

**RESÚMENES DE UROLOGY, VOLUMEN 70, 2007
(Agosto, 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. - Asintomatic Urolithiasis in Living Donor Transplant Kidneys: Initial Results.

Autores: George Martin, Chandru P. Sundaram, Asif Sharfuddin, and Maendra Govani.

UROLOGY 70: 2-6,2007-10-26

Solicitud de copia: Chandru P. Sundaram,MD, Department of Urology, Indiana University School of Medicine, 535 North Barnhill Drive, Suite 420, Indianapolis; IN 46202-5289

E-mail: sundaram@iupui.edu

Objetivos: En la evaluación preoperatoria de los donantes potenciales de riñón, la mayor sensibilidad de la tomografía computarizada en espiral (CT) pudiera detectar más cálculos renales sintomáticos, pequeños (menores de 4 mm). Sin embargo, no se ha determinado si esos cálculos pueden tener consecuencias futuras. Nosotros evaluamos la frecuencia de la expulsión espontánea, el desarrollo de síntomas y el cambio del tamaño de cálculos renales asintomáticos de riñones donados, trasplantados sin extraer el cálculo.

Métodos: Cinco riñones trasplantados de donantes vivos con cálculos asintomáticos y pequeños (menores de 4 mm), detectados incidentalmente por CT (8 cálculos). Ningún donante tenía trastornos metabólicos ni historia previa de litiasis. Cada riñón fue extraído por laparoscopia y trasplantado con el cálculo in situ. Los receptores fueron seguidos con dosificación de creatinina seriada, interrogatorio, examen físico y CT.

Resultados: Ninguno de los receptores ha tenido ningún signo o síntoma de progresión de la enfermedad, incluyendo hidronefrosis, fallo renal o elevación de la creatinina en un seguimiento promedio de 711 +/- 334 días. El estudio por CT demostró expulsión espontánea de los cálculos en 3 pacientes. En los 2 pacientes restantes, 2 de las piedras se mantenían igual y 1 había crecido de 1mm a 2mm. Los pacientes que mantuvieron los cálculos fueron seguidos con mayor frecuencia (204 +/- 72 vs 711 +/-200 días, p menor a 0,05).

Conclusiones: En nuestra serie de cinco pacientes con pequeños cálculos renales, asintomáticos, ninguno tuvo complicaciones y sólo 3 de los 8 cálculos se mantuvieron en su sitio en la última visita de seguimiento. El trasplante de riñones con cálculos pequeños (menores de 4 mm), asintomáticos, puede ser realizado con seguridad con un adecuado seguimiento y monitoreo que pueda detectar la presentación de una obstrucción litiásica en el riñón trasplantado.

Comentario editorial resumido por el traductor:

Algunos grupos han preferido extraer el cálculo del riñón antes del trasplante, con el riñón todavía en el donante o en la mesa de trabajo, antes de implantarlo en el receptor.

Los autores usaron cuidadosos criterios de selección que incluyeron el tamaño menor de 4mm del cálculo, no más de dos cálculos y ausencia de riesgo significativo de futuras litiasis en el donante (mayores de 25 años, estudios metabólicos en orina de 24 horas negativos y ausencia de historia de litiasis recurrente o bilateral). Sus resultados fueron excelentes.

Dada la facilidad y seguridad con que se logra la extracción de pequeños cálculos en la mesa de trabajo con un ureteroscopio, nuestro grupo prefiere que se considere la extracción del cálculo antes del trasplante como la mejor forma de tratar a estos pacientes que requieren de cuidados extremos.

2. - Prevalence of Pelvis Floor Dysfunction in Patients with Interstitial Cystitis.

Autores: Kenneth M. Peters, Donna J. Carrico, Scott E. Kalinowski, Ibrahim A. Ibrahim and Ananias C. Diokno.

UROLOGY 70: 16-18, 2007.

Solicitud de copia: Donna J. Carrico, N.P., M.S., Department of Urology, William Beaumont Hospital, 3535 West 13 Mile Road, Suite 438, Royal Oak, MI 49073.

E-mail: dcarrico@baumont.edu

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la disfunción del suelo pelviano en las mujeres con cistitis intersticial (CI).

Métodos: Las mujeres con CI y dolor pelviano fueron remitidas al programa "Beaumont Women's Initiative for Pelvis Pain and Sexual Health". Se realizó una historia clínica exhaustiva y un examen físico pelviano por una enfermera calificada en la salud femenina.

Resultados: Se evaluaron 70 mujeres con edad promedio de 45 años. De estas 70 mujeres, el 87% tenían dolor a la exploración del elevador del ano, al examen vaginal, observado en la disfunción del suelo pelviano. El promedio del puntaje del dolor del elevador fue de

4,48 (del 1 al 10). Cerca de los 2/3 de estas mujeres (64%) habían tenido dolor por 5 años o más, mientras que ¼ (24%) lo sufrían desde hacía 1 a 3 años. La mitad de las mujeres referían el síndrome de irritación intestinal y más de 1/3 (36%) reportaban incontinencia urinaria de urgencia.

Conclusiones: Las mujeres con CI pueden tener disfunción del suelo pelviano como se encontró en este grupo, en quienes el 87% tenían dolor a la exploración del elevador del ano. Si la disfunción del suelo pelviano es diagnosticada en pacientes con CI, entonces debe ser considerado añadir la terapia adecuada para la musculatura del suelo pelviano como parte del tratamiento de la CI.

Nota del traductor: Describen exploración al tacto vaginal, presionando a la derecha y a la izquierda, el músculo elevador del ano contra la espina isquiática y hacia delante por debajo de la rama pubiana del isquion. Evalúan el dolor en una escala subjetiva del 1 al 10.

3. - Operative **Outcomes of Upper Pole Laparoscopic Partial Nephrectomy: Comparison of Lower Pole Laparoscopic and Upper Pole Open Partial Nephrectomy.**

UROLOGY 70: 28-34, 2007

Autores: Kevin C.Zorn, Edward M. Gong, Frederick P. Mendiola, Albert A. Mikhail, Marcelo A. Orvieto, Ofer N. Gofrit, Gary D. Steinberg, and Arie L. Shalhav.

Solicitud de copia: Kevin C. Zorn, M.D., Section of Urology, Department of Surgery, University of Chicago Pritzker School of Medicine, 5841 South Maryland Avenue, MC6038 J-653, Chicago, IL 60637.

