

43° CONGRESO CHILENO DE
UROLOGÍA

9 AL 12 DE NOVIEMBRE, 2022

HOTEL ENJOY - PUERTO VARAS

LIBRO DE RESÚMENES

Contenido

OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1.....	10
O01) APLICACIÓN DE LA INTERDISCIPLINA Y DESIGN THINKING EN EL DESARROLLO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO UROLÓGICO	10
O02) CODI: UN NUEVO CONCEPTO DE IMPLANTE DE PENE DISEÑADO EN CHILE.....	11
O03) DISEÑO DE UN BANCO DE PRUEBAS PARA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE IMPLANTES INFLABLES DE PENE	12
O04) DETERMINACIÓN DEL MÓDULO ELÁSTICO TESTICULAR EN POBLACIÓN SANA: INSUMO FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA DEL DISEÑO DE LAS PRÓTESIS TESTICULARES.....	13
O05) LOS LINFOCITOS T CD8+ DE MEMORIA RESIDENTE INFILTRANTES DE CÁNCER RENAL HUMANO SON ALTAMENTE HETEROGÉNEOS Y MUESTRAN UNA REACTIVIDAD ANTITUMORAL Y SE ASOCIAN A UNA MAYOR SOBREVIVENCIA.....	14
O06) REVASCULARIZACIÓN PENEANA MICROQUIRÚRGICA PREVIO A URETROPLASTÍA EN LESIONES URETRALES POR FRACTURA DE PELVIS.....	15
O07) RECONSTRUCCIÓN DE LA URETRA POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO	16
O08) CIRUGÍA GENITAL EN MUJERES TRANS: RESULTADOS SOBRE LA FUNCIÓN URINARIA	17
O09) URETROPLASTIA FEMENINA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL MANEJO DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA: EXPERIENCIA DE 3 CENTROS EN CHILE.	19
O10) TERAPIA CON VAPOR DE AGUA REZUM®: RESULTADOS INICIALES.....	19
O11) FACTORES CLÍNICOS E INTRAOPERATORIOS PREDICTORES DE ÉXITO Y FRACASO EN EL TRATAMIENTO CON TERAPIA TÉRMICA DE VAPOR DE AGUA.	20
O12) EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE.....	21
O13) IMPACTO DE LA MODULACIÓN DEL PULSO VIRTUAL BASKET EN LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA LÁSER CON HOLMIUM	23
OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2.....	24
O14) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO INANIMADO DE PUNCIÓN RENAL ECOGUIADO.....	24
O15) INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN UROLOGÍA: APLICACIÓN DE UN MODELO DE MACHINE LEARNING PARA PREDECIR EL RIESGO DE UROLITIASIS.....	25
O16) TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN SEPSIS URINARIA ASOCIADA A LITIASIS URETERAL EN CHILE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.....	25

O17) EFECTOS SOBRE LA TEMPERATURA DEL LÁSER MOSESTM 2.0 DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE; ANALISIS IN VITRO	26
O18) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA POST NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO	27
O19) HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN METABÓLICA DE PACIENTES CON CÁLCULOS DE CALCIO	28
O20) MINI-PERC: ¿NUEVO GOLD STANDARD EN LITIASIS RENALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD?	29
O21) CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS QUIRÚRGICOS PARA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEAS Y NOMOGRAMA PREDICTOR PREOPERATORIO GUY'S STONE SCORE REALIZADAS EN UN HOSPITAL DOCENTE	30
OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3.....	31
O23) RESULTADOS Y CARACTERIZACIÓN DEL USO DE ATOMS EN CHILE COMO TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO EN HOMBRES.	31
O24) RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS ASOCIADOS A INFECCION DEL TRACTO URINARIO. ANÁLISIS DE ULTIMOS 3 AÑOS HOSPITAL NODO SUR DE CHILE	32
O25) IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE UROLOGÍA TRANSICIONAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO Y HOSPITAL ADULTOS DE LA RED PÚBLICA CHILENA	33
O26) USO DE TAP BLOCK POR URÓLOGOS EN NEFRECTOMÍAS ABIERTAS POR CÁNCER RENAL.....	35
O27) UTILIDAD CLÍNICA DE LA MEDICIÓN DE RUTINA DE PD-L1 EN CÁNCER RENAL, CARACTERÍSTICAS PRONÓSTICAS Y PREDICTIVAS	37
O28) RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEODYUVANTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR	37
O29) CIRUGÍA ROBÓTICA ONCOLÓGICA DE ESTADÍA REDUCIDA	38
O30) EXPERIENCIA INICIAL PARA PATOLOGÍAS NO-ONCOLÓGICAS CON UNA NUEVA PLATAFORMA ROBÓTICA	39
O31) RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA	40
O32) CANCER DE PROSTATA SOMETIDO A CIRUGIA:ADYUVANCIA VERSUS RESCATE PRECOZ. EXPERIENCIA CENTROS AREA NORTE DE SANTIAGO	41
O33) EXPERIENCIA CON USO DE ACETATO DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA METASTASICOS HORMONOSENSIBLE	42
O34) INFLUENCIA DE LOS MÁRGENES POSITIVOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL EN OUTCOMES INTERMEDIOS PARA SOBREVIDA.	43

O35) RIESGO DE PROGRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE PRÓSTATA CON METÁSTASIS GANGLIONAR MÍNIMA: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y OUTCOMES INTERMEDIOS.	44
O36) EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PÚBLICA	45
O37) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA LOCAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO.....	46
O38) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL BAJO COBERTURA ANTIBIÓTICA CON CEFTRIAXONA, UN PROCEDIMIENTO SEGURO. EXPERIENCIA ENTRE 2014-2022	47
VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1	48
V01) PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA	48
V02) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA (RIRS) DURANTE NEOIMPLANTE URETERAL LAPAROSCOPICO LICH-GREGOIR (L-GLAP): SIMBIOSIS ENTRE ENDOUROLOGIA Y LAPAROSCOPIA RECONSTRUCTIVA.	49
V03) ABORDAJE COMBINADO CON PUNCIÓN CALICILIAR SUPERIOR EN CATETER JJ OLVIDADO EN PACIENTE CON PELVIS BÍFIDA	50
V04) MANEJO ENDOSCÓPICO PALIATIVO DE TUMOR DE PELVIS RENAL A TRAVÉS DE CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA Y ABLACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	51
V05) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN: VIDEO DESCRIPTIVO DE LA TÉCNICA IMPLEMENTADA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	52
V06) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPELVICA CON EL ROBOT VERSIUS EN UN MODELO CADAVERÍCO	54
V07) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPELVICA: PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS	54
V08) PRESERVACIÓN MÁXIMA DE FASCIA ENDOPELVIANA Y BANDELETAS NEUROVASCULARES EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.....	55
V09) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON ANESTESIA LOCAL: TÉCNICA PASO A PASO.....	57
V10) ABORDAJE POSTERIOR TRANSANAL-TRANESFINTÉRICO EN REPARACION DE FÍSTULA RECTO VESICAL BAJA, POSTERIOR A PROSTECTOMÍA RADICAL. PRESENTACIÓN DE 1 CASO.	57
V11) LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEO ENDOSCOPICA (VEIL) & LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA (LPLND) EN CANCER DE PENE (CAPN) ESTADIO IV CON RESPUESTA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA.....	59
V12) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PENE: EXPERIENCIA INICIAL.....	60
VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2	61

V13) ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA BIPOLAR DE PRÓSTATA (BIPOLEP) CON TÉCNICA DE TRES LÓBULOS Y LIBERACIÓN PRECOZ DEL ESFÍNTER.....	61
V14) MILEP (ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA LÁSER MÍNIMAMENTE INVASIVA): PRIMERA EXPERIENCIA DE SLIM HOLEP EN CHILE	62
V15) ABORDAJE POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA.....	63
V16) PRESERVACIÓN DE LA ARTERIA BULBAR DURANTE LA RECONSTRUCCIÓN DE LESIONES URETRALES POR FRACTURA PÉLVICA (PFUI)	64
V17) CORPOROPLASTIA DE INCISIÓN MÁS PARCHE EGIS®	65
V18) ANEURISMA ARTERIA RENAL COMPLEJO: NEFRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA, RECONSTRUCCIÓN EN BANCO Y AUTOTRASPLANTE RENAL.	66
V19) TUMOR RENAL INTRASINUSAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO	67
V20) TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA.....	68
V21) NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA MÁS TROMBECTOMÍA MANO-ASISTIDA: REPORTE DE UN CASO	69
TI1) TRABAJOS DE INGRESO	70
TI1) ENDOUROLOGÍA AVANZADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, EXPERIENCIA INICIAL.	70
TI2) IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM EN HOSPITAL PÚBLICO: RESULTADOS PRELIMINARES DE 75 CASOS.....	72
TI3) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN TUMORES RENALES MENORES DE 3 CM. COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO	72
TI4) RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN EN LA DETECCIÓN DE LESIONES ÍNDICE Y SU CORRELACIÓN CON LA PROSTATECTOMÍA RADICAL	74
TI6) CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARENAL BILATERAL, ¿ES FACTIBLE COMO PRIMERA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LITIASIS RENAL BILATERAL? PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL.....	74
PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO	75
P01) NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DONANTE VIVO MANO ASISTIDA SIN DISPOSITIVO DE SELLE. ANALISIS DE 72 CASOS	75
P02) TRAYECTORIA BREVE Y EXPONENCIAL DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL: DESDE LA CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS A LA NEFRECTOMIA CITORREDUCTIVA.	76
P03) HITOS EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA URO-ONCOLOGICA: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN	77

P04) CISTECTOMÍA RADICAL EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR.....	79
P05) IMPACTO DE CISTOLITOLAPAXIA SIMULTÁNEA A LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER.....	79
P06) NEFRECTOMÍA TOTAL ABIERTA SECUNDARIO A QUISTE HIDATÍDICO RENAL GIGANTE, UNA ENTIDAD INFRECUEnte Y COMPLEJA. REPORTE DE UN CASO.	80
P07) ABSCESOS TESTICULARES BILATERALES SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR VIRUS COXSACKIE EN PACIENTE CON SÍNDROME PIE MANO BOCA. REPORTE DE UN CASO. .	82
P08) CARCINOMA SUPRARRENAL CON COMPROMISO DE VENA CAVA: REPORTE DE UN CASO.....	83
P09) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA BILATERAL SIMULTÁNEA – RESULTADOS DE UNA PRIMERA EXPERIENCIA.	84
P10) COMPARACIÓN DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA CON LÁSER DE THULIUM (THULEP) VERSUS CIRUGÍA ABIERTA EN PRÓSTATAS MAYORES A 80 GRAMOS	85
P11) EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR RESONANCIA DE PRÓSTATA MULTI-PARAMÉTRICA (RMMP) EN CENTRO DE REFERENCIA	86
P12) CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LESIONES PI-RADS 3. ¿QUÉ PACIENTES SE BENEFICIAN MÁS DE UNA BIOPSIA COGNITIVA?	87
P13) CARCINOMA UROTELIAL SÓLIDO ANAPLÁSICO INVASOR DE LA MUSCULAR PROPIA DE DIVERTÍCULO VESICAL.....	88
P14) PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN UN PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER PROSTÁTICO DE BAJO RIESGO	89
P15) MEDICIÓN URETRAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA	90
P16) IMPACTO DEL USO DE UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN/ASPIRACIÓN FRENTE A UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN EXCLUSIVO TRADICIONAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO	92
P17) DIFERENCIAS EN LA CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA SEGÚN PREVISIÓN: IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS	93
P18) SIGNIFICATIVO INCREMENTO DE LA INCIDENCIA Y CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN CHILE EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS	94
P19) CONSULTAS UROLÓGICAS DE URGENCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO PÚBLICO	94
P20) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMBINADA CON CIRUGÍA RENAL RETROGRADA POR LITIASIS EN LA MISMA UNIDAD RENAL: REPORTE DE LA PRIMEA SERIE EN LA LITERATURA	96

P21) RESULTADOS INICIALES DE BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.....	97
P22) URETEROSCOPIA FLEXIBLE, RESULTADOS DE LA TÉCNICA EN 470 CASOS	98
P23) NEFROLITOTOMIA MINIPERCUTÁNEA CON LÁSER DE ALTO PODER (MOSES, LUMENIS), EL NUEVO HORIZONTE?	99
P24) REVISIÓN DE IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN UN CENTRO DE SANTIAGO: ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	100
P25) INFARTO RENAL: CÓMO DISTINGUIRLO DE OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA.....	101
P26) DERIVACIÓN URINARIA DE URGENCIA: NEFROSTOMIA PERCUTÁNEA O CATÉTER URETERAL?.....	102
P27) FLAP DE BOARY EN “Y” PARA REPARACION DE LESION URETERAL BILATERAL ...	102
P28) NEFRECTOMÍA PARCIAL EN MASA RENAL PEQUEÑA	103
P29) MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS VÉSICO VAGINALES MEDIANTE TÉCNICA MODIFICADA DE MARTIUS: REPORTE DE CASOS.....	105
P30) EXPERIENCIA INICIAL DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM (HOLEP). 106 PRIMEROS CASOS	106
P31) DISFUNCIÓN SEXUAL EN CIRUGÍA PROSTÁTICA ENDOSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO	107
P32) ORQUIECTOMÍA RADICAL ¿ DEBEMOS ABRIR APONEUROSIS?.....	108
P33) ANÁLISIS DE POTENCIALES FACTORES RESPONSABLES DE LA BAJA TASA INSTALACIÓN DE IMPLANTES DE PENE EN CHILE: OPORTUNIDADES PARA MEJORAR	109
P34) USO DE PET-CT/PSMA EN HOSPITALES DE LA QUINTA REGIÓN	110
P35) RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE NEFRECTOMÍA RADICAL CON TROMBECTOMÍA TUMORAL EN EL CÁNCER RENAL LOCALMENTE AVANZADO	111
P36) FRECUENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO MEDIANTE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA LÁSER	112
P37) MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR GERMINAL EN CHILE. ¿ES TAN ALTA COMO CREEMOS? EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE REGIÓN.....	112
P38) CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL ≥ 2 CM	113
P39) INFECCIÓN URINARIA PERSISTENTE DOCUMENTADA MEDIANTE PCR BACTERIANO DE LA PELVIS RENAL DE UN RIÑÓN NATIVO EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: CASO CLÍNICO.	115
P40) FRACTURA DE PENE: URGENCIA UROLÓGICA EMERGENTE EN NUESTRA COMUNA	116

P41) NEFRECTOMIAS PARCIALES ROBOTICAS: RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS	117
P42) FACTORES PRONÓSTICOS DE GRAVEDAD E INGRESO A UCI EN PACIENTES CON UROSEPSIS POR URETEROLITIASIS OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.	118
P43) RESOLUCIÓN DE URETEROLITIASIS EN PACIENTES INGRESADOS CON SEPSIS DE FOCO URINARIO. COMPARACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN HOSPITALES PÚBLICOS VERSUS CENTROS PRIVADOS: ¿EXISTE INEQUIDAD?	119
P44) PARAFIMOSIS: UNA URGENCIA UROLÓGICA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE VIRUELA DEL MONO. REPORTE DE CASO.	120
P45) COMPLICACIONES DE CONDUCTO ILEAL VERSUS URETEROSTOMÍA CUTÁNEA EN CISTECTOMÍA DE URGENCIA.	121
P46) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA CON CARCINOMA UROTELIAL CON VARIANTES HISTOLÓGICAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO.	122
P47) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE	123
P48) SEGURIDAD Y EFICACIA EN ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER EN PRÓSTATAS MAYORES DE 150CC	124
P49) IMPLEMENTACION DE TELEMEDICINA ASINCRONICA PARA UROLOGIA EN RED PÚBLICA DE ÑUBLE.....	125
P50) COMPOSICIÓN LITIÁSICA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA INFRARROJA (FTIR). ANÁLISIS DE RESULTADOS LOCALES DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.....	126
P51) ABORDAJE COMBINADO TIPO RENDEZ-VOUS EN LESIONES DE URÉTER: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.....	127
P52) ABSCESO PROSTÁTICO POR TBC EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA PRESENTACIÓN RARA DE TUBERCULOSIS UROGENITAL	128
P53) PLASMOCITOMA EXTRAÓSEO TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	129
P54) PLATAFORMA ROBÓTICA LEVITA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO CLÍNICO EN CIRUGÍA RENAL Y ADRENAL LAPAROSCÓPICA	130
P55) RELACIÓN ENTRE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y BIOPSIA FINAL EN LA EXTENSIÓN LOCAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA	131
P56) CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA EN GRUPO CALICIAL INFERIOR; TASA DE ÉXITO Y SUS DETERMINANTES.....	132
P57) COMPARACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE LEIBOVICH Y UISS. IMPACTO EN EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES.....	133
P58) MANEJO DE MASAS SUPRARRENALES EN CHILE, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?	134

P59) PROSTATECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO: COMPARACIÓN DE VARIABLES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS PRECOSES EN ABORDAJE ABIERTO VERSUS LAPAROSCÓPICO	136
P60) LESIONES QUISTICAS PARAURETRALES FEMENINAS: CARACTERIZACION CLÍNICA Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS.....	137
P61) MIOINTIMOMA DEL PENE, TUMOR POCO FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO	137
P62) COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD Y MORBILIDAD DE NEFROLITOTOMIA ENDOSCÓPICA FLEXIBLE VERSUS PERCUTÁNEA PARA CÁLCULOS RENALES ENTRE 15-25MM	138
P63) UROLITIASIS EN AVIACIÓN: ¿ALGUNA DIFERENCIA?	139
P64) PSEUDOTUMOR FIBROSO PARATESTICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO	140
P65) LEIOMIOMA INTRAVESICAL COMO CAUSA DE TUMOR VESICAL, REPORTE DE UN CASO.....	141
P66) COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN CIRUGÍA GENITAL FEMINIZANTE	142
P67) DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN UNA SERIE DE MUJERES TRANS OPERADAS DE GENITOPLASTÍA FEMINIZANTE EN UN HOSPITAL DOCENTE-ASISTENCIAL DE SANTIAGO, CHILE	144
P68) CONCORDANCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL GUIADA POR ULTRASONIDO Y LA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO FINAL DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES REALIZADAS ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2021 EN UN CENTRO DE SALUD LOCAL	145
P69) ARN LARGO NO CODIFICANTE, PCAT14: UN POTENCIAL BIOMARCADOR PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA A VIGILANCIA ACTIVA	146
P70) CÁNCER VESICAL Y SÍNDROME DE COSTELLO (SC). MODALIDAD DE SEGUIMIENTO	146
P71) PATOLOGÍA GENITOURINARIA EN SÍNDROME DE DOWN	147
P72) REVISIÓN DE CASOS DE TRAUMA RENAL EN EL PERÍODO 2021-2022 EN UN HOSPITAL PÚBLICO: DESDE EL DIAGNÓSTICO AL SEGUIMIENTO PRECOZ.....	148
P73) EL PENE CON UÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CUERPO EXTRAÑO SECUNDARIO A TRAUMA GENITAL.....	149
P74) SOBREVIDA Y LETALIDAD DEL CÁNCER TESTICULAR. LA REALIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA REGIÓN METROPOLITANA	150
P75) CANCER DE URETRA SIMULANDO CANCER DE PENE: REPORTE DE UN CASO	151
P76) ¿QUÉ ANALGESIA POST URETEROSCOPIA UTILIZAMOS EN CHILE?	152
P77) LESIÓN VESICAL SECUNDARIA A OSTEOSÍNTESIS DE PUBIS: LECCIONES APRENDIDAS.	153

P78) COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TERAPIA COMBINADA Y CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO EN PRÓSTATAS DE ALTO VOLUMEN.....	154
P79) ¿SOBRE QUÉ TEMAS PUBLICAN LOS URÓLOGOS CHILENOS EN LAS REVISTAS INTERNACIONALES?	155
P80) REPORTE DE CASO: CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN URETRAL COMPLEJA EN EL HOSPITAL CLINICO DE COQUIMBO	156
P81) FRACTURA DE PENE: REVISIÓN RETROSPECTIVA EN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA	157
P82) GLANSECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN EN UN TIEMPO PARA CÁNCER DE PENE LOCALIZADO: NO TODO ESTÁ PERDIDO - DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LA TÉCNICA Y EVOLUCIÓN-	158
P83) HEMANGIOMA ANASTOMOSANTE: VARIANTE HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE EN TUMOR RENAL. PRIMER REPORTE EN CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	159
P84) MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES RENALES BILATERALES SINCRÓNICOS COMPLEJOS: RESULTADOS FUNCIONALES RENALES Y ONCOLÓGICOS.....	160
P85) CARCINOMA SARCOMATOIDE DE PROSTATA ASOCIADO A COMPROMISO URETERAL Y SÍNDROME DE WUNDERLICH: REPORTE DE UN CASO.....	161
P86) CIRUGÍA RENAL PERCUTÁNEA EN PANDEMIA: ¿HABREMOS HECHO LO CORRECTO?	162
P87) CULTIVO POSITIVO INTRAOPERATORIO EN NLPC. ES FACTOR DE RIESGO PARA SEPSIS?	163
P88) ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE Y CARACTERIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE: EXPERIENCIA EN CENTRO PRIVADO	164
P89) ADHERENCIA Y SEGURIDAD DE LA VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR ETAPA I, EXPERIENCIA DE 32 AÑOS	165
P90) ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO.....	166
Índice por Título.....	168
Índice por Autor.....	175

OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1

001) APLICACIÓN DE LA INTERDISCIPLINA Y DESIGN THINKING EN EL DESARROLLO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO UROLÓGICO

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(2); Caro, I.(3); Campillo, M.(4); Guerra, C.(5); Escobar, S.(6); Duarte, S.(7); Palma, C.(8);

(1): Departamento de Urología PUC, Santiago, Chile

(2): Escuela de Diseño PUC, Santiago, Chile

(3): Escuela de Diseño PUC, Santiago, Santiago

(4): Facultad de Ingeniería Univ. Federico Santa María, Santiago, Santiago

(5): Facultad de Ingeniería PUC, Santiago, Santiago

(6): Servicio de Urología Hosp. Salvador, Santiago, Santiago

(7): Escuela de Diseño Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Santiago

(8): Departamento de Urología Univ. de Chile, Santiago, Santiago

Introducción

El Design Thinking es una metodología que centra su eficacia en entender y dar solución a las necesidades reales de los usuarios. En particular utiliza la experiencia y métodos de los diseñadores para hacer coincidir las necesidades de las personas con lo que es tecnológicamente factible. Para lograrlo el Design Thinking tiene etapas bien definidas que son: empatizar con el problema, definir áreas de intervención, idear soluciones, prototiparlas y finalmente testearlas. El objetivo de este trabajo es describir como un equipo multidisciplinario conformado por urólogos, diseñadores e ingenieros utilizando el Design Thinking logran crear productos que resuelven problemáticas urológicas.

Material y métodos

A través de la experiencia acumulada en la práctica clínica urológica se exponen 3 problemáticas al equipo para generar soluciones innovadoras: implantes de pene, prótesis testiculares y el examen de uroflujometría. En el proceso de empatía se entrevistan a todos los usuarios de la cadena de valor de los tres procesos, pacientes, parejas de pacientes, médicos, enfermeras, distribuidores y fabricantes. Tomando en consideración las necesidades de todos los usuarios se prototipan 3 productos desarrollados para mejorar la usabilidad y experiencia en cada uno de los procesos.

Resultados

Utilizando el proceso de Design Thinking el equipo multidisciplinario logra desarrollar 3 dispositivos médicos. A) Un nuevo concepto de implante de pene que mejora la experiencia del paciente, de su pareja y del urólogo que lo implanta. Este dispositivo fue validado en laboratorio de materiales y cadáver humano, encontrándose actualmente en fase de

manufactura pre-comercial. B) Prótesis testiculares diseñadas tomando en consideración información de volumen y dureza testicular proveniente hombres chilenos. Este dispositivo se encuentra en fase de prototipo preclínico. C) Un uroflujómetro portátil y personal que le permite al paciente realizar el examen en la comodidad de su casa, registrar la información, compararla en el tiempo y compartirla por vía remota con su urólogo. Este dispositivo se encuentra en fase de prototipo preclínico.

Conclusiones

El trabajo multidisciplinario asociado a la metodología del Design Thinking permiten identificar y abordar con soluciones concretas y practicas diferentes problemáticas de la urología actual.

002) CODI: UN NUEVO CONCEPTO DE IMPLANTE DE PENE DISEÑADO EN CHILE

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(2); Caro, I.(2); Campillo, M.(3); Guerra, C.(4); Escobar, S.(5); Duarte, S.(6); Palma, C.(7);

(1): Departamento de Urologia PUC, Santiago, Chile

(2): Escuela de Diseño PUC, Santiago, Chile

(3): Facultad de Ingenieria Univ. Federico Santa Maria, Santiago, Chile

(4): Facultad de Ingenieria PUC, Santiago, Chile

(5): Servicio de Urologia Hosp. Salvador, Santiago, Chile

(6): Escuela de Diseño Universidad Adolfo Ibañez, Santiago, Chile

(7): Departamento de Urologia Univ. de Chile, Santiago, Chile

Introducción

A pesar de la revolución tecnológica que ha sufrido la Urología en los últimos 50 años las modificaciones en el diseño, funcionamiento y usabilidad para todos los actores involucrados en la cadena de valor de los Implantes de Pene (paciente, pareja, urólogo que instala, fabricante) han sido escasas, lo cual explica que a pesar de los altos índices de satisfacción aún quedan aspectos relevantes de usabilidad que pueden ser mejorados para entregar una mejor experiencia.

Material y métodos

Un equipo multidisciplinario conformado por Urólogos, Diseñadores e Ingenieros, utilizaron la metodología de Design Thinking y Diseño para la manufactura para determinar las interacciones críticas de todos los usuarios de la cadena de valor de los IP: pacientes, parejas, urólogos que instalan y fabricantes. Cada interacción critica permitió una oportunidad de mejora; cada una de ellas fue incorporada en un nuevo diseño de IP denominado CODI.

Resultados

CODI es un nuevo modelo de IP que mejora la usabilidad y experiencia del paciente, su pareja, el urólogo que instala y el fabricante. CODI tiene dos componentes: dos cilindros erectables que tienen un nervio interno altamente flexible con una funda que lo recubre, y que se inflan con menos de 7 ml por cilindro, permitiendo eliminar la necesidad de reservorio intraabdominal. Un complejo de activación/desactivación localizado en el escroto, permite inflar el implante hasta la rigidez máxima con solo 2 a 3 bombeos. Al no tener reservorio, y ser altamente flexible, su instalación es más fácil y rápida. La presencia de nervio interno mejora la naturalidad anatómica del pene en flacidez y erección, mejorando la experiencia del paciente. Su matriz productiva es sencilla lo que permite un menor costo. CODI ha sido validado por Urólogos expertos en IP, también en laboratorio de materiales y en cadáver humano. Tiene una patente en curso y espera ser validado en un estudio clínico piloto en el corto plazo.

Conclusiones

El trabajo multidisciplinario y la utilización de metodologías específicas de diseño permitieron el desarrollo de un nuevo concepto de IP que mejora la experiencia de todos los actores involucrados en la cadena de valor de los IP.

O03) DISEÑO DE UN BANCO DE PRUEBAS PARA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE IMPLANTES INFLABLES DE PENE

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(2); Caro, I.(2); Campillo, M.(3); Guerra, C.(4); Escobar, S.(5); Duarte, S.(6); Palma, C.(7);

(1): Departamento de Urología PUC, Santiago, Chile

(2): Escuela de Diseño PUC, Santiago, Chile

(3): Facultad de Ingeniería Univ. Federico Santa María, Santiago, Chile

(4): Facultad de Ingeniería PUC, Santiago, Chile

(5): Servicio de Urología Hosp. Salvador, Santiago, Chile

(6): Escuela de Diseño Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

(7): Departamento de Urología Univ. de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Los Implantes de Pene (IP) inflables poseen una serie de características hidráulicas, de durabilidad, resistencia y fatiga de materiales que deben ser evaluadas en cada nuevo modelo de IP para asegurar su buen desempeño una vez implantado. En el contexto del desarrollo de un nuevo concepto de IP, se describe como se diseñó un banco de pruebas para IP inflables.

Material y métodos

En un laboratorio de materiales se estudiaron las siguientes variables de los IP: peso soportado en eje axial, peso soportado en eje pendular, volumen necesario a movilizar para

lograr rigidez completa, ensanchamiento y alargamiento desde el estado desinflado al inflado y presión interna del sistema en rigidez máxima. Desde la literatura se obtuvieron los datos de número de ciclos de inflado y desinflado que un IP debe soportar como mínimo.

Resultados

En base a las variables que se deben determinar para objetivar la calidad de un IP inflable se diseñaron y desarrollaron 4 dispositivos. Una máquina que permite evaluar el peso que soporta el IP en rigidez axial y pendular. Un rigidometro digital que permite medir la rigidez axial del IP y que también se puede utilizar para medir la rigidez del pene en erección en pacientes reales. Un inflador/desinflador de cilindros de IP, que permite en forma automatizada inflar “n” cantidad de veces los cilindros, permitiendo evaluar en que número de ciclo se produce fatiga de material y pérdida de presión del sistema. Un compresor/decompresor del sistema de la bomba del IP, que permite en forma automatizada comprimir y descomprimir “n” cantidad de ciclos la bomba, permitiendo evaluar la presión interna y el número de ciclo al cual se produce pérdida de presión.

Conclusiones

Con los datos levantados desde el estudio IP inflables actualmente presentes en el mercado y datos del desarrollo propio de un nuevo concepto de IP se logró desarrollar un completo banco de pruebas para IP se puede utilizar y adaptar para comprobar la calidad todos los IP actualmente presentes en el mercado.

004) DETERMINACIÓN DEL MÓDULO ELÁSTICO TESTICULAR EN POBLACIÓN SANA: INSUMO FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA DEL DISEÑO DE LAS PRÓTESIS TESTICULARES

Escobar Urrejola, S.(1); Campillo, M.(2); Marconi, M.(3); González Ramos, A.(4); Duarte V, S.(5);

(1): Residente de Urología, Universidad de Chile, Campus Oriente, Santiago, Chile

(2): Departamento de Ingeniería Mecánica, Universidad Técnica Federico Santa María, Santiago, Chile

(3): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(4): Escuela de Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(5): Centro de Diseño en Ingeniería, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

Introducción: La instalación de una prótesis testicular posterior a una orquidectomía se asocia a altas tasas de satisfacción general. Sin embargo, algunos aspectos de estos implantes siguen siendo problemáticos para muchos usuarios. En el caso particular de su consistencia, distintas series muestran que cerca del 50% de los pacientes siente que éstas son demasiado duras.

Se ha desarrollado escasa investigación que busque optimizar el desarrollo de materiales para las prótesis testiculares. Esto es especialmente crítico respecto a la determinación del módulo elástico (E) testicular, un parámetro fundamental para ajustar la consistencia de los implantes.

Este trabajo buscó, mediante el desarrollo de un método de medición no invasivo, determinar un E testicular medio en población sana, con el fin de levantar datos que permitan mejorar el diseño de los implantes testiculares.

Materiales y Métodos: el E testicular fue calculado basándose en la teoría de vibraciones libres de cuerpos rígidos. Se derivó este parámetro desde el volumen, frecuencia natural, proporciones y densidad testicular de pacientes adultos sin patología testicular mediante un modelamiento matemático.

El volumen se midió utilizando un orquidómetro de Prader y la frecuencia natural usando un MyotonPro®.

Para comparar los datos poblacionales con las prótesis disponibles en el mercado, se calculó el E de implantes de Promedón y Silimed utilizando el mismo método.

Resultados: se reclutaron 72 pacientes. Su edad media fue de 37,9 años y su IMC de 26,5 Kg/cm². El volumen testicular promedio fue de 21,67 cc a derecha y 21,77 a izquierda. El E promedio fue de 2,417 kPa, mientras que la prótesis Promedón presentó un E de 45 kPa y la Silimed de 31,55 kPa.

Conclusiones: los resultados de este estudio sustentan la percepción de los usuarios sobre la dureza de las prótesis testiculares. Establecer una media poblacional de E testicular podría impulsar el desarrollo de implantes más ergonómicos, que sirvan mejor a los pacientes. Datos en diferentes poblaciones y con distintas prótesis testiculares son necesarias aún para generalizar los hallazgos de esta investigación.

O05) LOS LINFOCITOS T CD8+ DE MEMORIA RESIDENTE INFILTRANTES DE CÁNCER RENAL HUMANO SON ALTAMENTE HETEROGÉNEOS Y MUESTRAN UNA REACTIVIDAD ANTITUMORAL Y SE ASOCIAN A UNA MAYOR SOBREVIVENCIA.

Hidalgo, S.(1); Tosello-boari, J.(2); Hernandez, A.(3); Roa, E.(1); Lopez, E.(1); Saavedra, F.(1); Missolo-koussou, Y.(2); Richer, W.(2); Sedlik, C.(2); Alarcón, L.(4); Soto, F.(4); Radulescu, C.(5); Allory, Y.(5); Piaggio, E.(2); Lladser, A.(1); Borgna, V.(4);

(1): Laboratorio Inmuno-Oncología, Fundación Ciencia Para la Vida, Santiago, Chile

(2): Laboratory of Translational Immunotherapy, Institut Curie, Paris, Francia

(3): Laboratorio Inmuno-oncología, Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile

(4): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

(5): Department of Pathology, Hôpital Foch, Suresnes, Francia

Los linfocitos T CD8+ de memoria residente (Trm) median respuestas inmunitarias potentes tanto innatas como adaptativas. Además, la infiltración tumoral de linfocitos Trm se ha asociado a un pronóstico favorable en varios cánceres sólidos. Sin embargo, la reactividad tumoral y la relevancia clínica de los linfocitos Trm infiltrantes de tumores en pacientes con carcinoma de células renales (RCC) no ha sido estudiado. Primero, analizamos por citometría de flujo el fenotipo de los linfocitos T CD8+ en tumores de RCC recién resecados. En base a la expresión de los marcadores CD69 y CD103, observamos frecuencias relativamente altas de los linfocitos Trm CD69+CD103- y CD69+CD103+, que expresan niveles más altos de reactividad tumoral y receptores asociados a la residencia tisular, incluido PD-1, 4-1BB y CD49a. Además, el subconjunto CD69+CD103- expresó niveles más altos de marcadores asociados con el agotamiento TOX-1, TIM-3 y CD39. Interesantemente, ambos subconjuntos reconocieron específicamente las células tumorales autólogas, pero no el tejido renal no maligno. Los análisis de secuenciación de RNA (RNAseq) demostraron que el subconjunto CD69+CD103+ expresa en gran medida una firma de residencia (p. ej., Hobbit, CD49a, CXCR6, CXCL13) y un programa efector (p. ej., IL-2, TNF, FOS, JUN), mientras que el subconjunto CD69+CD103- tiene una expresión intermedia de la firma de residencia y alta expresión de genes asociados con el programa terminalmente diferenciado (por ejemplo, TOX, TIM-3, CD39). Por otro lado, los linfocitos T CD8+ CD69-CD103- están enriquecidos en genes de linfocitos T circulantes (p. ej. KLF2, CD62L, S1PR1) con fenotipo progenitor (alta expresión de TCF1, y baja expresión de TOX y receptores inhibitorios). Curiosamente, encontramos mediante la secuenciación del RNA de células individuales (scRNAseq) una alta heterogeneidad, con varias subpoblaciones enriquecidas en la firma genética asociada a linfocitos Trm, incluidas: linfocitos Trm en proliferación, progenitores y terminalmente diferenciados. Todas estas firmas genéticas de Trm se asociaron con una mejor supervivencia en pacientes con RCC. Estos datos evidencian la presencia de linfocitos Trm antitumorales con distintos estados funcionales que infiltran tumores RCC humanos y se asocian con una mejor supervivencia de pacientes con RCC.

O06) REVASCULARIZACIÓN PENEANA MICROQUIRÚRGICA PREVIO A URETROPLASTÍA EN LESIONES URETRALES POR FRACTURA DE PELVIS

Campos, R.(1); Velarde, L.(1); Pfeifer, J.(1); Gomez, R.(1);

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Introducción

Tradicionalmente se ha descrito el uso de la revascularización microquirúrgica del pene para el manejo de la disfunción eréctil con pobres resultados. Tras una fractura de pelvis con compromiso uretral (PFUI), en algunos pacientes, se produce una disminución de la perfusión arterial peneana por una lesión vascular traumática. Por este motivo se ha propuesto para estos casos, una revascularización microquirúrgica del pene con el objetivo

de mejorar la irrigación del bulbo esponjoso previo a la uretroplastía, con el objetivo de prevenir el fracaso isquémico de la cirugía.

Material y métodos

A todos los pacientes portadores de una PFUI con el antecedente de pérdida de la erección se les realizó una ecografía doppler color con inyección intracavernosa de prostaglandinas con el objetivo de evaluar el flujo arterial. Los diagnosticados con disfunción arteriogénica peneana se les realizó una arteriografía pudenda selectiva para confirmar ubicación y lateralidad de la lesión arterial. Luego, todos estos pacientes fueron sometidos a una revascularización peneana microquirúrgica.

Resultados

Entre abril de 1990 y septiembre de 2020 se operaron 15 pacientes, la mediana de edad fue de 32 años (rango 20-57). A todos se les realizó una revascularización peneana microquirúrgica mediante un bypass de la arteria epigástrica inferior a la arteria dorsal del pene. En 10 de los 15 pacientes se les realizó una ecografía doppler post operatoria comprobando una buena permeabilidad de la arteria anastomosada. Con una mediana de seguimiento de 102 meses (rango 18-367), ningún paciente ha presentado falla de la uretroplastía. La mediana de tiempo entre el accidente y la revascularización fue de 9 meses (rango 2-30) y la de tiempo entre la revascularización y la uretroplastia fue de 2 meses (rango 1-7). El tiempo quirúrgico promedio fue de 280 min (220-290). Se presentaron 2 complicaciones postoperatoria, 1 Clavien I y 1 Clavien II.

Conclusiones

La revascularización microquirúrgica del pene es factible y segura, pero requiere experiencia en microcirugía. Se propone la revascularización peneana con el objetivo de evitar el fracaso isquémico de la uretroplastía relacionada con la insuficiencia arterial peneana postraumática.

007) RECONSTRUCCIÓN DE LA URETRA POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Gomez Illanes, R.(1); Pfeifer Esparza, J.(2); Velarde Ramos, L.(2); Campos Pantoja, R.(2);
(1): Hospital del Trabajador - Clinica Indisa, Santiago, Chile
(2): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN. La escisión transversal tradicional y la anastomosis primaria (EPA) para la reconstrucción de la estenosis de la uretra posterior (EUP) requiere la división de las arterias bulbares, comprometiendo la irrigación uretral. La sección tradicional puede provocar isquemia del bulbo y el fracaso de la reconstrucción. Para disminuir este riesgo, modificamos la técnica EPA evitando la sección uretral para preservar las arterias bulbares.

MATERIALES Y MÉTODOS: técnica vspEPA. La uretra bulbar se moviliza de forma no transversal por división del ligamento triangular sin desprendimiento del bulbo del cuerpo perineal. La retracción lateral de la uretra bulbar hacia un lado con dos asas de vasos proporciona espacio suficiente para la eliminación de cicatrices y la anastomosis con la técnica clásica de corte transversal. En la mayoría de los casos se pueden salvar ambas arterias bulbares, pero ante una fibrosis local grave puede ser necesaria la división de una arteria para eliminar la cicatriz, conservando la arteria contralateral.

RESULTADOS: Entre abril de 2008 y diciembre 2021, 115 pacientes recibieron vspEPA debido a estenosis bulbo-membranosa (n=91, 79%), prostato-membranosa (n=11, 10%) o bulbo-vesical (n=13, 11 %). La mediana de edad fue de 60 años (rango 15-83) y la mediana de la longitud de la estenosis fue de 2,5 cm (rango 1-6). Un 54% de los pacientes tenían una obliteración uretral completa.

La preservación de la arteria bulbar fue unilateral en 57 y bilateral en 58 pacientes. El tiempo operatorio medio fue de 170 min (rango 70-265) y la pérdida de sangre media fue de 300 cc (rango 50-2000). Se realizó anastomosis bulbo-membranosa en 48 pacientes (42%), bulbo-prostática en 54 (47%) y bulbo-vesical en 13 (11%).

Con una mediana de seguimiento de 47 meses (rango 5-146), vspEPA tuvo éxito en 109 pacientes (95%). Se produjeron complicaciones en 34 (30%) pacientes, pero solo 6 pacientes (5%) con Clavien \geq III.

CONCLUSIÓN: Nuestra técnica vspEPA es factible y segura. No podemos demostrar con esta serie que la preservación vascular mejore el resultado de la reconstrucción, pero nuestros resultados son significativos y muy alentadores. Será necesaria una serie mayor y replicación en otros centros para validar este concepto.

008) CIRUGÍA GENITAL EN MUJERES TRANS: RESULTADOS SOBRE LA FUNCIÓN URINARIA

Brusoni, S.(1); Ralph, C.(2); Bruzzone, A.(3); Peralta, M.(4); Jerez, K.(5); Arévalo, D.(6); Arenas, J.(3); Bernal, J.(7); Adauy, A.(8); Cifuentes, M.(9);
(1): Becado Urología Pontificia Univeridad Católica de Chile, Puente Alto, Chile

- (2): Ginecóloga Complejo Asistencial Sótero del Río, Punte Alto, Chile
- (3): Urólogo Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile
- (4): Intero de Medicina Pontificia Universida Católica de Chle, Puente Alto, Chile
- (5): Kinesióloga de Piso Pélvico, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
- (6): Ginecólogo Becado de uroginecología, Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile
- (7): Urólogo Complejo Asistencial Sótero del Ría, Puente Alto, Chile
- (8): Ginecóloga Programa de Identidad de Género, Complejo Asistencial Sótero del Ríoa, Puente Alto, Chile
- (9): Hospitales Sotero del Río y Carlos van Buren, Diversalud, Viña del Mar, Chile

INTRODUCCIÓN: Cerca de un tercio de las personas trans del espectro femenino buscan procedimientos quirúrgicos para conseguir una apariencia acorde a su identidad de género, siendo la más solicitada la genitoplastia feminizante, que se ofrece en nuestro hospital desde 2018. Entre sus pasos más importantes está acortar la uretra, eliminar parcialmente el tejido eréctil circundante y confeccionar un neomeato para orinar en posición sentada. Esto podría acarrear importantes modificaciones en la función de la vía urinaria inferior, según las escasas publicaciones internacionales que han analizado este tema.

El presente reporte tiene por objetivo describir los resultados en la función urinaria de las primeras mujeres trans operadas de genitoplastia en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de todas las personas trans femeninas operadas de genitoplastia feminizante en el Hospital Público Universitario Sótero del Río, en Santiago de Chile, entre los años 2018 y 2022.

Se revisaron historias clínicas extrayendo datos epidemiológicos, demográficos y médicos, datos respecto a la cirugía y al post operatorio. Se realizaron cuestionarios autocompletados (AUA-IPSS) pre y postoperatorios. El análisis estadístico se hizo con programa SPSS, considerando significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 20 pacientes. Pormedio de edad 33,4 años (DS 8,07), todas operadas de genitoplastia feminizante por el mismo equipo. Previo a la cirugía en encuesta AUA-IPSS se obtuvieron 13 respuestas: promedio de 3,53 puntos (DS 2,6). En el post operatorio se obtuvieron 18 respuestas: promedio de 4,7 puntos (DS 4,2), ninguna con síntomas severos. Al comparar los resultados pre y post operatorios estos no fueron estadísticamente significativos ($p = 0,907$).

En preguntas sobre micción: 32% de las pacientes refieren mejor micción, 58% no nota cambios, 11% orina peor. 22% describe sensación de vaciado incompleto. 8 de 18 (44,4%) pacientes refieren urgencia miccional postoperatoria 7 de ellas no lo presentaban previamente. 28% refiere escape de orina. Sólo una paciente describe incontinencia nocturna.

CONCLUSIÓN: En la serie estudiada, existe un aumento de la urgencia miccional y aparición de incontinencia de orina, en relación a los síntomas preoperatorios.

O09) URETROPLASTIA FEMENINA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL MANEJO DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA: EXPERIENCIA DE 3 CENTROS EN CHILE.

Fuentes, A.(1); Santis-moya, F.(2); Benítez, A.(3); Valderrama, R.(1); Cifuentes, M.(1); Saavedra, Á.(4);

(1): Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Centro de Innovación en Piso Pélvico, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

(2): Centro de Innovación en Piso Pélvico, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

(3): Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(4): Servicio Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina, Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El diagnóstico de uropatía obstructiva baja femenina (UOBF) como causa de disfunción del vaciamiento vesical en mujeres es esquivo, generando una subestimación. En casos de UOBF secundaria a estrechez uretral, la uretroplastía tipo onlay dorsal con injerto de mucosa bucal (DO-BMGU) como tratamiento, tiene un éxito del 86-94%. Nuestro objetivo es presentar los resultados de efectividad y complicaciones a mediano plazo de una serie de casos de DO-BMGU por UOBF en 3 centros. **Material y Métodos:** Serie prospectiva de casos. Se incluyeron las pacientes sometidas a DO-BMGU por obstrucción urinaria baja en 3 centros en el período entre agosto 2016 y agosto 2022. Las pacientes fueron sometidas a evaluación multimodal para confirmar UOBF, utilizando: uretrocistoscopia, uretrocistografía, uroflujometría/RVP y/o urodinamia y calibración uretral. Aquellas confirmadas con UOBF se sometieron a una técnica DO-BMGU estandarizada. Se analizaron datos demográficos, antecedentes médicos, puntuación de síntomas urinarios y calidad de vida (IPSS-AUA). Se reportaron los resultados postoperatorios: IPSS-AUA, uroflujometría/RVP, evaluación de IOE y clasificación de complicaciones quirúrgicas de Clavien-Dindo. **Resultados:** Se evaluaron 18 casos. La edad promedio fue 58.3 + 10,8 años (Rango 40-76 años). La etiología mas frecuente fue idiopática en 10/18 (55.6%) pacientes. No hubo complicaciones Clavien-Dindo >2. El seguimiento postoperatorio fue de una mediana de 9 meses (rango 1-37) con un caso de recurrencia de estenosis uretral (5.6%). La variación en IPSS-AUA y Qmax preoperatorio vs postoperatorio fue -17 (rango -29-6) y 16 (rango -5-60) respectivamente. 1/18 paciente presentó IOE de Novo en el postoperatorio. **Conclusión:** La DO-BMGU en pacientes con UOBF es una cirugía efectiva, con mejoría significativa en calidad de vida, y con baja tasa de complicaciones sin reintervenciones a una mediana de seguimiento de 9 meses. Estos resultados justificarían más estudios con un mayor número de casos y un seguimiento más prolongado.

O10) TERAPIA CON VAPOR DE AGUA REZUM®: RESULTADOS INICIALES

Urrutia, C.(1); Henriquez, D.(1); Hurtado, J.(2); Marchant, F.(1); Ledezma, R.(1); Olmedo, T.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Hospital San José, Santiago, Chile

Introducción: Rezum® es una técnica mínimamente invasiva en hiperplasia prostática benigna (HPB). Consiste en ablación térmica por convección del calor mediante inyección de pequeñas dosis de vapor de agua en tejido prostático provocando necrosis tisular. Procedimiento ambulatorio, cuya principal ventaja es preservar la eyaculación. Presenta efectividad en próstatas entre 30 y 80cc, tanto en IPSS como en uroflujometría con menor tasa de complicaciones y retratamiento. El objetivo es presentar una serie de casos nacionales sometidos a Rezum®. Describir la intervención, características clínicas de pacientes y complicaciones precoces.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, incluyó pacientes operados con técnica Rezum, entre Enero y Agosto del 2022. Se registraron características preoperatorias, datos operatorios y seguimiento hasta los 12 meses. Se analizaron datos con software de acceso libre Jamovi 1.6.15, se presentan datos con estadígrafos no paramétricos. Se aplican cuestionarios de IPSS (International Prostate Symptoms Score) e IIEF (International Index of Erectile Function) para evaluar síntomas obstructivos y función eréctil respectivamente.

