



## EDITORIAL



**Jorge Gutierrez-Aceves, MD, Editor**  
**Secretario General CAU**  
Winston-Salem, North Carolina

La colaboración entre la Confederación Americana de Urología CAU y las principales organización urológicas internacionales es cada vez mas estrecha y mas fuerte, con convenios de intercambio académico que nos permiten ofrecer programas educativos mas interesantes cada año. Esta colaboración es particularmente activa entre la Asociación Americana de Urología (AUA) y la CAU. El congreso de la AUA se llevara acabo en la ciudad de San Francisco, California del 18 al 21 de Mayo próximo. Como cada año la AUA presentara un intenso programa de actividades educativas traducidas al español o presentadas en español

para los Urólogos Latinoamericanos y de habla hispana miembros de la CAU.

La sesión conjunta AUA/CAU sigue siendo la actividad mas importante del programa en español. Esta sesión, que se presenta este año por vigésima cuarta ocasión, registra el mayor numero de asistentes para una única sesión durante el congreso de la AUA, con cerca de 2,000 Urólogos de habla hispana y de muchos otros países no hispano parlantes. Como cada año el programa de esta sesión incluirá la participación de urólogos expertos de los Estados Unidos y de Latinoamérica y estará dividido en la presentación de temas generales de actualidad con conferencias “Estado del Arte” durante la mañana y de un intenso simposio acerca de “Actualidades en Cirugía Urológica” por la tarde. Este programa se llevara a acabo el Viernes 18 de Mayo de 8.00 a 16.30. Nuevamente un

reconocimiento al Dr. Shlomo Raz por su intenso trabajo y por facilitar la coordinación con la CAU para la realización de este programa.

La AUA ofrecerá este año la traducción al español de todas las sesiones plenarias “Primetime” que se presentaran del sábado 19 al lunes 21 de Mayo. El programa en español lo completan 3 cursos/simposios traducidos al español con los temas de terapia de testosterona y manejo medico del cáncer de próstata resistente a la castración, así como el simposio que presenta la Sociedad Española de Urología y tres cursos/simposios presentados completamente en español con los temas de cirugía reconstructiva uretral y endourologia, así como el simposio que presenta la Sociedad Argentina de Urología.

El programa completo con traducción a español o en español a presentarse durante el próximo

congreso de la AUA lo puedes encontrar en el interior de este numero de AUA News o lo puedes consultar en [www.aunet.org](http://www.aunet.org) o en [www.caunet.org](http://www.caunet.org).

Finalmente, a partir de ya puedes consultar los avances generales del congreso CAU/Republica Dominicana 2018, así como del programa científico del congreso. Hemos tenido una extraordinaria respuesta de un gran numero de profesores de reconocido prestigio internacional que cubren las distintas regiones del mundo incluyendo Europa, Norte América y Latinoamérica quienes han confirmado ya su participación, lo que nos permitirá presentar un programa científico de un magnifico nivel académico. Quiero invitarles a que consulten el programa y los avances generales del congreso en [www.caunet.org](http://www.caunet.org) o en [www.caupuntacana2018.com](http://www.caupuntacana2018.com). ♦



VOLUME 11 | ISSUE 4  
SPANISH EDITION

### Editor, Spanish Edition

**Jorge Gutierrez-Aceves, MD**  
Winston-Salem, North Carolina, USA

### Associate Editors, Spanish Edition

**Oscar Negrete-Pulido, MD**  
Leon, Mexico

**Francisco Gomez-Regalado, MD**  
Guadalajara, Mexico

## Medicina de Precisión y Urología Benigna: Fenotipos, Terapia Personalizada y de Grupos



**J. Quentin Clemens, MD, FACAS, MSCI**  
Ann Arbor, Michigan

Muchos pacientes acuden con el urólogo por problemas urinarios tales como incontinencia urinaria o dolor. El objetivo del médico es identificar características clínicas que lo llevarán al diagnóstico y a algún tratamiento específico. Desafortunadamente, existe una serie limitada de pruebas diagnósticas que ayudan en este proceso, algunos diagnósticos en particular (ej. Vejiga hiperactiva, síntomas del tracto urinario inferior, incontinencia

urinaria mixta, síndrome doloroso vesical) pueden estar determinados en mayor medida por su sintomatología característica. Como resultado, es difícil administrar una terapia específica o individualizada y los resultados serán subóptimos. Existe una clara necesidad de identificar criterios adicionales para realizar una subdivisión de casos en categorías diagnósticas (fenotipos) que ayuden a lograr abordajes terapéuticos basados en evidencia, individualizados y por ende, más efectivos.

Para lograr estas líneas de conocimiento, el Instituto NIDDK (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*) estableció el desarrollo de 2 redes

multicéntricas de investigación colaborativa. La Red de investigación del Abordaje Multidisciplinario para el Estudio del Dolor Pélvico Crónico (MAPP, *por sus siglas en inglés*) se enfoca en estudiar el síndrome de dolor pélvico crónico urológico (UCPPS, *por sus siglas en inglés*), constituido por el síndrome de vejiga dolorosa/cistitis intersticial. La Red de Investigación de Síntomas de la Disfunción del Tracto Urinario Inferior (LAPP, *por sus siglas en inglés*) está estudiando esa gran cantidad de síntomas urinarios no dolorosos, incluyendo incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva, nicturia y disfunción urinaria masculina. Discutiremos los abordajes en investigación, así como los principales hallazgos en el fenotipado de estas redes de investigación.

La red MAPP incluye 6 Sitios de Descubrimiento, un Centro de

## Medicina de Precisión y Urología Benigna

▼ Continuación de la página 1

Coordinación de Datos (CCD), un núcleo de Tejidos y Tecnología y numerosos sitios adicionales de colaboración (apéndice 1). Esta red se encuentra en su segundo ciclo de financiamiento (MAPP I 2009-2014, MAPP II 2014-2019). El enfoque principal del MAPP I fue el desarrollo de un Estudio de Fenotipo y Epidemiología Trans-MAPP, el cual fue un estudio de cohorte de todo un año en el que 424 participantes con UCPPS completaron cuestionarios bisemanales acerca de sus síntomas urológicos y psicosociales. Estos hallazgos fueron comparados con los datos obtenidos de 2 grupos control compuestos por 415 controles asintomáticos y 200 “controles positivos” (fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y/o síndrome de intestino irritable). El subconjunto de participantes fue sometido a análisis adicionales (neuroimagen cerebral funcional, pruebas de dolor experimental, evaluación con biomarcadores).

El análisis de los datos del MAPP I revelaron que el dolor del UCPPS y los síntomas urinarios varían de forma independiente, y por lo tanto, deben ser evaluados de forma individual para propósitos clínicos y de investigación. Los pacientes con UCPPS y dolor fuera de la pelvis, síntomas con mayor enfoque en la vejiga y síndromes de dolor crónico no urológico, presentan síntomas UCPPS más severos. Durante el periodo de seguimiento, el 60% de aquellos con UCPPS tenían síntomas estables, 20% presentaron mejoría y 20% empeoraron. La extensión o diseminación del dolor, cantidad de síntomas no urológicos y mal estado de salud general fueron los predictores de obtener peores resultados. La mayoría de los pacientes con UCPPS reportaron ráfagas de síntomas, pero estas difirieron considerablemente en cuanto a intensidad, duración e impacto. Los problemas psicosociales fueron muy comunes, con una prevalencia similar a otras condiciones de dolor crónico.

Los estudios de neuroimagen demostraron cambios cerebrales funcionales y estructurales que indican que los UCPPS incluyen trastornos a nivel cerebral en los sistemas sensoriomotores que regulan el almacenamiento urinario, lo que correlaciona con la progresión

de los síntomas a través del tiempo. Las pruebas experimentales de dolor identificaron una hipersensibilidad multisensorial global en muchos sujetos con UCPPS y fue asociada una menor hipersensibilidad con una mayor posibilidad de mejoría de los síntomas a través del tiempo. Fueron reveladas correlaciones biológicas para distinguir perfiles de síntomas UCPPS, incluyendo la evidencia de una respuesta inflamatoria exagerada y una desregulación del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal.