E-mail: kevinzorn@hotmail.com

Objetivos: Es reconocida la complejidad operatoria de la nefrectomía parcial del polo superior por laparoscopia. Nosotros reportamos la viabilidad técnica y la evolución operatoria de la nefrectomía polar superior (NPS) por tumores y la nefrectomía polar inferior (NPI) por tumores y la de la nefrectomía polar superior abierta.

Métodos: Revisamos retrospectivamente en nuestros archivos las nefrectomías parciales laparoscópicas realizadas por un cirujano, desde octubre/02 hasta febrero/06. Fueron incluidos todos los casos con tumores únicos en polo superior o inferior con riñón contra lateral normal. Se valoró la evolución peri operatoria. Se revisó por separado y se comparó con el grupo anterior, el grupo de nefrectomías parciales del polo superior a cirugía abierta, realizadas por otro cirujano.

Resultados: Se analizaron al final tres grupos: nefrectomía polar superior laparoscópica (NPSL) (20 pacientes), nefrectomía polar inferior laparoscópica (NPIL) (33 pacientes) y nefrectomía polar superior a cirugía abierta (NPSA) (24 pacientes). Se compararon las complicaciones mayores intraoperatorias entre las NPSL y NPIL. Las mayores incidencias de estas fueron en las NPSL (17% vs 12% en las NPIL, $p=0.68$) y las post operatorias fueron 22% para las NPSL contra 6% para las NPIL, para $p=0.007$.

El tamaño promedio de los tumores de polo superior fue mayor: 3,2 cm vs 2,3 cm , $p=0.005$ y el tiempo operatorio promedio fue significativamente menor en el grupo de cirugía abierta del polo superior (187 min), que en el de NPSL (244min), $p=0.002$.

El grupo de cirugía abierta tuvo una tendencia menor en las complicaciones intraoperatorias, comparadas con las NPSL (4% vs 17%, $p=0.17$). Los márgenes de las piezas quirúrgicas resultaron libres de tumor en los tres grupos.

Conclusiones: La NPSL por tumor es técnicamente viable y comparable en su evolución con la NPIL por tumor. Sin embargo, la cirugía abierta conservadora es todavía el estándar de la seguridad porque puede ofrecer menos complicaciones y reducir el riesgo del daño isquémico del riñón.

4. - Laparoscopic Radical Nephrectomy with Hilar Dissection in Patients with Advanced Renal Cell Carcinoma.

UROLOGY 70: 43-46, 2007

Autores: Matthew M. Simmons, Jihad Kaouk, Inderbir S.Gill, and Amr Fergany.

Solicitud de copia: Ams Fergany, M.D., Ph.D., Section of Laparoscopic and Robotic Surgery, Glikman Urological Institute, Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Avenue-A100, Cleveland, OH-44195.

E-mail: fergana@ccf.org

Objetivos: La disección de los ganglios linfáticos (DGL) puede mejorar el estadiamiento, decrecer las recurrencias y mejorar la sobrevida en pacientes con Carcinoma Renal avanzado (CR) Aquí mostramos la posibilidad y seguridad de la DGL laparoscópica.

Métodos: Se analizaron los datos de los pacientes a quienes se les practicó nefrectomía radical laparoscópica (NRL) con DGL, entre julio/97 y septiembre/06. Se valoraron los datos demográficos, resultados del estudio anatomopatológico, resultados finales y complicaciones.

Resultados: En un total de 700 pacientes a quienes se les practicó NRL, 14 (13 masculinos y 1 femenino) se les hizo también DGL. En 12 casos (86%) se practicó NRL transperitoneal. En 1 caso (7%) se realizó nefrectomía parcial laparoscópica y en otro paciente (7%) se realizó NRL retroperitoneal. La DGL brindó un promedio de 2,7 ganglios. El tamaño promedio de los tumores fue de 9,5cm (1-13cm) y el tamaño promedio de los ganglios fue de 2,3cm (0,8-11cm). El estadio T de los tumores fue T2 o mayor en 9 casos (67%) y hubo metástasis a distancia en 7 pacientes (50%). Se realizó un caso seleccionado con mano asistida y otro caso necesitó convertir la operación en cirugía abierta. La pérdida media de sangre fue de 250ml (100-2100ml). La estadía media fue de 2,5 días (2-5 días). El tiempo operatorio medio fue de 199min (152-260min). Hubo sólo una complicación de grado I (íleo paralítico), (7%).

Conclusiones: Los pacientes con CR avanzado o metastásico pueden necesitar una nefrectomía cito reductora para un mejor estadiamiento y reducción del tumor antes de una terapia secundaria. La DGL laparoscópica es tanto realizable como segura en pacientes seleccionados. La reducción de la morbilidad asociada con el abordaje laparoscópico es beneficioso para pacientes con enfermedad avanzada.

5.- Is it Worth Revisiting Laparoscopic Three Dimensional Visualization? A Validated Assesment.

Autores: Hitendra R. H. Patel, María José Ribal, Manit Arya, Rohan Nauta-Misir and Jean V. Joseph.

UROLOGY 70: 47-49, 2007.

Solicitud de copia: Hitendra R. H. Patel, B.M.Sc.Hons., B.M., B.Ch., M.R.C.S., Ph.D., F.R.C.S.(Urol), F.R.C.S.(Eng-Hons), Section of Laparoscopic Urology, Institute of Urology, University Collage London Hospitals, 2b Maple House, 25 Grafton Way, London WC1E 6DB, United Kingdom.

E-mail: hiten.patel@uclh.org

Objetivos: La cirugía urológica laparoscópica pura se está convirtiendo en el más importante de los muchos procedimientos urológicos. El entrenamiento de cirujanos sin experiencia en este campo es aún un reto. Está reconocido que las ópticas bidimensionales causan dificultad a los novatos. Nosotros valoramos un instrumento de visualización en tercera dimensión (3D), de nueva generación.

Métodos: Se solicitó a 15 nuevos cirujanos laparoscópicos para llevar a cabo 5 ejercicios de entrenamiento validados, usando los sistemas bi y tridimensionales en orden randomizado: a) incisión lineal y sutura; b) incisión curva y sutura; c) sutura tubular; d) simulación de

sutura de complejo venoso dorsal; y e) anastomosis ureterovesical. El puntaje fue realizado independientemente por laparoscopistas experimentados en dos sentidos: objetivo (tiempo tomado por la realización de la tarea contra el tiempo tomado por un experto) y subjetivo (cuidado en su terminación contra el de un experto). Se hizo el análisis estadístico usando el test t.