Resultados: Se evaluó un total de 42 pacientes. La mediana de edad fue 68 años. La principal comorbilidad fue hipertensión arterial (44%). La mediana de volumen prostático: 45 (39,5-62,2) grs. La mediana de APE: 1,78 ng/dL (1.38 -2,43) ng/dl. La mediana de IPSS y QoL preoperatorio: 20 puntos (17-22) y 4.6 (4-5) respectivamente. La mediana de Qmax fue 10.1 ml/seg. La mediana de IIEF fue 25 (21.6-25). La media de inyecciones realizadas fue 6 (5-8) en total, 4 en los lóbulos laterales y 1.6 (0-3) en el lóbulo medio si estaba presente. El uso de sonda postoperatorio fue de 7 días (5-8). La mediana de hospitalización fue 1 día. La mediana de IPSS 3, 6 y 12 meses fue 10, 6 y 5 respectivamente ($p < 0,001$). La mediana de IIEF al mes fue 24 ($p 0.385$) y 22 ($p 0.783$) a los 3 meses. Un 9.52% (4/42) reportó eyaculación retrógrada. Un 30,9% (13/42) tuvo complicaciones Clavien-Dindo 1, siendo la principal la presencia de disuria.

Conclusiones: La terapia térmica con vapor de agua representa un nuevo enfoque para el manejo de HPB. Es un procedimiento ambulatorio, bien tolerado con resultados iniciales favorables.

O11) FACTORES CLÍNICOS E INTRAOPERATORIOS PREDICTORES DE ÉXITO Y FRACASO EN EL TRATAMIENTO CON TERAPIA TÉRMICA DE VAPOR DE AGUA.

Massouh, R.(1); González Pellegrino, D.(2); Arroyo, S.(2); Avayú, T.(2); Villafranca, P.(2); Fullá, J.(1);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile
(2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Objetivo

Existe una gran cantidad de estudios que han demostrado la seguridad y eficacia de la terapia térmica con vapor de agua (WVTT). Sin embargo, hasta la fecha no hay estudios que evalúen los factores predictivos a priori del éxito de la WVTT. Decidimos determinar las variables clínicas e intraoperatorias predictivas de la WVTT para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) secundarios a hiperplasia prostática benigna (HPB).

Metodología

Estudio prospectivo, de un solo cirujano y un solo brazo. Criterios de inclusión: Hombres \geq 45 años, volumen prostático (EPP) de 30-80cc, índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) \geq 12 puntos; Qmax $<$ 16 mL/seg. Endpoints primarios: 1) Factor predictivo de éxito/fracaso en base a IPSS-QoL y 2) Cambios en el Qmax e IPSS. Se registraron los resultados a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses.

Resultados

Se trataron 130 hombres, con una media de seguimiento de 13,1 meses (rango=2-18). La asociación independiente en el análisis multivariado mostró que los factores predictivos de éxito incluían la edad $<$ 60 años, EPP \leq 60 cc y total de inyecciones \leq 5 (OR 1,25, 1,87 y 1,55 respectivamente); los factores predictivos de fracaso incluían la edad \geq 75 años, aumento de tamaño del lóbulo medio y \geq 2 inyecciones en el lóbulo medio (OR 4,67, 3,01 y 1,73 respectivamente). En general, a los 13,1 meses, el IPSS había disminuido en un 65% ($p=0,03$) y el Qmax había mejorado en 6,9 mL/s ($p=0,01$).

Conclusión

Los parámetros clínicos e intraoperatorios sirven como predictores del éxito/fracaso tras el tratamiento con WVTT. Los médicos pueden utilizar estos parámetros cuando discutan las opciones de tratamiento para los STUI secundarios a la HBP.

O12) EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

Urrutia, C.(1); Henriquez, D.(1); Martinez, N.(1); Soto, S.(1); Olmedo, T.(1); Marchetti, P.(1); Valdevenito, J.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Diversos trabajos han demostrado que la experiencia del cirujano condiciona la optimización de los tiempos operatorios y disminución de complicaciones en la enucleación endoscópica prostática (EEP), estableciendo que la curva de aprendizaje es de 30 a 50 casos. Sin embargo, se han introducido nuevas métricas para evaluar la consolidación de la experiencia quirúrgica como la trifecta y la pentafecta que analizan múltiples dimensiones del proceso quirúrgico.

El objetivo de este trabajo es investigar el impacto de la experiencia quirúrgica en los resultados tanto peri-operatorios como en la consolidación de la curva de aprendizaje mediante el establecimiento de trifecta y pentafecta.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo, se incluyen pacientes sometidos a EEP entre 2016 y 2022 por un solo cirujano. Se presentan las características de los pacientes, tamaño prostático, técnica usada, tiempo operatorio y energía utilizada. La trifecta fue definida como: enucleación y morcelación en menos de 90 minutos sin conversión a RTU-p y Pentafecta se define como la trifecta más ausencia de complicaciones post operatorias y de incontinencia de orina a los 3 meses. Se analizaron los datos con Jamovi 1.6.23 usando estadígrafos no paramétricos.

Resultados: Se identificaron 315 pacientes. La mediana de tiempo operatorio fue 105 min (RIC=80-145). La tasa de conversión a RTU fue 0,6%. Se alcanzó la trifecta y la pentafecta en el 37% y 35% de los casos respectivamente. Al realizar un análisis multivariado la experiencia del cirujano se relaciona a menor tiempo quirúrgico ($P<0,001$), menores días de hospitalización ($P<0,05$) y logro de trifecta ($P<0,05$). Además, el volumen prostático incide significativamente en el logro de trifecta ($P<0,05$) y pentafecta ($P<0,05$).

La relación entre experiencia y tiempo quirúrgico no es lineal, con una reducción constante durante los primeros 100 casos alcanzando una meseta.

El logro de trifecta y pentafecta se alcanzó en el caso 100 y 120 respectivamente.

Conclusiones: La experiencia del cirujano es determinante en los resultados peri y post operatorios en la EEP con láser. Utilizando métricas más estrictas impresiona que el cirujano sigue consolidando sus resultados después de la curva de aprendizaje inicial.

O13) IMPACTO DE LA MODULACIÓN DEL PULSO VIRTUAL BASKET EN LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA LÁSER CON HOLMIUM

Soto, S.(1); Urrutia, C.(1); Henriquez, D.(1); Martinez, N.(1); Acevedo, C.(1); Olmedo, T.(1); Ledezma, R.(1);

(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de Holmium es recomendada por las guías internacionales para el tratamiento de próstatas sobre 80cc. En revisiones sistemáticas de estudios randomizados que comparan Thulium-YAG con Holmium se ha observado una mejor capacidad hemostática del Thulium. Recientemente se han desarrollado modulaciones de pulso en la actividad del Holmium que preliminarmente han demostrado una mejor hemostasia durante la enucleación endoscópica de la próstata (EEP)

El objetivo de este trabajo es evaluar y comparar los resultados perioperatorios entre la EEP con láser Holmium utilizando la modulación de pulso Virtual Basket (HoLEP VB) versus la EEP con Thulium-YAG (ThuLEP)

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de cohorte de pacientes tratados con HoLEP VB versus ThuLEP entre enero 2018 y agosto 2022. Se compararon los resultados perioperatorios y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo entre los grupos. Se analizaron los datos usando pruebas no paramétricas con el Software Jamovi 1.6.23.

Resultados: Se identificaron 198 EEP. De las cuales 30 (15%) fueron tratados con HoLEP VB y 168 (85%) tratados con ThuLEP. No se observaron diferencias en relación a características preoperatorias entre ambos grupos, con respecto a la edad, tamaño prostático, APE y sintomatología según IPSS preoperatorio. En relación a los resultados intraoperatorios, no hubo diferencias significativas en el tiempo operatorio (123 vs 107 minutos, $p=0.15$). El tiempo de uso de láser fue mayor en los pacientes tratados con HoLEP VB (41 vs 25 minutos, $p<0.05$). En cuanto a los resultados postoperatorios, no hubo diferencias significativas en los días de hospitalización, días de uso de catéter urinario e incidencia de complicaciones, incluyendo la necesidad de transfusión y reintervenciones.

Conclusión: El uso de la modulación de pulso Virtual Basket durante el HoLEP pareciera

otorgar un control hemostático similar al Thulium-YAG. Los pacientes operados con HoLEP VB tuvieron resultados perioperatorios similares a los pacientes tratados con ThuLEP.

OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2

O14) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO INANIMADO DE PUNCIÓN RENAL ECOGUIADO.

Astroza, G.(1); Brusoni, S.(2); Manterola, C.(2); Fuentes, A.(3); Bravo, J.(4);

(1): Urólogo, Departamento de Urología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Residente Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(3): Urólogo, Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile

(4): Urólogo, Hospital Regional de Rancagua, Rancagua, Chile

INTRODUCCION: La simulación es una práctica clínica y de enseñanza cada vez más utilizada. Pero en Chile y en urología están poco desarrolladas. El acceso percutáneo es fundamental en cirugía renal. La punción renal bajo guía ecográfica no tiene exposición a radiación y permite visualización, a tiempo real, del riñón y otros órganos. Igualmente es poco utilizada y enseñada. Si bien existen modelos inanimados o biológicos para enseñanza de punción renal ecoguiada, el acceso a ellos es limitado. Nuestro objetivo es desarrollar y validar un modelo inanimado de punción renal ecoguiado, fabricado por nuestro equipo con materiales sencillos.

MATERIALES Y METODOS: Desarrollamos mediante impresión 3D un torso humano. Este se relleno con modelo de silicona para punción renal y conectó a un sistema de movimientos respiratorios. Se realizó validación del modelo de contenido y constructo. Para esto, participaron expertos (urólogos, nefrólogos, radiólogos) e inexpertos (médicos sin experiencia en punción renal). Se solicitó exploración ecográfica y punción del riñón hasta obtener agua. Se registró el número de punciones y tiempo total de acceso. El tiempo máximo para lograr la punción se determinó en 10 minutos. Se analizan los datos considerando número de punciones y media de tiempo. Los expertos respondieron una encuesta de utilidad y realidad del modelo. El análisis estadístico se realizó utilizando Software Deltoid R.

RESULTADOS: 17 participantes: 4 expertos y 13 inexpertos. Dentro los expertos (4) se obtuvo una mediana de 4 puntos para la utilidad del modelo (DS: 0,2) y 3,5 de mediana para realismo (DS: 0,49). En términos de punción, los expertos presentaron una mediana de 4,2 punciones versus 7,4 en inexpertos ($p < 0,05$), observando una disminución significativa en número de punciones requeridas (-59,3%). El total de expertos logró el acceso versus 30,7% de inexpertos (4/13). En cuanto al tiempo empleado, la media en el grupo experto fue de 227 segundos versus 535 para los inexpertos ($p < 0,05$), observando una disminución significativa en el tiempo empleado (-57,4%).

CONCLUSIÓN: Se presenta y valida un modelo de punción renal ecoguiado, reproducible y fácil de confeccionar. Este modelo es capaz de discriminar la experiencia del operador.

O15) INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN UROLOGÍA: APLICACIÓN DE UN MODELO DE MACHINE LEARNING PARA PREDECIR EL RIESGO DE UROLITIASIS

Gimenez Barros, B.(1); Cortes Cortes, C.(1); Reyes Sanchez, A.(1); Arroyo Concha, S.(1); Astorga Escudero, S.(1); Hinrichs Giner, V.(2); Gonzalez Pellegrino, D.(1); Sánchez Núñez, C.(3); Fulla Ortiz, J.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

(3): Clínica las Condes, Santiago, Chile

Introducción: Mediante el uso de Inteligencia artificial (IA) somos capaces de reconocer patrones y elaborar predicciones de eventos futuros a partir de un grupo de datos. Debido a la elevada incidencia de urolitiasis, y su asociación con factores genéticos, nutricionales, y ambientales es relevante implementar intervenciones que ayuden a prevenir su desarrollo. El objetivo de este trabajo fue desarrollar un modelo de IA y enseñarle al modelo, mediante los datos históricos de pacientes, a predecir la probabilidad de un nuevo paciente de tener cálculos renales, dada su condición clínica actual. **Material y métodos:** Se confeccionó un formulario para obtener información acerca de factores de riesgo para desarrollar urolitiasis en un grupo de individuos con y sin cálculos renales. Se incluyeron preguntas demográficas, nutrición y deporte, historial médico, junto con el análisis de exámenes de sangre y de orina. De la información recopilada se desarrolló un modelo de Machine Learning (ML) supervisado el cual fue programado en Python. Se evaluó el rendimiento del modelo para predecir la ocurrencia de cálculos renales determinando el peso de cada variable con valores entre -1 (factor protector) a +1 (factor de riesgo). **Resultados:** Cuestionario fue aplicado a un total de 530 pacientes entre los meses de junio y septiembre del 2022. Edad promedio 47 años (rango 12-82). 54.3% correspondieron a hombres. Un 18.5% padecían de urolitiasis al momento de ser encuestados. Las variables que el modelo identificó como de riesgo fueron: aumento de peso el último año, un bajo consumo de agua, antecedente de urolitiasis previa. Factores protectores se identificaron: consumo de calcio, frutas y verduras. El rendimiento del modelo alcanzó un 67%. **Conclusiones:** El uso de IA permite reconocer patrones y elaborar modelos predictivos para determinar la ocurrencia de urolitiasis en un grupo de individuos. Algunos factores de riesgo están relacionados con cambios nutricionales como son el aumento de peso y un bajo consumo de agua. El consumo de frutas y verduras, así como un consumo balanceado de calcio, resultan ser protectores frente a la aparición de cálculos renales.

O16) TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN SEPSIS URINARIA ASOCIADA A LITIASIS URETERAL EN CHILE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Astroza, G.(1); Miranda, A.(2); Escobar-urrejola, S.(3); García, J.(4); Orio, M.(5); Urrutia, S.(6); Muñoz, N.(7); Bernatuil, R.(7); Vivaldi, B.(8); Rubio, G.(9); Sanchez, E.(1); Narvaez, M.(10); Aguila, F.(10);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Clínica Dávila, Santiago, Chile

(3): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

(4): Hospital Regional Coyhaique, Coyhaique, Chile

(5): Hospital Regional Temuco, Temuco, Chile

(6): Hospital Regional de Temuco, Temuco, Chile

(7): Hospital de Linares, Linares, Chile

(8): Hospital Militar De Santiago, Santiago, Chile

(9): Clínica Davila, Santiago, Chile

(10): Hospital San José, Santiago, Chile

Introducción: El uso de un esquema antibiótico inadecuado en sepsis aumenta significativamente la morbimortalidad. Este estudio presenta un reporte multicéntrico de sensibilidad antibiótica en urosepsis asociada a ureterolitiasis, buscando proponer un esquema empírico óptimo para el medio nacional.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en 7 hospitales de 4 regiones del país. Se incluyeron pacientes con criterios de sepsis asociada a ureterolitiasis confirmada radiológicamente. Se registraron sus datos demográficos, signos vitales y laboratorio de ingreso, así como sus estudios microbiológicos y radiológicos, realizándose estadísticas descriptivas de los datos obtenidos.

Resultados: Se ingresaron 119 pacientes, de los cuales 52 cumplieron criterios de inclusión. 77% eran mujeres, con una edad promedio de 52 años. Se tomaron hemocultivos en el 48,7% de los casos y urocultivos en el 100%. El germen más común fue Escherichia Coli (73%), seguido por Proteus Mirabilis (9,6%) y Klebsiella Pneumoniae (3,9%). Hubo dos casos de gérmenes gram positivo. El 100% de los gérmenes gram negativos fueron sensibles a amikacina.

Discusión: Los gérmenes aislados en el estudio son similares a los reportados en la literatura. Dada la alta sensibilidad a amikacina encontrada en esta muestra nacional es razonable proponer su uso como manejo empírico de la urosepsis asociada a ureterolitiasis, tomando en consideración su riesgo de nefrotoxicidad y asociándose a betalactámicos o glucopéptidos en pacientes con riesgo de infección por enterococos.

Conclusiones: proponemos el uso de amikacina como terapia empírica óptima de la urosepsis asociada a ureterolitiasis en el medio nacional.

O17) EFECTOS SOBRE LA TEMPERATURA DEL LÁSER MOSESTM 2.0 DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE; ANALISIS IN VITRO.

Villena, J.(1); Cabello, J.(2); Velasco, A.(2); Salvado, J.(2);

(1): Residente Urología, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Urología Clínica Santa María, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción: Progresivamente la vía endoscópica para el manejo de la litiasis urinaria se ha transformado en el gold estándar de tratamiento. Una de las razones corresponde a la introducción de láseres de alta potencia, sin embargo, genera preocupación el alza de temperatura que se produce en los tejidos circundantes al sector de activación del láser. El objetivo de este estudio fue caracterizar los cambios de temperaturas generados durante la activación del láser Moses 2.0

Materiales y método: Se diseñó un estudio experimental in vitro en un modelo de simulación de uretero-nefrosocopia de alta fidelidad para evaluar el aumento de temperatura durante la litotricia intracorpórea con láser. Los registros de temperatura renal y ureteral se obtuvieron de un tratamiento de fantasmas de litiasis, las que fueron ubicadas en la pelvis renal. Se evaluaron diferentes configuraciones de láser en tres periodos de tiempo de uso y dos posibles flujos de velocidad de irrigación. Consideramos 43°C como el umbral ya que está asociado con la desnaturalización de las proteínas. Se utilizó la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney para variables cuantitativas y Kruskal-Wallis para variables categóricas.

Resultados: El mayor aumento de la temperatura intrarrenal se alcanzó con 30 segundos de activación del láser con la combinación de parámetros de 0,5J/100Hz (50 w) con un flujo de 10 mL/min. Solo 15 segundos de activación fueron suficientes para que, en la mayoría de las combinaciones de los parámetros del láser, se sobrepasara el umbral de 43 °C. La temperatura ureteral no sufre grandes aumentos, independientemente de la combinación de configuración del láser, tiempo o flujo de irrigación, excepto cuando se utilizaron 30 w durante 30 segundos. El análisis multivariado muestra que el flujo de irrigación de 20 ml/min produce una disminución de la temperatura intrarrenal entre 4,7 y 9,2°C ($p < 0,001$).

Conclusión: Los aumentos de temperatura evidenciados en este estudio, tanto del uréter como del riñón, deben ser tenidos en cuenta al momento de realizar una ureteroscopia flexible dado el potencial riesgo biológico que conlleva el uso de láseres de alta potencia.

O18) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA POST NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Escobar Urrejola, S.(1); Kirmayr Zamorano, M.(1); Arroyo Concha, S.(2); Avayú Zaliasnik, T.(2);

Sáenz Schuffeneger, S.(1); Urzua Salas, R.(1); Rojas Ossa, V.(1);

(1): Universidad de Chile, Campus Oriente, Santiago, Chile

(2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: existe una tendencia global a disminuir los tiempos de hospitalización de distintas cirugías. Esto busca paliar costos y complicaciones manteniendo la calidad de

atención. En nefrolitotomía percutánea (NLPC), protocolos internacionales han mostrado la factibilidad y seguridad de disminuir la estadía hospitalaria. Sin embargo, no existe evidencia suficiente que valide estos protocolos en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de un protocolo de reducción de estadía hospitalaria (PREH) en NLPC implementado desde abril del 2020 en un hospital de Santiago.

Material y Métodos: el PREH consiste en realizar un pielotAC 8-12 horas posterior a la cirugía, dando de alta al paciente antes de 24 horas. Además, se estableció una colaboración con hospitalización domiciliaria para continuar la atención de los pacientes que requieran antibióticos endovenosos o cuidados de nefrostomía. El retiro de nefrostomía se realiza a las 48 horas ambulatoriamente.

Este análisis retrospectivo incluye todas las NLPC unilaterales electivas realizadas desde el 2018 a Julio del 2022, dividiendo la muestra en 2 cohortes según la fecha de implementación del PREH. Los outcomes primarios fueron los días de estadía y la tasa de complicaciones Clavien Dindo (CD) \geq II. Se definieron como outcomes secundarios la tasa de retratamiento y la reducción del costo en día/cama por paciente según aranceles de FONASA.

Resultados: se incluyeron 56 casos previos a la implementación del PREH y 31 posteriores. La mediana de estadía fue de 4 y 1 días respectivamente. La tasa de complicaciones CD II ó mayor fue de 17,8% (77,7% II y 22,3% III) y 16,13% (60% II y 40% III) ($p=0,838$. Intervalo de confianza Odds Ratio 0,285286- 2,769646). La tasa de reintervención fue de 42,9% y de 22,5%. La reducción de costo por día cama fue de \$178.233 por paciente.

Conclusiones: existe una tendencia a disminuir los días de hospitalización en NLPC desde la implementación del protocolo, reduciendo los costos y riesgos inherentes a la estadía hospitalaria, sin que esto conlleve a un aumento de tasa de complicaciones de forma significativa. Esto podría ser extrapolable a otros centros públicos de gran volumen, siempre y cuando se generen protocolos claros.

O19) HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN METABÓLICA DE PACIENTES CON CÁLCULOS DE CALCIO

Brusoni, S.(1); Navarro, R.(1); Rodríguez, D.(2); Morales, M.(3); De Amesti, P.(3); Dueñas, L.(3); Astroza, G.(4);

(1): Residente de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

- (2): Residente Laboratorio Clínico, Pontificia Universidad católica de Chile, Santiago, Chile
(3): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
(4): Departamento de Urología, Pontificia Universidad católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La patología litiásica es prevalente y tiene alta recurrencia. Algunas de sus causas son identificables y tratables, logrando reducir la incidencia. El conocimiento de la composición litiásica y alteraciones metabólicas es fundamental en la prevención de recurrencias. En litiasis cálcicas se encuentra alguna alteración metabólica en hasta 99% de los pacientes. No existen estudios locales que evalúen esta relación.

Objetivo: Analizar, en una serie local, las alteraciones metabólicas asociadas a litiasis de calcio al análisis de espectroscopía infrarroja (FTIR).

MATERIALES Y METODOS: Revisión retrospectiva de pacientes con FTIR y concomitantemente estudio metabólico (EMLU) en nuestro centro. Se consideró como composición litiásica la predominancia de un compuesto por sobre el 50%. Las litiasis cálcicas se consideraron las de Oxalato de calcio (monohidrato (COM) o dihidrato (COD)) o fosfato de calcio. Se consideraron como puntos de corte metabólico los valores establecidos por la AUA.

RESULTADOS: 70 pacientes tuvieron estudio FTIR con EMLU concomitante, se excluyeron 4. De los 66 analizados 56 (84,4%) pacientes con litiasis cálcicas, 49 eran de COM, 4 COD, 2 de Carbonato apatita y 1 de Fosfato de Calcio. 51,7% hombres y 48,2% mujeres. Promedio de edad fue de 41,1 años (18-68). El 63,6% tenía sobrepeso u obesidad. 98,2 % tenía al menos una alteración metabólica y el 82,3% tenía 2 o más alteraciones. Sólo el 1,7% no tuvo ninguna. Las alteraciones metabólicas fueron: Bajo volumen urinario 67,8% (38), Hipercalciuria 52,7% (29), Hipocitraturia 35,1% (20), Hiperuricosuria 33,3% (18), Hipernatriuria 15% (8), pH urinario bajo 12,5% (7), Hiperoxaluria 12,5% (6), Hipomagnesiuria 9,4% (5).

CONCLUSIÓN: La incidencia de alteraciones metabólicas es sumamente frecuente en pacientes con litiasis cálcica. Las alteraciones más frecuentes en nuestra serie son similares a la reportada en otros estudios.

O20) MINI-PERC: ¿NUEVO GOLD STANDARD EN LITIASIS RENALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD?

Gurovich, J.(1); Espinoza, C.(1); Toro, J.(1); Urrutia, C.(1); Marchant, F.(1); Águila, F.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

A pesar de sus múltiples avances y ventajas, la nefrolitotomía percutánea (NLP) no es un procedimiento exento de morbilidad y complicaciones. Actualmente, los avances

tecnológicos apuntan hacia la miniaturización del acceso percutáneo buscando mejores resultados. La “Mini-PERC”, ha demostrado una tasa de estado libre de cálculos (TELC) comparable con la NLP, con menores complicaciones asociadas y menor estadía hospitalaria. El objetivo es comparar ambas técnicas en una cohorte local.

Materiales y métodos:

Estudio comparativo retrospectivo de pacientes con nefrolitiasis e indicación de NLP en un hospital docente, en el período comprendido entre enero 2020 y agosto 2022. Se examinaron las variables: tipo de procedimiento (NLP definida como ≥ 22 Fr y “Mini-PERC” 18-20 Fr), sexo, edad, IMC, tamaño (área esférica), densidad (UH) y ubicación litiásica (Guy Score), tiempo operatorio, tasas de hematoma subcapsular y transfusión postoperatorios, días de hospitalización, y TELC a las 24 horas y 3 meses. Se utilizó el software PRISMA con estadígrafos no paramétricos y Test de Fisher para valor p.

Resultados:

Se analizaron 117 pacientes: 55 NLP y 62 “Mini-PERC”. La distribución por sexo, edad e IMC en ambos grupos es uniforme. La localización, densidad y tamaño de los cálculos, también son comparables teniendo una mediana de área esférica de 1360 mm² (855-3423) para NLP y 1662 mm² (1076-2463) para “Mini-PERC”. El tiempo operatorio de NLP fue 117 min (80-146), y “Mini-PERC” 105 min (90-125)($p < 0,0001$); la presencia de hematoma subcapsular en NLP fue 32 (58,2%), y en “Mini-PERC” 13 (21,1%)($p = 0,0001$). La necesidad de transfusiones fueron 3 (5,5%) NLP y 1 (1,6%) “Mini-PERC” ($p = 0,34$). Días de hospitalización en NLP fueron 4 (3–5) y “Mini-Perc” 2 (2–3)($p < 0,001$). La TELC a las 24h para NLP fue 18 (32,7%) y “Mini-PERC” 29 (46,8%)($p = 0,08$), y a los 3 meses 16 (29,1%) y 33 (53,2%)($p = 0,004$) respectivamente.

Conclusiones:

Al comparar ambas técnicas, la “Mini-PERC” presenta una diferencia estadísticamente significativa en reducción de estadía hospitalaria, tiempo quirúrgico sangrado perirrenal postoperatorio y TELC a los 3 meses, manteniendo tasas de transfusión y TELC a las 24 horas comparables.

O21) CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS QUIRÚRGICOS PARA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEAS Y NOMOGRAMA PREDICTOR PREOPERATORIO GUY'S STONE SCORE REALIZADAS EN UN HOSPITAL DOCENTE

Farias, J.(1); Aguila, F.(1); Urrutia, C.(1); Valenzuela, R.(2);

(1): Hospital San Jose, Santiago, Chile

(2): Hospital de la Serena, La Serena, Chile

INTRODUCCION: Los cálculos renales son una de las principales causas de consulta urológicas en todo el mundo y la nefrolitotomía percutánea (NLP) es el tratamiento de elección para litiasis renales grandes y complejas. El Guy's Stone Score (GSS) es un score de predicción pre quirúrgico de la tasa de éxito de la NLP y eventuales complicaciones. Se presenta una correlación de los resultados de las NLP realizadas en un hospital docente y del GSS preoperatorio. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo de NLP realizadas en un periodo de 18 meses (enero 2021 hasta junio 2022). El análisis fue realizado por medio de revisión de fichas clínicas electrónicas, protocolos operatorios, epicrisis y TC abdomen y pelvis sin contraste pre y post quirúrgico (primer día post quirúrgico). Se define Stone free como litiasis residuales menores a 4mm y las complicaciones se analizaron con clasificación Clavien Dindo (CD). **RESULTADOS:** Se incluyeron 56 pacientes, 55% hombres y 45% mujeres, edad promedio de 54 años. La distribución de casos fue de GSS I 25%, II 18%, III 20%, IV 38%. La mediana de tiempo quirúrgico fue 112 minutos (RIC=95-139), GSS I 95 (95-113) minutos, II 108 (95-110) minutos, III 125 (101-143) minutos y IV 120 (105-155) minutos (P=0.028). Tasa libre de litiasis 39%; GSS I 86%, II 30%, III 9% y IV 29% (P<0.001). Dentro de las complicaciones se informaron 1 evento CD II (GSS III), 2 CD IIIa (GSS III y IV) y 1 CD IIIb (GSS II). **CONCLUSIONES:** A medida que aumenta el GSS hay una significativa menor tasa libre de cálculos y un incremento del tiempo operatorio, asociado a una mayor tasa de complicaciones. Si bien todos los score de predicción dependen de múltiples factores, consideramos que son de importancia para comunicarse con los pacientes, explicar su condición y riesgos, así como también necesidad de otros procedimientos auxiliares o días de cama en el post operatorio. También son útiles para comparar series entre investigadores.

OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3

O23) RESULTADOS Y CARACTERIZACIÓN DEL USO DE ATOMS EN CHILE COMO TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO EN HOMBRES.

Fuentes, A.(1); Vera, G.(2); Bernal, J.(1); Valderrama, R.(1); Arenas, J.(1); Benítez, A.(3); Calvo, C.(4); Delloro, A.(4); Velarde, L.(5); Gómez, R.(5); Campos, R.(5); Bustamante, A.(6); Bernier, P.(6); Saavedra, A.(7);

(1): Servicio Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

(2): Residente de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(3): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(4): Servicio Urología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(5): Servicio Urología, Hospital del Trabajador ACHS, Santiago, Chile

(6): Servicio Urología, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

(7): Servicio Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Servicio Urología, Hospital

Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Servicio Urología, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) corresponde al 10% de la incontinencia masculina, siendo su causa más frecuente la cirugía oncológica de próstata. El esfínter urinario artificial (EUA) es el *gold standard* de tratamiento, sin embargo, se asocia a alto costo, falla mecánica y erosión, por lo que los slings ajustables aparecen como opción. El *Adjustable transobturator male system* (ATOMS) logra tasas de éxito 70-90%, especialmente en pacientes con incontinencia leve-moderada. Nuestro objetivo es describir resultados de la experiencia de ATOMS en Chile. **Material y métodos:** Serie prospectiva, multicéntrica. Incluye todos los pacientes implantados con ATOMS por IOE. Periodo enero 2019 a mayo 2022. Se diferenció IOE leve (1-2), moderado (3-4) o severa (>5), según número de paños/24hrs (N-pads). Se consideraron “secos” aquellos con necesidad de 0-1 paño/día. Se compararon proporciones con test de Fisher, t-student para promedios y Wilcoxon para medianas, además regresión logística, usando SPSS. **Resultados:** Total 27 pacientes. Edad promedio 68,5±8 años (Rango 50-85). Un 81,5% presentó alguna comorbilidad (Hipertensión, diabetes, enfermedades neurológicas, etc.). Etiologías de IOE fueron: prostatectomía radical abierta en 48,1% (n=13) y robótica 29.6% (n=8). El 11,1% (n=3) antecedente de cirugía de IOE y 22.2% (n=6) de radioterapia/braquiterapia. La mediana de N-pads preoperatorio fue 3,0±1,6 (Rango 1-8), siendo clasificados 6 (22,2%) en leve, 11 (40,7%) moderado y 10 (37,1%) severo. En el post operatorio se necesitó una mediana de 1 ajuste (Rango 0-5). La mediana de N-pads postoperatorio fue 0 (0-4). Seguimiento promedio 19,6±10,9 meses (Rango 6-44), logrando un 85,2% (n=23) de pacientes mejorados y 70,3% (n=19) pacientes secos. Las tasas de mejoría fueron similares para todos los niveles de severidad ($p>0,05$). La edad se asoció significativamente a mayor riesgo de falla, con un promedio de 75,7 vs 67,3 años en aquellos que no fallaron ($p<0,05$) Hubo morbilidad Clavien-Dindo >2 en 2 (7,4%) pacientes, requiriéndose extracción en 1 caso (3,7%) por infección del dispositivo. **Conclusiones:** Nuestra serie es la primera publicada en Chile y mostró que ATOMS fue efectivo y seguro como tratamiento para pacientes con cualquier nivel de severidad de IOE a 20 meses de seguimiento, consistente con otros estudios publicados.

O24) RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS ASOCIADOS A INFECCION DEL TRACTO URINARIO. ANÁLISIS DE ULTIMOS 3 AÑOS HOSPITAL NODO SUR DE CHILE

Inzunza Navarro, J.(1); Ferreira Muñoz, E.(1); Inostroza Aqueveque, C.(2); Valenzuela Viale, R.(3); Urrutia Varela, S.(3); Inzunza Matus, F.(4); Gonzalez Billault, M.(1); Navarrete Lara, M.(3);

(1): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

(2): DSM Villarrica, Villarrica, Chile

(3): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

(4): Cesfam Las Ventanas, Puchuncavi, Chile

Introducción: La resistencia antimicrobiana (RAM) de uropatógenos asociados a infecciones del tracto urinario (ITU) ha aumentado en los últimos años. Por la prevalencia de estas infecciones es importante conocer qué antibióticos (ATB) prescribir para un tratamiento eficaz. El objetivo de este estudio es conocer la RAM de los principales uropatógenos asociados a ITU durante los últimos 3 años en un hospital Nudo del sur de Chile. Material y métodos: Estudio observacional, transversal. Análisis de totalidad de urocultivos positivos en pacientes con ITU entre los años 2019- 2021 en Hospital Nudo lacustre, IX Región, Chile. Revisión del microorganismo aislado y su RAM. Análisis con programa IPSS. Confidencialidad de datos. RESULTADOS: 4998 urocultivos positivos (1917 el año 2019, 1363 el año 2020 y 1718 el año 2021). Ambulatorios 90.9% y hospitalizados 9.1%. Las bacterias con mayor prevalencia aisladas durante el periodo de estudio: *Escherichia coli* en 73%, *Klebsiella* sp 4.32%, *Proteus mirabilis* 3.82%, *Enterococcus faecalis* 3.22%. En ambos grupos predomina *Escherichia coli* como agente causal de ITU (82% en urocultivos de pacientes ambulatorios y 78% en hospitalizados). Resistencia según familia de antibiótico del total de urocultivos: penicilinas: 42%, fluoroquinolonas: 33%, carbapenémicos: 1.7%, aminoglucósidos: 7.87%, nitrofuranos: 4,26%, sulfonamidas: 21,4%, cefalosporinas 1° generación 14%, 2° generación 7.8%, 3° generación 12.47%, 4° generación 4.45%. La mayor resistencia en pacientes ambulatorios fue ampicilina (57% del total de resistencias de ese grupo), mayor resistencia en pacientes hospitalizados fue fluoroquinolonas (63% de las resistencias en este grupo). ATBs con mayor resistencia durante periodo estudiado: ampicilina 34.3%, cotrimoxazol forte 21.4%, ciprofloxacino 16.45%. ATB con mayor resistencia en grupo ambulatorios: ampicilina y cotrimoxazol forte (42% y 20.5% respectivamente), en hospitalizados: ciprofloxacino (31% del total de resistentes en este grupo). ATB con mayor aumento de RAM en el periodo analizado: ciprofloxacino (aumento de 13.09% el año 2019 a 20.41% año 2021, luego cotrimoxazol forte con resistencia 21% a 23.44%. Conclusiones: Concuera la prevalencia de agentes uropatógenos a lo reportado en la literatura. Durante el periodo analizado se observa aumento en RAM en los distintos ATBs, indistintamente ambulatorios/hospitalizados. El ATB con mayor aumento RAM coincide con el identificado en otros reportes clínicos.

O25) IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE UROLOGÍA TRANSICIONAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO Y HOSPITAL ADULTOS DE LA RED PÚBLICA CHILENA

Finsterbusch, C.(1); Romero, Y.(2); López, P.(3); Zubieta, R.(3); Letelier, N.(3); Reed, F.(3); Yankovic, F.(3); Ríos, A.(4); Mejías, M.(4);

(1): Hospital Barros Luco, Exequiel González Cortés, U de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital Barros Luco, U de Santiago, Santiago, Chile

(3): Hospital Exequiel González Cortés, U de Chile, Santiago, Chile

(4): Hospital Exequiel González Cortés., Santiago, Chile

Introducción.

Tradicionalmente los niños, niñas y adolescentes con patología urológica crónica han sido trasladados al prestadores de adultos al cumplir 15 años de edad sin que un programa de acompañamiento adecuado. La alta tasa de abandono de seguimiento y complicaciones que ocurren después de la adolescencia hace deseable el manejo especializado de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es la presentación de la implementación de un programa de urología transicional integrado entre un hospital pediátrico y un hospital de adultos.

Material y métodos.

Se presenta la implementación de un programa de transición con un urólogo con horario compartido entre un hospital pediátrico y un hospital de adultos y disponibilidad de pediatría de adolescencia en el hospital de origen. Los datos de pacientes fueron recopilados de forma retrospectiva con datos despersonalizados entre octubre 2019 y agosto 2022. Se registro edad de transferencia al hospital adulto, patología urológica de base y si ocurrió pérdida de controles.

Resultados

Se implementó un policlínico con 2 cupos semanales en hospital pediátrico y un cupo en el hospital de adultos. La transferencia se realizó cuando el equipo tratante evidenció que los pacientes lograron un nivel de independencia adecuado. 27 pacientes fueron transferidos entre octubre 2019 y agosto 2002. 11 mujeres (41%) y 16 hombres (59%), la edad media de transferencia fue 19 años (15-27), las patologías de base más frecuentes fueron disfunción vésico intestinal (9) y vejiga neurogénica por disrafias espinales (6), enfermedad renal crónica terminal (3). 3 pacientes no han vuelto a controles y una se recontroló por complicaciones litiásicas de vejiga neurogénica.

Conclusión

La implementación de un programa de urología transicional es factible en la red pública, dando la oportunidad de realizar un seguimiento a largo plazo que permita observar si el impacto clínico reportado en otras experiencias es replicable localmente.

O26) USO DE TAP BLOCK POR URÓLOGOS EN NEFRECTOMÍAS ABIERTAS POR CÁNCER RENAL.

Cordova Pedreros, J.(1); Majerson Grinberg, A.(2); López Ponce De León, L.(2); Del Valle Lorca, F.(2); Navarro Capone, R.(2);

(1): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El uso de bloqueo TAP es parte de la estrategia de analgesia multimodal en el postoperatorio. Este ha crecido como alternativa a la analgesia peridural. Originalmente, descrito hace 21 años (Rafi 2001), han surgido múltiples adaptaciones para lograr mejor cobertura de otras zonas. (Lissauer K,2014).

Exploramos en nuestra institución una adaptación de los bloqueos TAP para Nefrectomías Abiertas (parcial o radical) por Cáncer Renal, con el objetivo de optimizar el manejo del dolor, acortar tiempos hospitalarios, entregando un procedimiento seguro. Durante el cierre quirúrgico, se instalaron catéteres peridurales fenestrados en el sitio TAP bajo visión directa. Éstos, se conectaron a una bomba elastomérica, entregando una infusión continua de analgésicos en el sitio operatorio.

El objetivo de este trabajo es describir sus resultados postoperatorios, comparados con la anestesia peridural, el “estándar de cuidado” local.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, comparativo, entre pacientes con catéter peridural y adaptación de bloqueo TAP, en nefrectomías abiertas.

Se escogieron como variables de agrupación los dos tipos de analgesia y como variables numéricas de medición; días de hospitalización, uso opiáceos rescate y escala EVA (reposo y dinámico).

Resultados

Se obtuvieron 25 pacientes, 11 con TAP BLOCK y 14 con catéter peridural, ambos comparables en edad, sexo, comorbilidades y tipo incisión.

Tabla con promedios de ambos grupos.

Tipo analgesia	Eva reposo	Eva dinámico	Días hospitalización	Dosis de rescate opiáceos
TAP BLOCK	1.8	4	4	1.3
PERIDURAL	2.6	4.7	5.75	3

Se utilizó t-student para EVA por su distribución normal y prueba de Kruskal - Wallis para días de hospitalización y dosis de rescate con opiáceos por su distribución no normal.

Para el EVA dinámico, se encontraron diferencias significativas para TAP BLOCK con $p < 0,05$, sin diferencias significativas para EVA en reposo $p = 0,05$.

Existen diferencias significativas, con menor días de hospitalización ($p = 0,005$) y uso de dosis de opiáceos en el grupo de TAP Block ($p = 0,03$).

Conclusiones

Este estudio piloto encontró diferencias significativas favorables para el uso de bloqueo TAP postoperatorio comparado con la analgesia peridural. Estudios a futuro prospectivos se requieren para seguir evaluando la mejor estrategia de analgesia multimodal para nuestros pacientes.

O27) UTILIDAD CLÍNICA DE LA MEDICIÓN DE RUTINA DE PD-L1 EN CÁNCER RENAL, CARACTERÍSTICAS PRONÓSTICAS Y PREDICTIVAS

Kirmayr Zamorano, M.(1); Escobar Urrejola, S.(1); Gabler, F.(2); Irrarrázaval, F.(2); Astorga, S.(2); Khamis, T.(2); Díaz, A.(2); Soto, L.(2); Massouh, R.(2);

(1): Universidad de Chile, Campus Oriente, Santiago, Chile

(2): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción: La expresión de PD-L1 en el carcinoma de células renales (CCR) se asocia con peor pronóstico clínico. Nuevas terapias para el manejo de esta neoplasia, como los inhibidores de los puntos de control inmunológicos (ICI) están dirigidas contra este complejo. Las guías clínicas actuales no recomiendan analizar la presencia de PD-L1 previo al inicio de ICIs. Sin embargo, los costos asociados a este tipo de tratamientos hacen necesaria mayor información para identificar los pacientes ideales para esta terapia, requiriéndose mayor investigación en esta área. Este estudio analiza la asociación entre la expresión de PD-L1 en CCR con factores pronósticos, sobrevida general (SG) y sobrevida cáncer-específica (SCE).

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias de CCR obtenidas entre el 2018 y el 2021. Se llevó a cabo un estudio inmunohistoquímico de las muestras con el anticuerpo monoclonal anti PD-L1 de rata, clon 22C3. Se definió PD-L1 positivo como un score de proporción tumoral (SPT) mayor o igual a 1%. Se realizó un análisis de SG, SCE con curvas de Kaplan-Meier y factores pronósticos según la presencia o ausencia de PD-L1 .

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, con una edad promedio de 59 años. El 14% (n=11) fueron PD-L1 positivos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la expresión de PD-L1 y la etapificación clásica por TNM ni la histología de los tumores. Sin embargo, la expresión de PD-L1 se asoció a menor SG [HR 5.27(1.1-23.7), p=0,03] y SCE [HR 4,79(0.79-28.9), p=0,088].

Conclusión: La expresión de PD-L1 en CCR se asocia de manera estadísticamente significativa a peor SG y muestra una tendencia a asociarse a menor SCE. Este rol pronóstico podría hacer razonable la medición de rutina de PD-L1 en las biopsias de CCR, no como un test predictivo, sino que para entregar mejor información y consejo a los pacientes. Se necesitan estudios prospectivos y con mayor N para sustentar esta hipótesis, además de una estandarización acabada de la técnica inmunohistoquímica para la medición del ligando.

O28) RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEODYUVANTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR

Henriquez, D.(1); Urrutia, C.(1); Rosenfeld, N.(1); Roman, J.(2); Aliaga, A.(2); Reyes, D.(2); Walton, A.(2); Vega, A.(2); Vilches, R.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga músculo invasor (CVMI) tiene alta mortalidad. Los pacientes no tratados desarrollan metástasis a los 12 meses desde el diagnóstico y una mortalidad del 80% a dos años. La quimioterapia neoadyuvante (QtNA) combinada basada en cisplatino ha demostrado aumentar la sobrevida hasta un 8% en pacientes sometidos a Cistectomía Radical (CR), siendo aquellos que presentan downstaging patológico los más beneficiados. El objetivo es describir la experiencia y resultados oncológicos precoces en pacientes con CVMI T2-T4a, cN1M0 que recibieron QtNA

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo analítico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CVMI T2-T4a cN1M0 del instituto nacional del cáncer (INC) que se realizó CR entre Abril del 2015 y Julio del 2022. Todos los pacientes se presentaron en el comité de uro-oncología donde se decidió la QtNA. Se registraron características epidemiológicas y oncológicas basales. Los resultados se expresaron mediante estadígrafos no paramétricos y se estableció asociación con Chi 2. El análisis de sobrevida se realizó mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se analizaron 78 pacientes (48 hombres y 30 mujeres). Sin diferencias en características clínicas entre pacientes que recibieron o no QtNA. La mediana de edad fue 70 años (32-88). El estadio clínico predominante pre-quimioterapia fue cT2 (62,8%). En 28 pacientes se realizó QtNA previo a cistectomía, 22 (78,5%) completaron 4 ciclos y 13,6% no recibió el 4 ciclo por neutropenia. De los 50 pacientes que no recibieron QtNA, solo 18 tenían contraindicación a cisplatino. La mediana entre comité oncológico y cistectomía con QtNA fue de 200 días y sin QtNA 54. La mediana de seguimiento fue 39,5 meses (19.9- 58.6). Hubo un 39,2% de downstaging patológico en aquellos que recibieron QtNA, siendo este resultado estadísticamente significativo comparado con pacientes que no recibieron QtNA (p 0,005). Se observó una tendencia a mayor sobrevida cáncer específica a favor de la QtNA versus pacientes sin QtNA sin significancia estadística (p 0,21)

CONCLUSIÓN: Al momento del diagnóstico un 36% son candidatos a QtNA, con baja toxicidad. Los pacientes que reciben QtNA tienen un downstaging significativo y a pesar de no tener significancia estadística, se observó una tendencia a mayor sobrevida cáncer específica.

O29) CIRUGÍA ROBÓTICA ONCOLÓGICA DE ESTADÍA REDUCIDA

Vidal-mora, I.(1); Arribas, D.(1); Vidal, M.(2); Castillo, O.(1);

(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica Clínica Indisa, Santiago, Chile

(2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

En el contexto de la pandemia de COVID-19, comenzamos a ofrecer rutinariamente el alta desde nuestra institución en menos de 24 horas después de una prostatectomía laparoscópica asistida por robot o una nefrectomía parcial robótica. Evaluamos la tasa de éxito, la seguridad y las implicaciones de costos.

Materiales y métodos:

A partir de marzo 2020, a todos los pacientes se les dio la opción de recibir el alta en menos de 24 horas sin que fuera obligatorio. Después de 3 meses para solidificar el protocolo, evaluamos nuestra base de datos prospectiva para los siguientes 100 pacientes.

Resultados:

De los 100 pacientes consecutivos que se sometieron a cirugía oncológica robótica realizada por 1 cirujano en 24 meses, 12 pacientes (12%) fueron dados de alta el día de la cirugía y los 88 restantes fueron dados de alta al día siguiente, con una duración media de 0,51 días. La edad media de los pacientes fue de 62 años (rango de 42 a 81) y el índice de masa corporal medio fue de 29,7 kg/m² (rango de 20 a 53). De los pacientes, 6 tuvieron una complicación de grado I-III de Clavien-Dindo dentro de los 90 días, pero no hubo complicaciones de grado IV-V. Solo 1 paciente (1%) requirió una visita a urgencias y solo 2 (2%) requirieron reingreso. El gasto estimado por pasar la noche en nuestra institución es de \$340.000. La reducción aproximada de los gastos fue de \$34.000.000 durante 24 meses (\$17.000.000 por año) sin aumento de los gastos debido a las visitas a urgencia o readmisiones hospitalarias en comparación con los pacientes que pasaron la noche. En los 50 pacientes más recientes, la tasa de alta el mismo día mejoró al 65 %.

Conclusiones:

La estadía reducida después de una cirugía oncológica robótica, se puede ofrecer de manera rutinaria y segura sin aumentar los re ingresos o las visitas a urgencia. Puede generar ahorros significativos en los costos de atención médica.

O30) EXPERIENCIA INICIAL PARA PATOLOGÍAS NO-ONCOLÓGICAS CON UNA NUEVA PLATAFORMA ROBÓTICA

Elorrieta, V.(1); Villena, J.(1); Olivares, V.(1); Kompatzki, Á.(2); Velasco, A.(2); Salvadó, J.(2);
(1): Residente Urología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae., Santiago, Chile
(2): Departamento de Urología, Clínica Santa María., Santiago, Chile

Introducción:

La cirugía robótica ha experimentado una expansión rápida desde su introducción a principios de los años 2000. Inicialmente esta tecnología estaba reservada para cirugía urológica oncológica, expandiéndose luego a otras condiciones no-oncológicas. En el presente estudio, reportamos nuestra experiencia inicial con el uso de la nueva plataforma robótica Hugo (Medtronic, Minneapolis, MN), para cirugías de patología urológica no-oncológica.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo que describe los resultados clínicos de pacientes sometidos a cirugía laparoscópica asistida por robot para enfermedad urológica no-oncológica con la nueva plataforma robótica Hugo en un único centro, en período comprendido entre noviembre de 2021 y abril de 2022. El análisis incluyó el tiempo operatorio total, tiempo de consola, tiempo de docking, sangrado estimado, complicaciones y dolor postoperatorio.