El MAPP II se encuentra en curso, incluye mayor seguimiento de UCPPS (3 años) y correlaciona los fenotipos asociados en MAPP I (dolor fuera de la pelvis, presencia de condiciones comórbidas de dolor, síntomas enfocados en la vejiga, sensibilidad al dolor, neuroimagen, respuesta inflamatoria) con la respuesta observada a tratamientos específicos. Se espera que estos hallazgos sean de utilidad para el diseño de futuros estudios clínicos dirigidos por fenotipo.

La Red LURN incluye 6 centros de investigación (CI) un centro de coordinación de datos (CCD) (Apéndice 2). Esta red inició en 2012 con 3 CI y un CCD, y posteriormente se expandió a 6 CI en el siguiente año. El principal enfoque clínico de la red LURN fue el desarrollo de un cuestionario exhaustivo y basado en evidencia que evaluara el espectro completo de los síntomas del tracto urinario inferior. Utilizando los cuestionarios existentes, así como la información obtenida de los grupos de pacientes y sus médicos, se desarrolló un cuestionario de 60 ítems denominado *LURN CASUS* por sus siglas en inglés (LURN-Evaluación Exhaustiva de los Síntomas Urinarios Auto-Reportados). Este instrumento intenta facilitar el descubrimiento de los diferentes subtipos de pacientes mediante la recolección de información detallada que será capaz de distinguir diferencias sutiles, pero potencialmente importantes entre las características de los síntomas.

La principal fuente de datos clínicos de la red LURN es un estudio de cohorte observacional y prospectivo que reclutó a 564 mujeres y 535 hombres provenientes de la consulta de urología y uroginecología de los centros participantes. Todos los pacientes fueron sometidos a una evaluación clínica estandarizada (examen pélvico/rectal, examen urinario, medición de orina residual postmiccional, diario miccional de

3 días) y completaron cuestionarios validados acerca de sus síntomas del tracto urinario inferior. A los participantes del estudio se les dio un seguimiento de 12 meses con intervalos de 3 meses para examinar los cambios en los síntomas y la respuesta al tratamiento.

Los análisis iniciales demostraron que los hombres experimentan más síntomas de vaciamiento, mientras que las mujeres experimentan más síntomas de almacenamiento vesical. En ambos sexos, los participantes de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de reportar urgencia urinaria y nicturia. Fue aplicado un nuevo consenso no supervisado de análisis de grupos a los datos de respuesta del cuestionario basal, lo que resultó en la identificación de 4 subtipos de pacientes (grupos) que no están sesgados por diagnósticos clínicos individuales. Los análisis individuales están en curso para identificar procesos fisiopatológicos específicos que definen a estos grupos derivados de forma empírica. Los estudios de neuroimagen y pruebas de sensibilidad/dolor están siendo realizadas en 300 participantes con síntomas de vejiga hiperactiva para evaluar si la urgencia urinaria está asociada con un proceso de sensibilidad anormal del sistema nervioso (conectividad funcional de regiones cerebrales, hipersensibilidad del sensorio). Finalmente, 450

participantes están siendo incluidos en un estudio basado en un cuestionario y diario para determinar el tiempo óptimo para recordar de forma precisa a los síntomas del tracto urinario inferior, como aquellos de la semana pasada o del mes pasado. Esta información será esencial para el desarrollo de futuras herramientas de los pacientes para reportar resultados.

En resumen, se espera que los esfuerzos complementarios de la Red MAPP y LURN nos otorguen datos novedosos acerca de la fisiopatología subyacente de los síntomas basados en trastornos urológicos. Esta información puede ser utilizada como un fundamento basado en evidencia para estratificar casos en subgrupos clínicamente relevantes, lo que resultará en estudios clínicos mejor diseñados y finalmente un mejor manejo clínico. Esperamos también, que una mejor clasificación de pacientes con síntomas urológicos mejorará el camino para lograr estrategias de manejo personalizadas en lugar de las decisiones empíricas actuales que se basan en la experiencia clínica.

*La conferencia completa acerca de este tema será presentada el 20 de mayo durante el congreso de la AUA de este año en San Francisco, California.*

▼ Continúa en la página 3

**Apéndice 1.** Grupo de Investigación de la Red de Investigación MAPP ([www.mappnetwork.org](http://www.mappnetwork.org))

<b>Executive Committee</b> J. Quentin Clemens, MD, Network Chair Robert W. Moldwin, MD Michel Pontari, MD J. Richard Landis, PhD M. Scott Lucia, MD Chris Mullins, PhD Ziya Kirkali, MD John W. Kusek, PhD	<b>University of Pennsylvania Data Coordinating Core</b> J. Richard Landis, PhD, Director  <b>University of Colorado Tissue Analysis &amp; Technology Core</b> M. Scott Lucia, MD, Director Adrie van Bockhoven, PhD, Co-Director
<b>Northwestern University Discovery Site</b> David J. Klumpp, PhD, Co-Director Anthony J. Schaeffer, MD, Co-Director	<b>UCLA/USC Discovery Site</b> Emeran Mayer, MD, Co-Director Larissa V. Rodriguez, MD, Co-Director
<b>University of Iowa Discovery Site</b> Karl J. Kreder, MD, Director	<b>University of Michigan Discovery Site</b> Daniel J. Clauw, MD, Co-Director J. Quentin Clemens, MD, Co-Director
<b>University of Washington Discovery Site</b> Dedra Buchwald, Director	<b>Washington University, St. Louis Discovery Site</b> Gerald Andriole, MD, Co-Director H. Henry Lai, MD, Co-Director
<b>Additional Sites</b> Harvard Medical School/Boston Children's Hospital Marsha A. Moses, PhD, Director Stanford University Sean Mackey, MD, PhD, Director Queens University J. Curtis Nickel, MD, Director Cedars-Sinai Medical Center Michael Freeman, PhD, Director	<b>National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)</b> Chris Mullins, PhD John W. Kusek, PhD Ziya Kirkali, MD Tamara G. Bavendam, MD



VIÑETA Clínica

# Recurrencias Solitarias de Cáncer de Células Renales



Tariq A. Khemees, MD



Ahmad Shabsigh, MD, FACS

Columbus, Ohio

Un hombre de 63 años de edad con historia de fibrilación auricular, hipertensión e hiperlipidemia se presentó con un episodio de hematuria macroscópica indolora. Durante su evaluación la Tomografía Computada (TC) mostró una masa renal derecha de 5 cm dependiente del polo superior con la presencia de trombo en la vena renal derecha (fig. 1, A). La TC de tórax para su estadiaje fue negativa para enfermedad metastásica y la imagen por resonancia magnética (IRM) abdominal reveló

un trombo tumoral en la vena cava inferior (VCI infrahepática nivel I) sin evidencia de linfadenopatía hilar. (fig. 1, B).

El paciente fue sometido a una nefrectomía radical derecha con trombectomía de la VCI nivel I y linfadenectomía retroperitoneal sin complicaciones. Su recuperación fue adecuada después de la cirugía y fue egresado en el 2º día postquirúrgico. El estudio histopatológico final demostró un cáncer de células renales (CCR) papilar tipo 2 pT3b. Los 20 ganglios resecados fueron negativos para enfermedad metastásica.