Resultados: Todas las tareas fueron completadas por los participantes. El análisis estadístico reveló tendencia hacia una mejor realización de las pruebas usando la visualización en 3D.

Conclusiones: Nuestra prueba preliminar sugiere que el sistema de nueva generación de 3D usado será útil para desarrollar habilidades en la laparoscopia, en los nuevos cirujanos.

6. - Influence of Body Mass Index on Prognosis of Japanese Patients with Renal Cell Carcinoma.

Autores: Yasuo Awakura, Eijiro Nakamura, Noriyuki Ito, Toshinari Yamasaki, Tomomi Kamba, Toshiyuki Kamoto, and Osamu Ogawa.

UROLOGY 70: 50-54, 2007.

Solicitud de copia: Osamu Ogawa, M.D., Department of Urology, Kyoto University Graduate School of Medicine, 54 Kawahara-cho, Saleyu-ku, Kyoto 606-8507, Japan.

E-mail: ugawao@kuhp.kyoto-u.ac.jp

Objetivos: La obesidad, significativo factor de riesgo para el carcinoma renal (CR) se ha convertido recientemente en un problema de salud en Japón. Además, la incidencia del CR en Japón ha crecido invariablemente durante algunas décadas pasadas. El objetivo del presente estudio fue investigar la relación del índice de masa corporal (IMC) con el pronóstico de los japoneses con CR.

Métodos: En nuestra institución fueron realizadas, a 269 pacientes japoneses consecutivos, 270 operaciones por CR, entre enero/91 a diciembre/02. Del total de pacientes (269) se pudo obtener el IMC en 264 (98%). La supervivencia específica por cáncer y la supervivencia libre de enfermedad fueron investigadas por el método Kaplan-Meyer y se usó el modelo regresivo Cox para el estudio de la significación de los factores pronósticos, en análisis multivariado

Resultados: De los 264 pacientes, 140 (53,0%), 67 (25,4%), y 57 (21,6%), tenían un IMC menor de 23, de 23 a 25 y mayor de 25kg/m² respectivamente. Estos tres grupos de IMC no tenían diferencias significativas en edad, sexo, síntomas de presentación, estadio, o grado tumoral. En análisis uní variado se encontró una ventaja significativa de 23 kg/m² o mayor; comparados con los de

menos de ese IMC, pero no en la ausencia de recurrencia de la enfermedad. También en un análisis multivariado, el IMC estuvo significativa asociado con la supervivencia global al cáncer específico, pero no con la supervivencia libre de recurrencia.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que un IMC de 23 kg/m² o mayor favorece el pronóstico de los pacientes japoneses con CR. Sin embargo son necesarios estudios adicionales para comprobar estos resultados.

7.- Effects of Simultaneous Transurethral Resection of Prostate and Solitary Bladder Tumors Smaller Than 3 cm on Oncologic Results.

Autores: Ozgor Ugurlu, Umut Gonalalan, Oztug Adsan, Murat Kosan, Volkan Oztekin and mesut Cetinkaya.

UROLOGY 70: 55-59, 2007.

Solicitud de copia: Ozgor Ugurlu, M.D., Department of 2nd. Urology, Ankara Numune Education and Research Hospital, Kuzgun Sokak 67115, Asagi Ayranci, Ankara 06540, Turkey.
E-mail: ugurluozygur@hotmail.com

Objetivos: Investigar el efecto en el resultado oncológico del tratamiento con la resección transuretral (RTU) de los pacientes con un tumor vesical solitario, menor de 3 cm y con apariencia de superficial, y de hiperplasia prostática benigna (HPB).

Métodos: Fueron revisados, retrospectivamente, los datos del seguimiento de 34 hombres (grupo 1), a quienes se les realizó RTU de un tumor de vejiga solamente y de 31 hombres (grupo 2), a quienes se les practicó, a la vez, una RTU del tumor vesical y de la HPB, en nuestra clínica, desde 1996 hasta 2004. Los grupos fueron también comparados entre si. Se determinó y comparó la frecuencia de recurrencia y la de progresión, el tiempo transcurrido para la recurrencia y la frecuencia de recurrencia en el cuello vesical y en la uretra prostática. Se realizó un análisis estadístico usando los tests de Mann-Whitney U y el chi-cuadrado.

Resultados: Los pacientes fueron seguidos, al menos, por 12 meses (promedio 28,9 con un rango entre 12 a 98 meses). El promedio de seguimiento del grupo 1 fue de 27,4 meses (rango de 12 a 91 meses) y fue de 30,5 meses para el grupo 2 (rango de 12 a 98 meses). La frecuencia de recurrencia y progresión de los grupos 1 y 2 fueron de 41,2% y 8,8% y de 35,5% y 9,7% respectivamente. La recurrencia en el cuello vesical y/o uretra prostática se encontró en 1 paciente de cada grupo. No se encontró diferencia significativa estadísticamente entre los grupos en relación a las variables estudiadas (descritas en los Métodos).

Conclusiones: De acuerdo a nuestros resultados, la RTU de próstata puede hacerse con seguridad junto con la RTU de un tumor vesical en pacientes seleccionados con síntomas severos del tracto urinario inferior y un tumor vesical solitario y superficial, menor de 3 cm.

8.- Age and Outcome of Superficial Bladder Cancer Treated with Bacille Calmette-Guerin Therapy.

Autores: Harry W. Herr.

UROLOGY 70: 65-68, 2007.

Solicitud de copia: Harry W. Herr, M.D., Department of Urology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1275 York Avenue, New York, NY 10021.

E-mail: herrh@mskcc.org

Objetivos: Determinar la influencia de la edad en el resultado obtenido en el cáncer vesical superficial de alto riesgo tratado con terapia intravesical con BCG.

Métodos: Un total de 805 pacientes con múltiples o recurrentes tumores vesicales de alto grado, Ta, T1 y/o carcinoma in situ, recibieron terapia con BCG. Los aspectos a estudiar fueron la respuesta inicial al BCG y la supervivencia libre de cáncer, correlacionada con la edad, entre los pacientes seguidos por un mínimo de 2 a 5 años.

Resultados: No se encontró diferencias en la primera respuesta al BCG o a la supervivencia libre de cáncer a los 2 años en los pacientes menores de 50, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 y 80 o más años. Después de los 5 años, el 27% de los pacientes mayores de 70 años se mantuvieron libres de cáncer, comparados con el 37% de los menores de 70 años ($p= 0.005$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio han demostrado que la edad tiene un impacto medible, pero pequeño, en el resultado global del cáncer vesical superficial de alto riesgo.

