Primary Congenital Bladder Diverticula in Children.

Autores; José María Garat, Oriol Angerri, Jorge Caffaratti, Pietro Moscatiello, and Humberto Villavicencio.

UROLOGY 70: 984-988, 2007.

Solicitud de copia: Oriol Angerri, M. D., Paediatric Urology Division, Urology Service, Fundació Puigvert, C/Cartagena 340-350, Barcelona, 08025 Spain.

E-mail: 33802oaf@comb.es

Objetivos: Presentar los síntomas, evolución y hallazgos patológicos en los divertículos primarios (no obstructivos) en la niñez. Los divertículos primarios (no obstructivos) no son frecuente en la niñez. El divertículo vesical ha sido bien definido, clásicamente, como "hernia de la mucosa a través de las fibras musculares de la pared vesical".

Métodos: Desde set/85 hasta set/05 tratamos a 11 niños con divertículo vesical primario congénito. Al momento del diagnóstico las edades fluctuaron entre 7 meses y 9 años (promedio 4.6 años). 10 eran varones y 1 era hembra. La principal causa de consulta fue la infección urinaria con fiebre (n=3), las infecciones urinarias recurrentes (n=3), la enuresis (n=1), la hematuria intensa (n=1) y el dolor en la fosa ilíaca derecha (n=1). Un niño tenía también el síndrome de Ehlers-Danlos. Todos los divertículos fueron mayores de 2 cm de diámetro. De los 11 niños, 10 se trataron por cirugía. Se prefirió la observación en un niño de 9 meses de edad.

Resultados: Los 10 niños operados evolucionaron favorablemente en un seguimiento de 2 a 20 años (promedio 9.3 años). El niño de 9 meses siguió bajo observación por cinco años. No se observó recurrencia del divertículo y no hubo reflujo vésicoureteral en los niños a quienes se les reimplantó el uréter. En 7 casos se hizo el examen histopatológico de los divertículos extirpados y se encontraron fibras musculares en todos; sin embargo eran fibras musculares muy finas, particularmente en el fondo del divertículo.

Conclusiones: El resultado de nuestro estudio demuestra que la infección del tracto urinario es el síntoma más frecuente en el divertículo vesical. El tratamiento quirúrgico dio buenos resultados, sin recurrencia ni morbilidad. Los divertículos estaban delineados por fibras musculares finas.

Nota: El síndrome de Ehlers-Danlos lo citan como una enfermedad del colágeno, pero no dan más datos ni citas bibliográficas.

22. - Longitudinal Study of Semen Quality in Adolescents with Varicocele: To Treat or Not?

Autores: Nicola Zampieri, Michele Corroppolo, Verónica Zuin, Raimondo Maximillian Cervellione, Alberto Ottolenghi, and Francesco Saverio Camoglio.

UROLOGY 70: 989-993, 2007.

Solicitud de copia: Nicola Zampieri, M. D., Pediatric Surgical Unit, Policlinico "G. B. Rossi", Piazzale L. A. Scuro, Verona 37134 Italy.

E-mail: dr.zampieri@libero.it

Objetivos: Valorar el papel de la varicocelectomía en pacientes pediátricos a través de un cuidadoso examen del semen.

Métodos: Se estudiaron un total de 214 pacientes con varicocele izquierdo idiopático grado 2 y 3. De estos 214 pacientes, 106 (grupo 1) fueron tratados quirúrgicamente por hipotrofia testicular asociada, 54 (grupo 2) fueron tratados quirúrgicamente con el testículo normal y otros 54 (grupo 3) fueron observados, con seguimiento cada seis meses. El espermograma de cada grupo fue dividido en dos subgrupos: normal si cumplían los criterios de evaluación y anormal en el resto de los casos.

Resultados: Los espermogramas de los grupos 1 y 2 no mostraron diferencias significativas en los hallazgos entre normales y anormales ($p < 0.001$). Aunque los pacientes del grupo 3 no habían reportado dolor ni se encontró hipotrofia testicular, la calidad del espermograma mostraba la misma tendencia observada en todos los afectados de varicocele, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas en las variables consideradas para los otros grupos ($p > 0.01$). La preservación de la arteria testicular en

los pacientes con hipotrofia estuvo relacionada con mejores resultados de la calidad del semen.

Conclusiones: La hipotrofia testicular sigue siendo la indicación más objetiva del tratamiento quirúrgico del varicocele y la preservación de la arteria testicular brinda mejores resultados en relación a la calidad del semen, sólo en pacientes con hipotrofia testicular.

Notas tomadas de Material y Métodos y Resultados:

El volumen testicular fue medido por Ultrasonido en 3 diámetros: largo, ancho y altura (h) y la fórmula utilizada fue: volumen en ml= $0.523 \times l \times a \times h$. Se consideró hipotrófico el testículo afecto de varicocele si tenía un 20% menos de volumen que el contra lateral.

Hubo una mayor incidencia de hidrocele como complicación en los casos en que se ligaron los vasos globalmente y hubo una mayor incidencia de recurrencia del varicocele en los casos en que se preservó la arteria ($p < 0.001$).

23. - Validation of World Health Organization/International Society of Urologic Pathology 2004 Classification Schema for Bladder Urothelial Carcinomas Using Quantitative Nuclear Morphometry: Identification of Predictive Features Using Bootstrap Method.

Autores: Umesh Kapur, Tatjana Antic, Girish Venkataraman, Ramon Durazo-Arvizu, Marcos M. Quek, Robert C. Flanigan, and Eva M. Wojcik.

UROLOGY 70: 1028-1023, 2007.

Solicitud de copia: Girish Venkataraman, M. D., Department of Pathology, Loyola University Medical Center, Building 110, Room 2233, 2160 South First Avenue, Maywood, IL 60153

E-mail: gvenkat@lumc.edu

Objetivos: A pesar de la introducción de la nueva clasificación en grados de los carcinomas uroteliales de la Organización Mundial de la Salud, esta se mantiene con dificultades y es subjetiva. El propósito de este estudio fue evaluar el papel del análisis morfométrico asistido por imágenes computarizadas como una herramienta para mejorar la objetividad del grado histológico de los carcinomas uroteliales.

Métodos: Se evaluaron un total de 75 biopsias vesicales de una cohorte de pacientes con diagnóstico inicial de carcinoma urotelial, dados como de bajo grado (n=19) y de alto grado (n=56). Se hizo una morfometría nuclear cuantitativa en estas biopsias usando de 80 a 100 células por caso. Se tomaron un total de 17 características nucleares morfométricas y se hizo un análisis logístico regresivo usando una base predictiva seleccionada. Después se hizo una validación usando las 5 características principales, tomadas del análisis logístico

regresivo, implementando un análisis discriminado no paramétrico para identificar las características discriminativas que predicen los casos de alto grado.

Resultados: La técnica empleada incluyó el pleomorfismo nuclear como el predictor más frecuente de carcinoma urotelial de alto grado (213 en 500 muestras). La validación usando las cinco principales características (pleomorfismo, configuración y longitud, masa de DNA, "feret-Y" y edad), usando un análisis discriminativo, dio como resultado un error de resustitución del 4%, lo que indica el valor de los predoctores seleccionados

Conclusiones: El presente estudio es el primero que brinda una validación morfométrica del sistema de la Organización Mundial de la Salud/2004 para la clasificación del grado patológico del cáncer vesical. Además, la morfometría nuclear podría ayudar en la gradación objetiva de las biopsias vesicales. Esta información podría ayudar a los médicos en una mejor estratificación de los riesgos de los pacientes con cáncer urotelial.

Antonio Rivero Alvisa.

Marzo 2008.