

Realizada la revisión de la documentación correspondiente a los trabajos a presentar en el XXII Congreso Nacional de Urología, In Memoriam "Dr. Enrique Parra Bernal", hemos detectado la ausencia de los trabajos señalados a continuación.

POSTERS:

- P-61.- ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y URODINAMICOS SIMULTANEOS UNA FORMA DE VIDEO URODINAMIA.** *Marcial Daza, José Felipe Márquez, Víctor A. Galarreta, Antonio Sosa, Daniel Galarreta.* Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Servicio de Urología, Barquisimeto Estado Lara. **Objetivo:** Complementar con imágenes en movimiento (cinética), los aspectos funcionales que nos aporta la urodinamia convencional sobre la vejiga y uretra. **Material y método:** El Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, cuenta con un equipo de urodinamia de cuatro canales Urolab Spectrum 2200 A, Life-Teach y con un Servicio de Radiología y Diagnostico por Imágenes que le proporciona a la Unidad de Urodinamia y Continencia una mesa radiológica y un equipo de fluoroscopia semanal. Dichos equipos fueron adaptados por nuestro servicio para la videourodinamia en vista que por su modelo no están conectados entre si como los equipos actuales. **Resultados:** Al evaluar los resultados de los estudios urodinámicos ejecutados con esta técnica, se hacen visibles las secuelas producto de la hiperactividad vesical, alteraciones de la acomodación, comportamiento del tracto de salida (dis-sinergias), alteraciones en la contractilidad del detrusor y la existencia o no de alguna obstrucción. **Conclusión:** En términos generales, las indicaciones de un estudio video-urodinámico son las mismas de una cistometría convencional y se reservan, para casos de difícil interpretación ó de tratamientos evidentemente complejos. Afortunadamente, en nuestro centro de salud, podemos realizar estos estudios urodinámicos con imágenes en movimiento y aclarar un conjunto de trastornos propios de la micción, abriéndose un panorama diferente para la enseñanza de la urología moderna, y más aún, para aplicar tratamientos efectivos y a bajo costo en las enfermedades que se manejaban injustamente a ciegas.
- P-62.- PRESIÓN URETRAL RETROGRADA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA MASCULINA.** *Marcial Daza, José Felipe Márquez, Víctor A. Galarreta, Antonio Sosa, Daniel Galarreta.* Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Servicio de Urología, Barquisimeto Estado Lara. **Introducción:** En nuestro hospital, además del protocolo preoperatorio que incluye una la valoración urodinámica completa para estos pacientes, se utiliza la medición de la presión uretral retrograda artesanal previa a la intervención; y después, se estila en el propio acto quirúrgico. **Objetivo:** Lograr la eficacia y seguridad que otorgará la prótesis quirúrgica empleada para la cura de la incontinencia urinaria en el hombre. **Material y método:** Para determinar la presión uretral retrograda, se necesita: un soporte para soluciones, una regleta de un metro de longitud dividida en centímetros, un frasco de solución fisiológica, una sonda Foley, conectores y catéteres para infundir la solución. Después de asegurar en el paral la regleta y un catéter con el 0 a nivel del pubis, se le conectará al frasco de solución y al catéter que irá acoplado a la sonda Foley. El registro de la presión comienza, después de fijar la sonda Foley en la fosa navicular con 2 o 3 ml. de solución y empezar a levantar el frasco de solución hasta observar su goteo en el receptáculo. Este nivel en centímetros corresponderá a la presión uretral pasiva del sujeto. **Resultados:** Este método artesanal nos ayuda a calcular con certeza, la tensión que se le debe aplicar al

Sling para fijarlo a la uretra bulbar del paciente. **Conclusión:** La presión uretral retrograda (URP), es una herramienta confiable de costo mínimo y sin ninguna morbilidad para el paciente. **Palabras claves:** **incontinencia masculina, presión uretral retrograda**