9.- Urothelial Carcinoma with Divergent Histologic Differentiation (Mixed Histologic Features) Predicts the Presence of Locally Advanced Bladder Cancer When Detected at Transurethral Resection.

Autores: Matthew J. Wasco, Stephanie Daignault, Yingxi Zhang, Lakshmi Priya Kunju, Michael Kinnaman, Thomas Braun, Cheryl T, Lee, and Rajal B. Shah.

UROLOGY 70: 69-74, 2007.

Solicitud de copia: Rajal B. Shah, M.D., Department of Pathology, University of Michigan Medical Center, 2G332 East Medical Center Drive, Ann Arbor, MI 48109.

E-mail: rajshah@umich.edu

Objetivos: La clasificación histológica de los tumores vesicales representa un predictor importante de la respuesta al tratamiento y de la evolución del paciente con tumores no uroteliales puros (CU). Sin embargo, poco se sabe acerca de la significación del CU con distintos tipos histológicos (mixtos), encontrados en la resección transuretral (RTU) de los tumores vesicales. Este estudio examinó la incidencia, aspecto patológico y significación clínica de este fenómeno.

Métodos: Fueron analizados los patrones histológicos de 448 RTU consecutivas y de 295 piezas quirúrgicas de cistectomías subsecuentes de este subgrupo. Se categorizó y cuantificó el tipo de diferenciación observado en los casos de tumores mixtos histológicamente. Se excluyeron los tumores puros no uroteliales. Varios parámetros clínico patológicos se compararon entre los casos de tumores histológicamente mixtos y los CU puros.

Resultados: Fueron identificadas un 25% de las muestras obtenidas por RTU como histológicamente mixtos y todos (100%) de alto grado histológico y el 99% como invasivos. Los componentes más comunes encontrados en los CU fueron, el escamoso (40%) y el glandular (18%). El 11% de los casos tenían múltiples tipos histológicos. Los CU puros de alto grado y los CU mixtos fueron comparados con la invasión muscular de la RTU (chi-cuadrado $p < 0.001$) y con la invasión extra vesical por las piezas de cistectomías (chi-cuadrado $p = 0.0001$). La presencia de CU mixto en la RTU fue un predictor independiente de enfermedad extra vesical por un modelo logístico multivariado ($p = 0.007$). Sin embargo, esto no fue significativo para la supervivencia específica en estudio univariado ($p = 0.17$) o multivariado ($p = 0.68$).

Conclusiones: El resultado de nuestro estudio ha demostrado que la presencia de CU mixto en las muestras de RTU indican una enfermedad localmente agresiva. Los pacientes con CU mixtos deben beneficiarse con una estrategia terapéutica agresiva y múltiple.

10.- Clinical Implications of Tumor Size and Local Extent of Primary Prostatic Lesions in Prostate Cancer Patients with Metastases: Value of Endorectal Magnetic Resonance Imaging in Patients with Metastases.

Autores: Jun Nakashima, Akihiro Tanimoto, Eiji Kikuchi, Akira Miyajima, Ken Nakagawa, Mototsugu Oya, Tagashi Ohigashi, and Masaru Murai.

UROLOGY 70: 86-90, 2007.

Solicitud de copia: Jun Nakashima, M.D., Department of Urology, Keio University School of Medicine, 35 Sinsnomachi, Shinjukuku, Tokyo 160-8582.

E-mail: njun@sc.itc.keio.ac.jp

Objetivos: Investigar la significación clínica de la valoración local con la imagen por Resonancia Magnética (RMI) endorectal en el cáncer prostático de pacientes con metástasis.

Métodos: Se determinó por RMI endorectal la extensión local y el tamaño del tumor en 95 pacientes con cáncer prostático metastásico y se valoraron sus implicaciones clínicas.

Resultados: Los diámetros y volúmenes máximos se correlacionaron significativamente con la extensión local de la enfermedad pero no con la extensión de la enfermedad en los estudios óseos (gammagrafía y tomografía computarizada). En un análisis univariado, la extensión de la enfermedad, el APE, la fosfatasa alcalina y la Hb estuvieron significativamente asociadas con la supervivencia específica por la enfermedad, mientras que el volumen y la extensión local de la lesión primaria, no. En un análisis multivariado la extensión de la enfermedad en huesos fue un factor pronóstico significativo.

Conclusiones: El tamaño del tumor y su extensión local estimados por RMI endorectal no estuvieron asociados con la supervivencia específica a la enfermedad. La valoración de la lesión primaria por RMI endorectal es de limitado valor para predecir el pronóstico de pacientes con cáncer prostático metastásico.

11.- Association of Prostate Size and Tumor Grade in Korean Men with Clinically Localized Prostate Cancer.

Autores: Sung Kyu Hong, Ji Hyung Yu, Byung Kyu Han, In Ho Chang, Seong Jin Jeong, Seok-Soo Byun, Hak Jong Lee, Gheeyoung Choe, and Sang Eun Lee.

UROLOGY 70: 91-95, 2007.

Solicitud de copia: Sang Eun Lee, M.D., Ph.D., Department of Urology, Seoul National University Bundang Hospital, 300, Gumi-Dong, Seongnam, Kyunggi-do 463-707, Korea.

E-mail: selec@snuhb.org

Objetivos: Investigar la asociación del tamaño prostático con la agresividad del cáncer prostático en Coreanos que fueron tratados

por prostatectomía radical retropúbica (PRR) con diagnóstico de cáncer prostático localizado.

Métodos: Nosotros evaluamos la asociación del peso de la pieza quirúrgica por PRR y del volumen medido por US transrectal (USTR), con el grado patológico del tumor, la extensión extra prostática, el estado de los márgenes quirúrgicos y la invasión de las vesículas seminales, revisando los datos de 346 pacientes consecutivos a quienes se les practicó una PRR por cáncer prostático localizado, en nuestra institución y sin haber recibido tratamiento radiante ni hormonal en el preoperatorio.

Resultados: Se observó una estrecha relación entre el peso de la pieza por PRR y el volumen medido por USTR (Sperman $r=0.76$, $p<0.001$). Después de ajustar múltiples variables, incluyendo la edad, el índice de masa corporal y el nivel de APE preoperatorio, se observó que el peso de la pieza estuvo significativamente asociado con la presencia de un patrón Gleason 4 o mayor en visión inversa ($p=0.03$). Relacionando el peso de la próstata con otros factores patológicos, también resultó inversamente asociado con la extensión extra prostática de la enfermedad ($p=0.04$) e igual con los márgenes quirúrgicos positivos ($p=0.002$). Cuando se correlacionó el volumen del tumor medido por USTR en lugar del peso de la pieza, los resultados fueron los mismos.