Resultados:

5 pacientes fueron operados por patología no-oncológica. La edad promedio fue de 50 años (rango 30-72), las comorbilidades fueron leves (2 pacientes con hipertensión arterial), y la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists) fue 2 para todos los pacientes. El tiempo operatorio total fue entre 150 y 257 minutos, y el tiempo de consola varió entre 89 y 164 minutos, cada uno dependiendo del tipo de intervención. El tiempo de docking fue de 8,5 minutos en promedio (rango entre 5,7 y 11 minutos). El sangrado total varió entre 10 y 30 mL, y no hubo complicaciones postoperatorias. El dolor clasificado por escala visual análoga de 0 a 10 a las 1, 6 y 12 horas fue bajo (rango 0-3), y el dolor antes del alta fue de 0 para todos los pacientes. La estadía hospitalaria estuvo entre 2 y 5 días, dependiendo de la intervención.

Conclusiones:

Estos resultados preliminares son comparables con plataformas robóticas previas, lo que genera expectativas en la adopción de nuevas tecnologías, como es el caso del robot Hugo. Potencialmente esta nueva plataforma tendrá un amplio uso, donde la accesibilidad y el costo reducido podrían proveer una expansión y adopción de tecnologías para países en desarrollo.

O31) RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA

Iñiguez, S.(1); Durán, L.(2); Martínez, N.(3); Ibáñez, H.(4); Kerkebe, M.(5);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

- (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile
(4): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile
(5): Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) es una excelente alternativa para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata (CP). Sin embargo, no está exenta de complicaciones en resultado funcionales reportándose tasas de incontinencia urinaria de 19% y de disfunción eréctil de 66% a 12 meses. Modificaciones en la técnica quirúrgica con preservación de estructuras anatómicas como la fascia endopélvica podrían mejorar los resultados funcionales. El objetivo de este estudio es evaluar el rol de la preservación de fascia endopélvica (PFE) en continencia urinaria y función eréctil (FE) de pacientes sometidos a PRLR.

Metodología: Estudio retrospectivo y analítico de pacientes con CP sometidos a PRLR entre los años 2014-2021. Se cuantificó continencia social (CS) según número de paños (0-1 paño/día), en forma inmediata, y al mes 1,3, 6 y 12. Se midió FE mediante encuesta IIEF-5 durante el primer año de seguimiento. Se realizó una comparación de resultados en pacientes con (PFE+) y sin (PFE-) preservación de fascia endopélvica.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes intervenidos de PRLR, 56 pacientes PFE+ y 35 pacientes PFE-. En CS se observaron mayores tasas de continencia en el grupo de PFE+ durante todo el seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas en continencia inmediata ($p=0.036$) y en el sexto mes ($p=0.045$). En CS inmediata se observó un 67.9% para el grupo PFE+ y un 45.7% para el grupo PFE-. No se encontraron diferencias en CS entre los grupos al mes 1, 3 y 12 de seguimiento, con tasas de CS global de 76.7%, 87.4% y 93.4%, respectivamente. En FE se encontraron tasas de disfunción eréctil a 12 meses de 50% para el grupo PFE+ y de 47.1% para el grupo PFE-, sin diferencias significativas entre los grupos, con una mediana de tiempo en recuperar los niveles de función eréctil de 3 meses para ambos grupos.

Conclusiones: La PRLR permite adecuados resultados funcionales en continencia urinaria y FE durante el primer año de seguimiento post operatorio. La PFE permite mejorar los resultados en función urinaria aumentando los niveles de CS inmediata. La PFE no ofrece beneficios en FE según lo reportado por este estudio.

O32) CANCER DE PROSTATA SOMETIDO A CIRUGIA:ADYUVANCIA VERSUS RESCATE PRECOZ. EXPERIENCIA CENTROS AREA NORTE DE SANTIAGO

Martinez Molina, N.(1); Frenk, C.(1); Mohr, E.(1); Roman, J.(1); Aliaga, A.(1); Vilches, R.(1); Vega, A.(1); Cifuentes, A.(2); Araya, P.(2); Walton, A.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

Hasta un 20% de pacientes con Cáncer de Próstata (CaP) corresponden a un grupo de alto riesgo. Estos pacientes pueden ser sometidos a quirúrgico apoyado con radioterapia más terapia de deprivación androgénica adyuvante (ADY) o Rescate precoz (RCT). Nuestro objetivo es describir los resultados de nuestros centros en pacientes sometidos a cirugía con radioterapia adyuvante versus rescate precoz.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical (PR) que recibieron radioterapia ya sea adyuvante o como rescate precoz entre enero 2012 y 2022 en el área norte de Santiago. Se excluyeron aquellos con APE postquirúrgico persistente (mayor a 0,2 ng/dl). Se describe compararon resultados oncológicos entre ambos grupos.

Resultados:

Se analizaron 57 pacientes, 36 grupo adyuvancia (ADY) y 21 grupo rescate (RCT). En el grupo de ADY la edad promedio fue 68 años (53-84) y APE pre radioterapia promedio 0.15 ng/dl, con un promedio de seguimiento de 59 meses (mediana de 60).La mayoría de las biopsias quirúrgicas resultaron T3b (44%) y T3a (27%) y linfonodos positivos en 27%. No hubo recidivas en este grupo y se describen 3 casos de mortalidad a los 27, 46 y 71 meses de seguimiento.

En el grupo de RCT la edad promedio fue 72 (54-83 años), APE pre radioterapia 1.96 ng/dl (61.9% con APE menor a 0.5 pre radioterapia), con un promedio de seguimiento de 62.5 meses (mediana 63). El estadio patológico fue de un 28% tanto para T2b, T2c y T3a. 1 caso de linfonodos positivos. 20 pacientes recidivaron en un tiempo promedio de 19.5 meses (rango 6-51 meses). Se reportó un caso de mortalidad a los 92 meses de seguimiento. La mediana de seguimiento para la población general fue de 60 meses.

Conclusión:

En nuestra serie de casos el grupo de ADY presentó menos casos de recidiva, pero mayor número de muertes asociadas que el grupo RCT. Esto podría explicarse por presentar mayores características de riesgo patológicas en comparación con el grupo RCT.

O33) EXPERIENCIA CON USO DE ACETATO DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA METASTASICOS HORMONOSENSIBLE

Rozental De Mayo, M.(1); Duran Garcia, L.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Neira Soto, R.(1); Soublett Rivas, O.(1); Blamberg Treizman, A.(2); Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vasquez, R.(1); Hassi Roman, M.(1); Orellana Salinas, N.(1);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile
(2): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El manejo del cáncer de próstata metastásico hormonosensible (CPSCm) ha presentado grandes cambios en los últimos años. La terapia de deprivación androgénica sumada a Acetato de Abiraterona (AA), Docetaxel, Enzalutamida o Apalutamida se han posicionado como terapias de primera línea en las diferentes guías clínicas, sin tener un fármaco como Gold Estándar, debido a la ausencia de ensayos clínicos randomizados entre fármacos. El objetivo de este trabajo es mostrar las características clínico-oncológicas y la seguridad del uso del AA en la experiencia de un centro.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo y descriptivo, se incluyeron todos los pacientes con CPSCm con seguimiento mayor a 7 meses tratados con AA entre Junio de 2018 y Junio del 2022 de nuestro centro, con una mediana de seguimiento de 19,6 meses.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el análisis un total de 18 pacientes. La edad promedio al inicio del AA fue de 73,5 años (rango 52 a 87 años), la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (66,7%) seguida por diabetes mellitus tipo 2 (50%). Un score Gleason ≥ 8 presentaban el 72% de los pacientes. El 94,4% de los pacientes tenían metástasis óseas y un 27,7% metástasis viscerales, 72% de los pacientes debutaron como CPSCm. El promedio de APE al diagnóstico fue de 48 ng/dL (rango 9 a 226). El 77,7% de los pacientes lograron un APE menor a 0,2 a los 7 meses de castración. Sólo 3 pacientes (16,6%) presentaron efectos adversos (EA) siendo la hiperkalemia leve (2 pacientes), el EA más frecuente. Ningún paciente requirió suspender la AA debido a efectos adversos al tratamiento.

CONCLUSIONES:

El AA es un fármaco seguro y bien tolerado para el tratamiento del CPSCm, lo que, según la evidencia internacional, permite un mejor control oncológico a los pacientes con CPSCm. Debido al corto tiempo de seguimiento de nuestra serie no se logró establecer el tiempo de sobrevida libre de progresión y sobrevida global, quedando pendiente para próximos trabajos.

O34) INFLUENCIA DE LOS MÁRGENES POSITIVOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL EN OUTCOMES INTERMEDIOS PARA SOBREVIDA.

Pozo, K.(1); Lizana, N.(2); Parrao, D.(2); Nova, A.(1); Valero, G.(1); Carrizo, R.(1); Tagle, R.(1); Sanhouse, R.(1); Bravo, J.(1);

(1): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile

(2): Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CaP) corresponde al segundo cáncer más común de los países occidentales, y presenta una alta tasa de mortalidad. La prostatectomía radical es

el tratamiento quirúrgico estándar para cánceres de próstata localizados. Los márgenes quirúrgicos positivos (MQP) son consistente e independientemente asociados con un aumento de la recidiva bioquímica (RBQ), 1.5 veces por sobre la enfermedad órgano confinada, aunque el impacto en los resultados a largo plazo incluidos metástasis, resistencia a castración (CaP RC) y sobrevida cáncer específica siguen siendo controversiales. La larga historia natural del CaP presenta un desafío para los ensayos clínicos diseñados a mejorar la sobrevida global. Es por esto por lo que quisimos evaluar la influencia de los bordes quirúrgicos positivos en los determinantes de progresión de enfermedad y como eventual predictor de sobrevida usando los outcomes intermedios. MATERIAL Y MÉTODOS: Corresponde a un estudio descriptivo no experimental retrospectivo. Información extraída de base de datos institucional respecto a los pacientes operados de prostatectomía radical entre enero del 2015 y junio 2022. Se comparó entre los pacientes con bordes positivos versus negativos los meses a RBQ, muerte cáncer específica, sobrevida global y metástasis. El análisis se realizó mediante Chi2/ Regresiones logísticas/ y curvas de Kaplan-Meier, según correspondiera. RESULTADOS: En el período de estudio se realizaron 291 prostatectomías radicales, incorporándose 272 al estudio, de las cuales 75 (27.5%) tenían márgenes positivos. No hubo diferencia estadística positivos cuando se comparó sobrevida libre de RBQ (p 0.26), sobrevida libre de metástasis (p 0.31), sobrevida cáncer específica (p 0.12) y sobrevida global (p 0.71), entre aquellos con bordes positivos y negativos tras la prostatectomía radical. Tras regresión logística multivariada para evaluar determinantes quirúrgicas y prequirúrgicas asociadas a márgenes positivos (edad, APE, Gleason post pre o post operatorio, IMC, ganglios resecaados, compromiso extra prostático, CaP significativo), estos dos últimos presentaron relación significativa (p 0.001, p 0.001). CONCLUSIONES: Los márgenes positivos no están asociados a un cambio en los outcomes intermedios y por ende poco probable en la sobrevida global en el CaP en nuestro centro.

O35) RIESGO DE PROGRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE PRÓSTATA CON METÁSTASIS GANGLIONAR MÍNIMA: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y OUTCOMES INTERMEDIOS.

Navarro Capone, R.(1); Cañas, R.(1); Benavides, M.(1); Lopez, L.(1); Manterola, C.(1); Bravo Izurieta, J.(2); Dominguez Cruzat, J.(1);

(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital regional de Rancagua, Rancagua, Chile

Introducción

La utilidad y extensión de la linfadenectomía de linfonodos pélvicos (LIO) es un tema controversial. Analizamos la sobrevida libre de recidiva bioquímica (RBQ) metástasis (MTT), general y la mortalidad cáncer específica de pacientes sometidos a Prostatectomía Radical (PR) con LIO extendida. Definimos la presencia de un ganglio positivo como metástasis ganglionar mínima.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes operados de PR por CaP asociado a LIO extendida entre el 2010 y 2020, con mínimo 1 año de seguimiento. Se usó el número de ganglios positivos para dividir en tres grupos la muestra: N0 para los con ganglios negativos, N1 para los con sólo un ganglio positivo (metástasis ganglionar mínima) y N2 para los con 2 o más; se comparó la mortalidad general y cáncer específica y la aparición MTT, RBQ y progresión de enfermedad. Se utilizaron la edad y el APE postoperatorio como variables accesorias. Para análisis se utilizó Chi-cuadrado y Mann-Whitney para variables no paramétricas.

Resultados

Fueron considerados 425 pacientes, edad promedio 62.7 (6.9) y mediana de APE prequirúrgico de 6.7. Un 88,5% (n=376) fue N0, un 7,3 % (n=31) N1 y un 4,2% (n=18) N2. Entre los pacientes sin ganglios positivos y los pacientes N1 no existe diferencia en mortalidad general ni cáncer específica al año, a los 3 años ni a los 5 años ($p < 0.05$). El grupo N1 presentó mayor progresión de la enfermedad (OR 5,7. 2,1-15,6), mayor RBQ (OR 4,5. 2-10,5) y mayor aparición de MTT en 5 años (OR 4,5. 1,4-14), sin embargo, al comparar el grupo N0 con los pacientes N1 cuyo APE postoperatorio fue calificado como indetectable, no se encontró diferencia significativa en ningún outcome. Al grupo N2 corresponde mayor mortalidad y mayor incidencia de outcomes intermedios ($p < 0.05$).

Conclusión

No encontramos diferencia en la mortalidad a los 5 años entre pacientes con enfermedad ganglionar mínima (N1) y entre los pacientes N0 en la biopsia. Los pacientes con enfermedad ganglionar mínima y un APE postquirúrgico indetectable tienen un pronóstico equivalente a los enfermos sin metástasis ganglionar por lo que en ellos la conducta expectante debiera ser la regla.

O36) EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PÚBLICA

Brusoni, S.(1); Fuentes, A.(2); Benitez, A.(3); Thorkelsen, G.(1); Vera, G.(1); Rojas, P.(2); Souper, R.(2); Diego, B.(2); Hector, G.(2); Fuentes, J.(4); Montenegro, C.(4); Arenas, J.(2); (1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Residente de Urología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
(2): Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile
(3): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
(4): Departamento de Imagenología, Complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción: La biopsia de próstata (Bp) es clave para el diagnóstico de Cáncer de próstata (CaP), en donde la resonancia magnética (RMN) tiene un rol indiscutible, mejorando la detección de CaP clínicamente significativo (CaPCS) y disminuyendo sobrediagnóstico de CaP clínicamente no significativo (CaPCNS) . La Bp por fusión (BpF) logra mayor precisión en la punción de lesiones sospechosas (PIRADS) mejorando tasas de diagnóstico. Nuestro objetivo es presentar resultados iniciales tras la implementación de BpF en un centro de salud público. Materiales y método: Estudio observacional de cohorte única, desde implementación período mayo 2022 a septiembre 2022 en complejo asistencia Dr. Sótero del Río. Se incluyó todos los paciente sometidos a BpF con lesiones en RMN (PIRADSv.2 >3). Se realizó BpF elástica transrectal con equipo KOELIS Trinity®, realizando 3-4 biopsias dirigidas (BpD) a lesiones sospechosas, asociando Bp sistemática (BpS) por sextante en todos los pacientes. Tras informe de RMN por equipo de radiología, la marcación de lesión PIRADS en sistema KOELIS Trinity® la realizó el mismo urólogo que realizó la Bp según orientación de equipo de radiología. Se analizaron variables clínicas y anatomo-patológicas. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante SPSS v22.0. Resultados: Total 25 pacientes. Edad promedio 67,2+7,0 años. Antígeno próstático específico (APE) promedio 11,5+7,7, con una densidad-APE medio 0,21ng/ml/cc. Se detectó CaP en 14 (56%) pacientes, de los cuales 9/14 (63,3%) fueron por BpD y 13/14 (92,9%) BpS. Sólo 1/14 (7,1%) paciente fue diagnosticado exclusivamente por BpD, mientras que 5/14 (35,7%) sólo por BpS, sin embargo, si bien se detectó igual cantidad de CaPCS en ambas técnicas 7/14 (50%), se observó menos detección de CaPCNS con 2/14 (14,2%) vs 6/14 (42,9%) entre BpF y BpS respectivamente ($p= 0,0138$). Detección de BpF CaPCS por PIRADS: 1/7 (14,3%) para PIRADS 3, 5/13 (38,5%) PIRADS 4 y 2/5 (40%) PIRADS 5. Conclusiones: Primera experiencia de realización de BpF en un hospital público, donde destaca que los mismos urólogos realizan marcación de la lesión y luego la biopsia transrectal. Los resultados demuestran que es un procedimientos beneficioso y factible de realizar en un ambiente público, ya que, principalmente disminuye la detección de CaPCNS.

O37) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA LOCAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO

Líbano Brañas, L.(1); Madariaga Venegas, M.(2); Avilés Espinoza, N.(2); Román Sobarzo, J.(3); Vega Ávalos, A.(4); Gallegos Méndez, I.(5); Walton-díaz, A.(3); (1): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Equipo médico, UROFUSION, Santiago, Chile
(3): Equipo médico, UROFUSION/Departamento de Urología, Instituto Nacional del

Cáncer/Departamento de Oncología Básico Clínico, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

(4): Equipo médico, UROFUSION/Departamento de Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

(5): Equipo médico, UROFUSION/Departamento de Oncología Básico Clínico, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El Cáncer de Próstata (CP) es un problema de salud pública con alta morbimortalidad asociada. La biopsia de próstata sistemática convencional, conlleva a un sobrediagnóstico de CP pudiendo llevar eventualmente a sobretratamiento. La biopsia por fusión guiada por resonancia permite la caracterización de lesiones sospechosas y realizar biopsias dirigidas que aumentan la precisión diagnóstica. El objetivo de este trabajo, es describir los resultados locales asociados a biopsia prostática por fusión en un centro especializado en Santiago de Chile. **Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de la base de datos de biopsias por fusión realizadas entre Julio del 2018 y Septiembre del 2022. Se incluyeron pacientes con lesiones en resonancia magnética PIRADS ≥ 3 y se describe la tasa de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS). **Resultados:** Se realizó biopsia por fusión más sistemática en 827 pacientes. Se identificaron 343 lesiones PIRADS 3, 424 Pirads 4 y 222 PIRADS 5. La tasa de detección de CP fue de 34,1% para PIRADS 3, 62% para 4 y 86% para 5. Se detectó CPCS en 22,4% de las lesiones PIRADS 3; 47,6% PIRADS 4 y 82,4% en PIRADS 5. Se tomaron un total 16.792 muestras, 5.514 por fusión y el resto sistemáticas. En el 50,6% de estas se detectó CP, versus un 20,4% de las obtenidas por biopsia sistemática. De las biopsias por fusión positivas para CP, un 80,8% correspondía a CPCS, versus el 65,2% obtenido por biopsia convencional. **Conclusiones:** La tasa de detección de CP para lesiones PIRADS mayor o igual a 3 es similar a la descrita en la literatura. La biopsia target por fusión presenta tasas de detección de CP Y CPCS superior a la biopsia sistemática convencional.

O38) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL BAJO COBERTURA ANTIBIÓTICA CON CEFTRIAXONA, UN PROCEDIMIENTO SEGURO. EXPERIENCIA ENTRE 2014-2022

Vial, R.(1); Horn, C.(2); Espinoza, F.(3); Donoso, R.(3); Zavala, M.(3); Zegers, M.(3); González, M.(3); Abello, M.(3); Mandujano, F.(2); Sáez, I.(4); Sarrás, M.(2); Vivaldi, B.(4); Coz, F.(4);

(1): Residente Hospital Militar de Santiago - Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2): Urólogo Hospital Militar de Santiago - Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(3): Interna Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(4): Urólogo Hospital Militar de Santiago - Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La biopsia transrectal de próstata (BpTR) históricamente ha sido la técnica utilizada para realizar el diagnóstico de cáncer de próstata. Sin embargo, recientemente las guías clínicas actuales recomiendan el uso de la biopsia vía transperineal (BpTP), invocando una menor tasa de complicaciones infecciosas. Presentamos un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a BpTR, analizando la tasa de complicaciones infecciosas y comparándolas con la literatura internacional.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a BpTR entre 2014 y 2022. Un total de 777 pacientes se realizaron BpTR bajo un protocolo estricto que incluye aplicación de enema rectal 3 horas antes, y 2 grs de ceftriaxona endovenosa (EV) 30 minutos previo al procedimiento. En caso de alergia a la penicilina, se administra 1gr de amikacina EV. La información fue recopilada a través de la ficha electrónica del hospital con un seguimiento de 30 días. Se consideró como complicaciones infecciosas sepsis de foco urinario e infección del tracto urinario (ITU) febril.

Resultados: De los 777 pacientes sometidos a BpTR 5 (0.64%) de ellos presentaron complicaciones infecciosas. De los cuales 3 (0.38%) fueron hospitalizados por sepsis de foco urinario, coincidentemente 2 de ellos habían recibido profilaxis antibiótica con amikacina. 2 pacientes presentaron ITU febril y 1 de ellos se hospitalizó para tratamiento antibiótico endovenoso. Como referencia internacional utilizamos una cohorte retrospectiva de 486.487 biopsias prostáticas realizada en UK entre 2008-2019 (1), que al mes de seguimiento reportó 0.96% de complicaciones infecciosas por ITU y 0.31% sepsis de foco urinario en BpTP; y un 1.17% y 0.53% respectivamente en BpTR.

Conclusiones: En nuestra serie la BpTR con profilaxis antibiótica con ceftriaxona es un procedimiento con muy baja frecuencia de complicaciones infecciosas, alcanzando un 0.64% de ITU febril al mes de seguimiento y tan solo un 0.38% de sepsis de foco urinario, similar a lo reportado internacionalmente en relación a la BpTP.

(1) Tamhankar, A.S., et al. The clinical and financial implications of a decade of prostate biopsies in the NHS: analysis of Hospital Episode Statistics data 2008-2019. *BJU Int*, 2020. 126: 133.

VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1

V01) PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA

Foneron, A.(1); Águila, F.(2); Fullá, J.(3); Morales, I.(4);

(1): HOSPITAL BASE VALDIVIA, FILIAL DE ENDOUROLOGÍA, VALDIVIA, CHILE

(2): HOSPITAL SAN JOSÉ, FILIAL DE ENDOUROLOGÍA, SANTIAGO, CHILE

(3): HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, FILIAL DE ENDOUROLOGÍA, SANTIAGO, CHILE

(4): FUNDACIÓN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO, FILIAL DE ENDOUROLOGÍA, SANTIAGO, CHILE

Introducción

La cirugía renal percutánea es el tratamiento de elección para litiasis renal de más de 1,5 cm y en pacientes con factores desfavorables para litotricia extracorpórea. La punción de la vía excretora es determinante para lograr un procedimiento exitoso. Presentamos 4 técnicas de punción basadas en la identificación del cáliz deseado en 2 proyecciones

Material y Métodos

Presentamos 4 técnicas de punción de la vía excretora para la cirugía renal percutánea, poniendo énfasis en la identificación de los puntos de reparo y del cáliz deseado a través del uso de 2 proyecciones

Resultados

Se describe en detalle la punción renal percutánea con Técnica de triangulación en 0-30° en prono, la punción con Técnica bajo visión endoscópica en prono, y la punción con Técnica 0-90° en supino y en prono

Conclusiones

Existen distintas técnicas de punción para el acceso al sistema colector en la cirugía renal percutánea. La utilización de 2 proyecciones en la radioscopia permite una adecuada selección del cáliz a puncionar, y un acceso transpapilar, lo que disminuye las complicaciones hemorrágicas y facilita el manejo de la litiasis.

VO2) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA (RIRS) DURANTE NEOIMPLANTE URETERAL LAPAROSCOPICO LICH-GREGOIR (L-GLAP): SIMBIOSIS ENTRE ENDOUROLOGIA Y LAPAROSCOPIA RECONSTRUCTIVA.

Vera Veliz, A.(1); De Oliveira Costa, A.(2); Leiva Espinoza, R.(3); Pinto Martinez, U.(4); Ascanio Rojas, J.(4); Bustamante Valenzuela, P.(4); Muñoz Hernandez, J.(4); Acuña Galvez, E.(4);

(1): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

(2): Universidad del Alba, La Serena, Chile

(3): Hospital San Pedro, Los Vilos, Chile

(4): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás, Ovalle, Chile

INTRODUCCION:La EU en el contexto de litiasis ureteral(secundaria al proceso inflamatorio y/o post-ureterolitotomía endoscópica) es poco frecuente. En pacientes con litiasis concomitante en la vía urinaria, la realización de RIRS durante L-GLap es una alternativa para el tratamiento de ambas patologías en un mismo acto quirúrgico, considerando además las ventajas que ofrece la cirugía mínimamente invasiva.

MATERIAL-METODO:Presentamos 2casos del Hospital de Ovalle con EU y nefrolitiasis tratados con L-GLap+RIRS simultánea.

Caso1:Mujer 49años. EU infranqueable durante ureteroscopia. Requiere instalación de nefrostomía y posterior Nefrolitotomía Percutánea. Ante nefrolitiasis residual se decide L-GLap+RIRS.

Caso2:Hombre 67años.Ureterolitotomía endoscópica (litiasis ureteral distal 1cm impactada). Evoluciona con EU y nuevas litiasis impactada. Ureterolitotomía+ instalación de pigtail. EU persistente y nefrolitiasis se plantea L-GLap+RIRS.

TECNICA QUIRURGICA:Decubito lateral(15º)+Trendelenburg(20-25º). Acceso umbilical. Neumoperitoneo con aguja de veress. Cuatro trocares(11mm/cámara; 2trabajo en ambos flancos; 5mm/ayudante). Abordaje transperitoneal. Identificación ureteral, apertura peritoneal a nivel del cruce con los vasos iliacos. Exposición y movilización con cinta vascular del ureter, se disecciona y libera lo más distal posible(Caso1:Ureteroscopia anterógrada por trayecto percutáneo, se identifica sitio exacto EU). Sección de uréter distal entre hem-o-lock. Acceso nefroureteroscopia flexible-Olympus por trocar 5mm(fosa iliaca contralateral al neoimplante). Por incisión uréter distal se realiza RIRS. Extracción in toto de nefrolitiasis(Caso1:extracción litiásica combinada por mininefrosocopia/Caso2:extracción litiásica con dormia). Al verificar ausencia de cálculos, retiramos nefroureteroscopia-flexible comprobando mucosa ureteral-distal sana. Continuamos con NIULap. Disección y liberación vesical. Tras llene vesical(300cc), se asegura la llegada libre de tensión del uréter al sitio del neoimplante. Se demarca y confecciona surco(4cm) en el detrusor hasta visualizar mucosa. Se espátula el uréter, con punto deslizante se inicia anastomosis uretero-vesical. Tras realizar cara lateral de la anastomosis se instala pigtail 6french (Caso1:anterógrado por trayecto percutáneo//Caso2:retrogrado por trocar5mm). Se completa anastomosis uretero-vesical. Prueba de hermeticidad conforme(300cc). Cierre de tunel muscular vicryl2-0. Anastomosis libre de tensión. Drenaje tubular. Sonda Foley.

RESULTADOS:Cirugías sin incidentes. Tiempo quirúrgico:300-270min; sangrado:50cc. Pigtail por 6-8semanas. A la fecha pacientes asintomáticos, stone free y sin recidiva de EU.

DISCUSION:Ambas técnicas por si solas tienen una tasa de éxito >90%. L-GLap+RIRS es segura y reproducible, siendo un tratamiento eficaz para el manejo sincrónico de EU y Urolitiasis.

V03) ABORDAJE COMBINADO CON PUNCIÓN CALICILIAR SUPERIOR EN CATETER JJ OLVIDADO EN PACIENTE CON PELVIS BÍFIDA

Morales Dinamarca, C.(1); Loyola Munoz, M.(1); Bravo-iratchet Marengo, B.(2); Coria Guzman, D.(1); Tapia Mingo, A.(1); Morales Dinamarca, I.(1);
(1): Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile
(2): Universidad Autonoma de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los catéteres ureterales olvidados suelen deberse, en su gran mayoría, a pacientes que no comprenden indicaciones o falla del equipo tratante en la educación del mismo. Complicaciones asociadas a su permanencia son la incrustación, infección urinaria, aperistalsis ureteral, entre otras. Lo anterior dificulta el abordaje para su eventual retiro y a mayor tiempo transcurrido, más complejo. Si a lo anterior, sumamos un factor anatómico, como la pelvis bífida, variante considerada normal, pues se presenta en cerca de 10% de la población, la dificultad aumenta aún más. El siguiente caso corresponde al manejo de un catéter ureteral olvidado por 3 años en paciente con pelvis bífida.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 27 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por cuadro de colico renal izquierdo complicado en extra sistema, en Diciembre 2019, donde se decide instalación catéter JJ. Evoluciona con embarazo, por lo que en centro de base se decide mantener JJ hasta el parto. Consulta en nuestro centro en Enero del 2021 donde se decide retiro de catéter, pero se pierde de controles. Reconsulta a los 34 meses de instalación de catéter JJ por nuevo cólico renal. Se diagnostica como catéter abandonado: V-GUES Dq. Y se decide abordaje combinado para retiro de catéter ureteral, fragmentación de litiasis e instalación de nuevo catéter ureteral. Procedimiento sin incidentes, sin complicaciones postquirúrgicas, paciente permanece 24 horas en observación y alta hospitalaria.

Discusión: El manejo de catéteres JJ calcificados es siempre un desafío para el urólogo. Dado su difícil abordaje, sugerimos utilizar una clasificación que permita prepararnos para la cirugía. Recientemente, se ha planteado una nueva forma de categorizar las diversas formas de incrustación de un catéter ureteral, mediante la clasificación V-GUES. Aún no está definido de forma unánime que manejo es el correcto para cada tipo de clasificación. Experiencias como la presentada pueden ayudar a colegas que se vean enfrentados a casos similares a tener posibilidades de manejo frente a esta situación.

V04) MANEJO ENDOSCÓPICO PALIATIVO DE TUMOR DE PELVIS RENAL A TRAVÉS DE CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA Y ABLACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Muñoz Fuentes, C.(1); Cabello Eterovic, R.(2); Salvadó Besnier, J.(2);

(1): Residente de Urología, Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile

(2): Urólogo, Clínica Santa María, Providencia, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la vía urinaria alta (CVUA) es una neoplasia de rara ocurrencia. Los tumores de pelvis renal constituyen alrededor de 10% de los tumores renales y menos del 5% de los tumores uroteliales. Se estima que la incidencia global de CVUA es de 1-2/100.000 habitantes. Los hombres son más afectados que las mujeres en proporción de 2:1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico de un paciente adulto mayor, múltiples comorbilidades, portador de tumor de urotelio alto sintomático con alto riesgo quirúrgico que se somete a cirugía renal endoscópica retrógrada para ablación laser paliativa de tumor descrito.

RESULTADOS

Paciente masculino, 87 años, antecedentes de cardiopatía coronaria (5 bypass coronarios), HTA, DM2, Parkinson, sin tabaquismo. 5 meses de episodios de hematuria macroscópica, UroTAC informa lesión polipoidea de pelvis renal derecha de 14*12 mm, sospechosa de tumor de células uroteliales. Se desestima nefroureterectomía por alto riesgo quirúrgico, se decide manejo paliativo endoscópico para resección de tumor descrito.

Posición de litotomía. Ureteroscopio semirrígido realiza ureteropielografía retrógrada identificando defecto en cáliz medio derecho, instala de vaina de acceso ureteral 14/12fr. Ureteroscopio flexible LithoVue, identifica lesión tumoral única de aspecto polipoideo, superficial y base angosta. Fibra laser 200um, y se realiza ablación con láser holmio por parcialidades hasta base tumoral. Canastilla de acceso frontal realiza retiro de tumor, biopsia diferida. Se instala catéter doble J ureteral derecho 6fr.

Procedimiento exitoso, sin complicaciones intraoperatorias, tiempo operatorio 65 minutos. Paciente de alta hospitalaria a las 24h post cirugía.

Control 2 meses, paciente no ha presentado episodios de hematuria. Biopsia: carcinoma urotelial papilar de bajo grado (II/VI). TAC AP evidencia ausencia de tumor en pelvis renal derecha, catéter doble J derecho bien posicionado. Actualmente iniciando fase de inducción con BCG y seguimiento por urología.

CONCLUSIONES

La cirugía intrarrenal retrograda endoscópica para el manejo paliativo de tumores uroteliales altos es una alternativa válida de realizar en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Puede ayudar a disminuir síntomas molestos y mejorar la calidad de vida.

V05) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN: VIDEO DESCRIPTIVO DE LA TÉCNICA IMPLEMENTADA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Gurovich, J.(1); Urrutia, C.(1); Jara, K.(2); Espinoza, C.(1); Olmedo, T.(1); Acevedo, C.(1); Marchant, F.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital Curacautin, Curacautín, Chile

Título:

Biopsia prostática transperineal por fusión: video descriptivo de la técnica implementada en un centro universitario.

Introducción:

La resonancia multiparamétrica de próstata (RM-mp) ha permitido la implementación de la biopsia por fusión, aumentando la sensibilidad en la detección y localización de lesiones al compararse con biopsia sistemática. Además, disminuye el sobret ratamiento, pues la detección de lesiones no clínicamente significativas es menor. Por otra parte al ser una técnica transperineal disminuye la incidencia de complicaciones infecciosas.

Materiales y métodos:

Video descriptivo con relato docente, de la realización de una biopsia prostática transperineal por técnica de fusión, en un paciente con indicación de biopsia prostática, en un centro universitario.

Resultados:

Se describe la técnica en el caso de un paciente de sexo masculino, 47 años con antecedentes de hipertensión arterial, en el cual, en el screening anual se pesquiza aumento progresivo de APE hasta 5.09 ng/ml con tacto rectal no sospechoso. La RNM-mp Describe una próstata aumentada de tamaño (39 ml) con un nódulo hiperplásico de la zona transición (20 x 13 mm), parcialmente extruido hacia el tercio medio y superior de la zona periférica izquierda, con cápsula discontinua y focos de restricción en difusión: PIRADS 3. Se indica biopsia prostática transperineal por fusión. Procedimiento ambulatorio con profilaxis antimicrobiana con ciprofloxacino 3 días previos, posición de litotomía, sedación y anestesia local. Punción sistemática y dirigida a lesión target guiado por ecografía y fusión de la imagen previamente cargada en el software. Descripción detallada de la técnica en video explicativo.

Conclusión:

El objetivo de este trabajo es presentar un video descriptivo para dar a conocer la implementación de esta técnica, sus indicaciones y consejos prácticos para su ejecución, así como mostrar ciertas variaciones en la técnica implementadas en nuestro centro, que han

permitido: 1. Buena tolerancia del paciente y alta hospitalaria a las pocas horas del procedimiento, 2. Alta detección de cáncer clínicamente significativo, 3. Baja tasa de complicaciones, y 4. Ser una técnica estandarizada y reproducible.

V06) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPELVICA CON EL ROBOT VERSIUS EN UN MODELO CADAVERÍCO

Orellana, S.(1); Kerkebe, M.(1); Guzman, S.(1);
(1): Clinica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva y la cirugía robótica se posicionan actualmente como el estándar de oro para diferentes tipos de procedimientos. Hasta la fecha, hay más de siete millones de cirugías robóticas realizadas, más de 43.000 cirujanos robóticos capacitados. Actualmente, en los países desarrollados, alrededor del 80% de las prostatectomías radicales se realizan con un sistema robótico. A esto se suma un aumento explosivo de la literatura científica sobre cirugía asistida por robot, alcanzando un aumento anual de más del 100%. El novedoso Sistema Quirúrgico Versius (CMR Surgical, Cambridge, Reino Unido) es un nuevo sistema robótico teleoperado que ha llegado como una nueva alternativa a los sistemas actuales. El objetivo de este vídeo es mostrar la viabilidad de realizar una prostatectomía radical robótica (RARP) con preservación del complejo venoso dorsal y fascia endopélvica con el sistema Versius en un modelo cadavérico. **Métodos:** El Sistema Versius consta de un sistema modular de cuatro carros. El instrumental consta, de tijeras con energía monopolar, maryland con energía bipolar, pinza para retraer tejidos y porta agujas. Los controles consisten en dos joysticks. Ambos controles tienen un botón para diatermia, un botón de embrague y un control de mandíbula. El joystick derecho gira la cámara y hace el zoom. El joystick izquierdo mueve la cámara arriba/abajo, derecha/izquierda. Dos casos de PRAR fueron realizados por dos cirujanos experimentados en dos modelos cadavéricos con el Sistema Quirúrgico Versius. Las cirugías se realizaron utilizando una técnica transperitoneal de seis puertos. **Resultados:** Para el primer caso el tiempo de cirugía fue de 2 horas, y para el segundo caso fue de 2 horas y 15 minutos. En el primer caso tuvimos unas colisiones con la cámara y el brazo izquierdo que se resolvieron fácilmente por lo que la cirugía se realizó sin problemas. **Conclusiones:** RARP con la plataforma asistida por robot Versius es factible con algún entrenamiento previo y conocimiento de la plataforma robótica. Con una mayor formación de los cirujanos en el sistema robótico Versius, será posible mejorar la técnica, logrando una cirugía y unos resultados óptimos en pacientes vivos.

V07) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA: PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS

Neira Soto, R.(1); Durán García, L.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vásquez, R.(1); Hassi Román, M.(1); Orellana Salinas, N.(1); Kerkebe

Lama, M.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCION

La Prostatectomía Radical Robótica (RALP) se ha establecido como la técnica quirúrgica de elección en pacientes con cáncer de próstata localizado, otorgando excelentes resultados tanto oncológicos como funcionales. Sin embargo, la incontinencia urinaria no es una complicación tan infrecuente posterior a una RALP. Múltiples estudios han demostrado que la preservación de fascia endopélvica (PFE) aumenta la tasa de continencia postoperatoria. Presentamos una modificación a la técnica quirúrgica de RALP con PFE y la experiencia en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta video detallando modificación a la técnica estándar de RALP con PFE. Se inicia con un abordaje transperitoneal anterior tradicional. Durante la disección de la cara posterior de la próstata, se recomienda abordar el plano intrafascial, lo más cercano posible a la cápsula prostática. Al controlar los pedículos prostáticos, debemos hacerlo con clips o hem-o-loc, evitando realizar tomas gruesas. El control de los vasos perforantes se realiza con clips o energía bipolar. Finalmente, la disección se realiza desde posterior hacia lateral y anterior, y desde la base hacia el ápex facilitando encontrar el plano correcto.

RESULTADOS

De 91 a los cuales se les ha realizado RALP, 56 se aplicó la técnica descrita (PFE+) y 35 no se realizó (PFE-). Lograron continencia urinaria inmediata el 67.9% de los pacientes del grupo PFE+, mientras que el grupo PFE- fue de 45.7% ($p=0.036$). A los 6 meses la continencia urinaria fue de 96.2% PFE+ vs 83.3% FPE- ($p=0.045$). A los 12 meses no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

La técnica descrita de RALP con PFE es reproducible y segura. En nuestra experiencia, mejora la continencia urinaria inmediata, al compararla con la técnica sin PFE.

V08) PRESERVACIÓN MÁXIMA DE FASCIA ENDOPELVIANA Y BANDELETAS NEUROVASCULARES EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Vilches, R.(1); Rosenfeld, N.(1); Aliaga, A.(1); Roman, J.(1); Vega, A.(1); Walton, A.(1);
(1): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción.

La prostatectomía radical es el tratamiento estándar del cáncer de próstata localizado. Uno de los desafíos de esta técnica implica optimizar los resultados funcionales en cuanto a continencia urinaria y función sexual. El conocimiento anatómico el desarrollo de las técnicas de mínima invasividad como la laparoscopia convencional o asistida por robot han permitido realizar innovaciones técnicas que permiten conservar estructuras que han demostrado mejorar los resultados funcionales. Al ya conocido efecto que tiene la preservación de las bandeletas neurovasculares en la función eréctil, múltiples publicaciones sugieren que una preservación agresiva de estructuras de soporte de los órganos pélvicos (fascia endopelviana, ligamentos puboprostáticos, cuello vesical) puede correlacionarse con una mayor y más pronta recuperación de la continencia urinaria.

Material y método

Reportamos caso clínico de paciente de 66 años con PSA elevado (4.18) y tacto rectal negativo, al cual se solicitó una RM próstata que se informó como PIRADS 2, sin adenopatías. Se realizó BPTR sistemática que informó adenocarcinoma ISUP 3 en 2 sextantes. Se solicitó estudio de diseminación con cintigrama óseo y TAC TAP sin evidenciarse metástasis. Se decidió en comité oncológico prostatectomía radical + linfadenectomía pelviana.

Resultados

Se realiza procedimiento por vía laparoscópica y se demuestra preservación de fascia endopelviana y bandeletas neurovasculares en forma agresiva. No hubo complicaciones. La biopsia demostró adenocarcinoma ISUP 1, T2, márgenes negativos, 0/29 linfonodos comprometidos. PSA post operatorio negativo, con recuperación de la continencia en forma inmediata al retiro de la sonda foley.

Conclusión

El abordaje laparoscópico facilita la identificación y posterior preservación de estructuras clave en mejorar los resultados funcionales sin comprometer los resultados oncológicos en casos adecuadamente seleccionados.

V09) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON ANESTESIA LOCAL: TÉCNICA PASO A PASO

Donoso Vasquez, R.(1); Rojas Crespo, J.(1); Neira Soto, R.(1); Duran Garcia, L.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Acuña Madrid, J.(1);

(1): HOSPITAL DIPRECA, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en hombres en países desarrollados, siendo el de mayor incidencia en hombres chilenos. Es fundamental para su diagnóstico la biopsia prostática, siendo uno de los procedimientos urológicos más frecuentes. Puede realizarse vía transrectal o transperineal, siendo esta última actualmente recomendada por las guías por presentar menos complicaciones infecciosas, menos uso de quinolonas y mejor rendimiento en zona anterior. El objetivo de este video es describir de forma detallada la técnica de biopsia prostática transperineal con el uso de anestesia local periprostática, para poder ser replicado en cualquier otro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS: Con consentimiento informado y autorización de paciente, se procede a detallar disposición del pabellón, instrumental necesario y cada uno de los pasos de la técnica con su visión en la región perianal y su correlato ecográfico de las estructuras visualizadas.

RESULTADO: Video demostrativo de la técnica, haciendo énfasis en dónde y cómo administrar la anestesia local para realizar bloqueo periprostático. Se detalla de la técnica paso a paso de principio a fin.

CONCLUSIÓN: La biopsia transperineal es la técnica recomendada actualmente en el año 2022, sobretodo por sus beneficios en la prácticamente nula tasa de infecciones y menor uso de antibióticos. Creemos que la técnica detallada en este video con anestesia local es segura y reproducible en cualquier centro de nuestro país, por lo que incitamos a implementarla.

V10) ABORDAJE POSTERIOR TRANSANAL-TRANESFINTÉRICO EN REPARACION DE FÍSTULA RECTO VESICAL BAJA, POSTERIOR A PROSTECTOMÍA RADICAL. PRESENTACIÓN DE 1 CASO.

Ramírez Espinoza, J.(1); Gomez Illanes, R.(2); Manzanares Sanchez, V.(3); Pfeifer Esparza, J.(4); Arias Orellana, E.(3); Saez Galaz, G.(3); Torrado Rico, K.(3); Herrera Canales, L.(3); Chaparro Ramos, E.(3); Bustamante Basso, C.(3); Bezama Urriola, P.(3); Valverde Ramos, L.(5); Neyra Vallejos, A.(6);

- (1): Residente de Urología. Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile
- (2): Urológo. Hospital del Trabajador, Santiago, Chile
- (3): Urólogo. Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile
- (4): Fellow . Hospital del Trabajador, Santiago, Chile
- (5): Urólogo. Hospital del Trabajador, Santiago, Chile
- (6): Urólogo. Hospital Higuera Talcahuano, Concepción, Chile

ABORDAJE POSTERIOR TRANSANAL-TRANESFINTÉRICO EN REPARACION DE FÍSTULA RECTO VESICAL BAJA, POSTERIOR A PROSTECTOMÍA RADICAL. PRESENTACIÓN DE 1 CASO.

INTRODUCCION

Prostatectomía Radical corresponde a la cirugía para el tratamiento del Cancer de Prostata.

Se reportan lesiones de recto hasta en un 9 % de acuerdo a distintas series. A su vez existe un 0.6-9% de fístulas recto urinarias en los períodos post operatorios tardíos.

Estas potenciales complicaciones, aumentan el riesgo de sepsis, infección de herida operatoria, peritonitis e inclusive muerte.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar el abordaje transanal-tranesfintérico como método de reparación para las fístulas recto vesicales.

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años con antecedentes de Adenocarcinoma Prostático. Se realiza Prostatectomía Radical Abierta Diciembre 2021. Al tercer día evoluciona con peritonitis fecaloidea requiriendo exploración de urgencia. Se identifica lesión en recto inferior, reparación primaria y Colostomía en asa de descarga.

Se retira catéter uretrovesical al décimo día constatando fuga de orina por ano.

Estudio con Uretrocistografía y RNM de pelvis confirman fístula recto vesical. Se decide cistostomía en espera de reparación . Al tercer mes se realiza reparación de fístula con abordaje posterior transanal – transesfintérico.

DISCUSIÓN

Las fístulas rectovesicales corresponden a complicaciones infrecuentes pero graves posteriores a la prostatectomía radical.

Las fístulas recto-urinarias se originan por una lesión rectal inadvertida o por un cierre defectuoso de la pared rectal tras la reparación primaria.

Existen diferentes abordajes para la corrección de la fístula: abdominales, perineales y sagitales posteriores, no existe un consenso sobre la técnica quirúrgica ideal.

CONCLUSIÓN

El abordaje posterior Transanal-transesfintérico, es un abordaje útil, factible y con buenos resultados reportados en la literatura.

Permite una excelente exposición y aproximación de tejidos bien irrigados, pudiendo de esta forma separar los planos cutáneos y permitir el cierre del trayecto fistuloso.

V11) LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEO ENDOSCOPICA (VEIL) & LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA (LPLND) EN CANCER DE PENE (CAPN) ESTADIO IV CON RESPUESTA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA

Vera Veliz, A.(1); De Oliveira Costa, A.(2); Leiva Espinoza, R.(3); Hassi Roman, M.(4); Pinto Martinez, U.(5); Ascanio Rojas, J.(5); Bustamante Valenzuela, P.(5); Muñoz Hernandez, J.(5); Acuña Galvez, E.(5); Orellana Sepulveda, S.(6);

(1): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

(2): Universidad del Alba, La Serena, Chile

(3): Hospital San Pedro, Los Vilos, Chile

(4): Hospital DIPRECA - Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

(5): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile

(6): Hospital Barros Luco Trudeau - Hospital El Salvador, Santiago, Chile

INTRODUCCION:El CaPN representa el 0.4-0.6% de las neoplasias masculinas. El factor pronóstico más importante es la presencia y extensión del compromiso ganglionar, siendo la supervivencia a 5 años <10% si hay compromiso pélvico(N3). El manejo quirúrgico como parte de un tratamiento multimodal en estadios avanzados puede ser potencialmente curativo.

OBJETIVO:Reporte de un caso. CaPN estadio-IV con respuesta completa a quimioterapia. Se realiza VEIL&LPLND de consolidación. Se describe la técnica mínimamente invasiva.

CASO CLÍNICO:Paciente 52 años con antecedente de fimosis/balanopostitis crónica. Presenta tumor peniano distal más adenopatía inguinal palpable.

RM pene-pelvis: masa neoplásica peniana(4.9x5.3x3.8cm). Múltiples adenopatías inguinales bilaterales(12x19mm) y linfonodos ilíacos externos bilaterales(7mm), todos sospechosos de diseminación secundaria.

Penectomia parcial: Informe anatomopatológico: Carcinoma escamoso(5.6x3.7cm), compromete cuerpo esponjoso y tejido conectivo subepitelial. Margenes Quirugicos negativos.