El paciente se mantuvo en seguimiento cercano con exámenes de rutina durante 4 años sin evidencia de actividad tumoral, sin embargo, desafortunadamente presentó en una TC de abdomen y pelvis, un ganglio aumentado de tamaño interaortocaval (fig. 2). La TC de tórax no mostro evidencia de enfermedad torácica. El paciente está en excelente estado de salud y está interesado en una opción

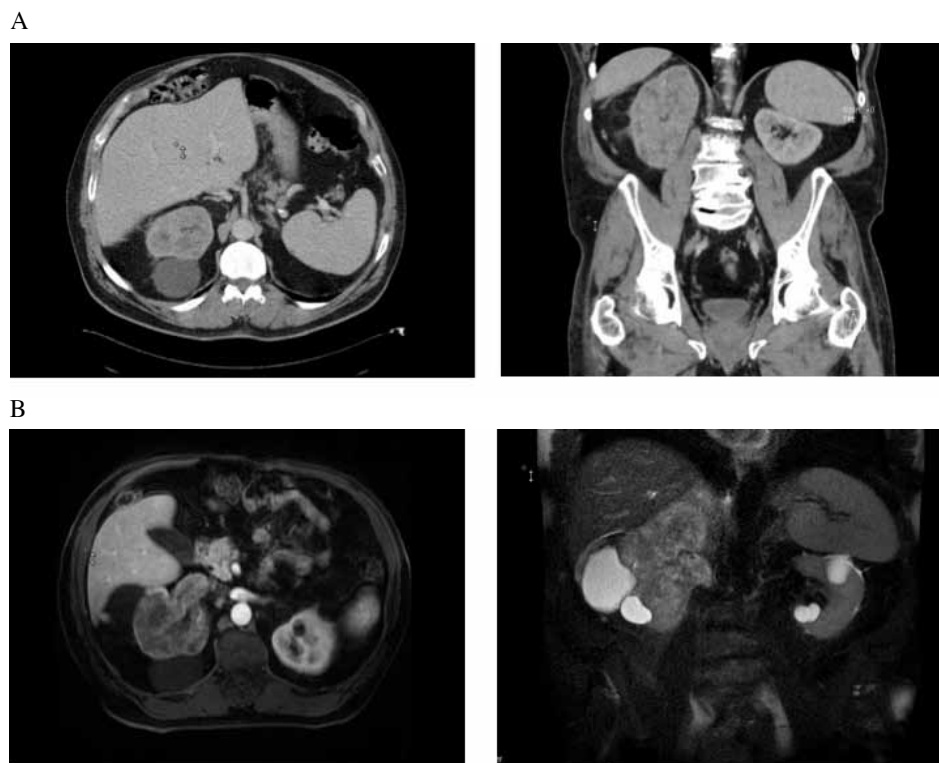


Figura 1. A, TC muestra la masa renal derecha. B, la IRM de abdomen revela una masa renal derecha con trombo en la vena renal.

terapéutica con intento curativo para esta recurrencia tumoral.

*Como procedería usted en cuanto al tratamiento en este paciente?*

Aunque la mayoría de los pacientes sometidos a nefrectomía radical por una enfermedad clínicamente localizada serán curados, existe un 20-30% de riesgo de enfermedad metastásica que usualmente se presentará entre el primer y tercer año después del tratamiento. La mayoría de las recurrencias aparecen en múltiples sitios, solo el 5% tienen una presentación en sitio único.<sup>1</sup> En ausencia de enfermedad metastásica en múltiples sitios, la resección quirúrgica de esa recurrencia local ofrece la mejor oportunidad de control oncológico.<sup>2</sup> Por supuesto que el mayor tiempo de recurrencia es un importante reflejo de un resultado oncológico favorable de la resección quirúrgica.<sup>3</sup>

Tradicionalmente, la resección quirúrgica abierta otorga hasta un 51% de oportunidad de supervivencia específica a 5 años. Sin embargo, el índice reportado de complicaciones quirúrgicas después de una metastasectomía abierta es tan alta como 42% con 18% de mortalidad.<sup>4</sup> La posibilidad de una resección laparoscópica pura o mano asistida de una recurrencia de CCR ha sido reportada con un 20% de posibilidades de conversión a cirugía abierta y un tiempo de estancia hospitalaria de 4 días.<sup>5,6</sup>

Este paciente presentó una recurrencia local solitaria de CCR

papilar tipo 2. Mientras que es razonable obtener tejido para el diagnóstico de esta gran masa, debido a que el paciente tiene historia de un hallazgo reciente de un ganglio linfático aumentado de tamaño, la etiología más probable se trata de un CRR recurrente.

Además, el radiólogo intervencionista no fue capaz de tomar una muestra de la masa debido a la localización entre los principales vasos hiliares. Este paciente tenía un excelente estado físico y sin evidencia de enfermedad metastásica en otro sitio de acuerdo a los estudios de imagen. La metastasectomía será su mejor oportunidad de cura.

El paciente fue sometido a una resección robótica de la masa intercavaoártica en el riñón izquierdo en decúbito lateral izquierdo utilizando un abordaje robótico tradicional con 3 brazos. El tiempo quirúrgico total fue de 90 minutos y la pérdida estimada de sangre fue de 25 mL. El curso postoperatorio no tuvo eventualidades y el paciente fue egresado a las 24 hrs. El diagnóstico histopatológico final fue un CCR papilar tipo 2 de 3 cm con márgenes quirúrgicos negativos. EL paciente se encuentra bajo seguimiento de forma muy cercana con imágenes rutinarias. No existe evidencia de enfermedad a 3 años de la metastasectomía robótica.

Nosotros utilizamos el abordaje robótico de mínima invasión para

## Medicina de Precisión y Urología Benigna

▼ Continuación de la página 2

### Apéndice 2. Grupo de Estudio de la Red LURN ([www.nih-lurn.org](http://www.nih-lurn.org))

<b>Executive Committee</b> Kevin P. Weinfurt, PhD, Co-Chair Claire C. Yang, MD, Co-Chair Robert M. Merion, MD Ziya Kirkali, MD Chris Mullins, PhD Tamara G. Bavendam, MD	<b>Data Coordinating Core</b> <b>Arbor Research Collaborative for Health</b> Robert M. Merion, MD, Director
<b>Northwestern University</b> Brian T. Helfand, MD, PhD, Co-Director David Cella, PhD, Co-Director	<b>Duke University</b> Kevin P. Weinfurt, PhD, Co-Director Cindy L. Amundsen, MD, Co-Director
<b>University of Iowa</b> Karl J. Kreder, MD, Co-Director Catherine S. Bradley, MD, Co-Director	<b>University of Michigan Discovery Site</b> J. Quentin Clemens, MD, Director
<b>University of Washington</b> Claire C. Yang, MD, Director	<b>Washington University, St. Louis Discovery Site</b> H. Henry Lai, MD, Co-Director Gerald Andriole, MD, Co-Director
<b>National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)</b> Ziya Kirkali, MD Chris Mullins, PhD Tamara G. Bavendam, MD	

## Casos de Segunda Opinión (Pregunte a las Guías!): SOUB/HPB



**Kevin T. McVary, MD**  
Co-Chair, AUA  
Guidelines Panel  
Springfield, Illinois



**Harris Foster, Jr.**  
Chair, AUA  
Guidelines Panel  
New Haven,  
Connecticut

### Que hay de nuevo o verdaderamente diferente en las Guías del 2018 al compararlas con las de los años anteriores?

La versión del 2018 es la 4<sup>a</sup> reiteración de las guías para BPH, las otras han sido publicadas en 1994, 2003 y 2010. Las nuevas guías mencionan y actualizan sólo los abordajes quirúrgicos y los abordajes quirúrgicos de invasión mínima (AQMI) para SOUB asociados con HPB. EL mismo panel de las guías también realizó una revisión suplementaria acerca de los abordajes farmacológicos para el manejo de SOUB/HPB. Debido a que la revisión de la información en cuanto a manejo farmacológico requiere un revisión y sustento mucho más extensos, el panel y el Comité de Guías de la AUA acordaron que las guías debían ser divididas en Cirugía/AQMI y que los medicamentos podrían ser un punto de quiebre importante para un tema tan grande como SOUB/BPH.