Conclusiones: Nuestros datos indican que el tamaño de próstata puede ser un útil predictor de la agresividad del tumor en los coreanos con un cáncer de próstata, clínicamente localizado. Futuros trabajos deberán realizarse para aclarar los mecanismos que existen detrás de la asociación del tamaño de la próstata y/o la androgenicidad in vivo con la agresividad del cáncer prostático.

12. - High-Dose Rate Brachytherapy Plus External Beam Radiotherapy for T1 to T3 Prostate Cancer: An Experience in Taiwán.

Autores: Yen-Chao Chen, Cheng-Keng Chuang, Ming-Li Hsieh, Wen-Cheng Chen, Kang-Hsing Fan, Chie-Yi Yeh, Chung-Chi Lee, and Ji-Hong Hong.

UROLOGY 70: 101-105, 2007.

Solicitud de copia: Ji-Hong Hong, M.D., Ph.D., Department of Radiation Oncology, Chang Gung Memorial Hospital, 5 Fu-Shin Street, Kwei-Shan, Taoyuan, Taiwan.

E-mail: jhong@adm.cgmh.org.tw

Objetivos: Reportar el resultado del tratamiento combinado con braquiterapia a alta dosis (BAD) y radioterapia externa (RTE) en pacientes con cáncer prostático localizado.

Métodos: Se incluyeron 85 pacientes con cáncer prostático en estadio T1c a T3 tratados con BAD más RTE. Una dosis de 16.5 Gy por BAD en 3 fracciones por 24 horas, se aplicó 2 semanas antes de la RTE. Se administró por RTE una dosis de 50.4 Gy sobre la próstata y vesículas seminales. Los pacientes más jóvenes (menores de 75 años), con un riesgo mayor al 15% de metástasis en ganglios, recibieron RTE pelviana (45 Gy en 25 fracciones), como parte de la RTE.

Resultados: El 15% de los pacientes pertenecían a los grupos de alto riesgo (T3a o Gleason 8-10 o APE mayor de 20) o de muy alto riesgo (T3b). Después de un promedio de seguimiento de 49 meses (rango de 24 a 70 meses) un control de seguimiento bioquímico a supervivientes de 4 años (menor que nadir + 2) fue un 86% (100%, 91% y 81% en los grupos de bajo, intermedio y alto riesgo, respectivamente). 3 de 4 T3b tuvieron fallo bioquímico temprano. Cuatro pacientes (5%) tuvieron retención de orina, después de la BAD (toxicidad grado 3). La toxicidad crónica gastrointestinal fue limitada pero hubo cuatro pacientes con toxicidad genitourinaria grado 3 (5%), que estuvieron relacionados con estrechez uretral y hematuria severa. La RTE de pelvis fue la mayor responsable de toxicidad aguda gastrointestinal, pero no crónica. Entre 60 pacientes con potencia sexual pre-tratamiento, 17 (26%) mantuvieron su potencia después de cuatro años. Seis pacientes perdieron la potencia sexual como resultado de la terapia hormonal de rescate.

Conclusiones: La BAD más la RTE pueden lograr un control bioquímico satisfactorio, con complicaciones aceptables, en los pacientes con cáncer prostático en estadios T1c a T3.

13.- Adjuvant Radiotherapy in Prostate Cancer: Predictors of Prostate-Specific Antigen Recurrence from the CaPSURE Database.

Autores: O. Kenneth Macdonald, Anthony V. D'Amico, Natalia Sadetsky, Dennis C. Shrieve, and Peter R. Carroll.

UROLOGY 70: 106-110, 2007.

Solicitud de copia: O. Kenneth Macdonald, M.D., Department of Radiation Oncology, Huntsman Cancer Hospital at the University of UTA, 1950 Circle of Hope, Salt Lake City, UT 84112-2560.

E-mail: Kenny.macdonald@hci.utah.edu

Objetivos: Analizar una base de datos recogidos sobre cáncer de próstata, valorando por patrones de uso y predictores, la recurrencia del APE después de la radioterapia (RT) adyuvante.

Métodos: En el Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor (CaPSURE), encontramos 5336 hombres a quienes se les realizó desde 1989 al 2004. De esos 5336, 96 hombres (1.8%) recibieron RT adyuvante. Estos 96 hombres fueron clasificados de bajo riesgo de recurrencia del APE, los de estadio T2b o APE entre 10 y 20 o Gleason de 7 y de alto riesgo los estadios T2c o mayor o APE mayor de 20 o Gleason de 8 o más. La recurrencia del APE se definió con 2 muestras consecutivas mayores de 0,2 a la anterior. La diferencia entre los pacientes que tuvieron recurrencia fue valorada por chi-cuadrado o análisis de varianza. Se realizaron análisis univariado y multivariado utilizando un modelo de regresión de Cox .

Resultados: De los 96 hombres, 27 (28%), tuvieron fallo del APE y 20 (21%) recibieron tratamiento adicional, con un seguimiento promedio de 60 meses. El grupo de riesgo clínico ($p < 0.001$), el nivel del APE al diagnóstico ($p < 0.01$), el Gleason ($p < 0.01$) y la invasión de vesículas seminales ($p < 0.001$), se asociaron, todos, de forma significativa con la recurrencia del APE en un análisis multivariado (razón de riesgo 2.4 IC 95%, 1.7 a 8.3, $p = 0.007$)

Conclusiones: La TR adyuvante no fue usada con frecuencia en los hombres encontrados en CaPSURE. La recurrencia del APE fue vista con más frecuencia en los pacientes de alto riesgo, lo que sugiere que la RT no es la terapia adecuada y que estos pacientes pueden beneficiarse con la combinación de la terapia hormonal más la RT.

14.- Perineural Invasión Affects Biochemical Recurrence-Free Survival in Patients with Prostate Cancer Treated with Definitive External Beam Radiotherapy.

Autores: Hsiang-Husan M.Yu, Danny Y. Song, Ya-Yu Tsai, Travis Thompson. Deborah A. Frassica, Theodore L DeWeese. *UROLOGY* 70: 111-116, 2007.

Solicitud de copia: Theodore L. DeWeese, M.D., Department of Radiation Oncology and Molecular Radiation Sciences, Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center, Johns Hopkins University, 401 North Broadway, Suite 1440, Baltimore, MD 21231-2410.