P-63.- PRIMER TIEMPO DE RECONSTRUCCION PENEANA EN PACIENTE CON AMPUTACION DEL FALO POSTERIOR A GANGRENA DE FOURNIER. A PROPOSITO DE UN CASO. *Dr. Daza, Marcial; Dr. Arismendi, Fernando. Dr. Antonio Sosa, Dr. Alejandro Galarreta.* Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Servicio de Urología, Barquisimeto Estado Lara. **Resumen:** Paciente de 43 años que consultó por presentar dolor, aumento de volumen y cambios de coloración en pene y escroto de una semana de evolución, diagnosticándose Gangrena de Fournier que ameritó intervención quirúrgica de emergencia en la cual se evidenció necrosis de piel de 2/3 distales del pene y piel de escroto, realizándose necrectomía. Un mes después de su ingreso se observa evolución satisfactoria, por lo que el servicio de Cirugía Plástica asume el caso. Se lleva a cabo la reconstrucción peneana y uretral por técnica de Guillis, con evolución tórpida por necrosis del colgajo uretral. Se repite procedimiento quirúrgico 2 meses después con evolución no satisfactoria, observándose nuevamente necrosis de colgajo uretral. Se decide manejo conservador, dándose de alta al paciente al presentar mejoría clínica, para planificar nueva intervención. Un año después es operado nuevamente por el servicio de Cirugía Plástica, repitiéndose el procedimiento de reconstrucción fállica por técnica de Guillis, presentando necrosis de colgajo de uretra; el paciente es egresado para replanificar cirugía en conjunto con el servicio de Urología. Actualmente, 3 años después del evento inicial, presenta neofalo conformado por colgajo de rotación inguinal pediculado, ausencia de signos de infección, con completa cicatrización y repitelización de heridas cutáneas, estenosis total de uretra a nivel bulbar, además de cistostomía suprapúbica. Se plantea reconstrucción uretral por parte del servicio de Urología, para completar la confección del neofalo en este paciente. **Palabras clave:** Faloplastia, Uretroplastia, Fournier, Neofalo.

P-64.- FRECUENCIA DE DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR OTRAS CAUSAS. *Daza, Marcial, Antonio Sosa, Bastidas, Gabriel. Rodríguez, Dayana, Aurora Díaz, Daniel Galarreta, José Pineda.* HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR ANTONIO MARIA PINEDA" **Introducción:** la disfunción eréctil, es considerada la incapacidad para alcanzar y/o mantener una adecuada erección del pene de tal modo que impide llevar a cabo una ejecución sexual satisfactoria, en Estados Unidos se estima que afecta a unos 30 millones de hombres, lo cual nos habla de su alta prevalencia, por lo cual es importante conocer estos datos en nuestras áreas de influencia. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de disfunción eréctil, en pacientes hospitalizados en el hospital central "Dr. Antonio Maria Pineda". **Ambiente:** áreas de hospitalización de cirugía, traumatología, urología y medicina interna. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal. La población y muestra, estuvo constituida por 96 pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del hospital, a los cuales se les aplicó un instrumento para la recolección de datos, el cual fue previamente validado por expertos y determinada su confiabilidad a través de la prueba piloto. La interpretación de los datos fue obtenida a través de técnicas de la estadística descriptiva. Se estudio edad, antecedentes patológicos, antecedentes traumáticos, hábitos, enfermedades de transmisión

sexual, y escala de IIEF-5. **Resultados:** el grupo etáreo predominante fueron adultos jóvenes (21- 30 años) con 42,70%, el 35,41% refirió sufrir de hipertensión arterial y el 16,66% de diabetes mellitus. El 18,75% reportó algún antecedente traumático en el área pélvica. El 69,79% tenían habito tabáquico, el 58,33% hábitos alcohólicos y el 19,79% manifestó el consumo de algún tipo de droga. El 86,45% negó haber sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual, con respecto al screening del IIEF-5 el 7,29% reportó DE severa (5-7 puntos), 9,37% DE moderada (8-11 puntos), 5,20 % DE media a moderada (12-16 puntos), 11,45% DE media (17-21 puntos), y 66,66% no DE (22-25 puntos). **Conclusiones:**

P-65.- PRIAPISMO EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. *Marcial Daza, Carolina Zapata, Antonio Sosa, Alejandro Galarreta, Ibrahim Echeverría.* Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Servicio de Urología. Barquisimeto Estado Lara. **Introducción:** el priapismo es una patología urológica causada por diferentes etiologías; definido como una erección persistente y dolorosa no asociada a estímulos o deseo sexual. Puede ser de alto flujo (no isquémico) o de bajo flujo (isquémico) que puede ser causado por desordenes hematológicos o infiltración tumoral. **Objetivo:** presentar caso clínico de paciente con leucemia mieloide crónica que debuta como primera aparición en priapismo. **Discusión:** el priapismo es extremadamente raro en pacientes con leucemia mieloide crónica manifestada únicamente por priapismo sin otro hallazgo clínico. Nuestro caso es un ejemplo de leucemia mieloide crónica manifestada por priapismo. **Caso clínico:** paciente masculino de 33 años de edad erección dolorosa y persistente de 2 días de evolución. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Al examen físico: pene erecto, edematizado, doloroso a la palpación, con cianosis distal. Laboratorio: Leucocitos 273.500k/ul. Se completan paraclínicos diagnosticándose: Enfermedad Mieloproliferativa Crónica: Leucemia Mieloide Crónica. **Intervención:** Shunt arterio-venoso de Alghorado. **Conclusión:** Se hace necesario el estudio hematológico en pacientes con priapismo para así descartar la patología de base.