Aunque muchos aspectos de las Guías del 2018 para los SOUB/HPB permanecen sin mayores cambios respecto a años anteriores, existen nuevos avances en el manejo quirúrgico desde que se publicaron las últimas guías. La mayoría de los cambios en el abordaje quirúrgico estándar reflejan en las nuevas guías que más que diferentes representan una evolución. En parte, esta evolución es el testamento del buen manejo quirúrgico basado en evidencia que los urólogos han estado realizando en los últimos 8 años.

Este año, el programa principal de las sesiones plenarias se enfocará en tratamientos clínicos y técnicas quirúrgicas. Parte del programa serán los “Casos de Segunda Opinión”, que presentarán las Guías 2018 de la AUA en un formato de aprendizaje basado en casos. Presentamos un adelanto de las Guías 2018 para el Manejo Quirúrgico de los SOUB (síntomas obstructivos urinarios bajos) asociados a HPB (hiperplasia prostática benigna).

La prevalencia de los síntomas urinarios bajos en hombres aumenta con la edad, afecta a 70% de los hombres mayores de 80 años.<sup>1</sup> Debido a que los SOUB secundarios a la hiperplasia prostática benigna frecuentemente tienen un impacto negativo importante en la calidad de vida, los principios cardinales en el manejo se enfocan en la disminución de los SOUB, mejoría en la calidad de vida y la prevención de la progresión de los síntomas.

En las guías previas, las pruebas urodinámicas eran clasificadas como una prueba opcional, esta clasificación se basaba en la opinión de experto en ese momento. En la actualidad, el panel deliberó considerablemente y determinó que, si el paciente será sometido a tratamiento quirúrgico, existe una justificación para el uso más rutinario de la urodinamia antes de la cirugía. La medición del volumen prostático es otra nueva recomendación preoperatoria en las Guías del 2018. Los urólogos podrían recordar que la medición del volumen (ej. Por ultrasonido transrectal) fue considerada como opcional en las guías previas y no recomendada de forma rutinaria. Por lo tanto, las mediciones de volumen están ahora recomendadas, en parte para analizar que técnica quirúrgica será la más apropiada para un paciente determinado.

Hay un interés renovado en los AQMI con base en el excitante aumento del armamentario urológico. Además de reducir el impacto en la erección y eyaculación, los AQMI ofrecen una disminución y desaparición más rápida de los síntomas, independencia medicamentosa, y menor riesgo operatorio y morbilidad que la cirugía tradicional.<sup>2,3</sup> Es importante que los urólogos comprendan que el papel que tienen los AQMI en los SOUB/HPB y estas Guías ofrecen una directriz de cuándo y cuál es el mejor uso de estas técnicas. Aunque la durabilidad permanece como una interrogante con los AQMI y los urólogos deben permanecer diligentes a este respecto, las Guías se enfocan en cuando es apropiado considerar los AQMI, las ventajas

de cada procedimiento, así como los puntos que el cirujano debe advertir e informar a sus pacientes.

Otros temas fueron considerados en las nuevas Guías como los abordajes robóticos *versus* abiertos en la prostatectomía simple, indicaciones quirúrgicas para la resección de divertículo vesical, consideraciones quirúrgicas para los litos vesicales y poblaciones únicas que se someten a cirugía prostática, como aquellos hombres con anticoagulantes, así como la embolización arterial prostática.

### Resumen

Las Guías del 2018 para el Manejo Quirúrgico de los SOUB asociados con HPB, representan un avance muy importante en nuestro campo, contienen no solo actualizaciones significativas, sino que también cambios cardinales que tienen que ver con la actualización de los abordajes de cada urólogo. Estas nuevas guías harán una diferencia en el manejo que los urólogos les darán a sus pacientes.

**La presentación completa de este tema se realizará el congreso de este año en San Francisco, California el 19 de Mayo. ♦**

1. Parsons JK, Bergstrom J, Silberstein J et al: Prevalence and characteristics of lower urinary tract symptoms in men aged > or = 80 years. *Urology* 2008; **72**: 318.
2. McVary KT and Roehrborn CG: Three-year outcomes of the prospective, randomized controlled reZūm system study: convective radiofrequency thermal therapy for treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2018; **111**: 1.
3. Roehrborn CG, Barkin J, Gange SN et al: Five-year results of the prospective, randomized, controlled, prostatic urethral L.I.F.T. study. *J Urol* 2017; **24**: 8802.

## Próximamente el Documento oficial! Optimizando el Cuidado Postoperatorio



**Angela B. Smith, MD, MS, FACS**  
Chapel Hill, Carolina del Norte

La Asociación Americana de Urología ha dedicado una gran cantidad de tiempo y esfuerzo en elevar la calidad de la atención a través de un contenido relevante y reproducible dirigido a los urólogos en práctica activa. Este

contenido tradicionalmente ha sido entregado a través de documentos oficiales y guías de mejores prácticas, mas recientemente el apartado de infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres, la toma de decisiones compartida y la terapia anticoagulante. Cada documento ofrece un resumen mediante el cual, los urólogos pueden acceder a la más actualizada medicina basada en evidencia, con sugerencias para mejorar y elevar la calidad de la

atención del paciente.

Este año, los miembros del comité para la mejora de la calidad y seguridad del paciente continúan construyendo esta tradición con una iniciativa que aborda las mejores prácticas clínicas en el cuidado perioperatorio. Desarrollado por el Dr. Kristin Chrouser, estos documentos oficiales se enfocarán en optimizar un tema tan importante y relevante como es la cirugía. Dado el alcance de este proyecto, las series se dividirán en atención preoperatoria (dirigida por el Dr. John Stoffel), atención intraoperatoria (dirigida por el Dr. Chrouser) y atención postoperatoria (dirigida por mí). Presentamos un adelanto del documento oficial “Optimizando los Resultados en el

Cuidado Postoperatorio”.

Debido a la variedad del personal involucrado en el cuidado postoperatorio de los pacientes urológicos, este documento oficial va dirigido a los urólogos, urólogos en formación, prestadores avanzados de servicios de salud y enfermeras. Dirigido a aquellos individuos involucrados en el cuidado postoperatorio de los pacientes después de la cirugía, el objetivo principal de este documento es disminuir las complicaciones postoperatorias, optimizar la recuperación y mejorar los resultados de la cirugía. El equipo encargado de escribir estos documentos es un



# Numero de Enfermedades Urológicas en América: Reposicionando la Brújula



**Brian R. Matlaga, MD, MPH**  
Baltimore, Maryland

El proyecto *Enfermedades Urológicas en América* (EUA) inició en el 2001, cuando el *Instituto Nacional de Enfermedades Renales, Digestivas y Diabetes* (NIDDK, por sus siglas en inglés) tuvo el objetivo de cuantificar el número de las enfermedades urológicas en la sociedad americana. El primer proyecto, coordinado por el equipo del Dr. Mark Litwin, cuantificó los estratosféricos costos derivados de las enfermedades urológicas benignas o malignas. Desde entonces, el proyecto EUA se ha convertido en referencia para la estadística, el impacto económico y el tratamiento de las enfermedades urológicas en los Estados Unidos.

En el 2015 la NIDDK renovó el proyecto EUA, con los siguientes propósitos 1) describir el número de las enfermedades urológicas benignas

y su clasificación socio-demográfica, 2) describir los cambios a través del tiempo, 3) identificar variaciones en las prácticas médicas y 4) evaluar los resultados clínicos y económicos de las intervenciones terapéuticas. El análisis de estos cuestionamientos fue realizado por un grupo de investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins y la Sociedad Anónima *Social & Scientific Systems*. Con los objetivos antes mencionados, las enfermedades que se estudiaron inicialmente fueron; incontinencia urinaria (IU), hiperplasia benigna de próstata (HBP) y litiasis renal.