E-mail: deweete@jhmi.edu

Objetivos: Valorar el efecto sobre el pronóstico de la invasión perineural (IPN) en pacientes bajo tratamiento por radioterapia externa por cáncer de próstata (CP).

Métodos: Evaluamos 657 pacientes con cáncer de próstata localizado, consecutivos, que fueron tratados por radioterapia externa (RTE). Los parámetros clínicos y de tratamiento usados para el análisis incluyeron la IPN, el estadio clínico, Gleason, el APE antes del

tratamiento, la dosis de radiación y el tratamiento androgénico. El punto principal del estudio fue la recurrencia bioquímica definida por el Radiation Therapy Oncology Group-American Society (ASTRO) for Therapeutic Radiology. Oncology consensus; el segundo punto fue la muerte por CP.

Resultados: De 856 hombres, con un mínimo de seguimiento de 24 meses, 112 (19.1%) tenían IPN en la biopsia. Cuando los pacientes fueron clasificados en grupos de riesgo usando el criterio del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), la IPN estuvo más presente en los grupos de riesgo mayores (6.8% en los de bajo riesgo contra 18.3% en riesgo intermedio y 30.1% en los grupos de alto riesgo; $p < 0.001$). La presencia de IPN estuvo asociada con los menores índices de supervivencia libre de recurrencia bioquímica ($p = 0.03$) y con la frecuencia de supervivencia específica, por el análisis de Kaplan.Meier ($p = 0.040$). El análisis regresivo de Cox demostró que la IPN era un factor pronóstico estadísticamente significativo de la recurrencia bioquímica, en estudio univariado (hazard ratio HR 1.71, 95% intervalo de confianza, CL 1.19 a 2.46, $p = 0.004$) y multivariado (HR 1.57, 95% intervalo de confianza, 1.06 a 2.32, $p = 0.025$). El análisis regresivo después de la estratificación por grupos de riesgo y ajustes por variantes de tratamiento, demostraron una asociación significativa entre la IPN y el riesgo de recurrencia bioquímica para el grupo de bajo riesgo (HR 4.14, 95% intervalo de confianza 1.55 a 11.02, $p = 0.005$) y para los grupos de intermedio y alto riesgo (HR 1.53, 95% intervalo de confianza 1.02 a 2.29, $p = 0.040$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio demostraron que la IPN es un factor de riesgo independiente, asociado con un aumento de la recurrencia bioquímica en pacientes con CP tratados por RT.

Notas tomadas de Material y Métodos:

Criterios de recurrencia bioquímica según ASTRO (año 2006): aumento de 2 ng/ml o más, sobre el valor menor del APE, después de un tratamiento con RT u hormonal, en 3 muestras tomadas consecutivamente por 3 meses.

Grupos de riesgo según NCCN: (año 2007)

Bajo riesgo: T1-T2a-T2b, Gleason de 2 a 6, APE pre tratamiento menor de 10 ng/ml.

Riesgo intermedio: T2c, Gleason 7 o APE pre tratamiento de 10 a 20 ng/ml.

Alto riesgo: T3-T4, Gleason de 8 a 10 o APE pre tratamiento mayor de 20 ng/ml.

15. - Lifestyle Factors and Duration of Androgen Deprivation Affect Bone Mineral Density of Patients with Prostate Cancer During First Year of Therapy.

Autores: Christopher W. Ryan, Dezheng Huo, James W. Stallings, Ronald L. Davis, Tomasz M. Beer, and Laura T. McWhorter.

UROLOGY 70: 122-126, 2007.

Solicitud de copia: Christopher W. Ryan, M.D., Cancer Institute, Oregon Health and Science University, 3303 Southwest Bond Avenue, Mail Code 14R, Portland, OR 97239.

E-mail: ryan@ohsu.edu

Objetivos: La terapia de deprivación androgénica (TDA) se asocia con la pérdida de la densidad mineral ósea (DMO) y el aumento del riesgo de fractura. Nosotros decidimos buscar el impacto de la TDA y las variables del estilo de vida en la DMO de 120 pacientes con cáncer de próstata sin metástasis óseas, en un ensayo clínico randomizado.

Métodos: Se incluyeron en un ensayo clínico con ácido zoledrónico vs. placebo a un total de 120 pacientes con cáncer de próstata sin metástasis óseas que habían recibido TDA por menos de 12 meses antes. La DMO fue obtenida antes de empezar el estudio por densimetría (dual energy x-ray absorptiometry). Los pacientes respondieron un cuestionario en relación a posibles factores de riesgo de osteoporosis, incluyendo el consumo de productos como productos con cafeína, tabaquismo, consumo de alcohol, suplementos de calcio/vitamina D, medicación tiroidea y la práctica de ejercicios.

Resultados: La duración media del TDA fue de 3 meses (rango de 0 a 12 meses). La osteopenia u osteoporosis (score T menor de -1) se encontró en las 2/3 partes del grupo en uno o más lugares de los medidos. Las principales cifras del score Z fueron en el cuello femoral -0.091 ± 0.959 , en la cadera 0.122 ± 1.005 y en la columna lumbar 0.657 ± 1.789 . En un análisis regresivo, lineal, múltiple, la duración del TDA estuvo asociado negativamente con el score Z de los tres sitios y el índice de masa corporal, el suplemento de calcio/vitamina D el uso del alcohol estuvieron asociados positivamente con el score Z.

Conclusiones: La pérdida de DMO está en función de la duración del TDA durante el primer año. El índice de masa corporal, el suplemento de calcio/vitamina D y el uso del alcohol estuvieron asociados con mayor DMO aún después de controlar la exposición al TDA.

16. - Prognosis of Primary Mucosal Penile Melanoma: A Series of 19 Dutch Patients and 47 Patients from the Literature.

Autores: Albertus N. van Geel, Michael A. den Bakker, Wim Kirkels, Simon Horenblas, Bin B. R. Kroon, Johannes H. W. de Wilt, Alexander M. M. Eggermont, Wolter J. Mool, and Madelon N. A. van der Aa.

UROLOGY 70: 143-147, 2007.

**Solicitud de copia: Albertus N.van Geel, M.D., Ph.D.,
Department of Surgery Oncology, Erasmus Medical
Center/Daniel den Hoed Cancer Center, Groene Hilledijk
301, Rotterdam 3075 EA, The Netherlands.**

E-mail: a.n.vangeel@erasmusmc.nl

Objetivos: Analizar la presentación clínica, los factores pronósticos y la supervivencia de pacientes masculinos con melanoma mucoso primario (MMP) en el glande, meato uretral, fosa navicular y uretra distal.