P-66.- FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES HOSPITALIDAS POR OTRAS CAUSAS. *Marcial Daza, Daniel Galarreta, Alejandro Galarreta, Antonio Sosa, Aurora Diaz, Bastidas, Gabriel, Irene Faneite, Juan Varela.* Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Servicio de Urología, Barquisimeto Estado Lara. **INTRODUCCIÓN:** la incontinencia urinaria es una patología frecuente en el sexo femenino, asociada a múltiples causas como multiparidad, diabetes, obesidad entre otros, con repercusión social y económica, un porcentaje de pacientes no acuden a evaluación urológica por no considerar que afecta su calidad de vida. **OBJETIVO:** determinar la frecuencia de pacientes con incontinencia urinaria hospitalizada por otras causas. **MATERIALES Y MÉTODO:** estudio descriptivo, transversal. La población y muestra, estuvo constituida por 300 pacientes hospitalizados en los diferentes servicios, a los cuales se les aplicó un instrumento para la recolección de datos a través de una entrevista estructurada, registrándose edad, antecedentes, presencia y tipo de incontinencia. Resultados: se estudio un total de 300 pacientes, de las cuales el 29% presentaban algún grado o tipo de incontinencia, el 37% tenía edades comprendidas entre 47 y 57 años, el antecedente no quirúrgico mas frecuente fue la hipertensión arterial en un 30 % y la obesidad un 22%, el antecedente

urológico mas frecuente fue la infección urinaria recurrente en 45%.el antecedente quirúrgico mas frecuente fue la histerectomía en 30%, el 52% tenia de 1 a 3 partos, de 4 a 6 partos el 29%. Solo el 9% acudió en algún momento por esta patología. **CONCLUSIÓN:** un alto porcentajes de pacientes con incontinencia no acuden al medico por considerar no afecta su calidad de vida, por tal motivo se debe seleccionar cuidadosamente los casos lo mas objetivamente posible antes de ser sometidas a algún de intervención. **PALABRAS CLAVES:** **Incontinencia**, calidad de vida, frecuencia