Para la obtención de datos, el proyecto EUA se basó en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés), en la base de datos Optum™ y Clinformatics™ de los centros Medicare (CDM) y los Servicio de Medicaid (CMS 5%). La NHANES es una muestra representativa de la población de los Estados Unidos que

▼ Continúa en la página 6

Number of surgical procedures for UI in female Medicare UI patients, 2004-2013

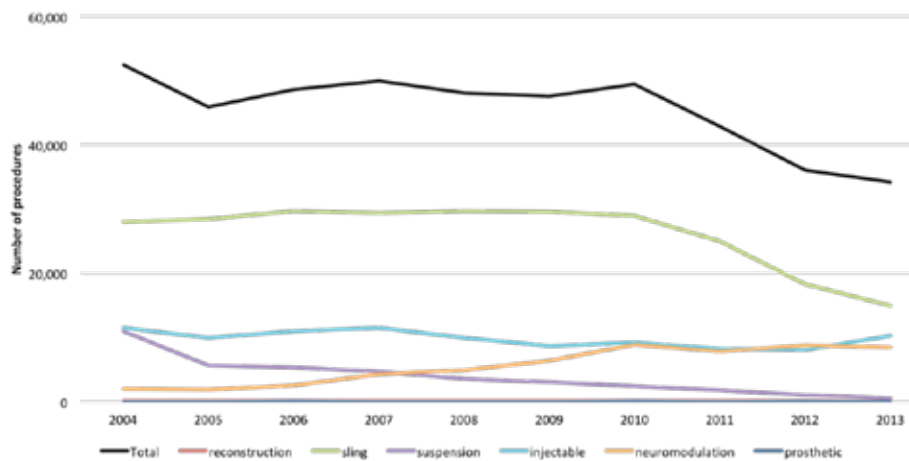


Figura 1. Número de cirugías para IU en Mujeres con Medicare, 2004-2013

Number of surgical procedures for BPH in Medicare BPH patients, 2004 - 2013

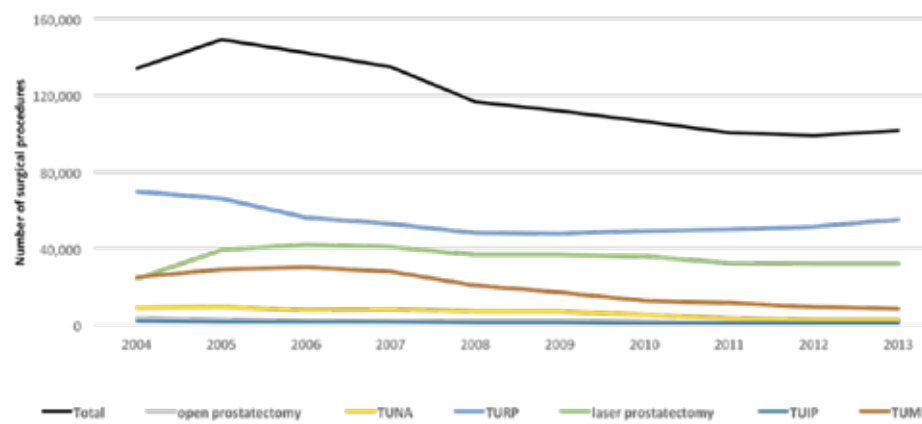


Figura 2. Número de cirugías para HPB en pacientes con Medicare, 2004-2013

## Optimizando el Cuidado Postoperatorio

▼ Continuación de la página 4

equipo multidisciplinario de expertos en diferentes áreas (urólogos, enfermeras, anestesiólogos) para determinar los temas más comunes a los cuales los prestadores de servicios urológicos se enfrentarán cuando se atiende un paciente en el periodo postoperatorio.

La importancia de mejorar la atención postoperatoria ha surgido a partir del movimiento llamado *Recuperación Mejorada Después de Cirugía* (ERAS, por sus siglas en inglés), que hace hincapié en la importancia de estandarizar los elementos de la atención postoperatoria. Lo aprendido en los protocolos de ERAS sugiere que compilar y utilizar la medicina basada en la evidencia mejora los resultados quirúrgicos en nuestros pacientes. Sin embargo, el reunir estos recursos es un desafío, y reconocemos una necesidad distinta de nuestros miembros para compilar un recurso

único y conciso que brinde esta información en un solo lugar.

En el cuidado postoperatorio intrahospitalario, las consideraciones incluyen un número relevante de temas que serán revisados y sintetizados para crear recomendaciones estándar para un cuidado óptimo. Las recomendaciones se dirigirán a 4 aspectos relevantes 1) entrega en quirófano y recuperación postoperatoria, 2) consideraciones intrahospitalarias, 3) evolución y egreso, 4) seguimiento y vigilancia.

Para el punto número 1, la transición de la anestesia al equipo quirúrgico se puede optimizar mediante el uso de listas de verificación estandarizadas y planeaciones de calidad. Las consideraciones intra-hospitalarias son numerosas e incluyen una revisión detallada de las recomendaciones de ERAS, optimización de la orientación nutricional, una revisión del cuidado y manejo de las heridas y ostomías así como recomendaciones sobre los movimientos después de la cirugía, manejos de drenajes, transfusiones y medicamentos postoperatorios

(incluidos medicamentos para el dolor, anticoagulación y antibióticos). Algunos de estos temas incluirán información ya existente de las guías de la AUA y otras sociedades.

Punto número 3, se enfoca en el egreso hospitalario del paciente, el cual es uno de los aspectos críticos del cuidado postoperatorio que influye importantemente en los resultados y en las readmisiones. Un egreso apropiado permite un proceso suave que incorporan la educación y la expectativa a través de indicaciones escritas claras y legibles; compromiso de la familia, del paciente y sus cuidadores; manejo de los medicamentos; cuidado coordinado y seguimiento por parte de su médico familiar. El apoyo social y la salud en el hogar son recursos adicionales que pueden ayudar a su egreso.

Finalmente, después del egreso hospitalario, los proveedores de servicios profesionales urológicos son los responsables del seguimiento y la vigilancia de los pacientes. Nuestro documento detallará estrategias de seguimiento y vigilancia, el uso

de rehabilitación, telemedicina y resultados reportados por el paciente, incluidos cuestionarios selectos y la utilidad de dar seguimiento a los síntomas a largo plazo.

Estamos muy emocionados por trabajar con miembros de la Sociedad Urológica de Enfermeras y Asociados, Heridas y Ostomías, la Sociedad de Enfermeras de la Continencia, Sociedad Americana de Anestesiólogos y de la AUA, y así, ofrecer a nuestros proveedores de servicios una fuente de información completa para optimizar los cuidados postoperatorios. Es nuestra esperanza que este documento sea una fuente de información útil para nuestros socios e incrementar así, la calidad en la atención de los pacientes. Estén atentos para una presentación resumida en el AUA 2018, con la publicación documento completo poco después.

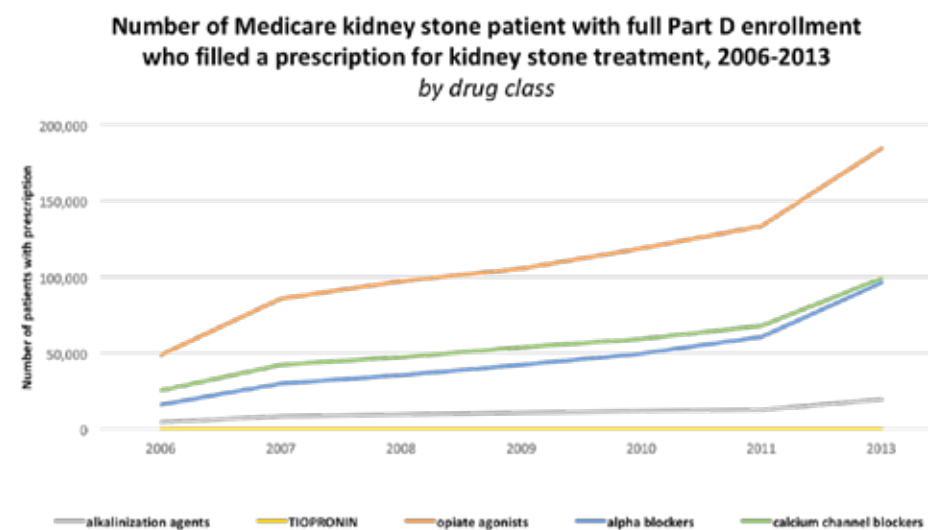
*La conferencia completa será presentada en el congreso de este año de la AUA en San Francisco, California el día 20 de Mayo.* ♦

## Numero de Enfermedades Urológicas en América

▼ Continuación de la página 5

puede ser utilizada para demostrar la prevalencia de ciertas enfermedades. La CMS 5% y la CDM son datos de las aseguradoras sobre reclamos, las cuales pueden identificar la prevalencia, el cuidado de la salud y gastos basados en estas reclamaciones. El proyecto EUA utiliza el CMS 5% para identificar los beneficiarios de 65 años o mayores, y la CDM se enfoca en aquellas reclamaciones de pacientes menores de 65 años. Un gran beneficio de la información de los reclamos es que, además de especificar los datos de la atención médica, nos proporciona datos sobre los fármacos utilizados. Presentamos una parte de la información obtenida de la iteración más reciente del proyecto EUA.