CaPN pT2N3M0-EstadioIV: Recibe 4ciclos de TIP(paclitaxel;-ifosfamide-cisplatino), con respuesta completa. Se decide VEIL&LPLND.

TECNICA QUIRÚRGICA:

VIEL:Decúbito supino-posición francesa. Triangulo femoral delimitado, se demarca trayecto de vasos femorales. Incisión en muslo derecho, a20cm del ligamento inguinal. Disección digital del plano bajo la fascia de Scarpa, se instala trocar12mm(cámara). Se triangula instalación de 2 trocares(5mm/trabajo). Apertura de fascia lata con ligasure hasta plano muscular del aductor largo y sartorio. Disección ganglionar retrograda con hem-o-lock hasta ligamento inguinal. Liberación del triángulo femoral preservando vena safena. Se completa liberación y extracción ganglionar en bloque. Drenaje Jackson-pratt. Mismos pasos a izquierda. Sangrado:50cc: Tiempo quirúrgico:180min.

LPLND:Posición trendelenburg(25º) Pneumoperitoneo con aguja de veress supraumbilical. Trocares en abanico en pared abdominal (3 de12mm/ 2de 5mm). Se identifica ureter derecho y arteria umbilical obliterada. Disección del limite medial hasta la fascia endopelvica. Apertura peritoneo y disección del plano lateral por medial al psoas hasta la pelvis. Disección de arteria y vena iliaca externa derecha. Identificación del nervio obturador. Disección de ganglios ilioobturatrices con ligasure y hem-o-lock. Mismos pasos a izquierda. Sangrado estimado:50cc. Tiempo quirurgico:90min

RESULTADOS:Alta 3er dia post-op. Retiro de drenajes(14to día post-op; debito<50cc/24hrs). Actualmente asintomatico.

Informe anatomopatologico:no se identifican metastasis en ninguno de los grupos ganglionares examinados. Linfadenitis cronica inespecifica inguinal(0/10) e ilioobturatriz(0/15).

DISCUSION:La técnica VEIL modificacda preserva la vena safena y evita la transposición del musculo sartorio, con baja morbimortalidad, una recuperación precoz y sin comprometer resultados oncológicos.

V12) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PENE: EXPERIENCIA INICIAL

Urrutia V., S.(1); Droguett G., J.(1); Affeld P., F.(1); Navarrete L., M.(1); Arriagada R., B.(1); Colipi V., P.(1); Cárdenas M., F.(1); Rebolledo O., F.(1); Pieressa P., N.(1); Orio A., M.(1); Lobos S., C.(1); Valenzuela V., R.(1); Chodowiecki G., A.(2); Gorena P., M.(1); Inzunza N., J.(3); Rodriguez T., J.(2);

- (1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
- (2): Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile
- (3): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

Introducción: La linfadenectomía inguinal abierta (O-ILND) tradicionalmente ha sido considerada el gold estándar para el manejo de linfonodos inguinales en cáncer de pene sin embargo, los abordajes mínimamente invasivos han demostrado ser oncológicamente equivalentes y con resultados perioperatorios superiores, siendo la limitación de la implementación de la técnica la curva de aprendizaje y el bajo número de casos en países desarrollados y vías de desarrollo.

Pacientes y método: Se presenta video que describe técnica quirúrgica de linfadenectomía inguinal video-endoscópica (VEIL) adaptada de la descrita en la literatura. Se describen casos clínicos de los primeros dos pacientes con indicación de linfadenectomía inguinal bilateral por cáncer de pene invasor intervenidos mediante esta técnica.

Resultado: Se realiza la intervención en dos pacientes con cáncer de pene epidermoide, de 53 y 56 años de edad respectivamente con tumores de pene con indicación de linfadenectomía inguinal superficial y profunda por patología adversa con riesgo de metástasis (pT3 moderadamente diferenciado) y/o por evidencia de adenopatías en etapificación imagenológica. Primer paciente intervenido en conjunto con cirugía de cabeza, cuello y oncológica. Se utiliza técnica descrita previamente creación de espacio bajo fascia de Scarpa de forma roma para posterior instalación de tres puertos; 2 de 5 mm y 1 de 11 mm. Pneumoperitoneo a 15 mm/Hg. Óptica de 30º. Utilización de ligasure para control de tejido. Preservación de vena safena. Primer paciente intervenido en dos tiempos abordándose inicialmente ingle derecha y luego izquierda. Segundo paciente se realiza abordaje inguinal bilateral en un tiempo. No se observaron complicaciones intraoperatorias, sin necesidad de conversión. Biopsia de pieza operatoria informa ausencia de metástasis linfonodal con 5 a 12 linfonodos por ingle. Se mantiene drenaje postoperatorio entre 18 y 24 días tras lo cual se observa aparición de linfocele en ingle derecha de primer paciente que requiere drenaje por punción. No se evidencia necrosis cutánea, infección de herida operatoria ni otro tipo de complicaciones. Seguimiento a 6 – 18 meses sin evidencia de recidiva, edema leve de extremidades inferiores que no afecta calidad de vida.

VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2

V13) ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA BIPOLAR DE PRÓSTATA (BIPOLEP) CON TÉCNICA DE TRES LÓBULOS Y LIBERACIÓN PRECOZ DEL ESFÍNTER

Oyanedel, F.(1); Saavedra, J.(1); Foneron, A.(1);
(1): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN: La enucleación endoscópica de la próstata difiere de la cirugía transuretral convencional en adoptar el mismo principio de enucleación que la cirugía abierta. Sus ventajas son una mejoría uro-dinámica superior de la obstrucción del tracto de salida, mejores resultados en pacientes con retención de orina, y ser segura y efectiva en próstatas de mayor tamaño que la cirugía transuretral convencional.

En la Enucleación Endoscópica Bipolar de Próstata (BipoleP) se utiliza una unidad electroquirúrgica bipolar para remover la totalidad del “adenoma” el que luego se extrae de la vejiga con un morcelador.

El objetivo de este video es mostrar la técnica quirúrgica de enucleación con energía bipolar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un hombre de 65 años, hipertenso y diabético, con síntomas del tracto urinario inferior severos secundarios a un Crecimiento Prostático Benigno. La estimación del volumen prostático fue de 55 cm³ por ecografía transrectal.

Se realizó BipoleP utilizando resectoscopio bipolar Richard Wolf® 26F de flujo continuo, electrodo de enucleación, unidad electro-quirúrgica AF VIO de ERBE®, morcescopio y morcelador Piranha de Richard Wolf®. La cirugía se llevó a cabo con técnica de 3 lóbulos y liberación precoz del esfínter.

RESULTADOS: El tiempo de enucleación fue de 50 min., el tiempo de morcelación fue de 15 min. El sangrado estimado fue de 200cc. Se suspendió la irrigación vesical antes de 24 h desde la realización de la cirugía y fue dado de alta en el primer día post operatorio, sin sonda, orinando espontáneamente y sin incontinencia de orina.

CONCLUSIONES: La BipoleP es una técnica segura y factible de realizar en nuestro medio, a menor costo que una enucleación con energía láser y manteniendo las ventajas de mejorar el perfil de seguridad peri operatorio, acortar el tiempo de uso de sonda vesical y estadía hospitalaria.

V14) MILEP (ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA LÁSER MÍNIMAMENTE INVASIVA): PRIMERA EXPERIENCIA DE SLIM HOLEP EN CHILE

Neira Soto, R.(1); Durán García, L.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vásquez, R.(1); Orellana Salinas, N.(1); Reyes Sanchez, E.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCION

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) ha demostrado resultados funcionales comparables o mejores a la prostatectomía abierta y RTUP en próstatas de cualquier tamaño. La estenosis de uretra ocurre en el 2-10% de los casos después de procedimientos endoscópicos prostáticos. El tamaño del instrumento se ha sugerido como uno de los factores asociados con la formación de estenosis. Presentamos nuestra experiencia del primer Slim-Holep realizado en nuestro país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó HoLEP a paciente de 80 años, sin antecedentes médicos, con volumen prostático de 75cc, antígeno prostático específico de 0.26 ng/dL y tacto rectal no sospechoso. Para la enucleación se utilizó un resectoscopio de flujo continuo con óptica de 30º de 2.9mm y elemento de trabajo laser, con diámetro exterior de la camisa de 22F. Para la morcelación se utilizó un morcescopio de fibra óptica 0º y canal de trabajo recto de 5 mm, compatible con la camisa 22F (RZ Medizintechnik, Alemania). Se utilizó morcelador Hawk Jaws (Hawk, Minitex Co., China). El procedimiento se realizó con láser de holmio de 100W (Cyber-Ho Quanta Systems, Italia) con una fibra 550 µm. Los ajustes de potencia fueron 1,8 J, 45 Hz (Virtual Basket) en el pedal izquierdo para incisión y disección, y 0,6 J, 35 Hz el pedal derecho para hemostasia.

RESULTADOS

Se realizó la cirugía utilizando técnica completamente en-bloc, sin incidentes. Durante el procedimiento se comprobó que el instrumento otorga excelente visibilidad, similar a la obtenida con camisa 26F estándar, mientras permite una mejor maniobrabilidad. La eficacia del procedimiento no se vio afectada al compararla con el instrumento estándar. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones, con retiro de la sonda uretrovesical a las 24 horas y posterior alta.

CONCLUSIONES

La realización de Slim-HoLEP utilizando endoscopio con camisa 22F es técnicamente factible, sin afectar la efectividad ni la eficacia del procedimiento, a la vez que se reduce el daño mecánico y por isquemia de la uretra.

V15) ABORDAJE POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA

Orellana, S.(1); Kerkebe, M.(1); Guzman, S.(1);

(1): Clinica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción y Objetivo: Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) secundarios al aumento del tamaño de la próstata afectan significativamente la calidad de vida de los hombres. El tratamiento de las glándulas prostáticas grandes de más de 80 g en la hiperplasia prostática benigna obstructiva (HPB) sigue siendo un desafío. La prostatectomía simple abierta (OSP) aún puede considerarse el "estándar de oro", si la enucleación con láser no está disponible o si no hay cirujanos capacitados en enucleación. Por lo tanto, los enfoques alternativos como la prostatectomía simple asistida por robot (RASP) se han vuelto más populares. El objetivo de este video es mostrar la viabilidad de la técnica posterior para RASP.

Métodos: Todas las cirugías se realizaron transperitonealmente con el DaVinci Si (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, EE. UU.). Los trocares se instalaron en forma de "W", con el trocar de cámara supraumbilical, dos trocares robóticos en el derecho y un trocar robótico y uno auxiliar en el izquierdo. Se realizó una cistotomía transversa sin abrir el espacio de Retzius. Luego realizar una incisión en la mucosa en el borde dorsal del adenoma hasta alcanzar el plano de enucleación, luego continuar circunferencialmente mediante disección cortante y roma. Se realiza una sutura continua hemostática a través de la cápsula y una sutura continua mucocapsular con sutura barbada. La cistorrafia se realiza en dos capas de forma estanca. No se utiliza drenaje.

Resultados: Se realizaron 30 RASP con esta técnica, la edad promedio fue de 67 años (56 - 84), el tamaño prostático promedio fue de 140 cc (113 - 289), el sangrado promedio fue de 250 cc (100 - 500), el tiempo intraoperatorio promedio fue de 155 min (100 - 210), días de catéter uretrovesical fue 6 (5 - 11), complicaciones Clavien-Dindo ≥ 3 fue 3,3% (n=1).

Conclusiones: La RASP con abordaje posterior es una alternativa terapéutica razonable, no perturba el espacio de Retzius para futuras cirugías de cáncer de próstata, puede manejar cálculos en la vejiga y divertículos vesicales, no prolonga el tiempo intraoperatorio. Por lo que es una técnica factible a considerar en centros que realizan cirugía robótica.

V16) PRESERVACIÓN DE LA ARTERIA BULBAR DURANTE LA RECONSTRUCCIÓN DE LESIONES URETRALES POR FRACTURA PÉLVICA (PFUI)

Gómez Illanes, R.(1); Pfeifer Esparza, J.(2); Velarde Ramos, L.(2); Campos Pantoja, R.(2);
(1): Hospital del Trabajador - Clínica Indisa, Santiago, Chile
(2): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Objetivo: La reconstrucción de las lesiones uretrales por fractura pélvica (PFUI) requiere la movilización de la uretra bulbar para alcanzar el apex prostático. Para lograrlo, es necesario separar el bulbo esponjoso del cuerpo perineal, resultando en la división de las arterias bulbares. El muñón uretral distal se convierte entonces en un flap, con irrigación retrógrada desde el glande y algunas arterias perforantes. Si este flujo retrógrado es insuficiente, puede ocurrir un fracaso necrótico isquémico de la reconstrucción uretral. En este video demostramos una técnica para preservar el suministro de sangre arterial anterógrada al bulbo.

Paciente y Métodos: Paciente de 23 años sufre una fractura pélvica, resultando con una disrupción completa de la uretra posterior, la cual fue reconstruida 4 semanas después del

accidente. Se realiza una disección habitual del bulbo, pero antes de su movilización desde el cuerpo perineal, se localizaban las arterias bulbares bilaterales mediante una sonda de ultrasonido Doppler manual. En este caso ambas arterias bulbares tenían buena señal doppler; por conveniencia quirúrgica, optamos por movilizar el bulbo hacia la izquierda y se dividió la arteria derecha para acceder al periné profundo. El bulbo fue disecado y movilizado solo del lado derecho; se eliminó la cicatriz y se expuso la uretra prostática proximal como de costumbre. No se realizó disección en el lado izquierdo del bulbo para evitar lesionar la arteria izquierda. A continuación, se realizó la anastomosis terminoterminal con técnica habitual. La preservación del flujo arterial bulbar izquierda preservada se demostró mediante el estetoscopio Doppler intraoperatoria al final del procedimiento.

Resultado: El tiempo quirúrgico fue de 3 horas y la pérdida de sangre de 115 ml. Después de retirar la sonda uretral, el paciente recuperó la micción continente. Las erecciones estaban presentes antes y después de la cirugía. El seguimiento es de 36 meses en el momento de la presentación.

Conclusión: La preservación del suministro de sangre arterial bulbar anterógrada al bulbo durante la reconstrucción de PFUI es factible y segura. Esto puede ayudar a prevenir el fracaso isquémico de la reconstrucción. Será necesaria una serie mayor y replicación en otros centros para validar este concepto.

V17) CORPOROPLASTIA DE INCISIÓN MÁS PARCHE EGIS®

Vantman, D.(1); De Rocco, M.(1); Sanchez Curbelo, J.(1); Ruiz Castane, E.(1); Sarquella, J.(1); (1): Fundación Puigvert, Barcelona, España

Caso clínico: Paciente de 38 años sin antecedentes mórbidos importantes, con pareja femenina sexualmente activa de 37 años. Consulta por curvatura peniana lateral derecha de 45° asociada a deformación en reloj de arena, de 2 años de evolución. La curvatura se encuentra estable desde hace 1 año e impide la penetración. Se decide realizar corporoplastia de incisión más parche Egis® bilateral. **Técnica quirúrgica:** Se realiza bajo anestesia general, circuncisión y deglobing peniano. Se produce erección con suero fisiológico (mariposa y torniquete peniano). Dentro de la medición inicial, se evidencia longitud peniana 14 cm ventral y 14 cm dorsal, asociada a curvatura lateral derecha de 45°. Se procede a realizar incisión en cada cuerpo cavernoso a nivel de máxima curvatura y zona reloj de arena. Se implanta parche Egis® bilateral. Este parche está formado por dermis de porcino liofilizado y tiene un grosor de 0.8 mm. Previo a su implante se tiene que hidratar con suero fisiológico y suturar al cuerpo cavernoso. En la medición final se evidencia una longitud peniana de 15 cm ventral y 15 cm dorsal, asociada a curvatura lateral derecha de 15°. Tiempo operatorio 1 hora 45 minutos. El paciente es dado de alta al día siguiente sin complicaciones. **Evolución postoperatoria:** Utiliza mecanismo de vacío (Vacuum) diariamente con ejercicios de estiramiento desde el mes de la cirugía hasta los 3 meses. Presenta hipoestesia del glande que cede completamente a los 3 meses. Como resultado final, presenta preservación de la función eréctil, ausencia de reloj de arena con una

curvatura lateral derecha de 15° que permite penetración. **Conclusión:** La corporoplastia de incisión más parche Egis® es una alternativa para utilizar en pacientes con curvaturas penianas complejas y buena función eréctil.

V18) ANEURISMA ARTERIA RENAL COMPLEJO: NEFRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA, RECONSTRUCCIÓN EN BANCO Y AUTOTRASPLANTE RENAL.

Kirmayr, M.(1); Sáenz, S.(1); Escobar, S.(1); Urzúa, R.(1); Rojas, V.(2); Orellana, S.(2); Corvalán, F.(2); Toloza, H.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: El Aneurisma de Arteria Renal (AAR) es una patología rara con una incidencia estimada de 0,09%. En pacientes asintomáticos se indica la reparación quirúrgica cuando superan los 2-3 cm o en mujeres fértiles independiente del tamaño. Se sugieren reparación abiertas cuando el riesgo operatorio es aceptable, y la reparación ex vivo para las AAR complejas de la rama distal (Recomendación Grado 2)

Presentación del Caso: Mujer de 43 años, colecistectomía laparoscópica 2017, hemicolectomía izquierda laparoscópica 2017 por Ca Colon sigmoides, recibiendo 10 ciclos de quimioterapia posterior, metastasectomía laparoscópica 2019 de lesión única hepática de 4,5 cm, con márgenes negativos; sin evidencia de recidiva tumoral por colonoscopia y CEA hasta la fecha. En seguimiento por Ca Colon se pesquisa en scanner AAR sacular distal derecha de 24 mm y con 3 arterias emergiendo de esta.

Cirugía: Se realiza Nefrectomía radical laparoscópica derecha estándar por equipo de Urología, sin incidentes. Se entrega pieza operatoria a equipo de Cirugía Vascular, realizándose la reparación de la AAR en cirugía de banco. Lista la pieza operatoria, se recibe por equipo de Urología para la realización del autotrasplante, anastomosando injerto a los vasos ilíacos externos derechos de la paciente y realizando neoinjerto de uréter con técnica de Lich Gregoir, sin complicaciones intraoperatorias.

Postoperatorio: Tiempo operatorio: 5h 17min (TIC 32min y TIF 95min), sangrado estimado 200cc. Diuresis al 1° día postoperatorio, Ecografía Doppler en rangos normales. Retiro de drenaje al 3° día con débitos < 50cc. Retiro de S.Foley al 4° día y alta posterior con creatininemia de 0,75 mg/dL. Control a la semana con Urología y Nefrología sin complicaciones y retiro de catéter doble J a las 2 semanas sin incidentes.

Conclusiones: Si bien el abordaje endovascular es la opción preferida para AAR simples, el manejo sugerido por las guías actuales para bifurcaciones distales, es la reparación ex vivo y posterior autotrasplante. La planificación quirúrgica y trabajo coordinado entre equipos son fundamentales para un resultado exitoso. El desenlace favorable de este caso, tanto de la cirugía, como en el postoperatorio inmediato y tardío, hacen de este abordaje una alternativa factible y segura en nuestro medio.

V19) TUMOR RENAL INTRASINUSAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Foneron, A.(1); Ebel, L.(1); Oyanedel, F.(2); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Toledo, H.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1); Brandau, C.(1);

(1): SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL BASE VALDIVIA, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

(2): SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL BASE VALDIVIA, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

Introducción

El manejo quirúrgico de los tumores renales en ubicaciones desfavorables es un desafío terapéutico. La utilización de técnicas mínimamente invasivas puede llevar a sobreindicar el tratamiento radical. Presentamos el manejo de un tumor intrasinusal endofítico complejo, mediante una cirugía conservadora de nefronas, por vía laparoscópica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años, portador de un tumor renal derecho de 3,5 cm; intrasinusal completamente endofítico, RENAL score 10A, manejado mediante nefrectomía parcial laparoscópica.

Resultados

Se realiza un abordaje laparoscópico con técnica transperitoneal, utilizando 2 trocares de trabajo de 12 mm. Utilizamos torre 3D y apoyo ecográfico mediante transductor endocavitario para identificar el tumor. El tiempo operatorio fue de 270 minutos, con un tiempo de isquemia de 37 minutos y un sangrado de 450 cc. El paciente fue dado de alta al 5to día postoperatorio sin registrarse complicaciones. La biopsia informó: Carcinoma renal de células claras, ISUP 2, pT1a, margen negativo.

Conclusión

El uso de abordajes mínimamente invasivos para cirugía preservadora de nefronas en tumores renales de ubicación desfavorable es factible. La planificación preoperatoria y el uso de todas las tecnologías disponibles, como visión 3D y ecografía intraoperatoria permiten llevar a cabo estos procedimientos de manera exitosa. La selección del paciente es

fundamental. Es importante recordar que no se debe anteponer la vía de abordaje a la preservación de nefronas y a la seguridad oncológica.

V20) TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA

Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vásquez, R.(1); Soublet Rivas, O.(1); Duran Garcia, L.(1); Neira Soto, R.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Hassi Roman, M.(1); Kerkebe Lama, M.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCION:

Los angiomiolipomas(AML) renales son tumores sólidos raros y benignos. Se clasifican: esporádicos o asociados a síndromes genéticos(Esclerosis tuberosa sistémica (ETS) y Linfangioleiomiomatosis).

Se denominan “gigantes” los de diámetro máximo mayor a 10cms, existen pocos casos reportados en la literatura.

El caso más grande es el presentado por Katz,D.S., & Poster,R.B.; se reporta un AML con diámetro mayor de 45cms; y el de mayor peso se reporta por Taneja,R., & Singh,D.V. con 7,5kgs.

El tratamiento depende del compromiso de 1 o 2 riñones, tamaño tumoral, tejido renal normal para preservar, función renal o presentación clínica.

CASO CLINICO:

Mujer de 36 años, antecedente de ETS. Consulta por aumento volumen abdominal progresivo irreductible, dispepsia y disnea a medianos esfuerzos. En estudio destacó, TAC abdomen-pelvis: Gran AML que ocupa hipocondrio hasta el hipogastrio cruzando línea media. Mide 48x35x20cms; desplaza órganos intraabdominales hacia izquierda. Múltiples aneurismas en interior del angiomiolipoma, el mayor de 3,5x2,2cms. El riñón ipsilateral está contenido en el espesor del AML, perdiendo su morfología habitual. Riñón izquierdo múltiples angiomiolipomas de hasta 4cms.

PLANIFICACION PREOPERATORIA:

1° instancia en el pabellón de hemodinamia: Angiografía y embolización de la arteria renal.

2° instancia: Se lleva paciente intubada a pabellón y se realiza nefrectomía total abierta.

TÉCNICA QUIRURGICA:

Decúbito supino, incisión xifopubiana, acceso por planos, apertura de peritoneo evidenciando gran AML que desplaza colon ascendente y ciego a hemiabdomen izquierdo. Decolamiento por línea de Toldt con ligasure. Disección cuidadosa liberando riñón. Identificación uréter y vasos gonadales los cuales se ligan. Disección de hilio renal(3 venas renales y 1 arteria renal embolizada), estructuras se aíslan y ligan con hem-o-lok y seccionan con tijera. Se conserva vena y glándula suprarrenal derecha. Extracción pieza operatoria. Hemostasia de lecho quirúrgico. Cierre por planos de pared abdominal y cierre piel.

Sangrado estimado 500cc.

Tiempo quirúrgico 180min.

Biopsia quirúrgica: AML renal derecho (10 kgs y diámetro máximo 48 cms.).

DISCUSION:

Los AML gigantes son tumores renales raros y de escasa literatura. El uso combinado de embolización y nefrectomía se puede usar en casos como el nuestro dado la afectación de toda la unidad renal, tamaño tumoral y riesgo elevado de sangrado.

V21) NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA MÁS TROMBECTOMÍA MANO-ASISTIDA: REPORTE DE UN CASO

Cortés, C.(1); Reyes, A.(1); Giménez, B.(1); González, D.(1); Díaz, D.(2); Flores, I.(2); Escovar, P.(1);

(1): Universidad de Chile/Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

(2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El carcinoma renal de células claras corresponde a aproximadamente el 3% del total de los cánceres a nivel mundial, estimándose una incidencia de 4,6 casos cada 100000 habitantes. Es más frecuente en hombres con edad de presentación habitual sobre los 65 años. El 60% de los casos son incidentalomas, en los cuales la presencia de trombo en vena cava al momento del diagnóstico es de un 4% a 10%. Si no existe evidencia de compromiso linfonodal ni metástasis a distancia, la presencia de trombo tumoral se asocia a una mortalidad cáncer específica de hasta un 29%. En este caso la resolución quirúrgica es la única con potencial curativo en donde la vía de abordaje habitual es la abierta. El uso de la laparoscopia permite utilizar técnicas menos invasivas con menor morbimorbilidad para el paciente, pero técnicamente más desafiantes. El objetivo de este video es presentar esta técnica quirúrgica mediante el siguiente caso clínico.

Materiales y métodos:

Hombre, 64 años, hipertenso y diabético no insulinoquiriente, consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal. Tomografía computada (TC) de abdomen informa masa solida-quística en tercio superior de riñón derecho, exofítico, de 56x58 mm con extenso contacto con la fascia perirrenal, con trombo tumoral en vena renal que parece alcanzar vena cava inferior. Se completa estadificación TC de tórax, abdomen y pelvis que informa sin evidencia de diseminación a distancia.

Resultados:

Se realiza Nefrectomía radical derecha laparoscópica más trombectomía mano asistida, se logra extraer trombo ubicado en vena renal, procedimiento que finaliza sin incidentes, tiempo operatorio 3 horas, sangrado menor a 100 cc. Completa postoperatorio en unidad de tratamiento intensivo, siendo dado de alta al tercer día post operatorio. Biopsia informa carcinoma de células renales tipo células claras, de 70x62 mm, necrosis de 20%, con invasión linfovascular, trombo tumoral en vena renal, bordes quirúrgicos negativos, linfonodo regional hiliar positivo, pT3N1. Actualmente se mantiene en seguimiento a la espera de TC de control.

Conclusión:

La nefrectomía radical con trombectomía laparoscópica es una alternativa de abordaje factible, segura y menos invasiva que permite una menor estadía hospitalaria y una menor morbimortalidad para estos pacientes.

TI1) TRABAJOS DE INGRESO

TI1) ENDOUROLOGÍA AVANZADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, EXPERIENCIA INICIAL.

Reed, F.(1);

(1): Hosp Exequiel González Cortes y Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción

La urolitiasis en pacientes pediátricos esta claramente al alza en los últimos 10 años. Al igual que en pacientes adultos la endourológica ha ganado gran aceptación en pacientes pediátricos. Debido a la complejidad de algunos pacientes y ya que el numero de eventos anestésicos es un factor a considerar en esta población; es que la endourológica avanzada esta siendo utilizada en nuestro centro. Nos referimos a Endourológica avanzada a los procedimientos endoscópicos bilaterales (BES) y a los procedimientos combinados

unilaterales (nefrolitotomía percutánea + ureteroscopia flexible -ECIRS). El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en un centro de referencia nacional de Endourología Pediátrica.

Metodología

Estudio descriptivo de casos de pacientes pediátricos con urolitiasis a quienes se le realizó algún procedimiento de endourología avanzada; demostrando su factibilidad y las características de cada caso.

Resultados

En un periodo de 24 meses, se han realizado 9 procedimientos de Endourología Avanzada en 7 pacientes; 5 ureteroscopias flexibles bilaterales y 4 procedimientos endoscópicos combinados (ECIRS). De los 7 pacientes, solo 2 son mujeres. Las edades fluctúan entre 1 y 15 años. El tiempo quirúrgico fue de 160 min (90 - 265 min). En el 100% de los casos se utilizó un pig tail previo. En los casos que se realizó ECIRS el acceso percutáneo se realizó una mini-PCNL (18 a 14 Fr); todos los pacientes requirieron procedimientos secundarios debido a carga litiasica elevada. En cuanto a los casos de BES, solo el 25% requirió procedimientos secundarios.

Conclusión

La Endourología avanzada en pediatría es un procedimiento factible y reproducible; es necesaria en casos bilaterales y de alta carga litiasica. A pesar de tener un tiempo quirúrgico prolongado, el hecho de someter a estos pacientes a menos eventos anestésicos es un punto importante a tomar en cuenta. A pesar de ser una serie de casos retrospectiva, es rescatable el hecho de que la complejidad de los pacientes pediátricos con urolitiasis cada vez es mayor y este tipo de procedimientos serán cada vez mas frecuentes.

TI2) IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM EN HOSPITAL PÚBLICO: RESULTADOS PRELIMINARES DE 75 CASOS

Gavilán Leñam, D.(1); Segura Díaz, F.(1); Aguilera Muñoz, F.(2);

(1): Hospital Juan Morey de La Unión, La Unión, Chile

(2): Facultad de Medicina - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción. El crecimiento prostático benigno (CPB) es una patología muy prevalente. La enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) es un tratamiento contemporáneo para CPB, con resultados funcionales comparables a métodos tradicionales pero con menor morbilidad. Existen escasos reportes de programas consolidados de HoLEP en nuestro país. Nuestro objetivo es describir la implementación de un programa de HoLEP en un Hospital Público de Chile y analizar sus resultados preliminares. **Material y Método.** Estudio de cohorte retrospectivo, se incluyeron 75 pacientes consecutivos sometidos a HoLEP en Hospital ---, durante Octubre de 2021 y Septiembre de 2022. HoLEP fueron realizadas por 2 cirujanos. Se registraron variables perioperatorias, quirúrgicas y complicaciones post operatorias. Se analizaron diferencias clínicas a los 3 meses post cirugía utilizando pruebas estadísticas t-student ($p < 0.05$). **Resultados.** La edad media fue 69 (52-89) años, PSA preoperatorio 4.9 (0.5-9.8) ng/dL, volumen prostático medio 67 (30-200) mL. El tiempo quirúrgico medio fue 90 (48-215) min, en 4 (5.3%) pacientes se realizó morcelación en segundo tiempo. El tiempo medio de hospitalización fue de 1 (1-7) días. El tiempo medio de uso de catéter urinario fue 24 (12-72) horas. La media de tejido prostático removido fue 50 gramos (6-170) gramos. El porcentaje de incontinencia de orina transitoria, fue de 9.8 % al 1 mes y 2.3 % a los 3 meses postoperatorio. Al comparar los valores preoperatorios de PSA, Qmax y RPM, se evidenció una mejoría significativa a los 3 meses post cirugía ($p < 0.05$). No se registraron casos de conversión a RTU-P, cirugía abierta ni necesidad de transfusión. No se presentaron re hospitalizaciones ni re intervenciones. **Conclusiones.** La enucleación prostática con láser de holmium es una cirugía efectiva y segura para el tratamiento de CPB. La tasa de complicaciones y morbilidad es baja independientemente del tamaño de la próstata. Nuestros resultados preliminares son comparables a otras series, por lo que la implementación de un programa de HoLEP es factible en hospitales públicos.

TI3) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN TUMORES RENALES MENORES DE 3 CM. COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO

Otaola-arca, H.(1); Mejías, O.(2); Krebs, A.(1); Lyng, R.(1); Orvieto, M.(1); Zambrano, N.(1); Bermúdez, H.(1);

(1): Servicio de Urología, Clínica Alemana Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile, Santiago, Chile

(2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile, Santiago, Chile

Introducción

El manejo de los tumores renales pequeños es controvertido, atendiendo a las complicaciones inherentes a cada técnica terapéutica. El objetivo del presente estudio fue evaluar las complicaciones postoperatorias y resultados oncológicos a largo plazo en pacientes sometidos a nefrectomía parcial asistida por robot (NPAR) por tumores renales.

Material y métodos

Se evaluaron pacientes sometidos a NPAR por tumores ≤ 3 cm entre enero/2004 y diciembre/2021. Se revisaron las características basales, complicaciones intra y postoperatorias, resultados histopatológicos y desenlaces oncológicos. Los datos se extrajeron de la base de datos institucional aprobada por el Comité de Ética.

Resultados

De las 330 nefrectomías parciales realizadas en el periodo de estudio, 195 calificaron para el análisis. La mediana de seguimiento fue de 32 meses, con 54 pacientes (27,7%) con al menos 4 años de seguimiento. El tamaño medio del tumor en las imágenes preoperatorias fue de 19,2 mm (6 - 30). La media de tiempo quirúrgico fue de 131 min; la de sangrado de 173 mL. Hubo 5 (2,6%) complicaciones intra y 11 (5,6%) postoperatorias; dos de ellas Clavien III. Las tasas de reingreso y reintervención fueron del 2,6% y del 1%, respectivamente. El análisis histológico reveló carcinoma de células claras en el 61% (n=119). Entre los factores desfavorables se encontraron grados nucleares 3 o 4 en 34 (17,4%), invasión linfovascular en 12 (6,2%), márgenes quirúrgicos positivos en 10 (5,1%) y necrosis en 10 pacientes (5,1%). Ningún paciente presentó patrón sarcomatoide. Ningún paciente presentó recurrencia local ni a distancia, ni mortalidad cáncer específica. Dos pacientes fallecieron a causa de otras causas, lo que supone una mortalidad por todas las causas del 1%.

Conclusiones

La NPAR en tumores renales pequeños presenta una baja incidencia de complicaciones intra y postoperatorias. Asimismo, no se ha asociado a recaídas locales ni a distancia, lo que resulta en una excelente supervivencia a largo plazo, con nula mortalidad cáncer específica. En conclusión, los datos de esta gran cohorte demuestran que la NPAR en tumores renales pequeños es una técnica segura y con buenos resultados oncológicos a largo plazo.

TI4) RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN EN LA DETECCIÓN DE LESIONES ÍNDICE Y SU CORRELACIÓN CON LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Pinochet, R.(1);

(1): Clínica Alemana, Vitacura, Chile

Introducción: El uso de la resonancia magnética con la biopsia prostática contribuyen al diagnóstico del cáncer de próstata, sin embargo, es necesario entender sus limitaciones en su correlación con los resultados de anatomía patológica en la prostatectomía radical especialmente con la capacidad de la identificación de las lesiones clínicamente significativas.

Materiales y métodos: De una base de datos retrospectiva, se analizaron 125 pacientes con diagnóstico de cáncer prostático sometidos a prostatectomía radical robótica, que contaban con Resonancia Magnética prostática revisión centralizada por radiólogos expertos en nuestro centro y que presentaba una lesión índice definida obteniéndose un total 119 paciente para el análisis. La lesión índice fue definida como la lesión dominante que presentaba mayor volumen, mayor Gleason score o sospecha de extensión extraprostática. Las lesiones secundarias fueron analizadas de acuerdo al nivel de significancia clínica (Gleason score >6 o volumen >0,5 cc. Se analizó la concordancia entre los hallazgos de la RM mas la biopsia por fusión con los resultados de la biopsia definitiva de la prostatectomía radical

Resultados: De 119 pacientes, la lesión índice tuvo correlación con anatomía patológica en la (biopsia prostática), en cuanto a su localización, en 107 pacientes (89,9%). De los 119 pacientes, 44 pacientes (36,9%) presentaron lesiones secundarias significativas y de estos, la resonancia solo detectó 12 pacientes (27,2%). En la pieza de anatomía patológica 59 pacientes (49,5%) presentaron lesiones no significativas, de las cuales, solo un paciente fue detectado por la Resonancia magnética. En cuanto a la variación del grado tumoral (biopsia transrectal comparada con la pieza quirúrgica), se observó un upgrade de 38,6%, 30,2% y 26% para la biopsia sistemática, la biopsia dirigida (fusión) y la combinación de ambas, respectivamente.

Conclusiones: La RM /biopsia por fusión tiene una alta sensibilidad en la detección lesión índice en cáncer prostático, sin embargo, tiene una baja sensibilidad en la detección de lesiones secundarias clínicamente significativas. Tanto la biopsia sistemática y biopsia dirigida a la lesión, por si solas, subestiman el grado tumoral, siendo la combinación de ambas la que predice mejor el grado tumoral.

TI6) CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL BILATERAL, ¿ES FACTIBLE COMO PRIMERA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LITIASIS RENAL BILATERAL? PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL.

Sánchez, R.(1);

(1): Urólogo, Hospital De Urgencia Asistencia Pública; Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción. La nefrolitiasis es una condición frecuente, siendo hasta un cuarto de ellas múltiples. Su resolución habitual es con Cirugía Endoscópica Intrarrenal Retrógrada (CEIR) en procedimiento consecutivos; existiendo cada vez más evidencia para realizar un Cirugía Endoscópica Intrarrenal Retrógrada bilateral (BICEIR). Este estudio reporta la primera experiencia nacional con BICEIR en un solo tiempo quirúrgico en litiasis renales bilaterales.

Material y Método. Desde enero de 2018 a junio de 2022 se realizaron 36 BICEIR por el mismo equipo quirúrgico; todos con litotripsia láser. La tasa libre de litiasis fue definida como litiasis < 2mm, evaluada con Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin contraste. Se analizó el tamaño de la litiasis, tiempo quirúrgico y de fluoroscopia, tasa libre de litiasis, días de hospitalización, dolor post operatorio a las 1, 3 y 6 hrs y complicaciones (Clavien – Dindo).

Resultados. El tamaño promedio de litiasis fue de 8,5 mm, la mayoría de múltiples ubicaciones (41,7%). El tiempo quirúrgico y de fluoroscopia promedio fue de 45 minutos y 25 segundos, respectivamente. En 6 casos hubo egreso hospitalario el mismo día. El dolor post quirúrgico se graduó según escala visual análoga (EVA). EVA a la primera hora post operatoria fue de 0, a las 3 horas de 3 y a las 6 hrs de 0. Hubo 3 complicaciones (8.3%). A las 3 semanas se obtuvo un 95% de pacientes libres de litiasis.

Conclusiones. BICEIR en un solo tiempo demostró excelentes tasas libres de litiasis, reduciendo el riesgo asociado a múltiples intervenciones y puede considerarse como primera alternativa de tratamiento en litiasis renales bilaterales.

PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P01) NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DONANTE VIVO MANO ASISTIDA SIN DISPOSITIVO DE SELLE. ANALISIS DE 72 CASOS

Kompatzki, A.(1); Kompatzki, A.(2); Salvado, J.(3); Barrera, D.(4); Zúñiga, A.(5); Somos, C.(4);

Olica, L.(3);

(1): Hospital Sótero del Río, Clínica Santa María, Santiago, Chile

(2): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(3): Clínica Santa María, Santiago, Chile

(4): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

(5): Clinica Santa María, santiagp, chile

Introducción: La nefrectomía laparoscópica (NL) es el estandar dorado en donantes vivos (DV). La NL mano asistida (MA), a diferencia de la NL pura, requiere la introducción de la mano del cirujano por una incisión desde el inicio de la cirugía. Tradicionalmente para evitar la fuga de CO2 se han utilizado dispositivos de selle como el GelPort que son caros y no

necesariamente permiten incisiones pequeñas. En este trabajo se presenta una serie de pacientes sometidos a NLDVMA sin dispositivo de selle realizadas por un cirujano. Se analizan los tiempos quirúrgicos, los tiempos de extracción, la calidad de los injertos y las complicaciones entre otras variables.

Materiales y Métodos: Se revisan de manera retrospectiva los registros clínicos (ficha física, electrónica, cartolas) de todas las nefrectomías realizadas por el autor principal y de los receptores respectivos de los 2 Centros en que se realizaron.

Resultados: Se analizan 72 nefrectomías realizadas desde octubre de 2003 a julio de 2022. 31 en cada Centro. Respecto a la técnica, en los 2 primeros casos se introdujo la mano izquierda por una incisión media infraumbilical. En la totalidad de los otros casos mediante una incisión longitudinal periumbilical de 5 cm para evitar la fuga de CO₂ (lo cual fue logrado en la totalidad de los casos), además de 2 trócares de 12 mm en fosa iliaca e hipocondrio. En el caso de las nefrectomías derechas (15/72) se introdujo un trocar de 5 mm en epigastrio para levantar el hígado. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 30 minutos (rango: 45 minutos a 2 horas) y la mediana de tiempo de extracción 2 minutos. No hubo complicaciones graves. Al inicio se observaron algunos casos de seroma de herida que se corrigió al usar solo suero como lubricante. 2 casos de hernia incisional. El mismo cirujano realizó 40 de los trasplantes (pabellón secuencial). Todos los injertos estaban funcionando al año y hasta la fecha ningún donante ha tenido falla renal.

Conclusion: En esta serie, la NLDVMA sin dispositivo de selle es una técnica segura y efectiva tanto para donantes como receptores.

P02) TRAYECTORIA BREVE Y EXPONENCIAL DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL: DESDE LA CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS A LA NEFRECTOMIA CITORREDUCTIVA.

Vera Veliz, A.(1); Leiva Espinoza, R.(2); De Oliveira Costa, A.(3); Pinto Martinez, U.(4); Ascanio Rojas, J.(4); Bustamante Valenzuela, P.(4); Muñoz Hernandez, J.(4); Acuña Galvez, E.(4);

(1): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

(2): Hospital San Pedro, Los Vilos, Chile

(3): Universidad del Alba, La Serena, Chile

(4): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás, Ovalle, Chile

INTRODUCCION:La CxLap en CaRenal tiene 30 años de historia demostrando resultados oncológicos similares al abordaje abierto. En nuestro centro se han realizado históricamente menos de 20 cirugías/ anuales por CaRenal. No obstante, durante los últimos años la CxLap pasó de ser una indicación esporádica, a convertirse en el principal abordaje en el tratamiento quirúrgico de CaRenal (2017:11%vs2022:88.8%).

OBJETIVO: Describir la evolución de CxLap en CaRenal en nuestro centro y los resultados quirúrgicos funcionales-oncológicos en Nefrectomía Radical(NRLap) y Nefrectomía Parcial(NPLap).

MATERIAL-METODO: Estudio retrospectivo, se incluyeron todas las CxLap por CaRenal realizadas en Hospital de Ovalle, Enero.2017-Agosto.2022. Resultados globales por cada técnica. Haciendo mención a aquellos primeros casos con mayor complejidad.

RESULTADOS NRLap: 18 casos. Cronología NRLap: Sep.2017: 1er Caso NRLap; Jun.2020: 1er Caso T2b (tumor >10cm); Oct.2020: 1er Caso NRLap Citorreductiva (M1). Diámetro tumoral: 7.2cm(4-14cm). El estadio más frecuente fue T1b(38.8%). En 6 casos fueron NRLap Citorreductiva. Casi todos los abordajes fueron transperitoneales. Tiempo quirúrgico: 180min(110-314min). Sangrado: 300cc(50-2000cc). Complicaciones intraoperatorias: 5 casos. Clavien- Dindo ≥ 2 : 5 casos. Un quinto requirió conversión a Cirugía-Mano asistida. Sin conversión a cirugía abierta. Alta post-operatoria: 4º día(2-20). En 3 casos se realizó linfadenectomía(4-13 ganglios resecados). Todos fueron CaRenal de células claras.

RESULTADOS NPLap: 15 casos. Cronología NPLap: Dic.2019: 1er Caso NPLap; Jul.2021: 1er Caso RENAL-SCORE ≥ 10 ; Ago.2021: 1er Caso NPLap por lumboscopia; Feb.2022: 1er Caso T2a(tumor: 7.2cm). Tamaño tumoral: 2.5cm(1-7.2cm). Más de la mitad corresponden a complejidad quirúrgica media/alta (4 casos RENAL-SCORE ≥ 10). Trece casos abordaje transperitoneal. Tiempo Quirúrgico: 150min(110- 240min). Técnica de preferencia consiste en enucleación, isquemia caliente a demanda y desclampeo precoz. Un tercio se realiza sin isquemia. Tiempo de isquemia: 24+/-9.2min. Sangrado ≤ 300 cc en el 93%. Sin complicaciones intra o post-operatorias. Alta post-operatoria al 3er día(2-6 días). La mayoría CaRenal de células claras. En 2 casos márgenes quirúrgicos comprometidos. A la fecha sin recidiva loco-regional. La mayoría preserva >90% de su función renal.

CONCLUSION: La CxLap se ha posicionado como el principal abordaje para el tratamiento quirúrgico en CaRenal. A pesar de ser un centro de bajo volumen hemos realizado casos complejos por esta vía. El tiempo de seguimiento no es suficiente para definir nuestros resultados oncológicos-funcionales. De todas formas, el desarrollo de la técnica debe ser constante y escalonada. Nuestros resultados iniciales nos motivan a continuar trabajando para lograr alcanzar el plateau de la curva de aprendizaje.

P03) HITOS EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA URO-ONCOLOGICA: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN

Vera Veliz, A.(1); Leiva Espinoza, R.(2); De Oliveira Costa, A.(3); Pinto Martinez, U.(4); Ascanio Rojas, J.(4); Bustamante Valenzuela, P.(4); Muñoz Hernandez, J.(4); Acuña Galvez, E.(4);

(1): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

(2): Hospital San Pedro, Los Vilos, Chile

(3): Universidad del Alba, La Serena, Chile

(4): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás, Ovalle, Chile

INTRODUCCIÓN: Las primeras cirugías laparoscópicas (CxLap) para el tratamiento de la patología uro-oncológica se reportaron durante los 90'. La nefrectomía radical/parcial (NRL/NPL) son la CxLap más ampliamente realizadas. A pesar de los beneficios de la CxLap, el resto de las patologías uro-oncológicas se siguen resolviendo a través del abordaje tradicional, sobretodo en centros de bajo volumen (menor número de casos, patologías menos frecuentes, menor destreza/experiencia equipo quirúrgico, mayor curva de aprendizaje).

OBJETIVO: Describir los resultados de las CxLap uro-oncológicas resueltas en un centro de bajo volumen, haciendo hincapié en aquellas realizadas por primera vez en nuestro hospital.

MATERIAL-METODO: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico oncológico inicial, resueltos en Hospital Provincial de Ovalle mediante CxLap, durante Septiembre.2017-Agosto.2022. Se describen características oncológicas, demográficas y resultados quirúrgicos.

RESULTADOS: Se incluyeron 43 CxLap. Cáncer renal fue el principal diagnóstico preoperatorio (76,7%). La primera NRL (total:18) y NPL (total:15) datan de septiembre.2017 y diciembre.2019, respectivamente. El 93% de las CxLap fueron realizadas a contar de 2020. Desde el 2021 se realizaron por primera vez por vía laparoscópica: resección de masa retroperitoneal (Enero.2021/total:1); Nefroureterectomía con parche vesical+linfadenectomía retroperitoneal (Agosto.2021/total:2); suprarrenalectomía (Agosto.2021/total:2); Linfadenectomía inguinal y/o pélvica (julio.2022/total:2) y prostatectomía radical (Agosto.2022/total:3). Globalmente, el 69,8% eran hombres, 63,7+/-12 años. El 65,1% y 44,2% tenía antecedentes mórbidos relevantes o quirúrgicos abdominopélvicos previos, respectivamente. El 81,4% ASA \geq 2. Lo más frecuente fue abordaje transperitoneal (93%) y creación del neumoperitoneo mediante aguja de Veress (51,2%). Tiempo quirúrgico: 165min (92-330min). Sangrado intraoperatorio: 200cc (50-2000cc). Complicaciones intraoperatorias y conversión a CxLap mano-asistido en 8 y 6 casos, respectivamente. Sin conversión a cirugía abierta, ni mortalidad intraoperatoria. Complicaciones Clavien-Dindo \geq 2 en 13,9% (mayoría transfusión de hemoderivados). En 4 casos la estada UTI post-operatorio $>$ 2 días. Alta post-operatoria al día (2-20 días). Márgenes quirúrgicos positivos en 2 casos y 1 caso recidivo loco-regionalmente.

CONCLUSIONES: Desde el 2020 incrementamos la indicación de CxLap. A pesar de no tener un alto volumen hemos ampliado el abanico de intervenciones quirúrgicas, incorporando cirugías desafiantes que por primera vez se realizaban en nuestro centro, sin repercutir negativamente en la morbimortalidad ni en los resultados oncológicos. Aunque los resultados de nuestra experiencia inicial pueden ser alentadores, debemos ser cautos y criteriosos, sobretodo en el constante desarrollo de técnicas quirúrgicas que requieren una mayor curva de aprendizaje.

P04) CISTECTOMÍA RADICAL EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR.