Métodos: Analizamos la presentación clínica, los factores pronósticos y la supervivencia de 66 pacientes masculinos con MMP del glande, meato uretral, fosa navicular y uretra distal, diagnosticados en los últimos 25 años. Los datos de nuestra serie de 19 pacientes fueron combinados con los 47 pacientes reportados en la literatura.

Resultados: La supervivencia global de 2 y 5 años fue de 63% y 31% respectivamente. Todos los pacientes que tenían ganglios tomados o metástasis a distancia, en su presentación inicial, murieron antes de dos años. La presencia de ulceración, profundidad del tumor de 3,5 mm o más y diámetro mayor de 15 mm tuvieron un efecto adverso significativo en el pronóstico.

Conclusiones: El pronóstico del MMP no es peor que el del melanoma cutáneo de espesor comparable. El tratamiento debe ser similar al melanoma cutáneo, con amplia resección y biopsia del ganglio centinela en el grupo de pacientes negativos de ganglios metastáticos.

Nota del traductor (algunos detalles tomados del trabajo)

El MMP es raro (menos del 4% de los melanomas). El MMP aparece en las mucosas de casi todos los órganos: cabeza o cuello 55%, órganos genitales femeninos 18%, región peri anal 24% y tracto urinario 3%. En el tracto genitourinario masculino representan el 1% de todos los melanomas. La uretra distal, incluyendo la fosa navicular y el meato uretral son las localizaciones más frecuentes.

Algunas características clínicas tomadas de la Tabla presentada (n=66).

Edad promedio: 60 años (13 a 93)

Aspecto: Polipoide 23; pigmentado 22 Hematuria 13

Localización: glande 26; meato 20; mucosa prepucial 8; uretra 12.

Extensión de la enfermedad: localizado 51 (77%); Ganglio + 9 (14%); ganglio+ y metástasis 6 (9%).

Tratamiento en los 19 casos de los autores:

19 con resección de la lesión (8 con márgenes +)

De los 8: 4 amputación parcial del pene y 4 resección más amplia de la lesión

A 3 pacientes: vaciamiento ganglionar inguinal e ilíaco.

En 7 pacientes: biopsia del ganglio centinela con dos + a quienes se les practicó vaciamiento ganglionar.

17.- Quality Assessment of Hypospadias Repair with Emphasis on Techniques Used and Experience of Pediatric Urologic Surgeons.

Autores: Rafal Chrzan, Pleter Dik, Aart J. Klijn, and Tom P. V. M. de Jong.

UROLOGY 70: 148-152, 2007.

Solicitud de copia: Rafal Chrzan, M.D., Ph.D., Department of Pediatric Urology, University Children's Hospital, University Medical Center Utrecht, Lundlaand 6, 3584 EA, Utrecht, The Netherlands.

E-mail: rchrzan@umcutrecht.nl

Objetivos: Valorar el resultado de la reparación de hipospadias en nuestra institución, comparado con la literatura, con la técnica utilizada y con el cirujano, considerados como factores de riesgo.

Métodos: Se analizaron los resultados de 299 correcciones primarias de hipospadias. Todos los procedimientos fueron realizados por experimentados urólogos pediatras. El promedio de edad de los pacientes operados fue de 16,3 meses. El seguimiento fue de 6 meses a 5,5 años. Se repararon 242 hipospadias distales con incisión tubularizada en 100 pacientes, técnica de avance en 128 y técnica de Mthieu en 14.

Resultados: Durante el seguimiento ocurrieron complicaciones en 93 pacientes (31%). Las complicaciones en las hipospadias distales ocurrieron en 59 pacientes (24%). Los hallazgos más comunes en estos fue la fístula uretral (14.4%). La frecuencia de las complicaciones dependió de la severidad de la anomalía (0 para la glanular, 28% para la pericoronal, y 63% en la proximal) y con la técnica escogida (16% para el avance contra el 60% en la tubular). Nosotros encontramos diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones entre los cirujanos actuantes.

Conclusiones: Las complicaciones después de la cirugía de las hipospadias son frecuentes. Ellas son multifactoriales y dependen principalmente del tipo de anomalía, la técnica escogida y la experiencia del cirujano. Son necesarios más estudios para obtener un indicador de calidad, aceptado internacionalmente, para el resultado de la reparación de la hipospadias.

18. - **Laparoscopic Nephrectomy for Pediatric Giant Hydronephrosis.**

Autores: Jonathan D. Harper, Satyan K. Shah, D. Duane Baldwin, and David Moorhead .

UROLOGY: 70: 153-156, 2007.

Solicitud de copia: D. Duane Baldwin, M.D., Division of Urology, Loma Linda University School of Medicine, 11234 Anderson Street, Room A560, Loma Linda, CA 92354.

E-mail: dduanebaldwin@mac.com

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la nefrectomía laparoscópica pediátrica (NL) y la nefroureterectomía laparoscópica (NUL) por hidronefrosis gigante.

Métodos: Se hizo un estudio retrospectivo de todos los pacientes pediátricos a quienes se les practicó una NL o NUL. Cinco de esos pacientes tenían una hidronefrosis gigante en un riñón no funcionando. Debido a la infección crónica y la masividad del proceso se procedió a descomprimir el sistema internamente con un catéter. La descompresión parcial propició espacio suficiente para la visualización adecuada en el abdomen y mantenía una turgencia suficiente para facilitar la disección.

Resultados: Se realizaron 3 NL y 2 NUL en riñones con hidronefrosis gigantes. Todos los casos fueron totalmente por laparoscopia. En todos los casos, la vascularización y la orientación fueron anormales por el efecto de la gran masa. El promedio de edad fue de 9 años (rango de 3 a 17 años). El tiempo quirúrgico promedio fue de 281min (rango 225 a 410min) y la pérdida de sangre promedio estimada fue de 27ml (rango 5 a 50ml). El tiempo para iniciar la vía oral fue de 6,5h (rango de 4 a 11h) Todos los pacientes fueron dados de alta a los tres días y no hubo complicaciones mayores ni menores.

Conclusiones: Aunque la NL y la NUL por hidronefrosis gigante presenta especiales cambios por la gran masa renal en una cavidad abdominal pequeña, estos procedimientos se pueden llevar a cabo con seguridad si se tienen en cuenta cuidadosamente las anómalas relaciones anatómicas.