La prevalencia de la IU se obtuvo de la NHANES, la cual demostró que entre el 2005 y 2012 que la prevalencia de cualquier IU entre las mujeres fue del 54.1%. En general, la prevalencia aumenta con la edad. La CMS 5% reveló que las quejas basadas en cualquier IU aumentaron durante el periodo de análisis en el 2004 de 5.2% al 7% en el 2013. El análisis también incluye las cirugías para IU, y observó que, aunque la prevalencia de IU está en aumento, los procedimientos quirúrgicos para IU en mujeres con Medicare



**Figura 3.** Número de pacientes con medicare y litiasis reclutados en la parte D quienes llenaron una prescripción para el manejo de litiasis renal, 2006-2013 por clase de medicamento

disminuyó durante el periodo del estudio. Los procedimientos más realizados fueron la colocación de cabestrillos, y el número se redujo durante el curso del estudio, con el decremento más marcado en el 2009 (fig. 1). Existen múltiples razones para esta disminución, una de ellas puede ser la creciente preocupación por el uso de mallas durante el procedimiento.

La HPB fue analizada de una manera similar, la NHANES no incluye preguntas sobre HPB, la prevalencia fue determinada con la base de datos de las reclamaciones. Durante el periodo de estudio, la prevalencia de la HPB de acuerdo con las reclamaciones de los pacientes con Medicare incrementó del 24.5%

en el 2004 al 28% en el 2013. Curiosamente, en los pacientes con Medicare se observó una disminución en la realización de procedimientos para HPB entre 2004 y 2013, el porcentaje de los pacientes con HPB sometidos a cirugía disminuyó de un 4.5% al 2.8%. Un análisis de los procedimientos determinó que del 2004 al 2013 la resección transuretral de próstata (RTUP) disminuyó, con un incremento en la prostatectomía con láser (fig. 2).

La incidencia de nefrolitiasis fue obtenida de la NHANES. La prevalencia por edad de la litiasis renal permaneció estática desde el 2007 al 2012, con 8.5% a 8.9%. Sin embargo, un análisis de un subgrupo determinó que la prevalencia en las

mujeres aumentó de 6.5% en el 2007-2008 a 7.7% en el 2009-2010 y 8.9% en el 2011-2012. Por el contrario, la prevalencia de litiasis renal en hombres disminuyó de 11.5% en 2007-2008 a 9.9% en 2009-2010 y 8.1% en 2011-2012. Estos hallazgos señalan un cambio histórico en la evolución de la prevalencia masculina. Entre los pacientes con Medicare y un seguro privado se observó un aumento en el número de procedimientos quirúrgicos realizados para el manejo de cálculos, encabezados por el aumento de las ureteroscopías. El análisis de los datos farmacológicos, reveló que en las reclamaciones de ambos grupos, los opioides fueron los medicamentos más comúnmente recetados y su tasa de prescripción aumentó importantemente (fig. 3).

Desde las iteraciones iniciales del EUA, publicadas en 2007 y 2012, cada vez es más evidente la gran necesidad de empezar a entender la calidad y el valor de la atención de los pacientes con enfermedades urológicas. Los datos mencionados representan una pequeña selección de los hallazgos obtenidos en el proyecto EUA. La presentación de información adicional del proyecto EUA será de gran utilidad en el futuro para fundamentar mejor estas discusiones.

*La lectura completa será presentada en el congreso de este año de la AUA en San Francisco, California el día 20 de mayo.* ♦

BIEN, y ahora...

## Hablemos acerca de...

### Diversidad



**Jeffrey M. Smith, MD**  
San Diego, California

La diversidad es un tema muy interesante. Hablamos de ella todo el tiempo en los medios pero rara vez analizamos el verdadero significado de esta palabra.

La diversidad no es propiedad exclusiva de las mentes progresistas, ni es algo que solo se pueda aplicar a cuestiones de identidad de género o composición racial. La diversidad es más que eso.

La diversidad según Malcom Forbes, "es el arte de pensar juntos independientemente". Me preocupa

que muy pocos cirujanos se acerquen a la diversidad de esta manera.

Mi preocupación no es la falta de diversidad racial o de género en los cirujanos de Estados Unidos, (esos pueden ser también problemas pertinentes, pero esa es otra conversación), si no la falta de diversidad necesaria para ser un excelente cirujano.

Me temo que la cultura quirúrgica es muy restrictiva. En mi experiencia, nuestra cultura rechaza las diferencias de opinión y cierra patrones de pensamiento que se desvían de la norma. Conozco muchos cirujanos que han tenido experiencias similares durante su práctica profesional. Sólo porque somos cirujanos no significa que debemos pensar igual, hablar igual o vivir igual.

Sin duda, todos debemos actuar según nuestros principios, de una manera inteligente y profesional en el quirófano, pero fuera del trabajo, ¿a quién le importa? No necesitamos votar por el mismo candidato político. No necesitamos vivir en el mismo vecindario o colonia o conducir el mismo tipo de automóvil. Y definitivamente no a todos nos debe de gustar el golf o el tenis.

Los cirujanos son diferentes, y esas diferencias están bien, de hecho están más que bien. Son maravillosas, deben ser aceptadas por su comunidad quirúrgica y sus líderes.

Cuando aceptamos la diversidad intelectual y filosófica, desarrollamos una mejor actitud hacia nuestra profesión y hacia nuestros compañeros. En vez de frustrarse ante una opinión que es muy diferente a la de nosotros, aprendemos a entender esa diferencia y a tomarla con una actitud positiva. Esa mejora en la actitud ayuda a mejorar la

comunicación en el trabajo, lo que naturalmente conlleva a una mejor solución de los conflictos, roles y relaciones interpersonales más saludables, potencializando el intercambio intelectual.

Como cirujanos progresistas, debemos preguntarnos cómo podemos relacionarnos con nuestros compañeros (y las opiniones de nuestros compañeros) sin atacar. Todos tenemos una opinión valiosa y debemos ser tratados de tal manera. ¿Cómo podemos cultivar un cambio positivo sin criticar a aquellos que ven el mundo a través de una lente diferente, ya sea en el mundo quirúrgico o en el mundo en general?

Claro que no tengo respuesta para estas preguntas tan complejas, al menos no por ahora, pero estoy trabajando muy duro para poder contestarlas. Y espero de alguna manera haberte inspirado para que tú hagas lo mismo. ♦



# La Biomineralización en la Naturaleza—Quién desarrolla las placas?



**Sunita Ho, MS, PhD**  
San Francisco, California

Los biominerales de carbonato de calcio que se encuentran en el exoesqueleto de los organismos que habitan el mar, han evolucionado a convertirse en la actualidad en los biominerales de fosfato de calcio encontrados en los endoesqueletos de mamíferos y vertebrados en tierra firme. La Biomineralización está compuesta por una serie de eventos moleculares, químicos y físicos que llevan a la incorporación de los iones inorgánicos de carbonato y calcio de las conchas de mar y otros invertebrados, o calcio y fosfato en vertebrados, en

componentes tisulares orgánicos. Ejemplos de la Biomineralización natural, es aquella que resulta en la formación de conchas protectoras bien desarrolladas en muchos invertebrados, esqueletos normales, huesos y dientes en los vertebrados.