Vidal, A.(1); Diaz, J.(1); Sandoval, C.(1); Pinto, I.(1); Recabal, P.(1); Altamirano, J.(1);
(1): FALP, Santiago, Chile

Introducción: El tratamiento estándar de pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga músculo invasor corresponde a la cistectomía radical con linfadenectomía y derivación urinaria, procedimiento desafiante desde el punto de vista técnico y que se puede asociar a complicaciones significativas

Objetivo: Mostrar los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a cistectomía radical en nuestra institución.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de carcinoma urotelial de vejiga sometidos a una cistectomía radical mas derivación urinaria desde 2010 hasta 2021. Se excluyeron pacientes con información incompleta en ficha clínica.

Resultados: 97 pacientes fueron incluidos en el análisis, correspondiendo el 74%(n=72) a hombres y 26% a mujeres (n=25). La mediana de edad fue 66 años (41-82). La mediana de score ASA fue 2 (1-3). El índice de masa corporal promedio fue 27 (17-37). Quimioterapia neoadyuvante fue usada en 48% de los pacientes (n=47). La técnica aplicada fue abierta en 94%,(91) y laparoscópica en 6%(6). El tipo de derivación urinaria fue conducto ileal en 64 pacientes (66%), neovejiga en. 23 (24%), reservorio cateterizable en 3 (3%) y ureterostomía cutáneas en 6 (6%). El tiempo operatorio promedio fue 318 min (120-570). La mediana de sangrado fue 700 cc (200-7000). La linfadenectomía pelviana fue realizada con extensión limitada en 14 pacientes (14%), extendida en 77 (79%) y en 4 (4%) no se realizó. El estadio patológico post operatorio fue pT0 en 7 pacientes, pT1 en 36, pT2 en 21, pT3 en 19 y pT4 en 11: pN0 en 71 pacientes, pN1 en 14 pacientes, pN2 en 8 y pN3 en 3. Márgenes positivos fueron descritos en 5 pacientes (5%). La mediana de hospitalización fueron 9 días (3-35). La readmisión durante los 90 días post operatorios fue de 18 %.

Conclusiones: La cistectomía radical es un procedimiento desafiante, que en su mayoría realizamos con técnica abierta, linfadenectomia pelviana extendida y con la confección de conducto ileal. Un porcentaje importante de nuestra cohorte recibió quimioterapia neoadyuvante. La tasa de readmisión fue significativa.

P05) IMPACTO DE CISTOLITOLAPAXIA SIMULTÁNEA A LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER

Urrutia, C.(1); Soto, S.(1); Henriquez, D.(1); Martinez, N.(1); Storme, O.(2); Ledezma, R.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Clínica Redsalud, Santiago, Chile

Introducción:

La enucleación endoscópica prostática (EEP) con láser ha demostrado ser efectiva en el manejo del crecimiento prostático benigno con menos días de hospitalización, tiempo de sonda y sangrado, comparado con las técnicas tradicionales. El uso de laser además permite la realización simultanea de cistolitolapaxia manteniendo un manejo mínimamente invasivo.

Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la cistolitolapaxia con láser simultánea a la enucleación endoscópica en pacientes con hiperplasia prostática benigna y litiasis vesical.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 315 pacientes con hiperplasia prostática tratados con láser identificando los pacientes que presentaban litiasis vesical simultáneamente. Se analizaron variables intraoperatorias (tiempo, tejido resecaado, número y tamaño de litiasis), cambios en parámetros funcionales y complicaciones, entre los pacientes tratados con y sin litiasis vesical. Se analizaron los datos con Jamovi 1.6.23 usando estadígrafos no paramétricos.

Resultados: Se identificaron 26 (8,3%) pacientes que fueron sometidos simultáneamente a EEP con cistolitolapaxia con láser. La mediana del tamaño prostático fue 73 cc (60-111) para los pacientes con litiasis vesical y 98 cc (79-139) para los paciente sin litiasis vesical ($p=0,003$). Todos los cálculos vesicales fueron efectivamente removidos.

No hubo diferencias significativas en el tiempo total de la cirugía entre los grupos (95 versus 103 minutos, $p=0,35$).

No se presentaron complicaciones por perforación vesical en los grupos ni hubo diferencias significativas en la incidencia de cistostomía abierta. La tasa de complicaciones perioperatorias fue similar entre los grupos. En el seguimiento post operatorio no se apreciaron diferencias significativas en los resultados funcionales a los 3 meses (Incontinencia de orina y uroflujometría)

Conclusión:

La realización simultanea de enucleación laser y la cistolitolapaxia no aumenta el tiempo total de cirugía, ni se establecen diferencias significativas en complicaciones peri y post operatorias.

P06) NEFRECTOMÍA TOTAL ABIERTA SECUNDARIO A QUISTE HIDATÍDICO RENAL GIGANTE, UNA ENTIDAD INFRECUENTE Y COMPLEJA. REPORTE DE UN CASO.

Henríquez Kindermann, C.(1); Muñoz Fuentes, C.(1); Aroca Sire, P.(1);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La echinococis quística, conocida como hidatidosis, es una zoonosis producida por la larva del parásito *Echinococcus granulosus*. Su incidencia en Chile es de 1,9 por 100.000 habitantes al año. Sus factores de riesgo incluyen ruralidad, bajo nivel socioeconómico y escasa educación sanitaria. Puede afectar cualquier órgano, siendo más frecuente en hígado (70%) y pulmón (20%). El riñón raramente es afectado, involucrando de 1 a 4% de los casos.

DESARROLLO

Mujer de 51 años, procedente de Cañete, sin antecedentes mórbidos de relevancia y operada de colecistectomía y hernia inguinal derecha. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución de dolor lumbar izquierdo. Sin otra sintomatología agregada. Dentro de estudio destaca tomografía computada: riñón izquierdo con gran lesión hipodensa de 11 cm de contenido heterogéneo, bien delimitada por pared de 2mm que capta contraste. Resonancia magnética: hallazgos sugerentes de quiste hidatídico. Laboratorio: hemoglobina 14.2, hematocrito 40.8, leucocitos 6500, plaquetas 200.000, VHS 5, creatinina 0.81, orina completa no inflamatoria y urocultivo negativo. ELISA IgG hidatidosis negativo.

Se realiza nefrectomía radical izquierda abierta. Intrapabellón se observa gran reacción adherencial de mesocolon izquierdo por sobre lesión quística renal, sin plano de disección seguro que permita conservar integridad de quiste. Se realiza abordaje transmesocólico. Se protege el campo en espacio perirrenal con compresas impregnadas por cloruro de sodio al 30%. Una vez resecado el riñón, se evidencia compromiso isquémico de colon desde ángulo esplénico y 10 cm a distal. Se realiza colectomía izquierda segmentaria y colostomía en cañón de escopeta. Se inicia albendazol posterior a pabellón, a completar 30 días.

DISCUSIÓN

La hidatidosis renal es una patología mayormente asintomática, su diagnóstico se basa principalmente en hallazgos imagenológicos. No existen pruebas inmunológicas o serológicas patognomónicas. El tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizar quistectomía con marsupialización o nefrectomía total abierta.

Es importante considerar las dificultades técnicas posibles de la cirugía, con riesgo de rotura accidental del quiste y consiguiente anafilaxia secundaria a la presencia de hidátides peritoneales. En el caso presentado se debió tomar la decisión de optar por el abordaje transmesocólico y posterior colectomía segmentaria para evitar el riesgo de una complicación potencialmente mortal.

P07) ABSCESOS TESTICULARES BILATERALES SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR VIRUS COXSACKIE EN PACIENTE CON SÍNDROME PIE MANO BOCA. REPORTE DE UN CASO.

Henríquez Kindermann, C.(1); Gatica Cuthil, T.(1); Muñoz Fuentes, C.(1); Cabello Eterovic, J.(1);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Los abscesos testiculares son una complicación de procesos inflamatorios/infecciosos del testículo. Si bien en general la gran mayoría de estos son de origen bacteriano, esta complicación puede provenir de una infección viral.

DESARROLLO

Hombre de 34 años, sin antecedentes mórbidos o quirúrgicos relevantes, consulta por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por tos, fiebre y compromiso del estado general. Se agrega dolor lumbar bilateral, no cólico, irradiado a ambos testículos. Niega hematuria u otros síntomas urinarios.

PielotAC descarta urolitiasis. Exámenes de laboratorio no revelan foco infeccioso. Dado de alta con manejo sintomático. Reconsulta por persistencia de dolor testicular. Niega secreción uretral, trauma o conductas sexuales de riesgo. Ecografía testicular: aumento de volumen y flujo testicular asociado a lesiones bien delimitadas en ambos testículos de probable etiología inflamatoria/infecciosa. Marcadores tumorales negativos. Se inicia antibiótico empírico. Dentro de estudio infectológico destaca panel serológico para ITS negativo, orina completa y urocultivo sin hallazgos, hemocultivos negativo y PCR COVID negativa. Al reinterrogatorio refiere aparición de lesiones eritematosas palmo-plantares al comienzo del cuadro, añadiendo que hija presentó cuadro similar, siendo diagnosticada con síndrome de pie-mano-boca. Al examen físico se objetivan lesiones residuales en manos y pies. Paciente fue evaluado por infectología quien sugiere que cuadro presenta aparente origen viral, siendo virus coxsackie el agente etiológico más probable. Al control ecográfico se observa estabilización de lesiones y menores cambios inflamatorios.

DISCUSIÓN

La etiología en la mayoría de casos de orquiepidimitis es bacteriana, pero también puede tener origen viral. El agente viral más comúnmente asociado a infecciones testiculares es el virus de las paperas, pero existen otros agentes como el virus Coxsackie (específicamente la

cepa A16), adenovirus y enterovirus que pueden producir inflamación del epidídimo/testículo. El virus Coxsackie es el agente causal de la herpangina, y produce un cuadro llamado Síndrome Pie-Mano-Boca, que afecta mayormente a población pediátrica aunque puede afectar a adultos.

En este contexto es importante interrogar por síntomas respiratorios, gastrointestinales o cutáneos recientes de forma dirigida. Se debe tener en cuenta la etiología viral para evitar tratamiento invasivos innecesarios o tratamiento antibióticos sin indicación real.

P08) CARCINOMA SUPRARRENAL CON COMPROMISO DE VENA CAVA: REPORTE DE UN CASO.

González Pellegrino, D.(1); Massouh, R.(2); Gimenez, B.(1); Reyes, A.(1); Cortés, C.(1); Arroyo, S.(1); Escovar, P.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción

El carcinoma suprarrenal (CS) reporta incidencia de 0,5 – 2 por millón por año y sobrevida general a 5 años de 32 – 45%. Se presenta habitualmente con hipercortisolismo, virilización o síntomas compresivos. La resección es necesaria para mejorar la sobrevida. El valor pronóstico del compromiso de vena cava inferior (VCI) es debatido, pero no constituye contraindicación quirúrgica. Estos casos presentan mayor riesgo de metástasis y recidiva, logrando sobrevida a largo plazo sólo si la resección es completa. La terapia multidisciplinaria, con Mitotano y quimioterapia es de elección en el contexto adyuvante y paliativo de casos agresivos. Reportamos un caso de CS derecho con trombo en VCI.

Metodología:

Hombre de 50 años, hipertenso, consulta por dolor abdominal. Tomografía computada (TC) informa masa en la glándula suprarrenal derecha, de 15x14x18cm que infiltra VCI a nivel intrahepático con extensa trombosis desde venas femorales. Test de Nugent confirma hipersecreción de cortisol; metanefrinas urinarias, DHEAS, estrógeno plasmático y relación renina-aldosterona negativos.

Resultados:

Se realiza suprarrenalectomía, nefrectomía derecha y cavectomía de segmento comprometido, sin lograr resección completa. Biopsia informa feocromocitoma, por características clínicas se solicita revisión, diagnosticándose posteriormente carcinoma corticoadrenal, que compromete pared y lumen de VCI, Ki67 40%, ENSAT III. Márgenes quirúrgicos positivos. Se inicia tratamiento adyuvante con etopósido, doxorubicina y cisplatino, sin disponibilidad de Mitotano. Nugent de control 5.1µg/ml. TC de control informa metástasis pulmonares y hepáticas. Actualmente en tratamiento con hidrocortisona, completando su cuarto ciclo de quimioterapia.

Discusión-conclusión:

Presentamos el caso de un hombre de edad de presentación, síntomas y estudio funcional concordante con otras series. La infiltración de VCI constituye un factor de mal pronóstico y la resección en bloc vía abierta es de elección para tumores >6cm. El estadio ENSAT III, márgenes positivos y Ki67>10% son factores de riesgo de recurrencia. El mitotano es la única terapia que ha demostrado remisión a largo plazo, regresión de metástasis y mayor sobrevida y no se encuentra disponible en Chile. La radioterapia no ha logrado resultados favorables. El CS es una patología infrecuente y de mal pronóstico, requiere protocolos multidisciplinarios con énfasis en resección completa y terapia adyuvante con Mitotano.

P09) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA BILATERAL SIMULTÁNEA – RESULTADOS DE UNA PRIMERA EXPERIENCIA.

González Pellegrino, D.(1); Massouh, R.(2); Gimenez, B.(1); Cortés, C.(1); Reyes, A.(1); Arroyo, S.(1); Martínez, C.(2); Escovar, P.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de pene es infrecuente. La sobrevida depende del estadio y compromiso de linfonodos. Los resultados oncológicos han mejorado al ofrecer linfadenectomía inguinal a pacientes “con riesgo” de metástasis. El abordaje abierto presenta complicaciones en hasta el 57%, siendo menor en técnicas menos invasivas y disección modificada. La linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) es una técnica factible, sin embargo, requiere mayor tiempo operatorio, si no es realizada simultáneamente.

Metodología:

Casos:

49 años, presenta masa ulcerada y verrugosa en glande, sin adenopatías inguinales. Biopsia informa carcinoma escamoso, subtipo verrucoso, sin invasión linfovascular (ILV). Penectomía parcial confirma estadio pT2G1, márgenes negativos.

48 años, presenta lesión en prepucio, sin adenopatías inguinales. Biopsia informa carcinoma escamoso. Circuncisión confirma pT1aG2 ILV negativa, márgenes negativos.

Procedimiento:

En litotomía baja, utilizando como referencia los músculos aductor largo hacia medial y sartorio hacia lateral, el ligamento inguinal hacia superior y la fascia Lata como piso de la disección modificada, se realiza simultáneamente la disección ganglionar desde el vértice del triángulo femoral hacia la fosa ovalis, preservando la vena safena. La muestra extraída se envía a biopsia rápida. Si el resultado es positivo se disecciona el plano profundo a la fascia Lata. Se mantiene un drenaje aspirativo hasta débitos <20cc, vendaje compresivo, profilaxis antibiótica, tromboprofilaxis extendida y deambulacion precoz.

Resultados:

El tiempo operatorio promedio fue de 125min, sangrado estimado <100cc, sin complicaciones intraoperatorias. Biopsias intraoperatorias negativas. Se retiraron en promedio 6 ganglios por lado. El promedio de días de hospitalización y de drenaje fue de 4 y 12.5 respectivamente. Como eventos adversos se reportó linfocele (3), úlcera necrótica (1) y celulitis (1).

Discusión:

Si bien nuestra serie es pequeña, esta técnica demuestra ser factible y capaz de disminuir el tiempo operatorio. Ha sido descrita por otros autores con resultados similares. Ambos pacientes presentaron complicaciones Clavien Dindo II, lo que difiere de otras series. El número de linfonodos resecados es menor, probablemente secundario a la curva de aprendizaje en desarrollo. Presentamos resultados similares al de experiencias iniciales. Dada la baja incidencia de este cáncer, es necesario estudios multicéntricos con mayor tiempo de seguimiento y número de casos.

P10) COMPARACIÓN DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA CON LÁSER DE THULIUM (THULEP) VERSUS CIRUGÍA ABIERTA EN PRÓSTATAS MAYORES A 80 GRAMOS

Henriquez, D.(1); Soto, S.(1); Urrutia, C.(1); Martinez, N.(1); Acevedo, C.(1); Ossandon, E.(1); Cuevas, M.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica con láser es un tratamiento mínimamente invasivo para la Hiperplasia Prostática Benigna (HBP) que se ha incorporado en forma paulatina a la práctica urológica. Ha mostrado en estudios comparativos ser equivalente al cirugía abierta estándar con menores complicaciones y estadía hospitalaria, sin embargo la mayoría de la literatura ha sido realizada con láser de holmio (HoLEP). El objetivo fue evaluar y comparar los resultados peri-operatorios y funcionales luego de la enucleación con láser de Thulium (ThuLEP), con los resultados de la Adenomectomía Suprapúbica Transvesical (AsPTV) en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna de próstatas >80gr.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, incluyó pacientes operados con ThuLEP y ASPTV, entre 2019 y el 2022. Se excluyeron los primeros 50 ThuLEP que se consideraron dentro de la curva de aprendizaje. Se registraron las características preoperatorias, datos operatorios como sangrado, tiempo de sonda, días de hospitalización y seguimiento hasta los 3 meses. Se analizaron los datos con software Jamovi 1.6.15, presentando datos con estadígrafos no paramétricos.

Resultados: Se identificaron 105 ThuLEP y 55 AsPTV. No hubo diferencias en características clínicas (edad, volumen prostático y APE). El tiempo de cirugía fue significativamente más corto para AsPTV (76,05 min vs 97.5 min, $p < 0,0001$). El tiempo de sonda (2 vs 5 $p < 0,0001$ y la estadía hospitalaria (2 vs 5, $p < 0,0001$) fueron más cortos en el grupo ThuLEP. El requerimiento de transfusión fue menor en el grupo de ThuLEP (2% vs 10%, $p < 0,001$). En ambos procedimientos el IPSS y la Uroflujometría mejoraron desde el inicio y fueron comparables, manteniéndose en el seguimiento a 3 meses.

Conclusiones: ThuLEP es una técnica factible y segura para tratamiento de próstatas sobre 80 gramos. Los resultados funcionales son similares a los de cirugía abierta, con reducción la estancia hospitalaria y riesgo de sangrado, convirtiéndose en una opción atractiva para el tratamiento de próstatas grandes.

P11) EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR RESONANCIA DE PRÓSTATA MULTI-PARAMÉTRICA (RMMP) EN CENTRO DE REFERENCIA

Acevedo Castillo, C.(1); Henriquez Montoya, D.(1); Soto Monsalve, S.(1); Moya Gonzalez, F.(1); Larenas Hugueta, F.(2); Garate Paz, R.(2);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

Introducción: La resonancia de próstata multi-paramétrica (RMmp) se ha consolidado como una herramienta diagnóstica en los pacientes con sospecha clínica de cáncer de próstata (CaP). Por una parte, para evitar biopsias innecesarias y también aumentar el rendimiento diagnóstico de CaP significativo en lesiones sospechosas según clasificación de PI-RADS. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución y rendimiento diagnóstico de la RMmp en nuestro centro de referencia, que tiene un alto volumen de biopsias.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 933 pacientes con RMmp previa a una biopsia prostática transrectal entre 2016 y 2021. Se realizaron biopsias sistemáticas y cognitivas de lesiones sospechosas según PI-RADS. Análisis por año del número total y porcentual de procedimientos con RMmp y el rendimiento diagnóstico de CaP según período 2016-2019 versus 2020-2021.

Resultados: En el período estudiado, de 4520 biopsias realizadas, 933 se realizaron una RMmp previa (20%). En análisis por año, 3,4% (29/862), 7,7% (68/882), 14,3% (111/775), 23,4%(158/676), 33,1% (164/495) y 48,5% (403/830) se realizaron con RMmp de 2016 al 2021, respectivamente. El diagnóstico de CaP durante período 2016-2019, en PI-RADS 3, 4 y 5 fue 28,6%, 69,1% y 81,5% versus 35,6%, 65,7% y 82,3% durante período 2020-2021, respectivamente, sin diferencia estadística en todas las comparaciones ($p>0,05$). Considerando mismo período 2016-2019 y 2020-2021, el 29,7% (105/354) versus 5,5% (31/566), tenían antecedente de una biopsia de próstata previa negativa para diagnóstico de CaP ($p<0,001$).

Conclusiones: Desde el año 2016 se ha producido un aumento sostenido en la indicación y uso de la RMmp previo a la realización de una biopsia de próstata, sobre todo desde el año 2020. Durante el período (2016-2019) casi un tercio de la biopsias con RMmp tenían una biopsia previa negativa, predominando actualmente pacientes sin biopsia previa. El rendimiento diagnóstico se ha mantenido estable en el tiempo en los diferentes grupos según los hallazgos de la resonancia (PI-RADS).

P12) CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LESIONES PI-RADS 3. ¿QUÉ PACIENTES SE BENEFICIAN MÁS DE UNA BIOPSIA COGNITIVA?

Henriquez Montoya, D.(1); Soto Monsalve, S.(1); Moya Gonzalez, F.(1); Larenas Huguet, F.(2); Garate Paz, R.(2); Acevedo Castillo, C.(1);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile
(2): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

Introducción: La resonancia magnética multiparamétrica de próstata (RMmp) se ha consolidado como una herramienta útil en la sospecha de cáncer de próstata (CaP). Las lesiones PI-RADS 3 tienen en la literatura un rango variable entre 5 al 30% de detección de cánceres clínicamente significativos (CaPCS). Nuestro objetivo es describir las características de la RMmp de pacientes con lesiones PI-RADS 3 y poder determinar qué pacientes tendrían mayor beneficio de realizar una biopsia cognitiva.

Materiales y métodos: Estudio analítico retrospectivo de 181 hombres sometidos a biopsia prostática transrectal sistemática y cognitiva de lesión sospechosa PI-RADS 3 en la RMmp previa, entre mayo 2016 y diciembre 2021. Análisis estadísticos con test χ^2 , t-test y regresión logística uni-multivariada.

Resultados: La frecuencia global de CaP en lesiones PI-RADS 3 es del 31% (60/181), de las cuales el 51,7% (31/60) corresponden a CaPCS. Con respecto a las variables estudiadas de la RMmp, en análisis univariado el volumen prostático menor a 60 cc se asoció con un diagnóstico de cáncer significativamente mayor que en próstatas de mayor volumen (48,6% vs 20,8%; OR: 3,6 (IC95% 1,7-7,4), $p < 0,001$). La densidad del antígeno prostático específico (APE) mayor a 0,12 se asoció con un mayor riesgo de CaP de 43,8 vs 25,0% (OR: 2,2 (IC95%: 1,06-4,6), $p = 0,015$). En cuanto a la ubicación de la lesión, un 77,2% de los CaP diagnosticados correspondía a zona periférica vs 22,8% en otras zonas (OR: 2,9 (IC95% 1,4-6,1), $p = 0,003$). No se encontró asociación significativa entre el tamaño de la lesión y el riesgo de cáncer ($p = 0,148$). En modelo multivariado, sólo se mantuvo asociación significativa con volumen menor a 60 cc y ubicación en zona periférica.

Conclusión: Los pacientes con RMmp PI-RADS 3, presentan alta frecuencia de CaP, de los cuales la mitad corresponde a CaPCS. Las características de la RMmp que más se asocian con diagnóstico oncológico son: un volumen prostático menor a 60cc, lesiones ubicadas en la zona periférica prostática y una densidad de APE mayor a 0,12. El tamaño de la lesión no pareciera tener relación con CaP en lesiones PI-RADS 3.

P13) CARCINOMA UROTELIAL SÓLIDO ANAPLÁSICO INVASOR DE LA MUSCULAR PROPIA DE DIVERTÍCULO VESICAL

Urrea Romero, F.(1); Elorrieta Decombe, V.(1); Villena Hidalgo, J.(1); Moreno Figueroa, S.(2);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile
(2): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción

Los divertículos vesicales se forman por mucosa vesical, tejido conjuntivo subepitelial, una delgada capa de fibras musculares y capa adventicia. Esta deficiencia de capa muscular da como resultado una pérdida en la contractibilidad, provocando deficiencia en el vaciamiento de la orina.

La orina intradiverticular puede causar infección, inflamación crónica o cambios neoplásicos malignos. Con una incidencia entre 0,8 y 10% de neoplasias intravesiculares. Los síntomas son inespecíficos.

Materiales y métodos

Caso clínico de paciente de 66 años con historia de ITU, hematuria recurrente y LUTS, que en estudio imagenológico se diagnostica divertículo vesical.

Resultados

Chileno de 66 años, con antecedente de hiperplasia prostática, DM2, Gota, Dislipidemia, Monorreno izquierdo congénito. Alcohol negativo, tabaquismo negativo. El 2016 consulta por latencia, disminución del chorro miccional y sensación de vaciamiento incompleto de 4 meses de evolución. Sin hematuria, sin ITU, PSA 0,61, ecografía vesical refiere vejiga de lucha, quiste vesical de 16 mm aproximadamente, RPM de 44%. Próstata 30 grs. Se solicita cistoscopia que no se realiza. Sin controles hasta octubre de 2021 cuando consulta por hallazgos de microhematuria y leucocitos en examen de orina, se realiza UROTAC que identifica signos de vejiga de lucha y divertículo vesical. En cistoscopia no se logra acceder a divertículo, se confirma vejiga de lucha. Evoluciona con ITU. Nuevo UROTAC en marzo de 2022 logra identificar tumor en divertículo vesical, por lo que se programa para cistectomía parcial con biopsia rápida. Se extrae divertículo más linfadenectomía pelviana. Biopsia rápida muestra tumor de alto grado sin compromiso del cuello diverticular.

Biopsia diferida: Carcinoma Urotelial sólido anaplásico invasor de lámina propia y muscular propia, sin extensión a la grasa perivesical, ganglios negativos. PET Scan sin metástasis a distancia. Se decide tratamiento adyuvante.

Conclusión

Las guías actuales de cáncer vesical no establecen recomendaciones sobre tumor confinado a divertículo vesical. La cistectomía parcial aparece como una alternativa ya que no se han encontrado grandes diferencias entre sobrevida general y supervivencia libre de metástasis. Por lo que se debe considerar en pacientes seleccionados como alternativa de tratamiento.

P14) PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN UN PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER PROSTÁTICO DE BAJO RIESGO

Labra, A.(1); Sáez, F.(2); Souper, R.(2); Pinochet, R.(3); Orvieto, M.(3); Bernier, P.(3); Otaola-arca, H.(3);

(1): Departamento de Imágenes, Clínica Alemana. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

(2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

(3): Servicio de Urología, Clínica Alemana Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

Evaluar la utilidad de la resonancia magnética multiparamétrica (mpRM) en el seguimiento de pacientes con cáncer de próstata sometidos a vigilancia activa (VA).

Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo en VA entre enero/2013 y diciembre/2021. Se revisaron todas las mpRM y se estableció el score PRECISE. Se recogieron las características demográficas y tumorales. Se registraron las salidas del protocolo de VA y, en caso de estar disponible, la información del estudio histológico de la prostatectomía radical.

El protocolo de VA incluyó PSA y TR semestral y RM y biopsia a los 18 y 36 meses (o ante cambios clínicos)

Resultados

Se incluyeron 142 pacientes, con una edad media de 62 años, PSA medio de 5,8 ng/mL, y una media de dPSA de 12 ng/mL/mL. La mediana de mpRM durante el seguimiento fue de 2 exámenes/paciente, con un 4,2% de PRECISE 2, 75% de PRECISE 3, y 20,8% de PRECISE 4.

La mediana de seguimiento fue de 36 meses. De los 61 pacientes (43%) que salieron de VA, la mayoría (56 pacientes) abandonaron el protocolo en los primeros 36 meses, con una mediana de seguimiento de 21 meses.

La edad, PSA inicial, PI-RADS inicial y dPSA no se mostraron como factores predictores de salir de VA. Al categorizar la dPSA, se observó que $dPSA \geq 0,15$ ng/mL/mL mostró mayor riesgo de salir de VA (HR 1.78, $p=0,02$). Al categorizar el PRECISE como positivo (score 4 o 5) y negativo (score 1, 2 y 3), tener un PRECISE positivo mostró una *Likelihood Ratio* 1,7 de salir de VA.

Adicionalmente se comparó el score PRECISE del subgrupo que salió de VA y se sometió a prostatectomía, observando que los 6 pacientes con PRECISE positivo presentaron progresión histológica y los 4 pacientes con PRECISE negativo mantuvieron su Gleason 3+3.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de esta cohorte de VA, la mpRM es una herramienta útil en la toma de decisiones, sobre todo para decidir sacar o mantener un paciente en el protocolo. Sin embargo, todavía debe realizarse en conjunto con PSA y biopsia.

P15) MEDICIÓN URETRAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

Labra, A.(1); Constenla, D.(2); Cifuentes, C.(2); Orvieto, M.(3); Bernier, P.(3); Pinochet, R.(3); Otaola-arca, H.(3);

(1): Departamento de Imágenes, Clínica Alemana. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

(2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

(3): Servicio de Urología, Clínica Alemana Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

El objetivo del estudio fue evaluar la medición uretral [longitud de uretra membranosa (LUM), ángulo de uretra membranosa (AUM) y cociente LUM/AUM] por resonancia magnética multiparamétrica (mpRM) como predictora de incontinencia urinaria (IU) tras prostatectomía radical robótica (RARP).

Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a RARP entre 2019-2020. Se excluyeron aquellos pacientes sin imágenes de mpRM o datos insuficientes para cuantificar el grado de IU pre o postoperatoria. Las mediciones uretrales fueron obtenidas por un único uro-radiólogo experto. El grado de continencia fue establecido por Kinesiólogos/Urológicos a 3, 6 y 12 meses. La incontinencia se definió como el uso de ≥ 2 protectores/día).

Resultados

De los 195 pacientes sometidos a RARP, 140 calificaron para análisis. La media de LUM fue de 13,3 mm (rango 8-19,1) y la media de AUM fue de 135° (91°-160°). A los 3, 6 y 12 meses presentaron IU 28 (20%), 13 (10%) y 9 pacientes (7%), respectivamente

No se encontró asociación entre AUM y probabilidad de IU postoperatoria. Por el contrario, al LUM se asoció de forma inversa con la probabilidad de IU, de forma que cuanto mayor era la LUM, menor IU. A modo de ejemplo, los pacientes con una LUM < 12 mm tuvieron 3 veces más IU a los 3 meses (UOR:3.15, 95%IC:1.34–7.4, $p=0,007$). La regresión logística demostró que cada milímetro de LUM se asocia significativamente con menor riesgo de incontinencia a 3 meses (OR:0.68, 95% IC:0.55–0.84, $p<0.001$). El cociente AUM/LUM mostró una asociación significativa con la IU, incluso mayor que la LUM sola, mejorando el AUC de 0.716 a 0.749, aunque el efecto es marginal en nuestra muestra.

Conclusión

Nuestro estudio muestra que cuanto menor es la LUM preoperatoria medida por mpRM, mayor es la probabilidad de IU post RARP. El cociente AUM/LUM mejora la validez de la asociación entre la medición uretral y la IU postoperatoria, aunque su capacidad es marginal.

P16) IMPACTO DEL USO DE UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN/ASPIRACIÓN FRENTE A UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN EXCLUSIVO TRADICIONAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO

Otaola-arca, H.(1); Mejías, O.(2); Bernier, P.(1); Pinochet, R.(1); Stein, C.(1); Orvieto, M.(1);
(1): Servicio de Urología, Clínica Alemana Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile
(2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

El objetivo del estudio fue evaluar el uso de los Sistemas de Insuflación Convencionales (SIC) frente a los denominados Sistemas de Insuflación/Aspiración (SIA) durante la prostatectomía radical asistida por robot (RARP) con respecto a la eficacia/seguridad y resultados histológicos.

Materiales y métodos

Estudio de cohortes prospectiva de pacientes sometidos a RARP por cáncer de próstata no metastásico entre enero/2020-diciembre/2021 en un centro robótico de referencia. Los procedimientos se realizaron secuencialmente con un SIC y SIA (AirSeal®). Los datos demográficos, la eficacia/seguridad y los resultados histológicos se obtuvieron de nuestra base de datos institucional prospectiva, aprobada por el comité de ética.

Resultados

Se incluyeron un total de 299 pacientes en el análisis (SIC: 143/SIA: 156 pacientes). Las características basales de ambos grupos fueran comparables. En el grupo de SIC y SIA, la media de pérdida de sangre fue de 394 (DE 225) vs 366 mL (DE 221), la tasa de transfusión sanguínea fue del 0,7 % vs 0,6 %, y el tiempo operatorio de 199 (DE 52) vs 191 min (DE 51), respectivamente, sin diferencias entre ambos grupos. El tiempo de ingreso fue menor en el grupo SIA (1.9 vs 1.6 días, $p=0,020$). Las tasas de reingreso y reintervención fueron del 2,1% y 1,4% para el grupo SIC, y del 0,6% y 0,6% para el grupo SIA, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Se encontró una mayor tasa de complicaciones postoperatorias en el grupo SIC [13 (9,1%) frente a 3 pacientes (1,9%), $p=0,005$]. De acuerdo con el sistema Clavien-Dindo, se encontró una mayor tasa de complicaciones de Clavien III-IV en el grupo SIC [6 (4,2%) frente a 1 paciente (0,6%), $p=0,021$].

La mayoría de los tumores se clasificaron como pT2 (74,8% vs 68,6,3%) y el grado pISUP más común encontrado en ambos grupos fue pISUP 2 (51% y 48,1%). En el grupo SIC y SIA, 58 (40,6%) y 62 pacientes (39,7%) fueron sometidos a linfadenectomía pélvica extendida.

Conclusiones

Los datos de este gran grupo de pacientes encontraron que el uso de un SIA se asocia con una tasa más baja de complicaciones posoperatorias y una estancia hospitalaria más baja.

P17) DIFERENCIAS EN LA CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA SEGÚN PREVISIÓN: IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Eltit Soler, I.(1); Cristi Pereira, J.(2); Fuentes Sainz, S.(3); Huerta Valdebenito, P.(4); Delgado Becerra, I.(3); Fernández Arancibia, M.(2);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile
(2): Clinica Alemana, Santiago, Chile
(3): Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile
(4): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Objetivo: Describir la evolución de la carga hospitalaria por cáncer de vejiga en Chile entre el 2001 y 2019, según previsión y el impacto de políticas públicas como el GES.

Material y método: Estudio poblacional descriptivo sobre la carga hospitalaria por cáncer de vejiga en Chile utilizando datos nacionales de egresos hospitalarios. Se calcularon tasas de hospitalización crudas y ajustadas para los años del periodo, por sexo y edad, considerando la variable identificación del registro para diferenciar la primera hospitalización de los reingresos. Se analizaron además días de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, tipo de cirugía, condición de egreso y previsión de salud.

Resultados: Se registraron 34.100 egresos hospitalarios (71% hombres). La edad media fue de 67,6 años. Un 91,3% se encontraban inscritos en algún sistema de previsión. De ellos el 71,3% correspondió a egresos de individuos FONASA y el 23,2% individuos ISAPRE, con una letalidad anual promedio de 4,4 y 2,7% respectivamente. Pacientes FONASA intervenidos quirúrgicamente presentaron una mortalidad global del 0,83% en comparación con un 0,2% para individuos ISAPRE. Con respecto a los días de hospitalización, los individuos FONASA se mantuvieron hospitalizados hasta el doble de tiempo en comparación con los inscritos en ISAPRE, con una mediana de 4 vs. 2 días respectivamente. Desde la implementación del programa GES en 2013, se observó un aumento de la cantidad de resecciones endoscópicas, con una disminución del porcentaje de cistectomías radicales en la población FONASA.

Conclusiones: El CV en Chile muestra diferencias en carga hospitalaria según previsión. Políticas públicas como el GES pueden jugar un rol en disminuir esta brecha.

Palabras Claves: Cáncer de vejiga; Registros de población; Epidemiología; Seguro de Salud; Tendencias

P18) SIGNIFICATIVO INCREMENTO DE LA INCIDENCIA Y CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN CHILE EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS

Eltit, I.(1); Cristi Pereira, J.(2); Fuentes Sainz, S.(3); Huerta Valdebenito, P.(4); Delgado Becerra, I.(3); Fernández Arancibia, M.(2);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

(2): Clinica Alemana, Santiago, Chile

(3): Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile

(4): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Resumen

Introducción: El cáncer de vejiga ha presentado un aumento en la tasa de incidencia en las últimas décadas, siendo en 2020 a nivel mundial y nacional de 7,4 y 8,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. Existe escasa evidencia sobre hospitalizaciones e incidencia por cáncer de vejiga en Chile. **Objetivo:** Describir la evolución de la incidencia, hospitalizaciones y cirugías por cáncer de vejiga en Chile, 2001 - 2019. **Materiales y métodos:** Estudio poblacional descriptivo sobre la carga hospitalaria por cáncer de vejiga. Se utilizaron bases de datos nacionales de egresos hospitalarios. Se calcularon tasas de hospitalización crudas y ajustadas para los años del periodo, por sexo y edad. Se utilizó la variable identificación del registro para diferenciar la primera hospitalización de los reingresos. Se analizaron días de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, tipo de cirugía y condición de egreso. **Resultados:** Se registraron 34.100 egresos hospitalarios (71% hombres). La edad media fue de 67,6 años. El grupo de 70-79 años presentó el mayor número de hospitalizaciones. Se observó una tendencia creciente de tasas de hospitalización hacia los últimos años, además de un significativo aumento de cirugías por cáncer de vejiga (895 a 4.608 entre el primer y último trienio). La frecuencia global de rehospitalización fue de 40,5%. La letalidad hospitalaria global resultó en 3,8%. **Conclusiones:** Durante el periodo, se observó una tendencia creciente en la incidencia, hospitalizaciones y cirugías por cáncer de vejiga, principalmente desde el 2013, siendo una posible explicación el aumento en cantidad y oportunidad del acceso a diagnóstico y tratamiento.

P19) CONSULTAS UROLÓGICAS DE URGENCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO PÚBLICO

Pfeifer Esparza, J.(1); Henríquez, I.(2); Hurtado Guaman, J.(3); Sánchez Sepúlveda, R.(3); Vergara Faúndez, G.(3); Ledos, L.(3);

(1): Universidad Finis Terrae - Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile

(2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(3): Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción

Los motivos de consulta urológicos representan menos del 5% de las consultas en el servicio de urgencias (SU). Conocer sus características permite planificar y optimizar los recursos en la práctica clínica. El objetivo del presente trabajo es describir los principales motivos de consulta urológicos de urgencia y los procedimientos quirúrgicos asociados a estas atenciones.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo, mediante revisión de fichas clínicas de pacientes evaluados por urología en el SU y hospitalizados entre abril 2021 y febrero 2022 en un hospital público de Chile. Se analizaron variables tales como, motivos de consulta, servicio de origen de la interconsulta, necesidad de resolución quirúrgica, tipo de cirugía realizada y su horario. Se utilizaron porcentajes para la evaluación de resultados y el análisis descriptivo.

Resultados

Se evaluaron 572 consultas urológicas de urgencia durante el periodo de 10 meses. El 49,1% corresponden a derivaciones desde el SU. Los motivos de derivación más frecuentes fueron cólico renal (22%), infecciones (15%), retención aguda de orina (15%) y hematuria (14,5%). Las consultas por trauma urológico corresponden al 5,6%. Del total de evaluaciones, solo el 20,8% (n=119) resultaron en intervenciones quirúrgicas y de estos un 70,5% corresponden a pacientes derivados desde el SU. El 42% de las cirugías se realizaron fuera del horario hábil. De las intervenciones realizadas, 48,8% (n=58) corresponden a instalación de pigtail y ureterolitotomía endoscópica, 19,3% (n=23) a cirugía de vejiga y próstata, 10,9% (n=13) cirugías escrotales, 5,8% (n=7) cirugías de pene, y 2,5% (n=3) cirugías de riñón. En 15 casos (12,6%) se realizaron procedimientos por radiología intervencional.

Conclusiones

El presente estudio muestra variaciones en cuanto a los principales motivos de consulta con respecto a los estudios extranjeros. Conocer los motivos de consulta, así como las intervenciones asociadas permite planificar de mejor manera la necesidad de horas de trabajo, insumos, equipos y disponibilidad de turnos urológicos de llamada. Como consecuencia es posible mejorar la calidad de atención de los pacientes y optimizar recursos humanos y económicos necesarios para el correcto funcionamiento de las atenciones de urgencia de urología.

P20) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMBINADA CON CIRUGÍA RENAL RETROGRADA POR LITIASIS EN LA MISMA UNIDAD RENAL: REPORTE DE LA PRIMEA SERIE EN LA LITERATURA

Vidal-mora, I.(1); Arribas, D.(1); Vidal, M.(2);

(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica Clínica Indisa, Santiago, Chile

(2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

La nefrectomía parcial robótica se ha difundido ampliamente en la cirugía urológica. El desarrollo de la cirugía renal retrograda ha permitido el manejo seguro de los cálculos renales. La combinación de cirugías puede representar una alternativa a los procedimientos secuenciales, permitiendo tratar al mismo tiempo enfermedades coexistentes.

Describimos la primera serie de nefrectomía parcial robótica combinada con cirugía renal retrograda por litiasis en la misma unidad renal.

Materiales y Métodos:

Entre marzo de 2020 y agosto de 2022, se describen los pacientes que se presentaron con tumores y cálculos renales en la misma unidad renal. Todos fueron sometidos a una cirugía renal retrograda por cálculos renales con instalación de catéter doble J, seguido por una nefrectomía parcial asistida por robot en la misma unidad renal, realizada por el mismo cirujano. Se describen las características demográficas, características del tumor y el cálculo renal, variables perioperatorias y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo modificada.

Resultados: Se describen 4 pacientes (2 hombres y 2 mujeres) a los cuales se les realizó una cirugía combinada en la misma unidad renal. La edad media fue 55,5 (46-65), con un índice de masa corporal de 22,5 (21,2-23). El tamaño promedio del tumor renal fue 41 mm (26-56) y el número y tamaño en mm. de los cálculos fue 3 y 7 respectivamente. El tiempo operatorio promedio para ambos procedimientos fue 110 min. (100-120). La pérdida sanguínea promedio fue 50 ml. (20-100). No se describen complicaciones intraoperatorias. Un paciente presentó una complicación Clavien-Dindo II (ITU).

Conclusiones: La cirugía combinada para los pacientes con tumor y cálculos renales en la misma unidad renal parece ser segura. Si bien es una serie inicial, los resultados son prometedores. Un estudio con mayor número de casos es fundamental para confirmar estos hallazgos.

P21) RESULTADOS INICIALES DE BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Urrutia, C.(1); Martínez, N.(1); Gurovich, J.(1); Henríquez, D.(1); Soto, S.(1); Acevedo, C.(1); Olmedo, T.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La resonancia multiparamétrica de próstata (RMmp) ha demostrado buena sensibilidad en la detección y localización de lesiones ISUP ≥ 2 . La implementación de la biopsia por fusión, al comparar con biopsia sistemática disminuye el sobretratamiento, pues la detección de lesiones no clínicamente significativas es menor. Por otra parte al ser una técnica transperineal disminuye la incidencia de complicaciones. El objetivo es presentar una cohorte nacional de pacientes sometidos a biopsia prostática transperineal por fusión y describir las características de los pacientes, resonancia y resultado de Biopsia.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo, se incluyen pacientes con indicación de biopsia de próstata que tengan una resonancia multiparamétrica de próstata previa y se hayan sometido a biopsia de próstata transperineal por técnica de fusión, con el equipo KOELIS Trinity, entre junio de 2021 y junio de 2022. Se utilizan estadígrafos no paramétricos y el software Jamovi 1.6.23.0. para el análisis de datos.

Resultados:

Se analizaron en total 49 pacientes, Mediana de edad 67,5 (60,5-73) años, APE 6,66 (4,94 – 9,47) ng/mL, en cuanto a la presentación 92,9% T1c, 7,1% T2a, Al analizar RNMmp. Volumen prostático 43 (32,3 – 60,5) cc, Se analizan 63 lesiones target, Tamaño de la lesión 10 (6-22) mm, PIRADS 2: 6,3%, 3: 15,9%, 4: 77,8% y 5: 22,2%, ubicación 67,3% zona periférica y 32,7% zona de transición, 52,7% derechas, 43,6 % izquierdas y 3,6% mediales. 38,5% en Ápex, 40,4% Medio y 21,2 % Base. La tasa de detección de la biopsia Target fue 47,6% y sistemática 27,7%, 4 pacientes fueron detectados solo con la biopsia sistemática y en un caso un aumento de ISUP 2 a ISUP 3. Detección de cáncer clínicamente significativo por ISUP, 3: 33%, 4: 67,8% y 5: 87,5%. Sólo hubo una complicación (orquiepididimitis) que respondió a manejo antibiótico ambulatorio.

Conclusión:

La biopsia prostática transperineal por fusión, permite mejorar la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, siendo además una técnica segura con baja tasa de complicaciones infecciosas, que se puede realizar de manera ambulatoria con sedación y anestesia local.

P22) URETEROSCOPIA FLEXIBLE, RESULTADOS DE LA TÉCNICA EN 470 CASOS

Salvadó, J.(1); Cabello, J.(1); Cabello, R.(2); Moreno, S.(1); Velasco, A.(1);

(1): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

La ureteroscopia flexible (f-URS) es aceptada hoy como una opción válida de tratamiento para litiasis de tamaño moderado (<2cms) con tasas libre de cálculo aceptables y con baja morbilidad. El objetivo presente estudio es analizar los resultados obtenidos con f-URS en el tratamiento de litiasis renales.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Análisis de una base de datos de registro prospectivo. Se identificaron 520 pacientes sometidos a f-URS entre Marzo del 2016 y Julio del 2022. En 470 pacientes se obtiene datos completos, incluyendo características demográficas y de la litiasis a tratar, éxito del procedimiento (fragmentos < 2 mm), complicaciones y seguimiento a 30 días.

RESULTADOS:

La muestra incluyó 290 pacientes de sexo masculino. La ubicación de la litiasis más frecuentemente tratada fue el cáliz inferior (27,7%), seguido por cálculos de la pelvis renal (22,1%) y cáliz medio (18,3%). EL 42,6 % de los pacientes tenía un catéter ureteral instalado previamente. La mediana de tamaño de la litiasis fue 9 mm (rango: 3 -31). Se utilizó vaina de acceso en 77 % de los casos y se dejó instalado catéter doble J posterior al procedimiento en 56,9 % de los pacientes. Respecto a los parámetros intraoperatorios el tiempo de cirugía promedio fue de 96,3 minutos, fragmentación 40 minutos y radioscopia 25 segundos. El tasa libre de cálculos de esta serie fue de 82% . Un 9,2% de los casos fue efectuado de manera ambulatoria y el 88,5% de los casos permanecieron hasta 24 horas hospitalizados. El 21,2 % de los casos de f-URS fue efectuado con ureteroscopia reutilizable. Basado en la clasificación de Clavien hubo: 3,2% % de complicaciones, incluyendo 10 complicaciones IIIa (cólico renal y fiebre), 3 de tipo IIIb (perforación y falsa vía uretral) y un 2 de IV (Sepsis y Shock anafiláctico).

CONCLUSIONES:

Los resultados logrados en esta serie de f-URS son semejantes a los reportados en la literatura. La f-URS es un procedimiento con buenos resultados. Sin embargo, no está exento de complicaciones, por lo que una buena selección de pacientes, así como también un adecuado entrenamiento del cirujano deben ser considerados al momento de realizar el procedimiento.

P23) NEFROLITOTOMIA MINIPERCUTÁNEA CON LÁSER DE ALTO PODER (MOSES, LUMENIS), EL NUEVO HORIZONTE?

Salvadó, J.(1); Marchetti, P.(2); Cabello, J.(1); Moreno, S.(1); Velasco, A.(1);

(1): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados clínicos de la Nefrolitotomía minipercutánea (Miniperc) utilizando para ello un láser de holmio de alto poder con tecnología MOSES y MOSES 2.0.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de un brazo que incluye pacientes entre Julio del 2018 y Julio del 2022 sometidos a Miniperc usando laser de Holmio de alto poder con tecnología Moses. Se reclutaron 26 pacientes en quienes se completó el procedimiento y que lograron 30 días de seguimiento. El análisis de los datos incluye las variables demográficas, parámetros intraoperatorios, postoperatorios, tasa libre de cálculos y complicaciones.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 16 pacientes de sexo masculino y 10 femenino. El tamaño promedio de la litiasis fue de 30,15 mm (16-53) y 780 UH (400-1250). El tiempo promedio de total de cirugía fue de 111 minutos con 204 segundos de radioscopia. El tiempo total de activación del láser fue de 25,45 minutos (1,46 – 57). Al 96.2% de los pacientes les fue instalado un catéter doble J al finalizar el procedimiento. La tasa libre de cálculos fue de 82,5% (35-100). El promedio de estadía hospitalaria fue de 33,8 horas (24-65). Según la clasificación de Clavien Dindo se

registraron 2 complicaciones grado II (pielonefritis postoperatoria) IIIb (necesidad de resolución endoscópica por obstrucción ureteral)

CONCLUSIONES:

Los resultados de esta serie inicial confirman la factibilidad técnica del procedimiento, logrando una adecuada tasa libre de cálculos y tiempos operatorios acotados, incluso en litiasis de gran tamaño, así como también una morbilidad aceptable.