P-67.- MANEJO ENDOSCOPICO DE LA LITIASIS CORALIFORME EN UN RIÑÓN EN HERRADURA. A PROPOSITO DE UN CASO. Autores: Romero Juan E; Gómez Juan, López Luís, Ktech Nasser, Arias Euro. Hospital Coromoto Maracaibo Estado Zulia. El riñón en herradura es la anomalía congénita de fusión más frecuente y consiste en la fusión de los polos inferiores de ambos riñones por un istmo de tejido fibroso o totalmente funcionante. **Incidencia:** Aparece en 1 de cada 400 nacimientos (0,25% de la población). Más frecuente en varones (2:1), parece que más prevalente en edad pediátrica y se asocia muchas veces con otras anomalías congénitas. **Características:** En el 95% de los casos los dos riñones están unidos por los polos inferiores, y en contadas ocasiones por los superiores. El istmo suele ser de volumen significativo y con parénquima funcionante, se localiza normalmente junto a las vértebras L3 o L4 debajo del origen de la arteria mesentérica inferior, por lo que son riñones algo más bajos que los normales. El istmo suele ser anterior a los grandes vasos. Se acompaña de rectificación de los ejes renales y de malrotación de las pelvis renales que suelen adoptar una posición lateral y anterior. Los uréteres pueden tener una inserción anormalmente alta. Muchas veces se asocian con otras anomalías, muchas veces graves e incompatibles con la vida. Los aparatos que se afectan más son el esquelético, el corazón y el sistema nervioso central. La malformación se da en el 20% de los pacientes con trisomía 18 y en un 60% de las mujeres con síndrome de Turner. En el 4% de los varones que lo padecen hay hipospadias y criptorquidia y en el 7% de las mujeres útero bicorne o vagina tabicada. En un 10% de los pacientes hay duplicidad ureteral. **Manifestaciones clínicas:** Pueden ser asintomáticos (33% de los casos), o bien presentar complicaciones que suelen ser debidas a la uropatía obstructiva y al éxtasis urinario (hidronefrosis, obstrucción pieloureteral, litiasis, infecciones, etc.). Además, estos pacientes presentan un riesgo elevado de malignización con el desarrollo de adenocarcinomas. Presentamos a continuación el caso de un paciente masculino de 45 años de edad el cual consulto por dolor lumbar izquierdo de fuerte intensidad. **Antecedentes.** Cólicos Nefríticos a repetición Pielolitotomía Abierta Izquierda fallida 2 años antes. **Examen Físico:** Abdomen plano con cicatriz pararectal izquierda de aproximadamente 8 cms, puño percusión renal izquierda positiva. **Urotomografía:** Riñón en herradura con hidronefrosis izquierda grado II / III y calculo de aproximadamente 4 cms que ocupa la pelvis renal y los cálices medio e inferior. Fue llevado a mesa operatoria y se le practico Nefrostomía y Nefrolitotomía percutanea en dos sesiones con abordaje a través del cáliz superior, utilizando como instrumento de dilatación un balón neumático y un equipo de Litotripsia Balística, el tiempo aproximado de cada sesión fue de 100 minutos y la perdida aproximada de sangre fue de 200 cc en la primera sesión y de 400 cc en la segunda, el periodo de hospitalización fue de 24 horas e cada caso, no se evidenciaron litiasis residuales ni se experimentaron complicaciones post operatorias. **Conclusiones:** La Nefrolitotomía Percutánea es hoy por hoy el procedimiento de elección para el manejo

de los cálculos renales aun en aquellos cálculos ubicados riñones aquejados por malformaciones anatómicas, constituyéndose en un procedimiento seguro y efectivo.

VIDEOS

- V-16 **Nefrectomía Laparoscopica Transperitoneal.Tecnica Quirurgica Paso. Paso Garcia, A., Ballesteros, C., Lopez, A., Zambrano, C., Perez, M., Valero, R., Moanack, J., Husband,W., Gonzalez,R., Sanchez, R., Matheus, R., Davila, H.** Introducción. Desde su descripción por Clayman, la nefrectomía laparoscopica ha demostrado beneficios notables que han establecido el procedimiento como Standard para enfermedad benigna y tumores T1 y T2. Actualmente, se introduce en la formación de residentes de urología en Venezuela, ilustrándose en esta descripción visual los pasos fundamentales y aspectos técnicos mas destacados de esta intervención esencial de la Cirugía urológica. Métodos. Se describe en forma diagramático y mediante clips de video seleccionados cada uno de los pasos del procedimiento. Técnica Paciente en posición de lumbotomía Abordaje Transperitoneal Pasos operatorios -Apertura de la fascia de Toldo - Decolamiento del colon- Identificación y disección del ureter y vena gonadal - Tracción ureteral (seccion del ureter) - Disección del hilio - Ligadura de vena gonadal, adrenal y lumbar - Ligadura de arteria renal - ligadura de vena renal - Liberación de polo renal inferior -Liberación de polo renal superior (con o sin adrenal) -Extracción de la pieza.

TRABAJOS DE INCORPORACIÓN:

El Trabajo Libre TL-06, corresponde al trabajo de incorporación del Dr. Vásquez Gutiérrez, Marcos Roberto.

- TL-06 HEMATOMA HEPÁTICO SINTOMÁTICO, POST LITOTRICIA EXTRACORPÓREA. **Vásquez Gutiérrez, Marcos Roberto**; González González, Pedro Armando; Visbal Beltran, Luís Humberto; Hernández Herrera, Ledy Violeta; Celis Pinzón, Maira Claret; Martínez Beguett, Carlos Antonio; Pernía Márquez, Daniela Alexandra. HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. PEDRO EMILIO CARRILLO

- El Acto Protocolar de Clausura debe ser en **Traje Formal**, la fiesta a las 8.00 p.m., en traje Deportivo Casual.
- En el Trabajo de Incorporación Nro. TI-04, entre los coautores falta incluir al Dr. José Manuel Rojas.
- El evento denominado **36 Respuestas para mejorar la salud sexual Masculina**, es únicamente para adultos.