La Biomineralización inapropiada puede resultar en condiciones anormales o en mineralización patológica y estados de enfermedad en toda la naturaleza.

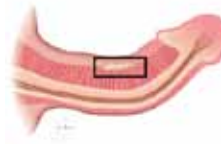
Los biominerales patológicos incluyen litos renales, nefrocalcinosis, placas calcificadas de Peyronie (ver figura) y muchas otras formas que son vistas por los urólogos.

Mi presentación en la reunión de la AUA de este año tendrá 2 objetivos fundamentales. 1) Proporcionar conocimiento del inicio y progresión

Placa Renal



Placa Peneana



Nanopartículas calcificadas en las placas renales y tallos de cálculos renales



Figura.

de la mineralización normal y patológica en humanos, destacando la forma y función de órganos específicos que son tratados por los urólogos. 2) Mejorar el entendimiento actual de la mineralización mediante ciencias materiales y abordajes de bioingeniería. El mensaje para llevar a casa de la presentación será la

síntesis de conceptos relacionados a las ciencias clínicas y básicas acerca de los biominerales normales y anormales en humanos.

*La conferencia completa de este tema será presentada el 20 de mayo en el congreso de la AUA de este año en San Francisco, California.* ♦

## HAS Leído



**Daniel Shoskes, MD**  
Cleveland, Ohio

**Smith MR, Saad F, Chowdhury S y cols: Tratamiento y sobrevida libre de metástasis con Apalutamida en cáncer de próstata. N Engl J Med 2018; doi: 10.1056/NEJMoa175546.**

Hemos aprendido ha minimizar el tratamiento para el cáncer de bajo riesgo, sin embargo, la batalla para encontrar terapias más efectivas para el cáncer de alto grado continúa. En este estudio aleatorizado se administró el antiandrógeno apalutamida vs placebo, en pacientes resistentes a la castración y sin metástasis. El principal objetivo fue la sobrevida libre de metástasis. La sobrevida media libre de metástasis fue de 40.5 meses en el grupo de apalutamida y 16.2 meses en el grupo placebo. Los efectos adversos observados más comúnmente fueron hipotiroidismo y rash. Esta enfermedad puede no ser curable, pero las mejoras observadas en la sobrevida son impresionantes.

**Samplaski MK: Análisis temático en línea en foros de discusión para la vasectomía. Urology 2018; 111: 32-38.**

¿De qué manera un paciente realiza una búsqueda?, frecuentemente mediante la publicación de preguntas en foros de discusión. En este estudio único, acerca de 129 publicaciones sobre vasectomía en foros de discusión en línea, fueron analizados los temas y su contenido. Los temas más comunes se centraron en la función sexual después de la vasectomía y el dolor posterior a la misma. Esta descrito científicamente que la vasectomía no afecta la función sexual, sin embargo, múltiples pacientes con disfunción eréctil culpan a la vasectomía. ¿Cómo combatimos este mito? Ofreciendo información real de alta calidad y de fácil comprensión. Estudios como este nos permiten enfocarnos en las mayores preocupaciones de los pacientes, las cuales necesitan una mayor y mejor educación, independientemente del procedimiento.

Jean RA, Alexandre M and

**Yoo PS: Trasplante renal con y sin nefrectomía nativa en la enfermedad poliquística renal: resultados de la muestra nacional de pacientes hospitalizados y la justificación de un procedimiento de 2 etapas. J Am Coll Surg. 2017; doi:1-1016/jamcollsurg2017.11021.**

**Grodstein EI, Baggett N, Wayne y cols: Una evaluación de la seguridad en la nefrectomía bilateral y trasplante renal en la enfermedad poliquística renal: la experiencia de 20 años. Transplantation 2017;101: 2774-2779.**

El tiempo para realizar la nefrectomía unilateral o bilateral en pacientes que son sometidos a trasplante aún es controversial. Muchos de estos pacientes se encuentran en pre-diálisis, y la nefrectomía antes del trasplante los llevaría a la anuria sin la seguridad de recibir un riñón. Sin embargo, una cirugía intraperitoneal extensa al momento del trasplante puede poner en riesgo al nuevo injerto. Jean y cols. hicieron una revisión de la información disponible y encontraron que el trasplante renal con nefrectomía nativa simultánea se asocia con tasas mayores de

transfusión, mayores complicaciones quirúrgicas y mayor necesidad de cuidados intensivos. Grodstein realizó un estudio donde observó, que la nefrectomía simultánea es segura y efectiva en la mayoría de los casos, sin embargo se asocia con una tasa mayor de complicaciones de la piel (26% vs 11%) y mayor trombosis renal vascular (4.4% vs 1.3%). De aquellos a los que se les realizó trasplante sin nefrectomía solamente el 16% requirió posteriormente un trasplante renal en los siguientes 10 años de seguimiento.

Claramente, la nefrectomía simultánea en pacientes con enfermedad poliquística renal es una opción (y comúnmente solicitada por el paciente) pero incrementa los riesgos quirúrgicos para el paciente y el nuevo riñón.

**Hough SE: Los terremotos de gran magnitud (≥8) ocurren preferentemente en algunos días del calendario o del ciclo lunar? Seismological Research Letters 2018; DOI: <https://doi.org/10.1785/0220170154>.**

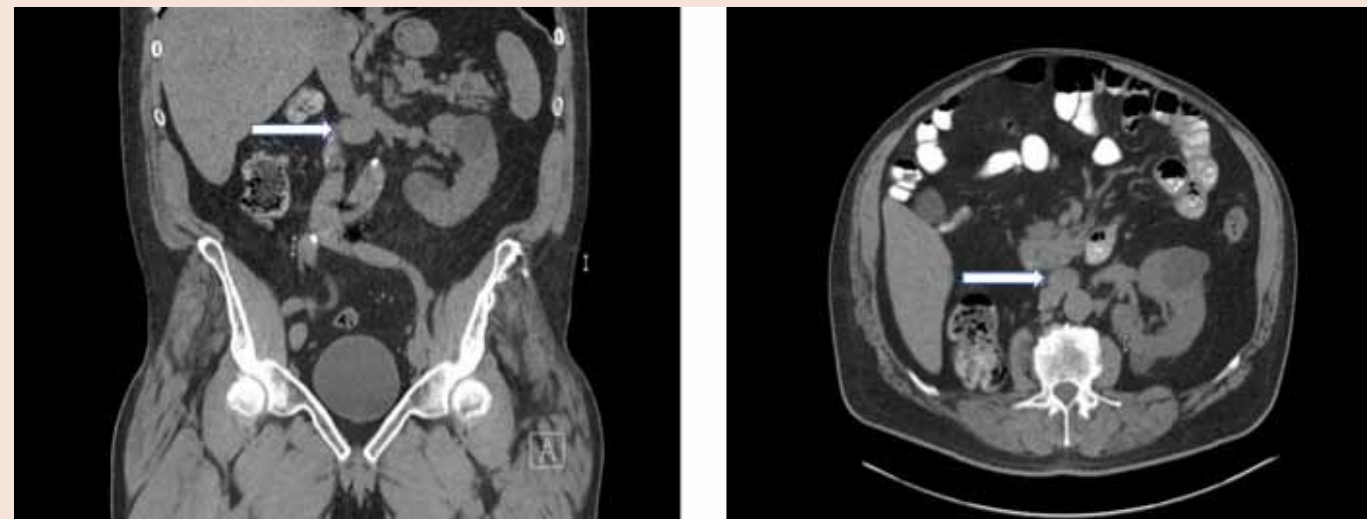
Este no es un artículo urológico, pero es demasiado bueno como para no compartirlo. ♦

### Viñeta Clínica

▼ Continuación de la página 3

la resección de una recurrencia solitaria en la fosa renal, ganglios retroperitoneales/hiliares, glándula suprarrenal contra o ipsilateral y algunos otros sitios. La experiencia amplia en el empleo de técnicas robóticas para varios procedimientos uro-oncológicos ha permitido que estos casos de mayor reto tengan un final exitoso. Nosotros recomendamos el empleo de la cirugía robótica de mínima invasión en casos muy seleccionados de recurrencias solitarias, aunque no sugerimos realizar este abordaje en todos los casos. ♦

1. Motzer RJ, Bander NH and Nanus DM: Renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 1996; **335**: 865.



**Figura 2.** La TC muestra un ganglio/masa aumentada de tamaño interaortocaval.

2. Itano NB, Blute ML, Spots B et al: Outcomes of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy. *J Urol* 2000; **164**: 322.