P24) REVISIÓN DE IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN UN CENTRO DE SANTIAGO: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Villena, J.(1); Gatica, T.(2); Muñoz, C.(1); Olivares, V.(1); Moreno, S.(3);

(1): Residente Urología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Estadía de perfeccionamiento Urología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(3): Urología Clínica Santa María, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

ABSTRACT

Objetivo: Realizar una descripción de los pacientes operados de implante de prótesis de pene en una clínica de Santiago.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo en el cual se analizaron los pacientes que se sometieron a implante de prótesis de pene realizadas entre el año 2019 y 2022 en un centro único de Santiago. Se registraron comorbilidades, tratamientos previos, variables intraoperatorias y complicaciones asociadas a la cirugía realizándose un análisis cuantitativo y cualitativo de las variables estudiadas.

Resultados: En el periodo estudiado se realizaron 40 implantes de prótesis de pene. La edad promedio de los pacientes fue de 63 años (i: 35-82 años). Las comorbilidades más observadas fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y tabaquismo. A un 70% de los pacientes se les realizó una ecografía doppler de pene previo a la cirugía. De estos pacientes un 17% presentó un resultado normal. El tiempo quirúrgico promedio fue de 96.7 minutos (i: 42-220 min). La profilaxis antibiótica fue ceftriaxona más vancomicina (23%) seguido de cefazolina (17%). El resto de los procedimientos utilizaron distintas combinaciones de antibióticos. Hubo 6 complicaciones: 2 infecciones de prótesis tratadas con amoxicilina - ac. clavulánico, 1 necrosis distal de pene en paciente con enfermedad de Peyronie severa, 1

migración de componente sin extrusión que requirió recambio y 2 fallas mecánicas tratadas con técnica de Mulcahy.

Conclusiones: La cirugía de prótesis de pene es aún poco frecuente en nuestro medio. El recambio de prótesis es una alternativa segura como manejo en las fallas mecánicas. Las complicaciones infecciosas fueron manejadas exitosamente con terapia antibiótica oral sin necesidad de retirar la prótesis.

P25) INFARTO RENAL: CÓMO DISTINGUIRLO DE OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Araya, J.(1); Ebel, L.(2); Foneron Burgos, A.(3); Troncoso, L.(3); Foneron Villarroel, A.(3); Oyanedel, F.(3); Toledo, H.(3); Quintana, E.(1); Brandau, C.(1);

(1): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

(2): HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE VALDIVIA -UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

(3): HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE VALDIVIA-UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

INTRODUCCION. Infarto renal (IR) es motivo infrecuente de consulta en servicios de urgencia, < 1% en la mayoría de las publicaciones. Se presenta con dolor abdominal o del flanco, asociado a náuseas, vómitos, ocasionalmente hematuria; habitualmente se confunde con cólico renal y su diagnóstico inicial es generalmente equivocado o tardío. Sin embargo, el diagnóstico oportuno es fundamental y puede evitar la pérdida total o parcial de uno o ambos riñones. Elementos de la historia clínica, del estudio imagenológico y de laboratorio del cuadro inicial pueden ayudar a diferenciar IR de otras causas de dolor abdominal agudo. MATERIAL Y METODO. Estudio retrospectivo y observacional que incluyó todos los pacientes registrados con diagnóstico de IR en Hospital Base y la Clínica de la ciudad entre enero 2012 y junio 2022. Se consignaron las características clínicas, bioquímicas, radiológicas y manejo. Se analizó el subgrupo de pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencia de dichas instituciones. RESULTADOS. En el período estudiado se registraron 29 casos de IR (20 hombres). El promedio de edad fue 52,6 años (rango 18-85). 13 fueron derechos y 4 bilaterales. 15 pacientes (10 hombres) fueron ingresados a través de Urgencia. Motivo de consulta fue dolor abdominal y/o flanco en todos los casos, con náuseas/vómitos en 4; duración del dolor previo al ingreso fue <24 hrs-14 días. Diagnóstico de ingreso fue IR en 11 casos, 4 de ellos con evidencia de trombosis/disección de la arteria renal. 4 casos ingresaron con otros diagnósticos (apendicitis aguda, pielonefritis aguda, diverticulitis, dolor abdominal en estudio). 12/15 casos tenían patologías previas, siendo tabaquismo e HTA las más frecuentes. Diagnóstico de IR se realizó con TC c/c en todos los casos, excepto en 1. Todos los casos mostraron IR segmentario y 1 fue bilateral. LDH fue alta en 7 de 8 casos evaluada y leucocitosis se observó en los 10 casos que se midió. El tratamiento fue tardío (> 24 hrs) en todos los casos, 11 de ellos con TACO. CONCLUSIÓN. IR debe sospecharse en pacientes con

dolor abdominal agudo y factores de riesgo asociados, especialmente si la imagen inicial descarta urolitiasis y LDH está elevada.

P26) DERIVACIÓN URINARIA DE URGENCIA: NEFROSTOMIA PERCUTÁNEA O CATÉTER URETERAL?

Araya, J.(1); Ebel, L.(2); Foneron Burgos, A.(3); Troncoso, L.(3); Foneron Villarroel, A.(3); Oyanedel, F.(3); Toledo, H.(3); Quintana, E.(1); Brandau, C.(1);

(1): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

(2): HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE VALDIVIA -UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

(3): HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE VALDIVIA-UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

INTRODUCCION. La obstrucción de la vía urinaria alta (OUA) se produce por diferentes causas, urológicas y no urológicas, y puede requerir manejo de urgencia para permeabilizarla, por falla renal, infección urinaria o dolor intratable. Esto se logra mediante una derivación de la orina (DU), instalando una nefrostomía percutánea (NPC) o un catéter ureteral por vía endoscópica (CUE). La elección de una u otra técnica depende de diferentes factores, incluida la experiencia del cirujano y el instrumental disponible; los resultados parecen ser comparables. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio retrospectivo y observacional que incluye pacientes > 15 años sometidos a DU de urgencia entre enero 2018-julio 2022 en hospital público local, registrando características clínicas, causas de OUA, manejo y evolución. Las causas se dividieron en oncológicas y no-oncológicas. **RESULTADOS.** En el período estudiado se registraron 122 pacientes (66 mujeres) que recibieron DU de urgencia con mediana de edad 58 años (rango 16-85 años). Las causas fueron oncológicas en 37 pacientes (30,3%) y no-oncológicas en 85 (69,7%). La DU fue derecha en 46 pacientes, izquierda en 62, bilateral en 9 y hubo 5 en injertos renales (4NPC/1CUE), por lo que el total de DU fueron 131 procedimientos. Del total de DU, 52 (39,7%) fueron NPC y 79 (60,3%) fueron CUE. 57,7% (30/52) de NPC fue oncológica, mientras sólo 8,8% (7/79) fue por esta causa. De los 37 casos de DU por causa oncológica, 30 (81,1%) fueron solucionados con NPC. En los casos de DU por falla renal (28/122, 22,9%), la creatininemia promedio inicial fue 6,4mg% (rango 1,6-14,8mg%) y la final 3,3 mg% (rango 0,6-73 mg%) entre 2-5 días posterior al procedimiento; para CUE (12 pacientes) y NPC (16 pacientes), la creatininemia inicial y final fue 6,1 mg% (1,6-14,8 mg%) vs 2,9mg% (0,6-6,2mg%) y 6,7mg% (2,3-13mg%) vs 3,8 (1,1-8,5mg%), respectivamente. **CONCLUSION.** En nuestra serie de DU de urgencia la mayoría fueron CUE por causa no oncológica. Sin embargo, los pacientes oncológicos recibieron una NPC con mayor frecuencia. Las DU por falla renal mostró resultados comparables con ambos métodos

P27) FLAP DE BOARY EN “Y” PARA REPARACION DE LESION URETERAL BILATERAL

Ramírez Espinoza, J.(1); Torrado Rico, K.(2); Arias Orellana, E.(2); Saez Galaz, G.(2); Herrera Canales, L.(2); Chaparro Ramos, E.(2); Manzanares Sanchez, V.(2); Bustamante Basso, C.(2);

Quintana Lacoste, E.(2); Bezama Urriola, P.(2); Neyra Vallejos, A.(3);
(1): Residente Urología. Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile
(2): Urólogo.Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile
(3): Urólogo. Hospital Higuera Talcahuano, Concepción, Chile

FLAP DE BOARY EN “Y” PARA REPARACION DE LESION URETERAL BILATERAL

Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas para reparación de uréter de acuerdo a la ubicación de la lesión; son menos frecuentes las lesiones ureterales bilaterales y cuando se han reportado, en la mayoría de los casos no comprometen grandes segmentos ureterales por lo que terminan en reimplante ureteral bilateral.

Presentamos un caso clínico de paciente de 54 años, operada por ginecología de un gran tumor pélvico que envolvía el 1/3 distal de ambos uréteres, en el intraoperatorio no logran disecarlos y salen con la pieza quirúrgica; paciente queda con ureterostomia bilateral. Posteriormente se le realiza cirugía reconstructiva en donde se había planificado realizar interposición intestinal, el defecto del uréter derecho era de 8 cm y el del izquierdo de 7 cm aproximadamente, se liberan caras laterales de la vejiga y ambos uréteres hacia proximal logrando acortar la distancia uréteres-vejiga y se decide realizar un FLAP DE BOARI en donde desembocan ambos uréteres, quedando formada una Y que posteriormente funciona de manera exitosa.

Conclusión : El flap de boari esta descrito para la lesión ureteral unilateral, en nuestro caso se implantaron ambos uréteres, manteniendo anastomosis entre estructuras uroteliales y evitando la interposición de estructuras de diferente histología, disminuyendo así las complicaciones que pueden suscitarse al realizar la interposición de segmentos intestinales.

P28) NEFRECTOMÍA PARCIAL EN MASA RENAL PEQUEÑA

Ramírez Espinoza, J.(1); Arias Orellana, E.(2); Saez Galaz, G.(2); Sepulveda Mendez, S.(3);
Cabrera Saez, A.(3); Casanova Figueroa, J.(3); Torrado Rico, K.(2); Herrera Canales, L.(2);
Chaparro Ramos, E.(2); Manzanares Sanchez, V.(2); Bustamante Basso, C.(2); Bezama Urriola,
P.(2); Quintana Lacoste, E.(2); Rissetti Villalobos, J.(4);
(1): Residente de Urología. Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile
(2): Urólogo.Hospital Regional de Concepción., Concepción, Chile

(3): Interno de Medicina UDEC, Concepción, Chile

(4): Médico EDF.Hospital de Quirihue, Concepción, Chile

NEFRECTOMÍA PARCIAL EN MASA RENAL PEQUEÑA

Introducción

Se define masa renal pequeña como una lesión sólida o quística, órgano confinado, menor de 4 cm. Sobre un 80% de estas lesiones tendrían componente tumoral maligno y cercano a un 20% serían de comportamiento benigno.

La nefrectomía parcial corresponde a la exéresis quirúrgica renal, en donde se extrae parte del riñón con el objetivo de reseca la lesión tumoral y prolongar la funcionalidad de este.

El objetivo de nuestro estudio es caracterizar los pacientes con masa renal pequeña obtenida a través de nefrectomías parciales en un centro de salud regional de derivación.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron fichas clínicas y biopsias de pacientes con diagnóstico de tumor renal entre los años 2017-2022 sometidos a nefrectomía parcial.

Se determinó masa renal pequeña a través del diámetro tumoral máximo de la pieza quirúrgica en el estudio histopatológico.

Todos los pacientes fueron evaluados previamente en reuniones clínicas Uro-Radiológicas en donde se confirmó la sospecha diagnóstica, indicación quirúrgica y abordaje operatorio.

Resultados

53 pacientes cumplieron con los criterios de selección.

En el 81 % se realizó el diagnóstico de tumor renal de forma incidental.

En el 55% de los casos la tomografía computada fue el examen inicial de sospecha diagnóstica.

El abordaje laparoscópico se realizó en 96% de los pacientes, requiriendo conversión a cirugía abierta en 13% de los casos.

87 % de los tumores tuvieron comportamiento maligno, siendo el carcinoma de células claras la variante principal 89%.

Conclusión

La incidencia del carcinoma de células renales ha aumentado en las últimas décadas, siendo a nivel mundial el sexto cáncer más frecuentemente diagnosticado en hombres y el décimo en mujeres

En la actualidad sobre el 80% de los tumores renales son diagnosticados de forma incidental a través de un examen imagenológico.

Nefrectomía Parcial corresponde al gold standard en tumores renales < 4 cm. Debiese preferirse el abordaje mínimamente invasivo siempre que sea posible.

P29) MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS VÉSICO VAGINALES MEDIANTE TÉCNICA MODIFICADA DE MARTIUS: REPORTE DE CASOS

Carrasco, J.(1); Jaime, J.(1); Santander, I.(1); De La Fuente, R.(1); Sotomayor, M.(1);
(1): Hospital Regional de Copiapo, Copiapo, Chile

Introducción

La Fístula Vésico Vaginal es la comunicación anormal entre el epitelio vesical y vaginal, la cual genera una pérdida de orina continua a través de la vagina. Su etiología principal en países en vías de desarrollo son las injurias gineco obstétricas. Otras causas incluyen las complicaciones asociadas a cirugías pelvianas, radioterapia e infecciones. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para tratar las Fístulas Vésico Vaginales. La elección de la técnica depende de la experiencia del cirujano y de la correcta caracterización de la fístula. La Técnica Modificada de Martius representa una buena alternativa en fístulas bajas o distales con excelentes resultados y baja morbilidad.

Material y Método

Presentamos la resolución de dos casos clínicos de Fístula Vésico Vaginales secundarias a Radioterapia en contexto de Cáncer Cervicouterino mediante técnica de Martius.

Resultados

Evolución favorable, sin incidentes. Seguimiento de al menos 6 meses, sin evidencia de recidiva u otras complicaciones.

Conclusión

La Técnica Modificada de Martius constituye una alternativa segura y efectiva en el manejo quirúrgico de Fístulas Vesico Vaginales.

P30) EXPERIENCIA INICIAL DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM (HOLEP). 106 PRIMEROS CASOS

Durán García, L.(1); Peña Osorio, J.(2); Bravo Wittig, J.(2); Quiñones Rivera, C.(1); Neira Soto, R.(1); Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vasquez, R.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Acuña Madrid, J.(3); Reyes Sanchez, E.(3); Orellana Salinas, N.(3);

(1): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(2): Interno medicina UDP, Santiago, Chile

(3): Urólogo Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

La hiperplasia prostática benigna(HPB) es una patología frecuente que aumenta con la edad llegando hasta 80% a los 80 años(1). Clásicamente la resección transuretral prostática(RTU-P) ha sido gold estándar para próstatas <80cc y adenomectomía abierta para >80cc, obteniendo tasas de respuesta de 80-95%(2) y complicaciones 15-20%(3). Con el tiempo han aparecido nuevas técnicas como la enucleación prostática con láser Holmium(HOLEP), primera vez realizada 1995(4), teniendo la ventaja de poder ser realizada independiente del tamaño prostático. Múltiples estudios demuestran similar eficacia y seguridad entre HOLEP y RTU-P(5)(6)(7), destacando menos días de sonda, hospitalización y sangrado.(8)

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se evaluaron los primeros 106 pacientes operados por HOLEP desde septiembre 2021 a julio 2022, que cumplieron mínimo 1 mes de seguimiento. Estudio preoperatorio y seguimiento con PSA, uroflujometría y encuestas IPSS, IIEF y OAB-V8. Controles posteriores al primer, tercer, sexto y doceavo mes. Evaluamos tasa de complicaciones, tiempos operatorios y evolución clínica.

Resultados

Del total de 106 casos; promedio edad 67 años, hipertensión como comorbilidad más frecuente(59%) y 16(9%) pacientes usuarios de anticoagulantes/antiplaquetarios. Tamaño prostático y PSA promedio fue de 114cc y 3,6ng/ml respectivamente. Estudio preoperatorio; IPSS 19.3 siendo descrita la calidad de vida más frecuentemente como “muy insatisfecho”, IIEF-5 16.5, Qmax 13 y OAB-V8 17. Tiempo de enucleación 68,4min y morcelación 17,5min, usando mayormente técnica en bloc(89%). La estadía hospitalaria y tiempos de foley fueron 3,7días y 1,6días respectivamente. Al tercer mes 90% referían sentirse bien, 83% mejoría del chorro, IPSS 9.3, IIEF 16, OAB-V8 de 8.1 y Qmax 21. Tuvimos 40 pacientes con complicaciones leves, la mayoría retención aguda de orina(RAO)(42%), Hematuria+RAO(25%), estrechez uretral(20%) y 2 pacientes con clavier dindo 3(Pielonefritis y RAO por chip prostático).

Conclusiones

Nuestra experiencia inicial demuestra que el HOLEP es una técnica reproducible con buenos resultados y baja tasa de complicaciones en un centro terciario de salud chileno, estos apoyan el uso de enucleación prostática para el tratamiento quirúrgico de cualquier volumen de HPB.

P31) DISFUNCIÓN SEXUAL EN CIRUGÍA PROSTÁTICA ENDOSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO

Durán García, L.(1); Ayala Farías, M.(2); Neira Soto, R.(3); Quiñones Rivera, C.(3); Rojas Crespo, J.(3); Donoso Vasquez, R.(3); Rozental De Mayo, M.(3); Acuña Madrid, J.(4); Reyes Sanchez, E.(4); Orellana Salinas, N.(4);

(1): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(2): Interno medicina UDP, Santiago, Chile

(3): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(4): Urólogo Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

La hiperplasia prostática benigna(HPB) sintomática es una de las patologías más comunes en el hombre 1-2, siendo hasta 80% en hombres mayores de 80(3). El gold estándar como tratamiento para la HPB sintomática sigue siendo la resección transuretral de próstata(RTU-P)(4). La incidencia de disfunción eréctil(DE) es del 13%(5) pero sin cambios significativos si existía previamente. Nuevas técnicas como la enucleación prostática con láser de holmium(HoLEP)(7), la cual ha demostrado menor sangrado intraoperatorio, tiempo de hospitalización y uso de catéter urinario, así como la capacidad de tratar próstatas de mayor tamaño(8)(9). Se describen tasas similares de disfunción eréctil en HoLEP y RTU-P(10)(11).Describimos nuestra experiencia de disfunción sexual en HoLEP y RTU-P.

Materiales y Métodos

Estudio de cohorte prospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se evaluaron un total de 100 cirugías: 50 HOLEP y 50 RTU-P. Se realizaron encuestas de IPSS e IIEF-5 previo y mínimo 3 meses posterior a la cirugía. Se evaluó la variación en el IIEF-5 además de los fármacos utilizados para la disfunción eréctil. Se tomaron en cuenta otras variables como la edad, comorbilidades, tamaño prostático y técnica quirúrgica utilizada.

Resultados

No hubo diferencias significativas en las diferentes variables de ambos grupos. La edad promedio fue de 68 años en ambos grupos, siendo la hipertensión (60%) y la diabetes(24-36%) la enfermedad más prevalente. El tamaño prostático promedio fue mayor en el grupo de HoLEP(74.9cc vs60cc). El IPSS disminuyó en el grupo de RTU-P de 20,5 a 8,05 y del HOLEP

de 19 a 5,5. Fue más prevalente la disfunción moderada en el grupo de RTU-P(38%) y sin disfunción en el HoLEP (26%). La IIEF-5 fue 15,6 en RTU-P y 16,4 en HOLEP, siendo 16,7 y 15,2 respectivamente en el post-operatorio. No hubo cambios en la función sexual en el 50% en el HOLEP y en 72% de la RTU-P (Pvalue < 0,4).

Conclusiones

Hay evidencia en la literatura que la mayoría de pacientes sometidos a cirugía prostática endoscópica no tendrá cambios en su función sexual. Nuestros resultados son comparables con la literatura actual dado que no hubo cambios estadísticamente significativos post operatorio.

P32) ORQUIECTOMÍA RADICAL ¿ DEBEMOS ABRIR APONEUROSIS?

Durán García, L.(1); Rivera Vergara, C.(2); Quiñones Rivera, C.(3); Neira Soto, R.(3); Rojas Crespo, J.(3); Donoso Vasquez, R.(3); Rozental De Mayo, M.(3); Orellana Salinas, N.(4);

(1): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(2): Interno medicina Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

(3): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(4): Urólogo Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

El cáncer de testículo es el tumor sólido testicular más frecuente en pacientes de 25-45años. Chile tiene la incidencia más alta entre los países de Centro y Sudamérica, con 8,8x100.000 habitantes(1). Alcanza una sobrevida de 99%(2). La técnica clásica de la orquiectomía radical inguinal(ORI) implica ligadura del cordón espermático a nivel del anillo inguinal profundo con apertura de aponeurosis(3). Fundamentándose en un adecuado control oncológico e identificación de ganglios linfáticos que posteriormente requieran disección(4). Estudios recientes evalúan dicha ligadura a nivel del anillo inguinal superficial, "Orquiectomía radical subinguinal(ORS)", con menores complicaciones a largo plazo(5), pero sin evaluación del resultado oncológico. Presentamos un estudio evaluando nuestra evidencia de ORS.

Estudio de cohorte retrospectivo y descriptivo. Se estudiaron todos los pacientes operados con orquiectomía radical desde 2011 al 2022 evaluando si se realizó apertura de la aponeurosis. Criterio de inclusión; seguimiento mínimo de 6 meses. Objetivo primario; compromiso del cordón espermático(CE), tiempo libre de enfermedad, tratamiento adyuvante y mortalidad. Otras variables evaluadas; necesidad tratamiento adyuvante, estadio clínico, longitud e invasión de cordón y necesidad de segundo tratamiento.

Se evaluó un total de 193 pacientes con tiempo promedio de seguimiento de 6,6años. Se realizaron 48 ORS y 193 ORI, edad promedio de cada grupo 33 y 32años respectivamente. Sin diferencias significativas entre ambos grupos. En el grupo de ORS 30(63%) pacientes fueron seminoma puro, 23(48%) marcadores positivos pre-operatorios y 4(8%) tuvieron

compromiso del CE, en comparación a 84(58%), 59(41%) y 10(7%) del grupo de ORI. Un total de 40(83%) eran estadio I, 6(13%) estadio II y 2(4%) estadio III en el grupo ORS versus 111(77%), 18(12%) y 15(10%) respectivamente del grupo ORI. Se realizó tratamiento adyuvante en 37(77%) en grupo de OSI y 103(72%) en ORI, siendo quimioterapia(68% vs 58%) la más frecuente. 4 pacientes fallecieron, siendo 2 en cada grupo.

Ha ido en aumento el beneficio de la orquiectomía subinguinal en cuanto complicaciones pero aún faltaría evaluar el beneficio oncológico. Nuestra serie es la de mayor tamaño en la literatura actualmente, teniendo resultados que indican que no hubo diferencias oncológicas al realizar orquiectomía subinguinal, pero aún falta más evidencia para su recomendación.

P33) ANÁLISIS DE POTENCIALES FACTORES RESPONSABLES DE LA BAJA TASA INSTALACIÓN DE IMPLANTES DE PENE EN CHILE: OPORTUNIDADES PARA MEJORAR

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(2); Caro, I.(2); Campillo, M.(3); Guerra, C.(4); Escobar, S.(5); Duarte, S.(6); Palma, C.(7);

(1): Departamento de Urología PUC, Santiago, Chile

(2): Escuela de Diseño PUC, Santiago, Chile

(3): Facultad de Ingeniería Univ. Federico Santa María, Santiago, Chile

(4): Facultad de Ingeniería PUC, Santiago, Chile

(5): Servicio de Urología Hosp. Salvador, Santiago, Chile

(6): Escuela de Diseño Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

(7): Departamento de Urología Univ. de Chile, Santiago, Chile

Introducción

De acuerdo con el análisis de datos demográficos, prevalencia de disfunción eréctil, proporción de pacientes que consultan, tasa de pacientes no respondedores a iPD5 y el número de Implantes de Pene (IP) efectivamente instaladas en los últimos 10 años, se estima que solo el 0.017% de los hombres candidatos a IP, finalmente accede a una. El objeto de este trabajo es analizar las potenciales causas detrás de esta baja demanda por este tipo de tratamiento.

Material y métodos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en Chile a: médicos que regularmente implantan prótesis de pene, distribuidores de implantes de pene y pacientes portadores de implantes maleables e inflables.

Resultados

Se entrevistaron 25 Urólogos y a 7 distribuidores de IP en Chile, el 95% de los entrevistados coincidía en que el número de implantes actualmente instalados impresiona ser mucho

menor que la demanda potencial, respecto de los motivos que podrían explicar la baja demanda las causas más mencionadas fueron (urólogos/distribuidores): alto costo / ausencia de cobertura (95%/85%), desconocimiento en población general (67%/100%), limitaciones de los dispositivos y de la técnica quirúrgica (40%/30%). Se entrevistaron 30 pacientes portadores de implantes de pene, 15 maleables y 15 inflables. La proporción de hombres satisfechos de haberse operado fue de un 93% para inflables y de un 86% para maleable. Respecto de los motivos que podrían explicar la baja demanda las causas más mencionadas por los pacientes fueron: alto costo y ausencia de cobertura (85%) y el desconocimiento en población general (90%).

Conclusiones

De acuerdo a la opinión de los principales actores de la cadena de valor de las implantes de pene, los motivos que explican la baja demanda en Chile son múltiples, siendo los más relevantes el alto costo, la falta de cobertura del dispositivo propiamente tal de parte de las aseguradoras públicas y privadas, el desconocimiento en población general de los implantes de pene como solución a la disfunción eréctil y problemas de usabilidad y diseño de los implantes. Todos estos problemas representan oportunidades de mejora para disminuir la brecha entre la demanda real y la potencial en los implantes de pene en Chile.

P34) USO DE PET-CT/PSMA EN HOSPITALES DE LA QUINTA REGIÓN

Rojas, M.(1); Vejar, N.(1); Baumann, B.(2); Fassler, E.(1); Venegas, J.(1);

(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

(2): Servicio de Urología, Hospital de Quilpué, Viña del Mar, Chile

Introducción: El PET-CT/PSMA ha demostrado ser superior a la imagenología convencional(IC) en etapificación primaria. Si bien guías internacionales apoyan su uso en pacientes de alto riesgo, su utilidad, rendimiento e impacto aún están siendo evaluados. El objetivo de este trabajo caracterizar el uso de PET-CT/PSMA en etapificación primaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo multicéntrico. Se analizaron las siguientes variables: Motivo de indicación de PET-CT/PSMA, tasa de positividad para diseminación, tasa de positividad según APE e ISUP para etapificación primaria y concordancia con IC. **Resultados:** Se evaluaron un total de 69 casos, de los cuales 47 contaban con IC previo al examen. Los motivos de solicitud del examen fueron 44 casos por alto riesgo con IC negativa, 22 por IC dudosa, 2 casos por localmente avanzado y 1 por riesgo intermedio. El porcentaje de positividad global fue de 63.7%. Al estratificar pacientes según APE, la tasa de positividad fue de 66.6%(4), 36.8%(7) y 72.2%(34) para APE <10, 10-20 y >20 respectivamente. Al estratificar según ISUP, la tasa de positividad fue de 50%(4), 62.5%(5), 60%(6), 79%(19) y 57.8%(11), para ISUP 1, 2, 3, 4 Y 5 respectivamente. De los pacientes con IC previo al examen, la tasa de positividad fue de 60%(9) en pacientes con IC negativa, en IC dudosa un 88%(15), y 86%(13) en pacientes con IC positiva. La tasa de positividad según motivo de solicitud de PET-

CT/PSMA fue de 61.3%(27) para alto riesgo, 68.1%(15) para IC dudosa y 100%(2) para localmente avanzado. **Conclusión:** En 29% de los casos se solicitó PET-CT/PSMA sin IC previa, actualmente hay limitada evidencia que apoye este tipo de conducta. Nuestra tasa de positividad según APE e ISUP no fueron completamente concordantes con lo descrito en series internacionales, probablemente debido al tamaño de la muestra. En paciente con IC negativa, el examen resultó positivo en un 60%(9), y en paciente con IC dudosa hubo una alta tasa de positividad cercana al 90%. El PET-CT/PSMA se encuentra actualmente disponible para etapificación primaria, sin embargo, faltan protocolos para estandarizar su uso, y se debe tener presente la limitada evidencia que respalda el modificar manejos en base a imagenología molecular.

P35) RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE NEFRECTOMÍA RADICAL CON TROMBECTOMÍA TUMORAL EN EL CÁNCER RENAL LOCALMENTE AVANZADO

Martinez Molina, N.(1); Urrutia Arteaga, C.(1); Castillo, J.(1); Castillo, R.(1); Gonzalez, M.(1); Robles, J.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Un 4 a 10% de los Cáncer Renales (CR) se presentan con extensión venosa renal (VR) y a vena cava inferior (VCI), en forma de trombo tumoral, lo cual cambia el pronóstico oncológico y su plan de manejo quirúrgico. Nuestro objetivo es mostrar la experiencia en el manejo multidisciplinario del cáncer renal asociado a trombo con sus resultados a corto plazo.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CR que presentaron trombo en VR y/o VCI, operados entre enero 2017 y diciembre 2021. La cirugía fue realizada por equipo de Urología con apoyo de Cirugía Vasculosa (Nivel II), Hepato-biliar (Nivel III y IV) o Cardiocirugía (Nivel III y IV) dependiendo del nivel. Las complicaciones postoperatorias fueron definidas según clasificación Clavien–Dindo.

Resultados:

Se identificaron 10 pacientes. La edad promedio fue 60 años (47-68). La etapificación TNM fue T3a en 6 casos , T3b en 3 casos y T3c 1 caso. En cuanto al compromiso de trombo , seis pacientes presentaron trombo Nivel I , dos Nivel II, uno Nivel III y uno Nivel IV (hasta aurícula). Se presentaron complicaciones en 40% (4/10), siendo la mayoría de baja complejidad (Clavien 2=3 / Clavien 4=1 (Nivel IV)) . No hubo mortalidad perioperatoria hasta los 3 meses. La mediana de estadía hospitalaria fue XX (IQR: 4-46 días).

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del CR asociado a trombo puede realizarse de forma segura, incluso en casos más complejos donde un apoyo multidisciplinario permite optimizar los resultados perioperatorios.

P36) FRECUENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO MEDIANTE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA LÁSER

Martinez Molina, N.(1); Urrutia, C.(1); Henriquez, D.(1); Soto, S.(1); Valdevenito, J.(1); Acevedo, C.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El diagnóstico incidental de cáncer de próstata en el contexto del tratamiento endoscópico de patología benigna puede alcanzar valores promedio de 6 a 10 % según series internacionales. La mayoría de estos casos suelen ser de bajo riesgo de progresión. El objetivo de este trabajo fue describir la tasa de cáncer de próstata incidental (CaPi) y determinar factores predictores de su detección en pacientes tratados por Crecimiento Prostático Benigno (CPB) mediante enucleación endoscópica con Holmium (HoLEP) o Thulium (ThuLEP).

Materiales y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de base de datos multicéntricos desde Julio 2017 a Agosto 2022 sometidos a enucleación endoscópica con láser de Holmium o Thulium. Se definió CaPi como el hallazgo en biopsia post operatoria en pacientes sin sospecha clínica de CaP. Se analizaron los datos utilizando software Jamovi 1.6.23.

Resultados

Se identificaron 200 casos de pacientes operados por CPB, con una edad promedio de 64 años. Un 30 % de los pacientes fue evaluado por RNM multiparamétrica previo a la cirugía por un APE elevado y en la mayor se informó un PI-RADS 2. La incidencia de CaPi fue de un 2,5% (5 / 200). En los pacientes que no presentaron CaPi en la biopsia post enucleación la mediana de APE prequirúrgico fue de 3.97 (RIC 2.1-6.3) mg/dl y el post quirúrgico mediana 0.7 ng/ml, la disminución relativa fue del 84%. En los casos de CaPi se observa un APE prequirúrgico mediana 19 (RIC 8.7-32) mg/dl y post quirúrgico mediana 0.15 ng/dl con una disminución relativa menor (61 %). Adicionalmente un caso cuya biopsia fue negativa, en controles posteriores fue diagnosticado con cáncer de próstata y tratado con PRR sin incidentes.

Conclusiones

Se observa un bajo porcentaje de pacientes con CaPi en nuestra serie. La disminución proporcional del antígeno postquirúrgico impresiona ser menor en los pacientes con CaPi. Probablemente se necesita mayor número de casos y mayor tiempo de seguimiento para una interpretación más adecuada.

P37) MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR GERMINAL EN CHILE. ¿ES TAN ALTA COMO CREEMOS? EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE REGIÓN

Pieressa, N.(1); Rebolledo, F.(1); Colipi, P.(1); Arriagada, B.(1); Cárdenas, F.(1); Vega, F.(1); Lara, C.(1); Urrutia, S.(2); Valenzuela, R.(2); Gorena, M.(2); Lobos, C.(2); Orio, M.(2); Affeld, F.(2); Rodríguez, J.(2); Chodowiecki, A.(2);
(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
(2): Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: Es sabido que el cáncer de testículo es uno de los cánceres con mejor pronóstico, incluso cuando se encuentra diseminado. El año 2018 Chile estuvo en primer lugar de mortalidad por cáncer de testículo y el 2020 en sexto lugar, según la base de datos mundial Globocan. Ya que el acceso y cobertura de tratamiento para cáncer testicular en Chile es garantizado por GES, estas cifras llaman la atención y diferentes explicaciones a este fenómeno han empezado a surgir. El objetivo de este trabajo es exponer la epidemiología de un hospital en Región y contrastarla con experiencias nacionales y literatura internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron todos los pacientes dentro de los registros del GES para cáncer testicular germinal en un centro de región de Chile entre los años 2007-2017.

Se comparó la información obtenida a partir de registros de defunción del Registro Civil con los registros de la ficha clínica. Se estudió estadio tumoral, tipo histológico, causa de defunción y tratamiento recibido.

RESULTADOS: Del total de 342 pacientes, 23 fallecieron según certificado de defunción por cáncer testicular. La letalidad total fue de 5.8% en aquellos que recibieron tratamiento. Al revisar la ficha clínica, el 17.4% habrían realmente fallecido por otras causas, encontrándose en remisión por su cáncer testicular. Aquellos pacientes fallecidos en etapas precoces lo hicieron por mala adherencia o rechazo de tratamiento. De aquellos fallecidos, el 60% se encontraba en etapa III al diagnóstico.

CONCLUSIONES: Considerando que la mayoría de los pacientes que fallecen por cáncer testicular lo hacen dentro de los primeros 5 años, las tasas de letalidad de nuestra serie son concordantes a la literatura nacional e internacional, sin encontrarse valores que expliquen una mayor mortalidad en Chile respecto a otros países. Un porcentaje importante de fallecidos (17.4%) se encuentran mal registrados en el Registro Civil. Este estudio apoya la hipótesis de estudios nacionales previos que muestran que la mortalidad nacional no sería tan alta como lo que reporta Globocan. Algunas de las causas de mortalidad detectadas en la serie son mal registro en certificado de defunción, consulta tardía y mala adherencia a terapia.

P38) CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL ≥ 2 CM

Guerrero, P.(1); Urrea, F.(1); Salvadó, J.(2); Cabello, J.(2); Ascorra, S.(1); Parada, V.(1);
(1): Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Urología, Clínica Santa María, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La nefrolitotomía percutánea es considerada el gold standard para el tratamiento de los cálculos renales grandes (≥ 2 cm), con Stone Free del 76%, pero con el riesgo de complicaciones graves, tales como lesión pleural, víscera hueca, sangrado, sepsis y muerte. Durante la última década, se ha reportado un incremento en el uso de la cirugía retrógrada intrarrenal (CRIR) en cálculos ≥ 2 cms con altas tasas de Stone Free, menos complicaciones perioperatorias y una curva rápida de aprendizaje. Este trabajo expone nuestra experiencia de CRIR en el manejo de cálculos renales ≥ 2 cm.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó 49 pacientes con litiasis renal ≥ 2 cms intervenidos entre Septiembre 2013 hasta Mayo 2022, bajo anestesia general, con vaina de acceso ureteral y ureteroscopia flexible descartable, utilizando fibra láser 272 y Láser de Holmium de alta potencia. Las variables demográficas a describir fueron la edad, género, ASA, comorbilidades, uso de anticoagulantes y/o antiagregantes, inmunosupresores y tratamiento de litiasis previa. Las variables de las litiasis consideradas fueron el tamaño, cantidad, lateralidad, localización, unidades de Hounsfield, presencia de variantes anatómicas y stent ureteral previo. Para el desempeño quirúrgico se consideró tiempo operatorio, exposición a radiación, tasa de stone free, necesidad de stent ureteral, días de hospitalización, segundo tiempo quirúrgico y complicaciones según escala clavien dindo. Se definió Stone Free la presencia de fragmentos litiásicos residuales ≤ 2 mm.

RESULTADOS

El promedio de tamaño de las litiasis tratadas fue de 25 mm (20mm - 48mm). La localización más frecuente fue la pelvis renal (51%) seguida del cáliz inferior (22,5%). Frente al tratamiento inicial (CRIR), la tasa de stone free reportada fue del 80%. Las complicaciones perioperatorias se reportaron en el 4% de los casos, correspondientes a 2 pacientes, siendo uno de ellos una complicación no relacionada con la cirugía .

CONCLUSIÓN

Actualmente gracias a los avances tecnológicos y la incorporación de láser de alta potencia, CRIR emerge como una alternativa factible para el tratamiento de litiasis renal ≥ 2 cm, teniendo a su favor los beneficios de una cirugía endoscópica y la baja tasa de complicaciones severas con esta técnica.

P39) INFECCIÓN URINARIA PERSISTENTE DOCUMENTADA MEDIANTE PCR BACTERIANO DE LA PELVIS RENAL DE UN RIÑÓN NATIVO EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: CASO CLÍNICO.

Troncoso, P.(1); Benítez, A.(2); Garcia, P.(1); Rojas, L.(1);

(1): HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, SANTIAGO, CHILE

(2): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, SANTIAGO, CHILE

INTRODUCCIÓN:La infección urinaria (ITU) del paciente trasplantado renal es una complicación frecuente, pudiendo comprometer la función del injerto. El diagnóstico usualmente es mediante urocultivo e imágenes, sin embargo, esto no siempre permite localizar anatómicamente la infección. La ITU persistente del riñón nativo es infrecuente, por lo que el estudio y tratamiento se basa en experiencias locales y casos reportados. La utilización de la técnica de PCR bacteriano es muy poco frecuente en el estudio de ITU, sin embargo, ha sido útil para manejo de infecciones de difícil diagnóstico.

CASO CLÍNICO:Paciente de 48 años, monorreno izquierdo, sin antecedentes de ITU previa y oligoanúrico pre-trasplante. Posterior al trasplante presenta ITU recurrente con urocultivos persistentemente positivos a *K.pneumoniae* BLEE. Requirió varias hospitalizaciones por esta causa, asociada a deterioro transitorio de la función renal. Se estudió con TAC y RM de la vía urinaria, cistoscopia y estudios de vaciamiento vesical sin demostrar una causa clara de persistencia, ni el origen en el injerto. En un pielotAC solo se apreciaron pequeños cálculos en riñón nativo. Con esta información, se obtuvo, mediante cateterismo ureteral por cistoscopia, una mínima muestra de orina de la pelvis del riñón nativo. Esta muestra fue analizada mediante PCR bacteriano universal confirmando la colonización del riñón nativo. Se realizó la nefrectomía total con evolución favorable del paciente y sin nuevos episodios de ITU clínica ni microbiológica.

DISCUSIÓN:La ITU recurrente en pacientes trasplantados tiene baja prevalencia, pudiendo originarse en la vía urinaria baja, el injerto o riñón nativo. La identificación del sitio anatómico infectado es fundamental para definir el manejo. Los agentes etiológicos son similares a los encontrados en infecciones de pacientes no trasplantados, con microbiología emergente multirresistente, de mayor virulencia, que plantea dificultades adicionales en estos pacientes, pudiendo afectar el pronóstico funcional y la sobrevida del injerto. La PCR universal permite la identificación y caracterización del microorganismo utilizando muestras pequeñas como la descrita en este caso.

CONCLUSIONES:La obtención de orina directa de la pelvis renal analizada con PCR bacteriano universal fue fundamental para la resolución del caso, sin embargo, estas medidas señaladas son rara vez utilizadas para el estudio de ITU recurrente.

P40) FRACTURA DE PENE: URGENCIA UROLÓGICA EMERGENTE EN NUESTRA COMUNA

Donoso Vasquez, R.(1); Ugarte Lavarello, D.(2); Valverde Meyer, I.(2); Narvaez Fuentes, P.(2); Oporto Uribe, S.(2);

(1): HOSPITAL EL CARMEN, HOSPITAL DIPRECA, SANTIAGO, CHILE

(2): HOSPITAL EL CARMEN, SANTIAGO, CHILE

INTRODUCCIÓN

La fractura del cuerpo cavernoso es una urgencia urológica infrecuente, producida al aplicar fuerza tangencial excesiva al pene en erección, habitualmente durante el coito. El objetivo de este trabajo es describir cuatro casos del año 2021 manejados en nuestro hospital: presentación, resolución quirúrgica y postoperatorio funcional. De nuestro conocimiento esta es la única serie de casos con datos chilenos reportados.

CASOS

Los primeros 3 casos fueron pacientes sin antecedentes, que consultaron en urgencias por trauma genital durante el coito, evolucionando con aumento volumen peneano, dolor y sin dificultad miccional. Se realizó cirugía de urgencia identificando defecto en un cuerpo cavernoso, reparándolo, sin compromiso uretral. Dados de alta a las 48 horas. Al control de los 2 meses todos tenían erecciones sin dificultad. El cuarto caso fue un paciente de 37 años, hipertenso, consultó por trauma genital tras caída a nivel de una bicicleta, evolucionando con dolor y dificultad miccional. En la cirugía se identificó defecto en cuerpo cavernoso y uretra, reparándolos. Presentó micción espontánea y erecciones sin alteraciones al mes.

DISCUSIÓN

La fractura de pene es una emergencia urológica poco frecuente, con incidencia anual de 0.33-1.36 por 100.000 habitantes, con peak a los 40 años. El diagnóstico es clínico, sin necesidad de laboratorio ni imágenes. La historia más frecuente es trauma cerrado durante el coito con pene en erección, un chasquido y consiguiente dolor, destacando pene flácido y hematoma. Generalmente se afecta un cuerpo cavernoso y sin lesión uretral. La exploración quirúrgica es el tratamiento de elección, clásicamente con incisión subcoronal y denudamiento del pene, o incisión longitudinal sobre la lesión. Se drena el hematoma e identifica el defecto en la túnica albugínea para suturarla. El postoperatorio es bien tolerado y permite alta precoz. Realizando una resolución quirúrgica precoz los resultados funcionales de erección suelen conservarse, evitando disfunción eréctil, dolores crónicos y curvaturas del pene.

CONCLUSIONES

Si bien es una patología poco frecuente en los servicios de urgencias, se debe tener alta sospecha clínica, evitando exámenes que podrían retrasar su resolución quirúrgica para que tenga mejores resultados funcionales sexuales y menor morbilidad

P41) NEFRECTOMIAS PARCIALES ROBOTICAS: RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS

Donoso Vasquez, R.(1); Gerstmann Venegas, S.(2); Leiva, D.(3); Rojas Crespo, J.(1); Neira Soto, R.(1); Duran Garcia, L.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Kerkebe Lama, M.(1);

(1): HOSPITAL DIPRECA, santiago, Chile

(2): INTERNA MEDICINA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, santiago, Chile

(3): HOSPITAL SAN JUAN, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Cáncer renal es el 2-3% de los cánceres, siendo el tercero más frecuente en urología. Cada vez mas frecuente como hallazgo incidental y precoz. En cT1 el tratamiento de elección es la nefrectomía parcial, la cual puede ser abierta, laparoscópica o robótica. Los márgenes quirúrgicos se han descrito clásicamente como factor de riesgo para recidiva tumoral, aunque controversial. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados oncológicos y funcionales durante el seguimiento de pacientes operados de nefrectomía parcial robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro hospital entre el año 2014 y diciembre 2021 se realizaron 130 nefrectomías parciales robóticas. Se revisaron creatininas pre, postoperatorias y las biopsias. Se realizó seguimiento con escáner de tórax, abdomen y pelvis contrastado a los 3, 6 y 12 meses, luego anual. Se realizó un análisis retrospectivo. Se lograron reclutar 88 pacientes con seguimiento hasta la fecha. Se realizó un análisis descriptivo de variables perioperatorias en cuanto a la funcionalidad renal y resultados oncológicos en el seguimiento.

RESULTADOS: La mediana de edad fue 58 años (31-90 años). La media de creatinina preoperatoria fue 0.95 mg/dl (0.6 – 2.35), y postoperatorio a los 3 meses de 0.9 mg/dl. El tiempo de isquemia fue 11,73 minutos (0 – 46). 92 pacientes T1a (71%) y 24 T1b (18%). 101 (78%) de las biopsias correspondieron a carcinoma de células renales (CRR) de células claras, 5 (4%) CCR papilar, 7 (5%) CCR cromóforo, 9 (7%) angiomiolipomas, 2 oncocitomas y 1 metástasis de adenocarcinoma pulmonar. De los CCRcc, 21 (21%) resultaron fuhrman 1, 82 (81%) fuhrman 2 y 19 (19%) fuhrman 3. Se obtuvieron márgenes positivos en 3 pacientes. La mediana de seguimiento fue 27 meses (12-72). Ninguno con margen positivo tuvo recidiva.

Durante el seguimiento se pesquisarón 5 recidivas en promedio a los 21.6 meses (6-42), 4 fueron locales que se trataron con cirugía y una a distancia tratada con terapia sistémica.

CONCLUSIONES: La experiencia en nuestro centro de nefrectomías parciales robóticas presenta excelentes resultados de preservación de la función renal y resultados oncológicos seguros, con baja tasa de recidiva tumoral y sin mortalidad hasta la fecha.

P42) FACTORES PRONÓSTICOS DE GRAVEDAD E INGRESO A UCI EN PACIENTES CON UROSEPSIS POR URETEROLITIASIS OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.

Navarro Capone, R.(1); Astroza Eulufi, G.(1); Benitez, A.(1); Miranda, A.(2); García, J.(3); Orio, M.(4); Urrutia, S.(4); Muñoz, N.(5); Bernatuil, R.(5); Vivaldi, B.(6); Rubio, G.(2); Narváez, M.(7); Aguila, F.(7);

(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

(2): Clínica Davila, Santiago, Chile

(3): Hospital Regional Coyhaique, Coyhaique, Chile

(4): Hospital Regional Temuco, Temuco, Chile

(5): Hospital Linares, Linares, Chile

(6): Hospital Militar Santiago, Santiago, Chile

(7): Hospital San José, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La ureterolitiasis es la primera causa de pielonefritis aguda complicada. La progresión de estos cuadros suele ser rápida hasta llegar a sepsis e incluso shock en un 20.8% de los casos. Esta progresión determina que múltiples pacientes ingresen a unidades de paciente crítico, aumentando la morbimortalidad. Resulta importante conocer factores pronósticos de severidad con el fin de predecir qué pacientes requerirán ingreso a unidades de mayor complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio caso control de cohorte prospectiva de 7 centros del país. Se incluyó a los pacientes que ingresaban con 2 o más criterios de SIRS secundarios a urosepsis por ureterolitiasis obstructiva en el servicio de urgencias. Los pacientes ingresaron entre enero 2020 y abril 2021. Se registró los antecedentes clínicos de los pacientes. Para análisis se utilizó Chi-cuadrado, correlación de Pearson y test de Mann-Whitney para variables no paramétricas.