Nota del traductor: En Material y métodos se aclara que 4 casos usaron un catéter ureteral para la descompresión y en 1 fue necesaria la descompresión percutánea, al no localizar el meato correspondiente. En ambos casos el catéter se taponeó para no descomprimir totalmente el sistema y además en algunos se instiló solución salina si se creyó necesario para facilitar la disección.

19.- Xanthogranulomatus Pyelonephritis in Childhood: A Critical Analysis of 10 Cases and of the Literature.

Autores: Vahudin Zugor, Günter E. Schott, and Apostolos P. Labanris.

UROLOGY 70: 157-160, 2007.

Solicitud de copia: Vahudin Zugor, M.D., Department of Urology, University of Erlangen Medical Center, Krankenhausstrasse 12, 91054 Erlangen, Germany.

E-mail: vahudin.zugor@uro.imed.erlangen.de

Objetivos: Reportar nuestra experiencia con 10 casos de pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) en niños y revisar la literatura al respecto, de esta relativamente rara enfermedad.

Métodos: Se examinaron los datos de 10 pacientes de nuestra institución con diagnóstico de PXG, entre 1996 y 2006. Se recogieron: el modo de presentación, los hallazgos clínicos y radiológicos, hemograma, química sanguínea, urocultivos y los hallazgos operatorios y anatomopatológico del riñón afectado.

Resultados: El grado de la enfermedad fue señalado de acuerdo a la clasificación de Malek y Elder. De acuerdo a las investigaciones radiológicas y los resultados quirúrgicos se clasificaron como grado I un paciente, grado II, 6 pacientes y grado III, 3 pacientes. Se realizó nefrectomía simple en los 10 casos.

Conclusiones: El diagnóstico de la PXG era normalmente basado en la valoración anatomopatológica después de la nefrectomía. Durante la última década, sin embargo, la mayor sensibilidad de las investigaciones radiológicas (ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética), en combinación con la sospecha clínica, han hecho posible el diagnóstico preoperatorio. La intervención quirúrgica sigue siendo la piedra angular del tratamiento para esta enfermedad poco común.

20.-Lymphatic Vessels Hydrodissection During Varicocelectomy.

Autores: Ahmad Atteya, Medhat Amer, Ahmad AbdelHady, Hatem Al-Azzizi, Esam Ismael, Mohamed Abdel-Gabbar, and Ramy Shamioui.

UROLOGY 70: 165-167, 2007.

Solicitud de copia: Ramy Shamioui, M.D., Department of Pharmacology and Toxicology, Queen's University, Kingston, ON K7L 2V5, Canada.

E-mail: rannone74@hotmail.com

Objetivos: Nosotros reportamos una nueva técnica de preservación de los linfáticos durante la varicocelectomía, usando una infusión de solución salina-, que hemos llamado "hidrodissección linfática",

Introducción: La aparición de hidrocele después de la varicocelectomía es una complicación común, promedio 7%. El uso de la magnificación (microcirugía) y la oclusión de la vena por colocación de un balón, radiológicamente, han disminuido esta complicación. Nosotros describimos una técnica nueva y sencilla para proteger los linfáticos durante la varicocelectomía.

Técnica: Incisión de 2-3 cm. en la región inguinal por fuera del anillo inguinal externo. Incisión de la aponeurosis del oblicuo externo y exposición del cordón espermático que es tomado con pinzas de Babcock y extraído fuera de la herida manteniéndolo aislado con un drenaje de Penrose. Se inyectan de 2 a 5 ml de solución salina inmediatamente por debajo de la fascia que recubre el cordón. Los vasos linfáticos se verán transparentes cuando se llenan de la solución. Puede ser necesario repetir la inyección de solución salina. La disección de las venas se hará con más seguridad de no dañar los linfáticos y se procederá a su ligadura y sección. Se cierra la herida con sutura no absorbible.

Resultados: Se operaron 20 pacientes (edad promedio 28 años). En dos pacientes hubo recurrencia del hidrocele (6.66%) –y la identificación de la arteria fue difícil en 5 casos (8.3%). No se ha producido hidrocele en ningún caso en un año de seguimiento.

21.- **Bipolar Versus Monopolar Transurethral Resection of Prostate: Pathologic Study in Canines.**

Autores: Xing-Huang, Xing-Huan Wang, LI-Jun Qu, Xiao-Yong Pu, and Xiao Zeng.

UROLOGY 70: 180-184: 2007.

Solicitud de copia: Xing-Huan Wang, M.D., Department of Urology, Guangdong Provincial People's Hospital, Guangzhou 510080, China.

E-mail: urologist@126.com

Objetivos: Comparar la profundidad de la coagulación y los cambios patológicos de la próstata, después de la RTU bipolar y monopolar en modelo canino.

Métodos: Se trataron 25 perros, en vivo, con RTU bipolar (n=12); con RTU monopolar (n=12) y 1 falsa operación en un perro. Los perros fueron sacrificados a los 0, 7, 14 y 60 días (3 perros de cada grupo). El perro de la operación falsa fue sacrificado inmediatamente después del acto quirúrgico.

Resultados: En el día 0 las zonas de coagulación en el grupo bipolar fueron más profundas que las del grupo monopolar ($p < 0.01$). A los 7 días las zonas coaguladas se habían hecho más finas en ambos grupos pero eran más gruesas las del grupo monopolar ($p < 0.01$). A los 14 días no se encontró diferencias entre los dos grupos ($p > 0.05$). El examen histopatológico de las piezas reveló reacción inflamatoria en ambos grupos a los 0, y 14 días post operatoria. También se observó distensión de la luz glandular y distorsión del epitelio por debajo de las zonas coaguladas. A los 60 días, las zonas coaguladas estaban sin escara alguna y con urotelio regenerado cubriendo la zona. Ninguno de estos cambios se encontró en el perro de la falsa operación.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio han demostrado que los cambios patológicos en la próstata después de la RTU monopolar y bipolar, son similares. Sin embargo, las zonas de coagulación intraoperatoria de RTU bipolar son más profundas y se hacen más finas, .más temprano que en las RTU monopolares.

Nota del traductor: Las operaciones se realizaron con una incisión media, abdominal y exposición de la vejiga. Se introdujo el resectoscopio a través de una cistostomía y se resecó el tejido prostático entre las 5 y las 7 del reloj. Se hizo hemostasia por coagulación. En la falsa operación sólo se introdujo el resectoscopio y no se realizó resección ni coagulación alguna.