3. Bruno JJ 2nd, Snyder ME, Motzer RJ et al: Renal cell carcinoma local recurrence: impact of surgical resection and concomitant

metastasis on survival. *BJU Int* 2006; **97**: 933.

4. Esig D, Ahlering TE, Lieskovsky G et al: Experience with fossa recurrence of renal cell carcinoma. *J Urol* 1992; **147**: 1491.

5. Bandi G, Wen C, Moon TD et al: Single center preliminary experience with hand-

assisted laparoscopic resection of isolated renal cell carcinoma fossa recurrences. *Urology* 2007; **71**: 495.

6. Berger A, Aron M, Canes D et al: Laparoscopic management of interaortocaval metastases of renal cell carcinoma. *J Endourol* 2008; **22**: 2381.



# AUA-2018

MAY 18–21 san francisco

## 24TH ANNUAL AUA-CAU SPANISH UROLOGY PROGRAM

FRIDAY, MAY 18, 2018 | 8:00 A.M. – 4:30 P.M.  
MOSCONE CONVENTION CENTER | HALL E, MOSCONE NORTH  
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA

### MORNING SESSION:

**Moderator: Shlomo Raz, MD**

- 8 – 8:25 a.m.      **Robotic Prostatectomy**  
*Mani Menon, M.D.*
- 8:25 – 8:50 a.m.      **Carcinoma of Kidney**  
*Marston Linehan, M.D.*
- 8:50 – 9:15 a.m.      **Advances in the Treatment of BPH**  
*Peter Gilling, M.D.*
- 9:15 – 9:40 a.m.      **Carcinoma of the Bladder**  
*Juan Palou, M.D.*
- 9:40 – 10:05 a.m.      **Carcinoma of the Prostate**  
*Ian Thompson, M.D.*
- 10:05 – 10:30 a.m.      **Treatment of Urethral Strictures**  
*Hunter Wessells, M.D.*
- 10:30 – 10:55 a.m.      **Update in Treatment of Urinary  
Stones**  
*Jorge Gutierrez, M.D.*
- 10:55 – 11:20 a.m.      **Update on ED, Priapism and Peyronie's  
Disease**  
*Tom Lue, M.D.*
- 11:20 – 11:30 a.m.      **AUA/CAU Remarks**  
*Dr. Manoj Monga, AUA Secretary*  
*Dr. Jorge Gutierrez Aceves, CAU  
Secretary General*
- 11:30 am – 1:00 p.m.      **BREAK**

### AFTERNOON SESSION:

**Updates in Urologic Surgery**  
**Moderator: Jorge Gutierrez, MD**

#### ENDOUROLOGY AND STONES

- 1:00 – 1:20 p.m.      **Disposable Flexible Ureteroscopes: Do  
We Need to Pay the Cost?**  
*Mantu Gupta, M.D.*
- 1:20 – 1:40 p.m.      **Micro-Ureteroscopy: Totally Minimally  
Invasive Stone Treatment**  
*Juan Antonio Galan, M.D.*

1:40 – 2 p.m.

**MiniPerc for Kidney Stones: 2007 No  
Thanks, 2017 Yes Please**  
*Guido Giusti, M.D.*

#### MALE HEALTH

2 – 2:20 p.m.

**Surgical Treatment for BPH: What is the  
Best Treatment Alternative for High-  
Risk Patients**  
*Ricardo Gonzalez, M.D.*

2:20 – 2:40 p.m.

**Urethral Trauma: What is the Best  
Treatment?**  
*Richard A. Santucci, M.D.*

#### FEMALE UROLOGY

2:40 – 3 p.m.

**OAB: What to do when Oral Pharmaco-  
therapy Fails? Intravesical Injections,  
Sacral Neuromodulation or Posterior  
Tibial Nerve Stimulation?**  
*Victor Nitti, M.D.*

#### ONCOLOGY DIAGNOSIS AND THERAPY

3 – 3:20 p.m.

**Optimizing Patient Selection and Tech-  
nique of Prostate Biopsy**  
*Stacy Loeb, M.D.*

3:20 – 3:40 p.m.

**HIFU: Total Gland Ablation, Semi-Abla-  
tion or Focal Therapy? Best Treatment  
and Best Outcomes**  
*Gustavo Guimaraes, M.D.*

3:40 – 4 p.m.

**Advancing Indications for Robotic  
Partial Nephrectomy**  
*Ashok K. Hemal, M.D.*

4 – 4:20 p.m.

**Residual Retroperitoneal Disease in  
Testicular Tumors: Best Surgical Ap-  
proach**  
*Scott Eggener, M.D.*

4:20 p.m.

**Adjourn**

# AUA-2018

MAY 18–21 san francisco

## AUA ANNUAL MEETING OFFERINGS

### AUA2018 PLENARY PRESENTED IN ENGLISH WITH SPANISH INTERPRETATION

#### PLENARY: PRIMETIME

Saturday, May 19 – Monday, May 21

MOSCONE SOUTH, ESPLANADE BALLROOM

Features presentations that examine and educate on the applied practice of urologic medicine, including the new Crowdsourcing and Survivor Debate sessions and perennial favorites like Crossfire: Controversies in Urology; Surgical Technique: Tips & Tricks, and Setbacks and Operative Solutions.

### COURSES/SYMPOSIA PRESENTED IN ENGLISH WITH SPANISH INTERPRETATION

#### (029IC) TESTOSTERONE THERAPY: NEW CONCEPTS FOR A RAPIDLY CHANGING FIELD

Saturday, May 19, 2018, 10 a.m. – 12 p.m.

Course Director: Abe Morgentaler, MD

Moscone West, Room 2002

#### ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGÍA SYMPOSIUM

Saturday, May 19, 2018, 1 p.m. – 3 p.m.

Moscone West, Room 2002

#### (043IC) NOVEL AGENTS AND CONCEPTS IN THE MANAGEMENT OF HORMONE NAÏVE AND CASTRATION RESISTANT PROSTATE CANCER

Sunday, May 20, 2018, 7:30 – 9:30 a.m.

Course Director: Judd Moul, MD

Moscone West, Room 2002

### COURSES/SYMPOSIA PRESENTED IN SPANISH

#### (024IC) TÉCNICAS DE AVANZADA EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA URETRAL: ANÁLISIS DE NUESTROS ERRORES

Saturday, May 19, 2018, 7:30 – 9:30 a.m.

Course Director: Ramon Virasoro, MD

Moscone West, Room 2004

#### (048IC) PESADILLAS EN ENDOUROLOGÍA – “NIGHTMARES IN ENDOUROLOGY”

Sunday, May 20, 2018, 10 a.m. – 12 p.m.

Course Director: Daniel Olvera-Posada, MD, MSc

Moscone West, Room 2002

#### SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA SYMPOSIUM

Sunday, May 2018, 2 – 6 p.m.

Marriott Marquis, Golden Gate C