RESULTADOS: Se incluyeron 95 pacientes, 26.3% hombres y 73.7% mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 49.8 (16) años. El 20% (n=19) requirió manejo en una unidad de cuidados intensivos. En el análisis univariado el ingreso a UCI se asoció al género masculino (OR 3.4, 1.2-9.7) y a mayor edad ($p < 0.05$, Coef Pearson 0.3). Las variables DM

(p=0.5), HTA (p=0.3), tamaño del cálculo (p=0.7) y valor de proteína-c-reactiva en sangre (p=0.06) no se asociaron con el ingreso a UCI.

CONCLUSIONES: Dentro de los pacientes que ingresan con sepsis objetivada por ureterolitiasis obstructiva, los factores de riesgo para tener una evolución tórpida y requerir ingreso a UCI son el ser hombre y tener más edad. Comorbilidades como diabetes e hipertensión no se asocian a la necesidad de UCI. Se hace relevante buscar un mayor número de predictores en análisis de sangre que sirvan como predictores de evolución tórpida.

P43) RESOLUCIÓN DE URETEROLITIASIS EN PACIENTES INGRESADOS CON SEPSIS DE FOCO URINARIO. COMPARACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN HOSPITALES PÚBLICOS VERSUS CENTROS PRIVADOS: ¿EXISTE INEQUIDAD?

Astroza Eulufi, G.(1); Navarro Capone, R.(1); Benitez, A.(1); Miranda, A.(2); García, J.(3); Orio, M.(4); Urrutia, S.(4); Muñoz, N.(5); Bernatuil, R.(5); Vivaldi, B.(6); Rubio, G.(2); Narváez, M.(7); Aguila, F.(7);

(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

(2): Clínica Davila, Santiago, Chile

(3): Hospital Regional Coyhaique, Coyhaique, Chile

(4): Hospital Regional Temuco, Temuco, Chile

(5): Hospital Linares, Linares, Chile

(6): Hospital Militar Santiago, Santiago, Chile

(7): Hospital San José, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La urosepsis es un cuadro grave, estimándose la mortalidad hasta 20-40%. La ureterolitiasis es de las etiologías más frecuentes. En estos casos el manejo adecuado es fundamental en el desenlace, siendo el drenaje de la vía urinaria asociado al uso de antibióticos la terapia recomendada. Posteriormente debe resolverse el cálculo y evitar las complicaciones asociadas al catéter doble J o nuevas infecciones.

Nuestro objetivo es comparar los tiempos de drenaje y de resolución de litiasis entre instituciones públicas y privadas de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS: Cohorte prospectivo de 7 centros del país. Se incluyó a los pacientes que ingresaron por urosepsis a través del servicio de urgencias de cada centro. Se recopiló información de pacientes ingresados entre enero de 2020 y abril de 2021. Se registraron antecedentes clínicos e información de cirugías. Para los análisis estadísticos se utilizó el método Kaplan Maier con test de Wilcoxon.

RESULTADOS: Se incluyeron 110 pacientes (68% mujeres y 32% hombres) de los cuales el 60% (66) fueron atendidos en hospitales dependientes del sistema público de salud y el 40% restante en centros privados. Un 86% objetivó al ingreso 2 o más criterios de SIRS según SEPSIS 2 y 18% requirió manejo en unidades de cuidados intensivos. Todos los drenajes se realizaron a través de catéter doble J. Los pacientes pertenecientes al sistema público

tardaron en promedio 2.03 (0.3) días en ser drenados contra un promedio de 0.43 (0.1) días en el sistema privado ($p < 0.05$). La resolución de la patología litiásica en el sistema público se llevó a cabo a los 77.7 (9.5) días, en comparación de un promedio de 38.8 (9.6) días en el sistema privado ($p < 0.05$). Al comparar el drenaje de los pacientes de ambos sistemas que requirieron ingreso a UPC no existió diferencia en los tiempos ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES: Al comparar pacientes con urosepsis atendidos en el sistema público y el sistema privado se evidencia que el tiempo al drenaje de la vía urinaria fue significativamente mayor en los pacientes del sistema público, al igual que en la resolución final del cuadro.

P44) PARAFIMOSIS: UNA URGENCIA UROLÓGICA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE VIRUELA DEL MONO. REPORTE DE CASO.

Hurtado, J.(1); Espinoza, C.(2); Sánchez, R.(3); Vergara, G.(3); Ledos, L.(3); Castro, E.(3); Pfeifer, J.(4);

(1): Médico Cirujano, Hospital De Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

(2): Interna Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(3): Urólogo, Hospital De Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

(4): Uróloga, Hospital De Urgencia Asistencia Pública, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción: La viruela símica (VM) es una zoonosis vírica declarada emergencia de salud desde el 23 de Julio del 2022. El cuadro clínico incluye síntomas inespecíficos y lesiones cutáneas que afectan principalmente la región anogenital (74%). Recientemente se ha descrito la presentación con edema peneano (15.7%), con pocos estudios de complicaciones asociadas. El objetivo de este trabajo es reportar una presentación infrecuente en VM como parafimosis, dado su característica de urgencia urológica.

Caso clínico: Paciente de 49 años, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta por cuadro de 7 días de evolución de edema peneano que luego se asocia a lesiones vesiculares en región genital, previo a consultar presenta exacerbación de edema genital y dolor intenso. Al examen físico destacan lesiones vesiculares y ulceradas con aumento de volumen en base del glande, y dolor a la palpación. Evaluado por urología, se constatan hallazgos compatibles con parafimosis. Se realiza bloqueo peneano y posterior reducción. Por sospecha de VM se solicita toma de muestra de lesiones cutáneas, confirmando el diagnóstico y completando aislamiento en domicilio.

Discusión: La importancia de la VM radica en la alerta sanitaria por incremento de casos pero con baja letalidad (3-6%). Transmitida de animal-humano o humano-humano por contacto con lesiones cutáneas, gotitas o fómites. Afecta principalmente hombres homosexuales o bisexuales (98%), con edad media de 38 años. Presenta síntomas como fiebre (62%), letargo (41%), mialgia (31%) y cefalea (27%), precediendo a la erupción cutánea que progresa a lesiones vesiculopustulosas en área anogenital. El diagnóstico es con reacción de polimerasa en cadena (PCR) de lesiones cutáneas. Estudios recientes, describen edema genital como

presentación infrecuente de VM, cuya importancia radica en descartar una complicación de urgencia como es la parafimosis, sin estudios que describan su incidencia en VM.

Conclusión: El edema genital es una presentación clínica infrecuente en VM, escasos estudios describen parafimosis como complicación. Dado la urgencia con la que debe ser resuelta, resulta relevante dar conocimiento de esta presentación a fin de que se realice una sospecha temprana para una notificación oportuna e inmediata, disminuyendo así mismo la propagación del virus y la probabilidad de casos no detectados.

P45) COMPLICACIONES DE CONDUCTO ILEAL VERSUS URETEROSTOMÍA CUTÁNEA EN CISTECTOMÍA DE URGENCIA.

Urzúa Salas, R.(1); Sarmiento Arancibia, V.(1); Rojas Ossa, V.(1); Gómez Marín, J.(1); Puga Vidal, A.(1); Cerda Sepúlveda, V.(1); Kirmayr Zamorano, M.(1); Saenz Schuffeneger, S.(1); Escobar Urrejola, S.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Luego de una cistectomía es mandatorio la realización de una derivación urinaria. Esta puede involucrar manipulación intestinal y anastomosis que podrían ser responsables de una mayor cantidad de complicaciones. En la literatura existe escasa evidencia respecto a cómo influye el tipo de derivación en cistectomías de urgencia. El objetivo de este estudio es caracterizar a los pacientes que fueron a cistectomías no electivas y describir los resultados respecto a complicaciones según el tipo de derivación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva en que se revisaron los datos de cistectomías en un servicio hospitalario entre enero/2016 y julio/2022. Se incluyeron pacientes en que se realizó cistectomía no electiva, definida como la indicada en hematuria significativa, incontrolable con métodos endoscópicos y/o que requieren transfusiones masivas. Se recolectaron datos sobre características nutricionales, características de la cirugía, y complicaciones postoperatorias relacionadas a la derivación urinaria según Clavien-dindo, agrupándolas en complicaciones totales y en graves (mayor a IIIB). Se comparó según el tipo de derivación.

RESULTADOS

De un total de 42 cistectomías realizadas, se consideraron 12 de urgencias (35%). A 9 se les realizó ureterostomía cutánea y a 3 conducto ileal. Respecto a la desnutrición, se

encontraban bajo el rango de normalidad según albúmina un 41,67% del total, 33,33% en el grupo de conducto ileal y 44,44% en ureterostomía cutánea. Las complicaciones totales en ambos grupos fue de 58,3%, en el grupo de ureterostomía cutánea de 55,5% y en el de conducto ileal de 66,6%. Complicaciones graves se presentaron en un 16,6% en ambos grupos, 0% en el grupo de ureterostomía cutánea y en un 66,6% en el grupo de conducto ileal. Ureterostomias cutáneas presentaron 5 complicaciones infecciosas, ninguna grave. En conducto ileal se presentaron 2 complicaciones graves, ambas filtración de anastomosis intestinal.

CONCLUSIÓN

Los pacientes sometidos a cistectomía de urgencia con conducto ileal tuvieron mayor tendencia a presentar complicaciones graves, a pesar de tener mejor estado nutricional. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para mejor poder estadístico.

P46) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA CON CARCINOMA UROTELIAL CON VARIANTES HISTOLÓGICAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO.

Urzúa Salas, R.(1); Sarmiento Arancibia, V.(1); Rojas Ossa, V.(1); Puga Vidal, A.(1); Gómez Marín, J.(1); Cerda Sepúlveda, V.(1); Kirmayr, M.(1); Escobar Urrejola, S.(1); Saenz Schuffeneger, S.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El manejo del cáncer de vejiga de etiología urotelial convencional está bien definido, pero es menos claro respecto a aquellos que tienen variantes histológicas. Esto representa un gran desafío por su baja frecuencia y dificultad en el diagnóstico histopatológico. La evidencia actual lo ha asociado a peores resultados oncológicos, además al igual que en los puramente uroteliales, se ha comenzado a dar importancia a la quimioterapia neoadyuvante. El objetivo de este estudio es caracterizar los pacientes con cáncer de vejiga con variantes histológicas, su manejo y conocer sus resultados oncológicos versus carcinoma urotelial convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, donde se revisaron los datos de todas las cistectomías radicales realizadas entre enero/2016 a julio/2022 en un centro hospitalario. Se determinaron las

características epidemiológicas, histología en RTU-V diagnóstica, administración de quimioterapia neoadyuvante e histología de las piezas operatorias de cistectomía. Se determinó la sobrevida general del grupo con carcinoma urotelial convencional versus con variantes.

RESULTADOS

Se realizaron 42 cistectomías radicales, edad promedio de 68,2 años. 29 (69,1%) tuvieron histología carcinoma urotelial convencional en RTU-V diagnóstica, y 13 (30,9%) variantes histológicas, de los cuales 6 tenían diferenciación escamosa, 4 diferenciación sarcomatoide y 3 diferenciación neuroendocrina. Del total, 17 (40,5%) fueron T1, 24 (57,1%) T2 y 1 (2,4%) Ta irresecable endoscópicamente. Respecto a quimioterapia neoadyuvante, 22 pacientes (75,9%) con carcinoma urotelial y 6 (46,4%) con variantes histológicas la recibieron. En cuanto a la sobrevida un 46% y un 50% de los pacientes han fallecido en la actualidad en el grupo de carcinoma urotelial y variantes histológicas respectivamente, con supervivencia media de 20 meses en el grupo de variantes, y 41 meses en el puro urotelial. Entre ambos grupos existió un HR de 1,46 con mayor probabilidad de morir al tener variedad histológica, pero no siendo estadísticamente significativo (P 0,568).

CONCLUSIÓN

Resultados similares a la literatura, con menor indicación de quimioterapia neoadyuvante en variedades histológicas, lo cual podría cambiar en los próximos años con la evidencia emergente. Además peor pronóstico oncológico de los pacientes con variantes en cuanto a mortalidad, no estadísticamente significativo. Tener en consideración el bajo tamaño muestral.

P47) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE

Urrutia Varela, S.(1); Navarrete L, M.(1); Pieressa P, N.(1); Rebolledo O, F.(1); Colipi V, P.(1); Arriagada R, B.(1); Cárdenas M, F.(1); Vega S, F.(1); Lara G, C.(1); Valenzuela V, R.(1); Gorena P, M.(1); Lobos S, C.(1); Orio A, M.(1); Affeld P, F.(1); Inzunza N, J.(2); Chodowiecki G, A.(3); Rodriguez T, J.(3);

(1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

(2): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

(3): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga corresponde a una patología que se presenta entre el 70 y 75% de los casos en etapas localizadas. Los factores ambientales son importantes determinantes de la incidencia y agresividad de la enfermedad. En nuestra región no existe información reciente que permita caracterizar la epidemiología local de la enfermedad ni determinar la respuesta en etapa no musculoinvasora. Los objetivos principales es determinar el porcentaje de paciente con cáncer de vejiga no musculoinvasor al diagnóstico y establecer las tasas de recurrencia y progresión de los pacientes con indicación de BCG.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Confección de base de datos con pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga entre enero del año 2017 y Julio de año 2021.

RESULTADOS: En el periodo descrito de diagnosticaron un total de 136 pacientes con cáncer de vejiga de los cuales 67% (n=91) eran de sexo masculino y 33% (N=44) sexo femenino. La edad promedio al diagnóstico fue de 68 años (39-93). Se encontraron 9 pacientes con registro incompleto que no permite análisis de resultados oncológicos y 5 pacientes con tumores uroteliales de tracto superior excluidos. 75% (n=91) presentaba cáncer de vejiga no musculoinvasor y 25% (n=31) correspondían a musculo invasor al diagnóstico. El 98% corresponde a carcinoma urotelial destacando un paciente con carcinoma indiferenciado y 3 con carcinoma epidermoide. Los paciente con cáncer de vejiga no músculo invasor presentaban al diagnóstico un 5,5% carcinoma in situ, 51% lesiones pTa, y 42% pT1. Un 63% de los paciente recibió BCG entre 1 a 3 años recurrencia de 24% y progresión en 5% de los casos.

Conclusiones: En la serie descrita se presenta un porcentaje de pacientes con cáncer de vejiga no musculo invasor similar a lo descrito en la literatura. Las tasas de recurrencia y progresión de los pacientes tratados con BCG son menores a lo descrito en la literatura.

P48) SEGURIDAD Y EFICACIA EN ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER EN PRÓSTATAS MAYORES DE 150CC

Soto Monsalve, S.(1); Urrutia, C.(1); Nagel, M.(1); Henriquez, D.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El manejo quirúrgico recomendado para próstatas sobre 150cc tradicionalmente ha sido la adenomectomía abierta. La enucleación endoscópica de la próstata (EEP) se ha incorporado en los últimos años en el manejo de este grupo de pacientes

en las guías americanas de urología debido a su menor morbilidad con resultados comparables a la técnica tradicional.

El objetivo de este trabajo fue comparar resultados perioperatorios y complicaciones en pacientes tratados con EEP en próstatas mayores a 150 cc vs próstatas menores a 150cc

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes tratados con EEP entre mayo 2016 y agosto 2022. Se identificaron pacientes cuyo volumen prostático era mayor a 150cc por ecotomografía pélvica y/o resonancia magnética. Se compararon los resultados perioperatorios y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo entre los grupos. Se analizaron los datos usando pruebas no paramétricas con el Software Jamovi 1.6.23.

Resultados: Se identificaron un total de 215 EEP. de los cuales 31 (14%) corresponden a próstatas sobre 150cc y 184 (86%) a próstatas menores de 150 cc. En el grupo de próstatas sobre 150cc el volumen promedio fue de 178 cc (151-245cc). Ambos grupos fueron comparables en la edad, flujometría preoperatoria y sintomatología preoperatoria. Los pacientes con próstatas sobre 150cc tuvieron un APE mayor (15 vs 5 ng/ml, $p < 0.05$). En cuanto a resultados intraoperatorios los pacientes con próstatas sobre 150cc presentaron un tiempo operatorio más prolongado (138 vs 111 minutos, $p < 0.05$) y un mayor tejido enucleado (80 vs 51 gramos, $p < 0.05$). En cuanto a los resultados postoperatorios, no se observaron diferencias en los días de hospitalización, días de catéter urinario y requerimiento de transfusiones. En cuanto a las complicaciones no hubo diferencias entre las próstatas de mayores y menores de 150cc (6,4 vs 8,6%), siendo la mayoría Clavien-Dindo menor a 3

Conclusión: EEP es una técnica factible y segura en próstatas sobre 150cc, cuya morbilidad es comparable al realizar EEP en próstatas de menor tamaño.

P49) IMPLEMENTACION DE TELEMEDICINA ASINCRONICA PARA UROLOGIA EN RED PÚBLICA DE ÑUBLE

Gebauer, S.(1); Viñuela, J.(1); Irusta, G.(1); Riveri, R.(1); Hernandez, S.(1); Gil, G.(1); Espinoza, A.(1); Arias, A.(1); Carvajal, D.(1); Kramm, J.(1);

(1): HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN, CHILLAN, CHILE

Introducción

La utilización de la telemedicina como herramienta de manejo de la problemática de salud pública se ha planteado hace varias décadas, pero en Chile la pandemia nos empujó a su uso en forma violenta, de las opciones vigentes la telemedicina asincrónica nos pareció una buena forma de enfrentar nuestra problemática. El año 2019 el servicio de urología tenía una de las listas de espera más abultada de Ñuble, por lo que se implementó la estrategia de usar una plataforma de telemedicina asincrónica para lograr resolver este problema y dar mejor prioridad en la atención, realizando educación continua y generando equidad en la atención de los usuarios.

Material y método

Se utiliza el modelo de gestión del cambio y las bases del modelo de atención integral de salud de atención primaria para lograr implementar la telemedicina asincrónica en la red de salud pública de la región de Ñuble, sin ser un programa ministerial.

Resultados

Lista de espera de servicio de urología de HCHM tenía 2625 Interconsultas el 1 de enero del 2019 el 26 de septiembre del 2022 tiene 32 interconsultas fuente de referencia SIGTE.

30% de interconsultas son catalogadas prioridad alta, atendidas en 58 días promedio, 42% en categoría prioridad media atendidas en 168 días promedio y 28% prioridad baja atendidas en 296 días promedio.

Conclusión

La implementación de una plataforma de telemedicina asincrónica en una especialidad quirúrgica, para dar respuesta y orientación, además de priorización a tiempo real, es una excelente opción para enfrentar las enormes listas de espera de los servicios quirúrgicos de salud del país.

En estos 3 años, desde la implementación de la estrategia hemos logrado el compromiso de los médicos generales, equipo administrativo del hospital y Somes de atención primaria y algunos directivos del hospital y servicio de salud Ñuble.

P50) COMPOSICIÓN LITIÁSICA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA INFRARROJA (FTIR). ANÁLISIS DE RESULTADOS LOCALES DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.

Brusoni, S.(1); Navarro, R.(1); Morales, M.(2); Rodríguez, D.(3); Astroza, G.(4);

(1): Residente Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(3): Residente Laboratorio Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(4): Urólogo, Departamento de Urología, Pontificia Universidad católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La urolitiasis es frecuente y recurrente. El análisis de composición de la litiasis permite orientar el manejo. La FTIR es una de las técnicas validadas para este fin. Según reportes las litiasis más frecuentes son cálcicas (83,4%): Oxalato de calcio (CaOx) (67%) fosfato de calcio (FCa) (16%), luego Ácido Úrico (AU) 8,3%, Estruvita (3%), Cistina (0,5%) y otros. Hombres tienen mayor incidencia de AU y CaOx y mujeres más cálculos infecciosos y de FCa. Según edad CaOx es más frecuente en todos: aumentando gradualmente hasta 60 años. FCa disminuye progresivamente con la edad. La evidencia local en este ámbito es escasa. Objetivo: Reportar la composición de cálculos urinarios analizados por FTIR desde su implementación en nuestro centro.

MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo. Análisis retrospectivo de estudios FTIR en nuestra institución desde su implementación. Se obtuvieron datos del laboratorio clínico: edad, género, tipo de cálculo según predominancia (>50% del compuesto principal (CaOx, FCa, AU, Estruvita, otros y mixtos). Se analizaron subgrupos según sexo, grupo etario y tipo de cálculo. Análisis estadístico con el programa SPSS.

RESULTADOS: Se incluyen 1914 cálculos. Edad promedio fue 49,5 años (18-97), 61,2% hombres y 38,8% mujeres. 75,6% CaOx, 14,8% AU, 5,2% FCa, 0,9% Estruvita, 1,1% otro compuesto y 1,9% mixtos. En ambos géneros CaOx fueron mayoría: 74,8% hombres, 77,7% mujeres. Hombres tenían mayor incidencia de cálculos AU 20% vs 6,5% mujeres ($p < 0,001$). FCa y estruvita mujeres tenían mayor incidencia 9,8% vs 2,3% y 1,8% vs 0,25% respectivamente comparados con hombres ($p < 0,001$). Al separar por grupo etario G1: 18 a 30= 9,6%, G2: 30 a 45= 32,2%, G3:45 a 60= 33%, G4: > 60= 25%. La litiasis más frecuente en todos fue CaOx. Los cálculos FCa evidenciaron disminución según edad G1 8,2%, G2 8,9%, G3 3,2% y G4 2,3% ($p < 0,001$). Cálculos de AU mostraron aumento según edad: 2,2% G1, 7% G2, 15,2% G3, 29,4% G4 ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN: Nuestra serie se comporta de manera similar a estudios de países desarrollados. Los resultados se mantiene en análisis de subgrupos.

P51) ABORDAJE COMBINADO TIPO RENDEZ-VOUS EN LESIONES DE URÉTER: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Brusoni, S.(1); De Amesti, P.(2); Dueñas, L.(2); Calvo, I.(3);

(1): Residente de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(3): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de lesiones ureterales iatrogénicas suele ser difícil y tardío. Su manejo con catéter JJ puede ser definitivo en hasta 75% de las veces, aunque con frecuencia la instalación retrógrada es frustra. El abordaje endoscópico combinado por vía

anterógrada y retrograda tipo “rendez-vous” (RV) aumenta las chances de canalizar el uréter.

METODOS: Se presentan dos casos de lesión ureteral manejados con RV con equipo de urología y radiología intervencional (RI) y sus resultados a mediano plazo. Ambos post-histerectomía radical abierta + linfadenectomía con lesión de uréter inadvertida probablemente de origen térmico/isquémico por disección agresiva.

RESULTADO: Caso#1: 45 años, alta 4to día. Por ITU persistente y pérdidas continuas urinarias se realiza uroTAC que evidencia lesión ureteral bilateral. Intento de doble J bilateral retrógrado frustró. Luego, se logra instalación de catéter nefroureteral derecho anterógrado y nefrostomía izquierda por RI. Finalmente, mediante acceso anterógrado y retrogrado en simultáneo (RV) se logra instalación de catéter JJ izquierdo. 6 meses después de retiro de catéteres riñones sin evidencia de hidronefrosis.

Caso#2: 37 años, alta 4to día. Reingreso por TEP, TAC bifásico interpretado como hematoma pélvico por anticoagulación. 3 semanas después reconsulta por incontinencia urinaria continua, TAC trifásico evidencia lesión ureteral izquierda y urinoma con fístula vaginal. Se intenta catéter JJ retrógrado frustró. Se instala nefrostomía izquierda. Mediante RV se logra instalar JJ. Post-3 meses se retira catéter, evoluciona con hidronefrosis izquierda y alza de creatinina. Se decide reimplante ureteral, evolución satisfactoria.

En ambos hubo diagnóstico tardío, apoyando la necesidad de un alto nivel de sospecha dado curso inespecífico y variado del cuadro. La instalación retrógrada de JJ puede ser fútil y el manejo por ambas vías aumenta las chances de cateterizar el uréter. Proponemos este enfrentamiento multidisciplinario como alternativa a considerar en pacientes con diagnóstico subagudo (primeras 6 semanas) donde la inflamación pélvica dificulta la realización de un reimplante.

CONCLUSIÓN: El enfrentamiento combinado tipo RV es una herramienta factible y debe ser considerada para el manejo sub-agudo de lesiones ureterales.

P52) ABSCESO PROSTÁTICO POR TBC EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA PRESENTACIÓN RARA DE TUBERCULOSIS UROGENITAL

Elorrieta, V.(1); Pfeifer, J.(2); Vergara, G.(3); Ledos, L.(3); Sánchez, R.(3);

(1): Residente Urología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Urología, Hospital Urgencia y Asistencia Pública (HUAP). Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae., Santiago, Chile

(3): Urología, Hospital Urgencia y Asistencia Pública (HUAP)., Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa del mundo. Aproximadamente 10% de los pacientes presentarán una tuberculosis extrapulmonar, y de estos, 30-40% a nivel uro-genital. El absceso prostático por tuberculosis es aún más infrecuente, con sólo cerca de 22 casos reportados globalmente, la mayoría de estos en pacientes inmunocomprometidos, con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o asociados a uropatía obstructiva. El objetivo es presentar el caso clínico de un paciente sano al que se le diagnostica un absceso prostático por tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico de un paciente joven sin historia de uropatía obstructiva, inmunocompetente, al que se le diagnostica un absceso prostático por mycobacterium tuberculosis.

RESULTADOS

Paciente de 34 años sin antecedentes mórbidos, nacionalidad haitiana, policonsultante por historia sugerente de orquiepididimitis izquierda con respuesta tórpida a múltiples esquemas de tratamiento antibiótico. Consulta al servicio de urgencias por aumento de volumen testicular, doloroso, disuria y secreción inodora de aspecto purulento por piel escrotal. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, y se solicitan exámenes donde destaca parámetros inflamatorios dentro de límites normales, orina completa normal y urocultivo negativo. Ecografía testicular compatible con orquiepididimitis asociada a absceso escrotal, por lo que se realiza drenaje de absceso en pabellón. Presenta peak febril post operatorio por lo que se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste evidenciando gran absceso prostático de aproximadamente 6 cm en lóbulo izquierdo con compromiso de vesículas seminales. Ante sospecha de absceso por tuberculosis es evaluado por infectología quienes solicitan TAC de tórax y estudio de inmunosupresión. Destaca VIH (-) y serología normal, nódulos pulmonares bilaterales asociados a conglomerado adenopático mediastínico y múltiples lesiones focales esplénicas. Se realiza drenaje de absceso prostático endoscópico resultando estudio etiológico (+) para mycobacterium tuberculosis. Paciente evoluciona favorablemente, iniciando tratamiento antituberculoso.

CONCLUSIONES

La tuberculosis urogenital es la tercera presentación extrapulmonar más frecuente. Esta suele ser subclínica y su principal diagnóstico es incidental. Un retraso en el diagnóstico puede resultar en progresión de la enfermedad y daño tisular irreversible. El tratamiento médico es el pilar del manejo, pero hasta la mitad de los casos pueden requerir cirugía.

P53) PLASMOCITOMA EXTRAÓSEO TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Corvalán, J.(1); Barahona, J.(2); Manosalva, A.(3); Mcausland, J.(3); Soto, F.(1); Romero, Y.(1); Donoso, D.(1); Alarcón, L.(1); Borgna, V.(1);

(1): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

(2): Interna, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

(3): Servicio de Patología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: Los trastornos de células plasmáticas corresponden a una enfermedad neoplásica asociada a la proliferación monoclonal de células plasmáticas dentro de la médula ósea. Su forma de presentación es variada, siendo la más común el mieloma múltiple, que se presenta típicamente como lesiones óseas, anemia, falla renal e hipercalcemia, sin embargo, en un 30% se ha descrito presentación extramedular, ya sea de manera aislada al momento del diagnóstico o como parte de la evolución de la enfermedad. Los plasmocitomas extramedulares representan el 6% de todas las neoplasias de células plasmáticas y se han descrito más frecuentemente en vía aérea y sistema gastrointestinal, siendo raro su compromiso testicular (1.3% de todos los plasmocitomas extramedulares), lo que hace muy difícil su sospecha y diagnóstico.

Materiales y métodos: Se presenta un reporte de caso de un plasmocitoma extraóseo testicular. Paciente 82 años con antecedente de 3 meses de aumento progresivo de volumen testicular derecho. Ecotomografía testicular describe signos de infiltración difusa de aspecto neoplásico del testículo derecho de probable origen linfoproliferativo. Al laboratorio destacaba LDH en 526 U/L, sin elevación de marcadores tumorales. Se realiza orquiectomía radical cuya biopsia indica compromiso testicular derecho por neoplasia maligna con diferenciación plasmocitoide.

Inmunohistoquímica: Ciclina D1 (+), CD56 (+), restricción de cadenas livianas Kappa.

Electroforesis de proteínas compatible con mieloma múltiple, VIH 1 y 2 Negativo.

Entre los diagnósticos diferenciales los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos apoyan como primera opción plasmocitoma extraóseo con características anaplásicas. Se decide quimioterapia adyuvante en el manejo del paciente.

Conclusiones: Los plasmocitomas extramedulares son una forma infrecuente de neoplasia de células plasmáticas, siendo el plasmocitoma testicular aislado extremadamente raro con escasos reportes en la literatura. A pesar de su baja prevalencia el plasmocitoma testicular es un diagnóstico a considerar en pacientes de edad avanzada y/o pacientes inmunodeprimidos.

P54) PLATAFORMA ROBÓTICA LEVITA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO CLÍNICO EN CIRUGÍA RENAL Y ADRENAL LAPAROSCÓPICA

Flores Barros, I.(1); Giménez Barros, B.(1); Larenas Huguet, F.(1); Román Quirante, C.(1); Martínez Osorio, C.(1); Massouh Skorin, R.(1); González Pellegrino, D.(1); Fulla Ortiz, J.(1); (1): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El sistema quirúrgico magnético levita (LMSS) fue desarrollado para mejorar la exposición y retracción de los tejidos durante un procedimiento laparoscópico. La plataforma robótica levita (LPR) consta de dos brazos robóticos no ensamblados. Uno de los brazos incorpora el sistema magnético levita, permitiendo al cirujano movilizar el magneto externo sin necesidad de un ayudante y el otro brazo porta la cámara, ambos son dirigidos mediante un mismo pedal. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, de centro único, un solo brazo, open-label, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se incluyeron pacientes con patología renal o adrenal, quienes fueron sometidos a cirugía laparoscópica utilizando la LPR entre abril y junio de 2022. **Resultados:** Quince pacientes fueron operados utilizando la LPR. 10 mujeres y 5 hombres con un promedio de edad de 55 años, IMC 29 cm/m². Fueron 10 cirugías por patología benigna y 5 por patología maligna. El tamaño tumoral promedio fue de 4 cm. Se hicieron 3 nefrectomías parciales con un tiempo de isquemia promedio de 29 minutos; 5 nefrectomías totales por patología benigna con una mediana de tiempo quirúrgico de 196 minutos; 4 nefrectomías radicales con una mediana de tiempo operatorio de 159 minutos; 3 adrenalectomías con un tiempo promedio 123 minutos. La mediana de sangrado en las nefrectomías parciales fue 150cc, en nefrectomía radical 75 cc, nefrectomía total 20 cc, y adrenalectomía 5 cc. Ningún caso requirió conversión a cirugía abierta, y todos los pacientes fueron dados de alta al primer o segundo día postoperatorio. No se reportaron complicaciones ni re-hospitalizaciones dentro de los primeros 30 días. **Conclusiones:** El brazo robot portador de cámara fue esencial para liberar al primer ayudante y optimizar el trabajo clínico. El LMSS fue especialmente útil en la retracción de tejidos, permitiendo al cirujano principal prescindir de incisiones adicionales para este fin o requerir ayudantes. No hubo ninguna complicación a 30 días de seguimiento confirmando la seguridad de la LPR.

P55) RELACIÓN ENTRE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y BIOPSIA FINAL EN LA EXTENSIÓN LOCAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Ljubetic, B.(1); Mass, M.(1); Iacobelli, A.(1); Seminario, C.(1); Maldonado, I.(2); Ossa, M.(2);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile
(2): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es utilizada rutinariamente para el estudio del cáncer prostático. Varios trabajos han comparado la precisión de la RMmp y la biopsia de próstata previo a la cirugía, pero pocos han indagado la relación directa entre la RMmp y la biopsia final de la prostatectomía radical. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo, monocéntrico, entre enero 2017 y junio 2022. Criterio de inclusión: RMmp previo a una prostatectomía radical del mismo centro con una distancia de no más de 12 meses. Recolección y almacenamiento de datos mediante RedCap. Los resultados de RMmp analizados fueron; (i) compromiso de cápsula, (ii) compromiso de tejido extra-prostático, (iii) compromiso de vesículas seminales. Los mismos parámetros se analizaron en el informe histopatológico de la biopsia final. Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la RMmp. La medida estadística kappa se utilizó para evaluar la concordancia entre la RMmp y la biopsia final. **Resultados:** De los 44 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, el promedio de edad fue 62 años. El

promedio del antígeno prostático específico al momento de la RMmp fue de 11 ng/mL. La sensibilidad y especificidad de la RMmp fue de (i) 46% y 86,2%, (ii) 50% y 87,5%, (iii) 50% y 92,5%. El VPP y VPN fue de (i) 63,6% y 75%, (ii) 60% y 82,3%, (iii) 40% y 94,8%. El análisis de kappa fue estadísticamente significativo con un $p < 0.05$. El valor de kappa para compromiso de cápsula, extensión extra-prostática, y compromiso de vesículas seminales fue de 0.351, 0.396 y 0.382, respectivamente. **Conclusiones:** Este es el primer trabajo chileno que realiza un análisis de concordancia de extensión del cáncer prostático entre la RMmp y la biopsia final. La alta especificidad y VPN, y moderada-baja sensibilidad y VPP, infiere que la RMmp es un buen examen para descartar extensión del cáncer de próstata. Los resultados de correlación, aunque estadísticamente significativos, tuvieron escasa concordancia. Esto probablemente se debe al bajo número de pacientes. Son necesarios nuevos estudios con mayor n para lograr objetivar la concordancia entre la RMmp y la biopsia final de la pieza quirúrgica.

P56) CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA EN GRUPO CALICIAL INFERIOR; TASA DE ÉXITO Y SUS DETERMINANTES.

Quiñones Rivera, C.(1); Schwerter Romero, R.(2); Soublett Rivas, O.(3); Arzeno Thome, L.(1); Rojas Crespo, J.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Neira Soto, R.(1); Durán García, L.(1); Donoso Vásquez, R.(1); Acuña Madrid, J.(4); Orellana Salinas, N.(4);

(1): Residente Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(2): Interna 6to año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(3): Pasante Urología Hospital DIPRECA - USACH, Santiago, Chile

(4): Urólogo Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La urolitiasis tiene una prevalencia de 1-20%, variando según series, con alta tasa de recurrencia. Existen múltiples opciones terapéuticas como litotripsia extracorpórea (LEC), nefrolitotomía percutánea, ureteroscopía semirrígida (URS) y flexible. En la literatura se define el éxito quirúrgico según la tasa libre de cálculo (TLC), aquí se busca presentar la experiencia en nuestro centro con cirugía intrarrenal retrógrada flexible (CIRR) para litiasis de grupo calicial inferior (GCI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo unicéntrico. Análisis de pacientes sometidos a CIRR por litiasis GCI con láser Holmium entre agosto 2019 y marzo 2022; excluyendo pacientes que recibieron terapias combinadas. Objetivo primario; TLC, definida como ausencia de litiasis o litiasis residuales $< 3\text{mm}$, y sus factores determinantes. Objetivo secundario; porcentaje de éxito quirúrgico, definido como litiasis residuales $\geq 3\text{mm}$ sin necesidad de re-intervención a 2 años de seguimiento.

RESULTADOS

Del total de pacientes(n=57) se obtuvo TLC 50.1%(n=29) a la primera intervención. Del 49.9%(n=28) restante; 50%(n=14) no requirió segunda intervención a 2 años de seguimiento; y del otro 50%(n=14), 71%(n=10) fueron a CIRR, 14%(n=2) LEC y 14%(n=2) URS. Promedio de edad 56 años, IMC 28 y predominio sexo masculino(3:1); sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos con o sin TLC. Tamaño litiásico promedio 10mm; volumen total promedio 688mm³.

Se demostró mediante análisis estadístico T Student que los determinantes que afectan de manera estadísticamente significativa la TLC fueron el volumen litiásico total(P=0.01) y largo infundibular(P=0.02); no así el ancho infundibular(P=0.2). Mediante análisis estadístico Chi cuadrado se concluyó que la densidad de las litiasis es independiente del éxito de la cirugía.

CONCLUSIONES

Nuestra TLC es menor que lo publicado en guías, pero es importante destacar que cuando se habla de TLC en las guías estas incluyen múltiples procedimientos y no específicamente litiasis de GCI, lo que podría hacer la diferencia con nuestra experiencia. Este estudio demostró que tanto el volumen litiásico total como el largo infundibular tienen un impacto significativo en la TLC, lo cual se correlaciona con resultados internacionales.

P57) COMPARACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE LEIBOVICH Y UISS. IMPACTO EN EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES.

Brandau, C.(1); Foneron, A.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Ebel, L.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1); Flores, F.(2);
(1): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE
(2): Universal Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción

La utilización de sistemas de clasificación por riesgo oncológico permite un seguimiento individualizado posterior al manejo quirúrgico en cáncer renal. Existen variadas clasificaciones, lo que sumado a las desarrolladas en los últimos años, nos hacen preguntarnos cuál es el beneficio de reclasificar a los pacientes que ya se encuentran en seguimiento de acuerdo a nomogramas más clásicos. El objetivo de este trabajo es comparar dos tipos de clasificación en los pacientes tratados de Cáncer Renal de células claras localizado (CRCC).

Material y métodos:

Se seleccionaron de forma retrospectiva, los últimos 100 pacientes tratados de CRCC con nefrectomía parcial y radical laparoscópica del Hospital de Base de Valdivia. Se excluyeron los pacientes cuya biopsia no informaba el factor ausencia/presencia de necrosis y aquellos

en que los datos clínicos eran insuficientes. Se evaluó coincidencia, disminución de riesgo y aumento de riesgo entre la clasificación usualmente utilizada: University of California Los Angeles integrated staging system (UISS); y la clasificación de Leibovich.

Resultados:

De un total de 100 pacientes con CRCC, 60 correspondían a nefrectomías parciales y 40 a nefrectomías radicales.

Se observó coincidencia en un 77% (31 pacientes), disminución de riesgo en un 20% (8 pacientes) y aumento de riesgo en un 5% (2 pacientes), de los CRCC tratados con nefrectomía radical.

En relación a los CRCC tratados con nefrectomías parciales, 81% (49 pacientes) coincidieron, 18% (11 pacientes) disminuyeron de riesgo y 0% subieron de riesgo.

En ninguna serie se observó cambios de extremo a extremo.

Al comparar ambos tratamientos de CRCC 80% coincidieron y 19% disminuyeron su riesgo.

Conclusiones:

El seguimiento adecuado es fundamental en el CRCC. La clasificación de los pacientes de acuerdo al riesgo permite individualizar las acciones y así optimizar el manejo. Al comparar ambas clasificaciones, se observó coincidencia en un 80% de las nefrectomías parciales y 77% de las nefrectomías radicales. Disminución del riesgo en un 18% de las nefrectomías parciales y 20% de las nefrectomías radicales.

Si bien ambos son recomendados para ser usados en el pronóstico, el score de Leibovich tiende a desestimar el riesgo tumoral.

P58) MANEJO DE MASAS SUPRARRENALES EN CHILE, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Brandau, C.(1); Foneron, A.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Ebel, L.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1); Flores, F.(2);
(1): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE
(2): Universidad Austral de Chile, Valdivia,

Introducción:

El manejo de las masas suprarrenales (MS) representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Existen múltiples guías orientadas al manejo clínico de las MS, sin embargo su uso parece no ser tan habitual. El objetivo de este trabajo es evaluar el manejo de las MS y la aplicación de éstas en la práctica clínica.

Material y métodos:

Se seleccionaron las guías de manejo publicadas por: Suprarrenal of American Association of Clinical Endocrinology (AACE/AAES), Korean Endocrine Society, American College of Radiology, Canadian Urological Association y European Society of Endocrinology. En base a estas guías se construyó una encuesta online anónima, de 20 preguntas de selección múltiple, en relación al manejo de MS para Urólogos que trabajan en Chile. Las respuestas se analizaron de forma descriptiva.

Resultados:

Se lograron 50 respuestas entre septiembre-agosto 2022, de 12 centros clínicos. 90% de los encuestados manejaba patología suprarrenal. 60% opera entre 1 a 5 masas suprarrenales al año. 60% no usa guías clínicas para el manejo de patología suprarrenal. La más aplicada fue la AACE/AAES (30%).

92% usa tomografía computarizada con protocolo suprarrenal para estudio inicial de masas suprarrenales. 54% solicita estudio funcional para todas MS.

62% solicita test de Nugent para todas las MS. 80% solicitan metanefrinas urinarias en el estudio de MS. 62% solicita índice de aldosterona plasmática/renina plasmática para todas las MS. Sólo un 30%, lo pide en casos de pacientes sintomáticos.

90% de los encuestados usa como tamaño de corte para la indicación quirúrgica un diámetro > 4 cm.

98% realiza preparación farmacológica para feocromocitomas. La mitad realiza preparación para hiperaldosteronismo e hipercortisolismo.

Finalmente, 50% realiza seguimiento para MS de aspecto benigno.

Conclusiones:

Existen discrepancias entre el manejo sugerido por las guías clínicas y el manejo a nivel nacional, conllevando a un manejo heterogéneo donde destaca la diversidad de seguimiento en MS benignas y el tratamiento de MS de aspecto incierto.

A pesar de que las guías clínicas recomiendan estudio funcional en todas las MS, sólo la mitad de los urólogos lo solicita.

Con el fin de unificar conceptos, se requiere un consenso multidisciplinario para el MS en Chile.

P59) PROSTATECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO: COMPARACIÓN DE VARIABLES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS PRECOCES EN ABORDAJE ABIERTO VERSUS LAPAROSCÓPICO

Frenk, C.(1); Mohr, E.(1); Vilches, R.(2);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

La prostatectomía radical (PR), constituye el estándar de tratamiento para el Cáncer Próstata (CaP) clínicamente localizado. La PR laparoscópica (PRL) presenta ventajas sobre la abierta (PRA) en cuanto a sangrado y días de hospitalización. Este estudio compara variables perioperatorias y resultados oncológicos precoces entre PRA y PRL en pacientes con CaP de alto riesgo (CaPAR).

Material y método:

Estudio analítico retrospectivo de pacientes con CaPAR (D'Amico) sometidos a PR entre enero 2016 y julio 2022. Se registraron características clínico-epidemiológicas y oncológicas basales. Se analizaron comparativamente variables perioperatorias y resultados oncológicos precoces, utilizando software estadístico.

Resultados:

Se analizaron 85 pacientes, 57 grupo PRA y 28 grupo PRL. La media de seguimiento de PRL fue 15 meses (3-30 meses) y PRA 34,2 meses (2-73 meses). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables clínicas ni oncológicas basales. PRL presentó menor sangrado intra-operatorio (260,7 vs 1037,5cc $p < 0.001$), menos días de sonda (15,6 vs 8,9 $p < 0.001$) y menos días de hospitalización (4 vs 2 días, $p < 0.001$). PRL presentó mayor tiempo operatorio (172,3 vs 220,0 min, $p < 0.001$). En resultados oncológicos precoces, no hubo diferencia estadísticamente significativa en márgenes positivos totales (63.2% vs 50%, $p = 0.247$), el margen positivo en T2 fue 45.8% PRA y 10% PRL. El antígeno prostático específico (PSA) postoperatorio negativo fue de 49.1% PRA y 71.4% PRL ($p = 0,103$). PRL presentó menor recidiva bioquímica (57,9 vs 7,1%, $p < 0.01$). En complicaciones Clavien 3-5 no hubo diferencias (7,0 vs 7,1%, $p = 0.468$). PRL presentó mayor tasa continencia urinaria social (0-1 pad/día) precoz (30 días post-operatorio) (24,6 vs 53,6%, $p = 0,026$).

Conclusión:

En esta serie de CaPAR PRL presentó menos sangrado, días de hospitalización y días de sonda. En cuanto a los resultados oncológicos precoces, no hubo diferencia en relación con los márgenes positivos ni PSA postoperatorio. La diferencia que existe en la recidiva bioquímica, se puede explicar por el menor tiempo de seguimiento de PRL. Finalmente, PRL presentó mayor tasa de continencia social precoz. La PRL es una alternativa que parece ser comparable a PRA, con ventajas perioperatorias, en el grupo de mayor riesgo oncológico.

P60) LESIONES QUISTICAS PARAURETRALES FEMENINAS: CARACTERIZACION CLÍNICA Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS

Baeza Figueroa, C.(1); Opazo Marquez, V.(2); Carvajal Soria, D.(1); Rubio Lozano, G.(1);
(1): Hospital del Salvador/Clinica Davila, Santiago, Chile
(2): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile

Introducción: Las lesiones quísticas parauretrales femeninas son infrecuentes y generalmente subdiagnosticadas. Clásicamente están asociadas a infección urinaria, disuria, dispareunia y goteo postmiccional. Existen pocas series reportadas y su manejo es un desafío. El objetivo de este trabajo es reportar una serie de casos operados, presentación clínica e imagenológica, seguimiento, y estudio histológico. **Materiales y métodos:** Revisión de casos operados entre 2018 y 2022. Análisis de síntomas a la presentación y seguimiento postquirúrgico a 3 y 12 meses. Estudio preoperatorio con resonancia magnética de pelvis. Técnica quirúrgica estandarizada: incisión vaginal anterior en U invertida, reseca la lesión. Sutura de fascia periuretral en segundo plano sobre la uretra. Uretrografía y flap de Martius en casos necesarios. Uretrocistoscopia intraoperatoria. Cateterización ureteral transitoria si la lesión es cercana al trigono. Biopsia diferida. **Resultados:** Se operaron 12 pacientes, se excluye caso con estudio incompleto. La edad promedio de presentación fue 41 años, el tiempo de evolución previo a consulta fue de 7,1 meses. 8 pacientes multíparas. Los síntomas más habituales fueron: autopercepción de masa genital (63,6%), infección urinaria baja (54,5%) y dispareunia (54,5%). El tamaño promedio en Resonancia fue 33,7 mm (14-80mm), 5 casos compatibles con divertículos uretrales, 5 quistes de Skene y 2 quistes de Gartner. Con respecto a la cirugía, se realizó uretrografía en 6 casos, Flap de Martius en 3 y la cateterización ureteral fue necesaria en 4. Promedio de 9,7 días de sonda (1-21). El epitelio urotelial fue el hallazgo más habitual en biopsia. El seguimiento promedio fue 18,8m. Los síntomas postoperatorios más frecuentes a los 3 meses fueron: Urgencia (72,7%), dispareunia (36,4%), incontinencia de esfuerzos (36,4%). 5 pacientes con seguimiento más de 1 año, 3 con distinta sintomatología, aquellas con lesiones más complejas. **Conclusiones:** El diagnóstico de estas lesiones requiere alto índice de sospecha en mujeres con síntomas crónicos de tracto urinario y dispareunia. La resonancia magnética de pelvis permitió caracterizar la lesión y planificar cirugía. El tratamiento es quirúrgico. Es habitual la sintomatología postoperatoria precoz, con recuperación al año, las no recuperadas se corresponden a lesiones complejas.

P61) MIOINTIMOMA DEL PENE, TUMOR POCO FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO

Maldonado, F.(1); Moreno, S.(2); Franco, C.(3); Cabello, R.(2);

(1): Residente 1º año, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Servicio Urología, Clínica Santa María, Santiago, Chile

(3): Unidad de Anatomía Patológica, Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción

Miointimoma es un tumor benigno raro proveniente de la capa íntima de los vasos del cuerpo cavernoso del pene. Fue descrito por primera vez en 2000 por Fetsch et al. Se caracteriza por una masa nodular palpable que compromete glándula y corona peneana, puede afectar a cualquier grupo etario. No se asocia a otras patologías. Histopatológicamente, a nivel microscópico, presenta capa celular en forma de huso con patrón estrellado sobre matriz fibromixóide, forma nódulos intravasculares que ocupan el endotelio normal. En el estudio inmunohistoquímico, es positivo para alfa SMA, vimentina y desmina, y negativo para S-100, CD34, CD31, EMA y factor VIII.

Caso Clínico

Nuestro caso clínico consiste en hombre de 41 años con antecedente de obesidad, que consultó por presencia de nódulo palpable en la zona del glándula sin compromiso cutáneo, al examen físico se describe lesión tumoral de 1 cm en cara lateral derecha del glándula, indurado, sin adherencia a planos profundos, sin compromiso de uretra, con cambio de coloración en piel. Se decide manejo inicial con corticoides tópicos. Al control presentó crecimiento de la lesión sin nueva sintomatología. Se efectuó ecografía peneana que informó lesión de 10x6x3 mm heterogénea poco vascularizada. Se decidió biopsia excisional con biopsia rápida intraoperatoria. La biopsia rápida informó lesión granulomatosa de 1.5x1.1x1cm sin signos de malignidad y con márgenes tumorales negativos. En la biopsia diferida, inmunohistoquímica: CD34 negativo; desmina, actina músculo liso y Ki67 positivos. Hallazgo concordante con miointimoma. Desde la cirugía paciente no ha presentado recidivas ni complicaciones locales.

Discusión

Miointimoma es un tumor raro, del grupo de tumores benignos de partes blandas del pene. Su diagnóstico es histopatológico con inmunohistoquímica para poder realizar su diagnóstico diferencial de otros tumores de partes blandas. En relación al tratamiento, se prefiere realizar una biopsia excisional, para lograr remisión completa de la lesión, no se han descritos casos de recidiva post biopsia; existen casos reportados con márgenes positivos sin recidiva de la lesión, además en la literatura se describe caso que tras biopsia por punción la lesión presentó regresión espontánea.

P62) COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD Y MORBILIDAD DE NEFROLITOTOMIA ENDOSCÓPICA FLEXIBLE VERSUS PERCUTÁNEA PARA CÁLCULOS RENALES ENTRE 15-25MM

Pozo, K.(1); Lizana, N.(2); Parrao, D.(2); Tagle, R.(1); Nova, A.(1); Sanhouse, R.(1); Bravo, J.(1);
(1): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile
(2): Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

INTRODUCCIÓN: La Nefrolitiasis es una patología muy prevalente, asociada a deterioro de calidad de vida, morbilidad, y carga económica al paciente y sistema de salud. La Asociación Europea de Urología (EAU) identifica la nefrolitotomía percutánea (PNL) como primera línea en cálculos mayores de 20mm, existen grupos que consideran más seguro realizar nefro-ureterolitotomía endoscópica (URS) flexible para cálculos poco mayores de 20mm, asociado a menor riesgo de complicaciones hemorrágicas, morbilidad post operatoria y facilidad de técnica. Otras corrientes sugieren PNL en cálculos poco menores de 20mm, debido a que disminuiría el número necesario de procedimientos para dejar libre de cálculos. Es por esto que quisimos comparar tanto los resultados quirúrgicos como morbilidad asociada a ambas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de cálculos renales entre 15-25mm, con el fin de evaluar la efectividad y seguridad de ambos procedimientos en nuestra población. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Corresponde a un estudio descriptivo no experimental retrospectivo. Información extraída de base de datos institucional respecto a los pacientes con nefrolitiasis de diámetro máximo litiásico entre 15-25mm en la TC pre-pabellón operados con PNL y URS entre el 2015 y junio 2022. Se comparó Stone free, porcentaje de cálculo residual y características operatorias y perioperatorias. El análisis se realizó mediante Chi2/Mann Whitney, según correspondiera. **RESULTADOS:** En el período de estudio se operaron 895 nefrolitotomías, incorporándose al estudio 19 (26.38%) pacientes sometidos a PNL y 53 (73.61%) sometidos a URS. En cuanto a resultados quirúrgicos no hubo diferencia en porcentaje residual (p: 0.632), ni Stone free (p 0.71), sí existiendo diferencia en el tiempo quirúrgico (p: 0.002). Respecto al perioperatorio, existió diferencia en días de hospitalización (p: 0.035), no habiendo diferencia en necesidad de reoperación en 1 año (p: .071). **CONCLUSIONES:** Si bien no hubo diferencia significativa en los resultados quirúrgicos, tanto los tiempos de intervención como el recurso cama fueron mayores en la intervención percutánea. Por lo tanto, pareciera ser que tanto la vía percutánea como la vía endoscópica son alternativas válidas de tratamiento en nefrolitotomías de 15 – 25mm.

P63) UROLITIASIS EN AVIACIÓN: ¿ALGUNA DIFERENCIA?

Fuentes, M.(1); Lopez, C.(1); Ayala, C.(1); Durruty, J.(1); Oyanedel, P.(1); Sandoval, J.(1); Testa, I.(1); Leyton, R.(1);
(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea De Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El mundo de la aviación no está exento del flagelo de la litiasis urinaria. En la subpoblación específica de aviadores civiles y militares es de especial cuidado la incapacidad en vuelo que puede provocar el cólico renal, suponiendo una emergencia aeromédica debido a las graves consecuencias en la seguridad del vuelo y operatividad.

MATERIALES Y METODOS: Se realiza una revisión de la literatura sobre urolitiasis en aviadores.

RESULTADOS: La urolitiasis es una enfermedad prevalente que afecta a la población en edad laboral, con valores de incidencia relativamente similares entre la población general y los aviadores civiles y militares.

Los aviadores tienen factores de riesgo adicionales que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar urolitiasis, como la limitación de la ingesta de líquidos o las condiciones que se encuentran en los entornos de despliegue operativo.

El abordaje quirúrgico parece ser la primera opción en los aviadores, debido a que es más probable de alcanzar el estatus de “stone free”. Sin embargo, la elección del tratamiento debe estar sujeta a las características de la enfermedad y al estado clínico del paciente. Solo un estudio, liderado por Zheng et al., entrega recomendaciones específicas sobre el tratamiento en aviadores, el que respalda el manejo quirúrgico como primera opción.

En aviadores se recomienda el estudio metabólico completo a cada paciente, para reducir las posibilidades de recurrencia.

Uno de los aspectos de mayor interés para los aviadores es la posibilidad de recurrencia con la posterior incapacitación en vuelo por cólico renal. La literatura describe algunos casos de incapacitación en vuelo por urolitiasis, que pueden evidenciar la efectividad de las medidas y restricciones a los aviadores con esta condición, o pueden atribuirse a otro factor, como la falta de notificación.

CONCLUSIÓN: La urolitiasis en aviadores es un tema que va más allá de la enfermedad en sí, sino que puede afectar la seguridad de vuelo y aspectos operacionales, con consecuencias catastróficas como accidentes aéreos. Se debe tener especial cuidado en este subgrupo de la población en cuanto al estudio y manejo debido a los ribetes de su oficio.

P64) PSEUDOTUMOR FIBROSO PARATESTICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Fuentes, M.(1); Lopez, C.(1); Cuadros, J.(2); Oyanedel, P.(1); Ayala, C.(1); Durruty, J.(1); Sandoval, J.(1); Testa, I.(1); Leyton, R.(1);

(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea De Chile “General Dr. Raúl Yazigi J.”, Santiago, Chile

(2): Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Las lesiones intraescrotales benignas pueden dividirse en lesiones paratesticulares y lesiones intratesticulares. Dentro de las lesiones paratesticulares, el pseudotumor fibroso paratesticular (PFP) es una de las lesiones más raras de encontrar. William et al reportan 6 casos de entre 114 pacientes (0,061%) con lesiones paratesticulares. Se origina en el epidídimo en menos del 10% de los casos. En cuanto a su etiología, se ha vinculado a

procesos infecciosos-inflamatorios y/o traumáticos, por lo anterior algunos autores no lo consideran una neoplasia propiamente tal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años con orquialgia izquierda, aumento de volumen y consistencia a nivel escrotal ipsilateral de 4 años de evolución. Se sospecha tumor testicular y se solicita ecografía doppler testicular que informa epidídimo izquierdo engrosado en forma difusa, de ecoestructura heterogénea y con múltiples calcificaciones en su espesor, sugerente de epididimitis crónica granulomatosa. Se realiza epididimectomía, cuyo análisis histopatológico informa hallazgos compatibles con pseudotumor fibroso paratesticular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Clínicamente el PFP puede presentarse como aumento de volumen escrotal no doloroso, se asocia a hidrocele en un 50% de los casos y hasta en un 30% se refiere antecedente de trauma o orquiepididimitis. Dada la presentación clínica es menester realizar el diagnóstico diferencial con tumor testicular; para ello la ecografía testicular en un examen de primera línea, en donde el PFP se describe como una lesión sólida con ecogenicidad en grado variable en contacto estrecho con el testículo, siendo frecuente encontrar calcificaciones. El tratamiento es la excisión de la lesión preservando testículo, sin embargo, dada la dificultad en el diagnóstico se reportan varios casos de orquiectomía radical bajo la hipótesis de tumor testicular. Cuando se sospecha un PFP se propone la realización de criosección intraoperatoria para determinar la naturaleza de la lesión, al realizar esta técnica se lograría evitar realizar orquiectomía radical hasta en un 83,7% de los casos.

El PFP en una entidad poco frecuente, puede ser maldiagnosticado como tumor testicular con el subsecuente riesgo de un tratamiento radical incorrecto. Es de importancia la sospecha clínica, el estudio imagenológico y el análisis intraoperatorio para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

P65) LEIOMIOMA INTRAVESICAL COMO CAUSA DE TUMOR VESICAL, REPORTE DE UN CASO

Ascorra, F.(1); Parada, F.(1); Fuentes, M.(2); Lopez, C.(2); Oyanedel, P.(2); Ayala, C.(2); Durruty, J.(2); Sandoval, J.(2); Testa, I.(2); Leyton, R.(3);

(1): Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

(2): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea De Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile

(3): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea De Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago,

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas son tumores mesenquimatosos benignos originados de células musculares lisas. En la vía genitourinaria son tumores poco frecuentes y su localización más habitual es en el riñón y vejiga, en particular el trigono y el cuello vesical.

Representan aproximadamente el 0.5% de los tumores de vejiga, siendo el 20% de los casos asintomáticos. Su diagnóstico es mediante imágenes y su confirmación con histología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años de sexo femenino, con antecedentes de hipotiroidismo y DM2. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de dolor abdominal epigástrico asociado a reflujo gastroesofágico, con examen físico normal. Se indica TC de Abdomen y Pelvis con contraste que informa una lesión hiperdensa vesical de aproximadamente 1.5 x 2 cm de diámetro. Evaluada por urología quienes indican examen de orina el cual se encontraba normal y una cistoscopia que evidencia una lesión nodular que respeta la mucosa lateral al orificio ureteral derecho. Se realiza RTU vesical para diagnóstico y tratamiento definitivo, logrando la resección de la lesión. El informe de la biopsia informa: “proliferación mesenquimática fusocelular benigna concordante con leiomioma de pared vesical, sin evidencia de neoplasia”. En controles posteriores evoluciona sin signos de recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los leiomiomas vesicales son lesiones poco frecuentes, con una baja de cantidad de casos reportados en la literatura. Se presentan con mayor frecuencia en mujeres, con una edad media de presentación de 44 años. Su clínica depende de la ubicación del tumor dentro de la vejiga. Como estudio inicial la ecografía es la aproximación de elección, siendo posteriormente la cistoscopia una excelente herramienta para observar y localizar la lesión, aunque para la planificación quirúrgica puede ser necesaria la realización de imágenes para caracterizar de mejor manera el compromiso de la pared vesical, cabe destacar que el diagnóstico definitivo es la histología. El tratamiento final de estas lesiones es la resección quirúrgica, logrando con esto un buen pronóstico a corto y largo plazo, con resolución espontánea de los síntomas y con una baja tasa de recurrencia.

P66) COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN CIRUGÍA GENITAL FEMINIZANTE

Astorga Escudero, S.(1); Espinoza Lizama, C.(1); Torres Carrizo, B.(2); Aday Eneros, A.(3); Cifuentes Arévalo, M.(4);

(1): Interna de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

(2): Hospital de Calama, Calama, Chile

(3): Hospital Sótero del Río y Diversalud, Santiago, Chile

(4): Hospitales Sotero del Río y Carlos van Buren, Diversalud, Puente Alto y Valparaíso, Chile

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años ha aumentado la demanda de prestaciones médicas y quirúrgicas relacionadas a la transición de género. Dentro de ellas, la cirugía genital feminizante. No obstante, los centros especializados son todavía escasos y las personas deben recorrer largas distancias para la cirugía y controles postoperatorios. Tanto médicos generales como urólogos deben conocer las principales complicaciones y tener nociones sobre su manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de publicaciones relevantes (2006-2021) en Pubmed y otros buscadores, sobre incidencia de complicaciones tras genitoplastia feminizante. Estas fueron clasificadas en tempranas (desde el perioperatorio hasta treinta días postoperatorios), intermedias (desde el segundo mes hasta el primer año) y tardías (posteriores al año postoperatorio).

RESULTADOS

Las complicaciones tempranas presentan una incidencia del 15-35% y según los estudios revisados las más frecuentes son dehiscencia parcial de herida operatoria en 5-33% y complicaciones urinarias entre un 10-30%, ambas suelen ser autolimitadas y manejadas por el equipo quirúrgico inicial. Las complicaciones intermedias más frecuentes son estenosis neovaginal 3.8-15% que suele revertir optimizando el esquema de dilataciones pero puede requerir cirugía de ampliación, y flujo urinario anormal 13.2-33% que es autolimitado excepto cuando involucra una estenosis meatal (1-10%) que requiere una meatoplastia quirúrgica. La incontinencia urinaria aparece hasta en un 20% de los casos y requiere estudio para diagnóstico diferencial. Las complicaciones tardías más comunes fueron resultados estéticos insatisfactorios 2.5-50% que pueden requerir cirugía correctiva hasta en una de cada 4 mujeres operadas; el crecimiento de vello vaginal 29% que se puede manejar con cremas depilatorias o depilación láser intracavitaria; la profundidad inadecuada 12% que debe ser evaluada por el equipo quirúrgico inicial, y el sangrado vaginal 3% cuya causa más frecuente son los granulomas. Las fístulas urinarias o del tracto digestivo pueden presentarse entre las dos semanas y los 6 meses post operatorios, tienen una incidencia de 0.8-17% y requieren resolución quirúrgica por un equipo especializado.

CONCLUSIONES

El número de cirugías genitales feminizantes se ha incrementado en los últimos años y con ello sus complicaciones. Es importante familiarizarse con las complicaciones más frecuentes, su manejo inicial y los criterios de derivación.

P67) DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN UNA SERIE DE MUJERES TRANS OPERADAS DE GENITOPLASTÍA FEMINIZANTE EN UN HOSPITAL DOCENTE-ASISTENCIAL DE SANTIAGO, CHILE

Ralph, C.(1); Cueto, B.(2); Peralta, M.(3); Brusoni, S.(4); Bruzzoni, A.(5); Arévalo, D.(6); Arellano, C.(7); Adauy, A.(8); Bernal, J.(5); Arenas, J.(5); Cifuentes, M.(9);

(1): Ginecóloga Obstetra Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile

(2): Kinesióloga de Piso Pelvico Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

(3): Interno de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Puente Alto, Chile

(4): Becado de urología Pontificia Universidad Católica de Chile, Puente Alto, Chile

(5): Urólogo Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile

(6): Becado Uroginecología Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile

(7): Kinesuǵióloga Piso Pelvico Pelvisalud y Diversalud, Viña del Mar, Chile

(8): Ginecóloga Programa Identidad de Género Complejo Asistencial Sótero del Río, Puente Alto, Chile

(9): Hospitales Sótero del Río y Carlos van Buren, Viña del Mar, Chile

La genitoplastía feminizante pretende crear genitales estéticos y con adecuada función sexual. Para conseguirlo se eliminan algunas estructuras del genital nativo y se crea un clítoris sensitivo, parcialmente cubierto por un capuchón, labios mayores y menores definidos y una vagina de profundidad y diámetro adecuados. No existen herramientas validadas para el análisis de la función sexual en esta población.

El objetivo del presente reporte es describir la función sexual pre y post genitoplastía de una serie de personas trans del espectro femenino operadas en el Complejo Asistencial Sótero del Río.

Materiales y métodos

Se incluyeron todas las personas operadas entre Octubre 2018 y Mayo de 2022. Se revisaron las historias clínicas para datos generales. Para el análisis de función sexual se aplicaron herramientas Índice de función sexual femenina (IFSF) autoadministrada de 19 ítems, organizados en 6 dominios: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, con máximo puntaje de 36 y Escala de Autopercepción Genital Femenina (FGSIS) que evalúa sentimientos/creencias que tienen las mujeres sobre sus propios genitales; formada por 7 ítems con respuestas de 4 puntos, donde puntuaciones más altas indican una autoimagen genital más positiva. Ambas están validadas en población cisgénero.

Resultados

Desde el 2018 a la fecha se han operado 26 mujeres trans en el Hospital Sótero del Río. Durante su último control, 19 pacientes contestaron las herramientas descritas. Del IFSF destaca que un 74% tuvo un puntaje mayor a 20 para evaluar su función sexual luego de la genitoplastía. 13 de 19 pacientes tuvieron evaluación pre y postoperatoria y se vió una

importante mejoría en 10 de ellas (77%). De la escala de autopercepción genital la mayoría mostró estar muy de acuerdo con los resultados: 77% con positividad respecto a sus genitales, 71% satisfecha con apariencia genital, 53% cómodas que un compañero sexual mire sus genitales, 59% con la funcionalidad, 88% cómoda con las persona de salud y un 77% no se sentía avergonzada de sus genitales.

Conclusiones

La genitoplastia feminizante es una cirugía que logra mejorar de forma significativa la función sexual en mujeres Trans.

P68) CONCORDANCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL GUIADA POR ULTRASONIDO Y LA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO FINAL DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES REALIZADAS ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2021 EN UN CENTRO DE SALUD LOCAL

Vejar Pérez, N.(1); Rojas Aravena, M.(1); Fassler Neumann, E.(1); Aguirre Campos, C.(1); Venegas Vera, J.(1);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: El cáncer de próstata es el segundo cáncer más frecuente en hombres de todo el mundo y el quinto entre las causas de muerte por cáncer. Según estudios internacionales la biopsia prostática transrectal sistemática subestima hasta un 40% el grado de Gleason en estos pacientes. El objetivo de este estudio es determinar el grado de discordancia del informe histopatológico de la biopsia preoperatoria transrectal versus el de la pieza operatoria en el hospital Carlos Van Buren. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo utilizando registros de una base de datos anónima de pacientes con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical durante los años 2015 a 2021. La muestra fue de 65 pacientes de un universo de 77. **Resultados:** La media de edad fue de 64 años con una desviación estándar de 6,42. El 31% de los pacientes presentó alza en el grado de Gleason en la biopsia de la pieza operatoria respecto a la preoperatoria transrectal. El Gleason 6 fue el de mayor frecuencia en las biopsias preoperatorias, siendo 38 del total, de ellas el 65% presentó un alza en el grado de Gleason en la biopsia postoperatoria. De los pacientes con APE diagnóstico mayor a 20 el 80% tuvo un alza del grado de Gleason en la biopsia postoperatoria. **Conclusiones:** El porcentaje de alza en el grado Gleason de la biopsia transrectal preoperatoria con respecto a la pieza operatoria, concuerda con lo descrito en series internacionales. Se debe considerar el gran porcentaje de alza que presentaron las biopsias Gleason 6 preoperatorias transrectales respecto a la biopsia de la pieza operatoria cuando se plantea vigilancia activa en este grupo de pacientes, ya que el 65% de las biopsias transrectales realizadas en el grupo estudiado estaría subestimando el real grado de Gleason del paciente, concluyendo que podría no ser seguro plantear vigilancia activa en base a los resultados de las biopsias transrectales sistemáticas de 12 núcleos de este centro. De los pacientes con APE diagnóstico mayor a 20 ng/ml, 80% tuvo un alza en el grado de Gleason, por lo que podría ser un factor predictor.

P69) ARN LARGO NO CODIFICANTE, PCAT14: UN POTENCIAL BIOMARCADOR PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA A VIGILANCIA ACTIVA

Azocar, L.(1); Valdivia, R.(1); Navarro, R.(1); Bravo, J.(1); Rodriguez, M.(1); Troncoso, P.(1); Zuñiga, A.(1); Godoy, A.(2); San Francisco, I.(1); Sotomayor, P.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial, siendo una enfermedad que varía desde un fenotipo de baja a alta agresividad. Para los pacientes con CaP de bajo riesgo de agresividad existe una alternativa a los tratamientos terapéuticos que consiste en la vigilancia activa (VA). Desafortunadamente, la identificación de los pacientes para VA continúa siendo un desafío clínico dado que faltan biomarcadores de fácil detección y bajo costo. Desde el descubrimiento de los ARN largos no codificantes (ARNlnc), se han identificado varios miembros con capacidad de ser utilizados como biomarcadores de agresividad tumoral. Específicamente, el ARNlnc PCAT14 ha sido identificado como un potencial biomarcador de agresividad en CaP. El objetivo central de este trabajo fue analizar los niveles de expresión de PCAT14 en una población de paciente candidatos a VA.

Material y métodos: Mediante estudios de PCR en tiempo real, se determinaron los niveles de expresión de PCAT14 en muestras de CaP. Los niveles de expresión de PCAT14 se evaluaron respecto a grado Gleason y riesgo de agresividad tumoral. Los pacientes de bajo riesgo se clasificaron como candidatos o no candidatos para VA (criterios de VA según Johns Hopkins) y se compararon los niveles de expresión de PCAT14. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando unpaired t-test. Un p-value <0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: La expresión de PCAT14 se encuentra significativamente ($p=0.0107$) elevada en muestras histológicas de CaP con grado Gleason 6, respecto de la expresión en muestras con hiperplasia prostática benigna (HPB). La expresión de PCAT14 fue significativamente ($p=0.0378$) más baja en muestras histológicas de pacientes candidatos a VA determinados mediante el criterio de selección de Johns Hopkins.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares sugieren que PCAT14 representa un potencial biomarcador de agresividad tumoral capaz de identificar pacientes de CaP candidatos a VA.

P70) CÁNCER VESICAL Y SÍNDROME DE COSTELLO (SC). MODALIDAD DE SEGUIMIENTO

Baquadano, P.(1); Bag, M.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Síndrome de Costello (SC) es un síndrome raro y es causado por mutaciones puntuales en el gen HRAS. 15% se asocia a tumores malignos entre ellos tumores de la vejiga.

Material y métodos: se presenta un caso pediátrico de SC diagnosticado al año de edad y su seguimiento durante 11 años. Durante el seguimiento el hallazgo de una neoplasia urotelial de la vejiga, su tratamiento inicial y la de sus recidivas.

Resultados y conclusiones: En cada caso se reseca endoscópicamente los tumores y la biopsia concluyó neoplasia urotelial papilar de bajo grado. Se revisa la literatura medica y en consideración a las recidivas se plantea una modalidad de seguimiento.

P71) PATOLOGÍA GENITOURINARIA EN SÍNDROME DE DOWN

Baquedano, P.(1); Encalada, R.(1); Henriquez, F.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Síndrome de Down (SD) es la alteración cromosómica más frecuente. Se asocia a Cardiopatías (40-50%), patología tiroidea y gastrointestinales, alteraciones auditivas y oftalmológicas (60-70%). Testículos no descendidos presente en un 5-6%, y anomalías genitourinarias descritas entre 3 a 7% (agenesia renal, hidronefrosis, reflujo vesicoureteral, obstrucción pieloureteral, valvas de uretra posterior e hipospadias). Los niños con SD tienen retraso en el control de esfínter, riesgo de una disfunción del tracto urinario inferior e incluso de presentar vejiga neurogénica no neurogénica, de difícil sospecha.

Material y métodos: Serie clínica de 46 pacientes derivados por pediatras del Centro UC Síndrome de Down (con seguimiento 1.522 pacientes pediátricos) a Urología pediátrica desde 2013 por patología urológica.

Resultados: La serie comprende mayoría varones menores de 15 años, con patologías como 15 niños con testículo no descendido (tres casos intraabdominales), 5 niños con Valvas de la uretra posterior, 6 niños con hipospadias, 3 trauma uretrales por sondeo, 4 megauréter y una estenosis pieloureteral. Disfunción vesical diagnosticada por infección urinaria y/o incontinencia presente en 13 pacientes, de los cuales 7 fueron vejiga neurogénica no neurogénica, 4 de ellos con insuficiencia renal asociada.

Conclusiones: En vista de la alta prevalencia de SD en nuestro país (2,5/1.000 nacidos vivos, la más alta de Latinoamérica) y la asociación con alteraciones genitourinarias, especialmente trastornos miccionales severos, se sugiere estudiar a todo niño con Síndrome de Down que presente infección urinaria, síntomas del tracto urinario inferior y/o > de 5 años sin control miccional, con al menos un examen de orina y una ecografía renal y vesical. Importante descartar vejiga neurogénica presente en estos niños.

P72) REVISIÓN DE CASOS DE TRAUMA RENAL EN EL PERÍODO 2021-2022 EN UN HOSPITAL PÚBLICO: DESDE EL DIAGNÓSTICO AL SEGUIMIENTO PRECOZ

Barría Oyarce, S.(1); Ortiz Rocuant, J.(2); Cid Bertoglia, A.(3); Caceres Meza, C.(3); Eltit Soler, I.(1); Arzeno Thome, L.(1); Soto Cornejo, G.(1); Vergara Faundez, G.(1); Hassi Roman, M.(1); Acuña Madrid, J.(1); Del Real Valdés, O.(1); Dominguez Argomedo, R.(1); Plaza Jimeno, C.(1); Telayna Manriquez, F.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

(2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

(3): Universidad San Sebastian, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El trauma renal (TR) corresponde al 5% de los traumas, con una incidencia de 4.9/millón habitantes. El 90% corresponde a trauma cerrado. Según la clasificación de la AAST, los traumas menores se manejan conservadoramente y los traumas penetrantes de manera quirúrgica. El objetivo del trabajo es exponer manejo del TR en un centro de baja experiencia en urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de TR entre 2021-2022 (9 meses). Se registraron variables epidemiológicas y clínicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron 13 casos, 92.3%(n=12) fueron hombres con mediana de edad de 36 años. El 23%(n=3) sufrió trauma asociado a policonsumo, el 61.5%(n=8) fue secundario a trauma abdominal cerrado. El 46.2%(n=6) fue secundario a choque de alta energía y un 38.5%(n=5) por arma blanca. Según la clasificación AAST, 38%(n=5) fueron grado III, 31%(n=4) grado IV, 15%(n=2) grado V y 7.7%(n=1) grado II y grado I. El 85%(n=11) tuvo manejo conservador. Un 15.4%(n=2) requirió nefrectomía.

El 92%(n=12) se diagnosticó con TAC, siendo el UroTAC 38.5%(n=5) el más frecuente. Solo un caso se diagnosticó intraoperatorio por laparotomía. El 38.5%(n=5) presentó hematuria macroscópica, siendo el 60%(n=3) de aparición precoz (<24 horas). El 85%(n=12) ingreso hemodinámicamente estable. El 38%(n=5) requirió unidad monitorizada (UCI/UTI). El 85%(n=11) tenía compromiso de otro órgano siendo musculoesquelético (61.5%) y tórax (31%) los principales. Al 85%(n=11) se recontroló con imagen intrahospitalización, generando una reclasificación del trauma en un 18%(n=2) de los casos, con necesidad de intervención en un 27%(n=3). El 77%(n=10) se indicó tratamiento antibiótico con una mediana de 14 días de duración. La mediana de hospitalización fueron 9 días con reingresos

en un 15%(n=2). Un caso fallecido durante el seguimiento secundario a causa de compromiso de otros órganos.

CONCLUSIÓN

En nuestro centro el manejo es principalmente conservador, logrando preservar la unidad renal, siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas. A pesar de la prolongada estadia hospitalaria, se logran bajas tasas de reingreso con resultados prometedores a menos de un año de seguimiento.

P73) EL PENE CON UÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CUERPO EXTRAÑO SECUNDARIO A TRAUMA GENITAL

Barría Oyarce, S.(1); Ortiz Rocuant, J.(2); Eltit Soler, I.(1); Arzeno Thome, L.(1); Del Real Valdes, O.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

(2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El trauma genital es una entidad poco frecuente, correspondiente a una urgencia urológica. En el caso de trauma de pene un 20% corresponde a mecanismos penetrantes, donde un 60% son por arma de fuego, comprometiendo además escroto y estructuras vecinas, con una alteración importante de la anatomía por el mecanismo del trauma. La importancia de su pronto tratamiento recae en las secuelas sexuales funcionales y anatómicas para el paciente a largo plazo, aumentando significativamente la disfunción eréctil luego de 8 horas de ocurrido el trauma.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 29 años traído por SAMU al servicio de urgencias tras sufrir traumatismo por arma de fuego en región genital y mano izquierda de 30 minutos de evolución. Se realiza AngioTAC que evidencia elementos metálicos en región peneana, escrotal derecha y tercio proximal de muslo derecho asociado a gas sin compromiso vascular. Se realiza intervención simultánea de urgencia por equipo de traumatología y urología a las 10 horas de evolución, realizándose reducción más osteosíntesis en mano izquierda comprobándose ausencia de uña ipsilateral. Se instala sonda uretral y cistostomía. Se realiza denudación peniana identificándose lesión transfixiante de cuerpo cavernoso distal derecho con cuerpo extraño incrustado el cual se extrae siendo un fragmento de uña. Se realiza aseo con suero fisiológico y reparación de lesión comprobándose hermeticidad con erección inducida, finalizando con circuncisión. Se realiza orquiectomía total derecha dado estallido testicular. Se deja cobertura antibiótica con cefotaxima y clindamicina, completando 7 días. Se da alta al octavo día con cistostomía. Al seguimiento a los 3 meses, paciente sin disfunción

eréctil, erecciones nocturnas, sensibilidad conservada desde el ingreso, con diuresis espontánea por uretra luego de retiro de cistostomía.

CONCLUSIÓN

El trauma de pene representa una entidad con una incidencia en aumento alrededor del mundo, donde el trauma por arma de fuego es el más común de los mecanismos penetrantes, comprometiendo escroto y estructuras vecinas en la mayoría de los casos. Es importante una adecuada evaluación del daño inicial y el manejo precoz, debido a las secuelas funcionales y anatómicas para el paciente.

P74) SOBREVIDA Y LETALIDAD DEL CÁNCER TESTICULAR. LA REALIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Barría Oyarce, S.(1); Ortiz Rocuant, J.(2); Cid Bertoglia, A.(3); Caceres Meza, C.(3); Eltit Soler, I.(1); Arzeno Thome, L.(4); Villegas Martin, A.(5); Soto Cornejo, G.(1); Vergara Faundez, G.(1); Telayna Manríquez, F.(1); Hassi Roman, M.(1); Acuña Madrid, J.(1); Plaza Jimeno, C.(1); Del Real, O.(1); Dominguez, R.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

(2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

(3): Universidad San Sebastian, Santiago, Chile

(4): Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

(5): TM Universidad La Frontera, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el cáncer testicular (CT) es el más frecuente en hombres entre 20 y 34 años, representa 1% de las neoplasias masculinas, con una incidencia de 3-6 casos por 100.000 hombres anual en la sociedad occidental. La tasa de mortalidad ha ido disminuyendo en los países desarrollados, con una sobrevida a 5 años del 95%. Sin embargo, la mortalidad en Chile es de 1.1 por cada 100.000 habitantes.

El objetivo de este estudio es caracterizar los pacientes con CT diagnosticados en un hospital público del sector occidente de Santiago entre 2014-2022, estimando la sobrevida y letalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron 99 pacientes con diagnóstico de CT en un hospital de Santiago en el período 2014-2022. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas y oncológicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

RESULTADOS

De los 99 pacientes con diagnóstico de CT, con una mediana de edad de 37 años (17-72), la mediana de tamaño tumoral fue de 5 cm (1,1-23,1). El 72.7%(n=72) fue seminoma, el 22%(n=22), fueron no seminoma y un 5%(n=5) otros tipos histológicos. El 54.5%(n=54) se encontraba en estadio I, el 20.2%(n=20) en estadio II, y el 25.25%(n=25) estadio III. Un 40%(n=40) tenía linfonodos positivos, y el 22.2%(n=22) presentaba metastásis visceral al diagnóstico. Un 41%(n=41) tenía alteración de marcadores tumorales.

Un 53.5%(n=53) tenían indicación de quimioterapia adyuvante, donde un 79%(n=42) completo tratamiento. Un paciente recibió radioterapia.

Con un seguimiento de 8.3 años, el total de fallecidos fue de un 13% (n=13). La tasa estimada de sobrevida cáncer específica con curva de Kaplan Meier fue un 84.4% (IC 77.56 – 91.33, p<0.05) y la tasa de letalidad se calculó con análisis de regresión de Cox estimándose en un 20%.

Conclusión:

En nuestro centro, la tasa de letalidad de pacientes con CT fue mayor a lo descrito en la literatura, con una diferencia estimada en la sobrevida cáncer específica de un 10% frente a países desarrollados.

P75) CANCER DE URETRA SIMULANDO CANCER DE PENE: REPORTE DE UN CASO

Barría Oyarce, S.(1); Ortiz Rocuant, J.(2); Eltit Soler, I.(1); Arzeno Thome, L.(1); Dominguez Argomedo, R.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

(2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de uretra es una neoplasia poco frecuente, siendo <1% de las neoplasias urogenitales. Es más frecuente en hombres, con una incidencia de 4.3/millón de habitantes, aumenta con la edad, alcanzando su peak sobre los 75 años. El tipo histológico más frecuente corresponde al carcinoma urotelial. La sobrevida cáncer específica es de 68% al primer año y 60% a 5 años. El tratamiento varía desde resección quirúrgica, con márgenes de 5mm, hasta la penectomía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 58 años derivado a urología por episodio de retención aguda de orina manejado con cistostomía, al examen físico destacaba balanitis xerotica obliterante, indicándose circuncisión. Previo al procedimiento cursa con hematuria macroscópica. Cistoscopia resulta frustra por obliteración del meato y prepucio. Se realiza incisión dorsal con toma de biopsia de glándula y prepucio compatible con proceso inflamatorio crónico

focalmente fibrosante, sugerente de liquen escleroso. Consulta 3 meses posteriores por síntomas del tracto urinario inferior, destacándose al examen físico una lesión tumoral en glándula con compromiso de $\frac{2}{3}$ distales del pene. Se sospecha alta probabilidad de cáncer de pene, por lo que se realizó penectomía radical con meato perineal 01/02/22. Biopsia compatible con carcinoma escamoso invasor bien diferenciado en uretra peneana, que infiltra tejido conectivo subepitelial y cuerpo cavernoso. Estudio de etapificación con adenopatías en ambas cadenas ilíacas de 15 mm, negativo para metástasis pT2N2M0. Cistoscopia de control evidencia lesión en cúpula vesical biopsiada, siendo compatible con metaplasia escamosa sin componente maligno. Comité oncológico indica quimioterapia con cisplatino y radioterapia concurrente completado el 08/08/22. Paciente se mantiene en seguimiento con TC-TAP y equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES

El cáncer de uretra corresponde a una neoplasia poco frecuente, donde los síntomas obstructivos son el principal motivo de consulta, existiendo un traslape con otras entidades, como la hiperplasia prostática benigna o cáncer de pene, por lo que se requiere un estudio anatomopatológico en caso de sospecha para tratar adecuadamente al paciente.

P76) ¿QUÉ ANALGESIA POST URETEROSCOPIA UTILIZAMOS EN CHILE?

Olivares C., V.(1); Maldonado A., F.(1); Salvadó B., J.(2);

(1): Residente Urología Universidad Finis Terrae, Clínica Santa María, Santiago, Chile

(2): Servicio Urología, Clínica Santa María, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El constante desarrollo en urología ha permitido que el abordaje endourológico de urolitiasis se convierta en el estándar, desplazando la cirugía abierta.

Pese a la masificación del abordaje endoscópico, no existe consenso en el manejo analgésico post procedimiento, quedando a criterio del tratante y/o disponibilidad del medio.

Creemos que en Chile los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los que se utilizan con mayor frecuencia en el ámbito postquirúrgico, en contraste con otros países como EEUU donde existe prescripción masiva de opioides.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el tipo de manejo analgésico post ureteroscopias (URS) utilizado en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal basado en una encuesta anónima y voluntaria entre agosto y septiembre de 2022. Se analizaron: años de carrera urológica, región, lugar de trabajo, URS/año, analgesia post URS con y sin uso de catéter ureteral doble j.

RESULTADOS

Se completaron 46 encuestas. 56,5% respondió desempeñarse en Santiago versus 43,8% en región; 41.3% llevaba menos de 5 años de urología, 23.9% entre 5 y 10 años y 34.8% más de 10 años. En relación a lugar de trabajo 15.2% trabaja sólo en sistema público y 60.9% en público y privado.

Respecto al número de procedimientos el 78.3% realiza al menos 20 URS anuales. El tiempo de hospitalización indicado fue menor a 24 horas en 56.5% de los encuestados.

Post URS con instalación de pigtail: 93.5% utiliza AINEs, de estos 74.4% suele asociarlo a tamsulosina y 72.1% a paracetamol. Del total, 21 encuestados manifestó usar AINEs + Paracetamol + Tamsulosina; 6 manifestaron usar anticolinérgicos y sólo 1 opioides.

Post URS sin instalación de pigtail: 91.3% utiliza AINEs, de estos 69% lo asocia a paracetamol y 52.4% a tamsulosina. Del total, 17 encuestados manifestó usar AINES + paracetamol + tamsulosina; 1 manifestó usar opioides, 1 corticoides y ninguno anticolinérgicos.

CONCLUSIÓN

Las opciones analgésicas son variadas, sin embargo en Chile las más utilizadas son AINEs, paracetamol y tamsulosina. El uso de opioides es excepcional en este tipo de cirugía. Creemos importante conocer en mayor profundidad el manejo analgésico post ureteroscopia, por lo que continuaremos nuestro estudio expandiéndolo hacia Latinoamérica.

P77) LESIÓN VESICAL SECUNDARIA A OSTEOSÍNTESIS DE PUBIS: LECCIONES APRENDIDAS.

Opazo Márquez, V.(1); Romero Peña, Y.(1); Santander Robles, D.(1); Finsterbusch Rodríguez, C.(1);

(1): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile

Introducción: La osteosíntesis de pubis por fractura de pelvis habitualmente se realiza en pacientes politraumatizados. La lesión vesical secundaria es extremadamente infrecuente y no se encuentran reportes de casos disponibles. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de dos casos en un año en centro de atención terciaria. **Resultados:** *Caso 1:* Mujer 49 años, accidente en motocicleta. Lesiones de ingreso: hemorragia subaracnoidea, fractura frontotemporoparietal y fractura de pelvis izquierda. Se realiza laparotomía exploradora por shock hemorrágico. A los 13 días se realiza reducción y osteosíntesis. A las dos semanas se evidencia salida orina por herida operatoria. Tomografía descarta lesión de vías urinarias. Se decide manejo conservador con sonda foley. Por persistencia de débito se realiza cirugía, evidenciando placa de osteosíntesis en pared vesical anterior, asociado a colección prevesical. Se realiza liberación y cistorrafia. Mantuvo filtración escasa a través de herida operatoria, de manejo conservador. Alta seca a los 60 días. *Caso 2:* Mujer 50 años, atropello. Lesiones de ingreso: fractura de apófisis transversa L5, pelvis y sacro. Se realiza reducción y fijación externa. Evoluciona con colección pélvica y de muslo, de manejo quirúrgico. A las 9 semanas se realiza reducción y osteosíntesis. A los 7 días comienza salida de orina por drenaje de muslo. Tomografía con colección prevesical, sin lesión urinaria. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando placa de osteosíntesis en pared vesical anterior y colección prevesical. Se realiza aseo y cistorrafia. A los 3 días comienza con salida orina por herida operatoria. Por persistencia de débito se realiza nueva laparotomía objetivando dehiscencia de cistorrafia, realizando cistostomía. Evoluciona con salida de orina por drenaje, por lo que se realiza nefrostomía percutánea bilateral, disminuyendo débito de fístula vesico-cutánea. Alta provisoria a los 74 días. **Conclusiones:** A pesar de que la lesión vesical secundaria a osteosíntesis de pubis es poco frecuente, es una complicación grave en pacientes con múltiples lesiones asociadas, inmovilizados y malnutridos. En ambos casos el diagnóstico fue tardío, la tomografía no fue de utilidad, requirieron al menos una cirugía y determinó hospitalización prolongada. Un manejo quirúrgico agresivo precoz con derivación urinaria alta y adecuada rehabilitación podría disminuir la probabilidad de falla.

P78) COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TERAPIA COMBINADA Y CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO EN PRÓSTATAS DE ALTO VOLUMEN

Donoso, D.(1); Romero, Y.(1); Garnham, R.(2); Corvalán, J.(1); Alarcón, L.(1); Iglesias, T.(1);

(1): Servicio Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

(2): Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: El tratamiento con α -bloqueadores e inhibidores-5 α -reductasa (tratamiento combinado) es fundamental en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática no complicada en pacientes con próstatas de más de 30 a 40 ml. Disminuye el riesgo de cirugía o retención aguda de orina (RAO) en un 65.8% en comparación con el α -bloqueo, pero las poblaciones estudiadas son poco representativas en próstatas de gran

volumen. A la fecha no hay estudios publicados de la incidencia de complicaciones en próstatas sobre 60 ml.

Materiales y métodos: Estudio tipo cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de HPB no complicada en nuestro centro que iniciaron tratamiento combinado el año 2018. El objetivo primario fue describir y comparar la incidencia de complicaciones durante el tratamiento, definidas como cirugía, RAO, infección del tracto urinario (ITU), hematuria, enfermedad renal crónica (ERC) y cistolitiasis, de acuerdo al tamaño prostático sobre y bajo 60 ml. Como objetivo secundario se consideraron: Tipo de complicación y tiempo para el desarrollo de complicación.

Resultados: De un total de 88 pacientes con diagnóstico de HPB que iniciaron tratamiento el 2018, 24 (27.3%) pacientes desarrollaron complicación. 19 pacientes (35.85%) del total con próstatas sobre 60cc desarrollaron complicación, versus 5 pacientes (14.29%) del total de próstatas bajo 60 ml, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.022$). De las complicaciones 12 fueron cirugía (50%), 6 (25%) RAO, 3 (12.5%) ITU, 2 (8.3%) ERC, 1 (4.2%) hematuria. El seguimiento promedio fue de 49.5 meses. El tiempo promedio para la complicación fue de 28.2 meses. El tamaño prostático inicial promedio fue de 73.1 ml.

Conclusiones: Nuestra revisión sugiere una mayor incidencia de complicaciones en pacientes con HPB en terapia combinada y próstatas mayores a 60 ml, comparado con pacientes bajo este tamaño. La complicación más frecuente fue la cirugía, con un 50% de éstas. Creemos que nuestro estudio muestra una aproximación inicial a la respuesta al tratamiento combinado en este grupo de pacientes, en ausencia de estudios prospectivos publicados a la fecha.

P79) ¿SOBRE QUÉ TEMAS PUBLICAN LOS URÓLOGOS CHILENOS EN LAS REVISTAS INTERNACIONALES?

Iacobelli, A.(1); Lyon, J.(1); Coria, D.(2); Mandujano, F.(3); Horn, C.(3); Sarras, M.(3); Vivaldi, B.(4); Saez, I.(4); Coz, L.(4);

(1): Facultad de Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2): Servicio de Urología Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

(3): Servicio de Urología Hospital Militar de Santiago; Facultad de Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(4): Servicio de Urología Hospital Militar de Santiago; Facultad de Medicina Universidad de los Andes; Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La recopilación y uso de grandes bases de datos en medicina es una herramienta que permite analizar la información, para detectar patrones ocultos que hacen visible contenido relevante. El objetivo de este trabajo es objetivar y analizar, a través de un *big data*, sobre qué publican los urólogos chilenos en las más importantes revistas internacionales de urología.

Material y métodos: A partir de una base de datos elaborada por un equipo bibliotecario biomédico el año 2021 donde se usó como fuente bibliográfica las once principales revistas urológicas internacionales indexadas, y como fuente bibliométrica Web of Science (WOS), se seleccionaron las publicaciones con participación de al menos un urólogo chileno socio titular o afiliado de la Sociedad Chilena de Urología. Se rescataron 937 artículos, los que fueron clasificados según tres criterios: (i) patología maligna o benigna; (ii) órgano, y (iii) patología específica.

Resultados: Un 51,3% de los artículos trataban sobre algún cáncer urológico, mientras que el restante 48,7% hacía referencia a patologías benignas. Del total de publicaciones analizadas, los órganos más mencionados fueron próstata (23,8%), riñón (21,2%) y vejiga (19%); las patologías específicas más frecuentemente mencionadas fueron cáncer de próstata (20,3%), cáncer de vejiga/urotelio (12,6%), y cáncer renal (12,4%).

Conclusiones: El claro predominio de publicaciones sobre cáncer de próstata y cáncer renal es llamativo, particularmente por dos elementos. Primero, no se ve una representación proporcional de patologías benignas frecuentes, cómo el crecimiento prostático benigno. Segundo, la escasa presencia de publicaciones sobre cáncer testicular desafía los controversiales datos de la GLOBOCAN que posicionan a Chile como uno de los países con la mayor tasa de mortalidad por esta patología. Las explicaciones pueden ser variadas y ameritan mayor reflexión y estudios futuros.

P80) REPORTE DE CASO: CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN URETRAL COMPLEJA EN EL HOSPITAL CLINICO DE COQUIMBO

Rodriguez Concha, C.(1); Gonzalez Gonzalez, P.(1); Lagos Lopez, B.(2); Benito Diaz, C.(2); Garcia Tapia, J.(2);

(1): SERVICIO UROLOGÍA HOSPITAL DE COQUIMBO, COQUIMBO, CHILE

(2): UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, COQUIMBO, CHILE

INTRODUCCIÓN

La estenosis de uretra tiene una incidencia estimada de 200-1200/100.000 individuos. Las etiologías más frecuentes son traumáticas e idiopática. El diagnóstico se realiza por uretrocistografía. El gold estándar para su manejo es la Uretroplastía con injerto de mucosa oral. En cualquiera de sus técnicas de acuerdo al segmento comprometido.

CASO CLÍNICO

Masculino, 63 años, portador de Balanitis Xerótica Obliterante, sin antecedentes quirúrgicos previos, presenta LUTS, agudizado con retención aguda de orina. En servicio de urgencias se intenta cateterismo uretrovesical (frusto), se instala cistostomía percutánea. Uretrocistografía documenta estenosis de 2cm en meato y fosa navicular, 2cm en uretra peniana. Se decide Uretroplastía con injerto de mucosa oral.

En primer tiempo se identifica estenosis de meato y uretra navicular, realizándose incisión por rafe ventral hasta apertura de la región afectada (extensión 2,5cm), exéresis de placa uretral fibrosa glandular hasta uretra sana proximal. Además otra incisión por rafe, liberación de uretra peniana estenótica por dorsal (extensión 4cm). Extracción de injerto de mucosa oral sin incidentes, con el cual se realiza uretroplastía de estenosis peniana por dorsolateral derecho y además se cubre defecto glandular (sin tubulización). En postoperatorio: injerto vital, indoloro, retirando sonda en 21 días, calibre miccional adecuado.

En segundo tiempo (3 meses después) se realiza tubulización de injerto glandular, liberando bordes de piel afectada, seccionando piel redundante balanítica y finalizando plastía suturando bordes. Postoperatorio indoloro, retiro de sonda en 14 días, micción sin problemas. Uroflujometría al mes: volumen 312.7, Qmax 17.7

DISCUSIÓN

La sustitución uretral mediante uretroplastia con injerto de mucosa oral presenta mejores tasas de permeabilidad uretral comparada con otras técnicas. La mucosa oral es un tejido delgado hipervascularizado, permitiendo mejor respuesta cicatrizal, disminuyendo el riesgo de re-estenosis. Ofrece amplios abordajes quirúrgicos, entregando mayor flexibilidad. En este caso se decidió injerto doble en primer tiempo que permitió reparación uretral integral, con uretroplastia proximal dorsal en tejido con adecuado soporte. En un segundo tiempo se completa meatoplastía en tejido adecuadamente adaptado.

CONCLUSIÓN

Es un desafío para el urólogo decidir el mejor abordaje quirúrgico en estenosis complejas. Este debe ser individualizado según estudio preoperatorio, hallazgos intraoperatorios y capacidad técnica.

P81) FRACTURA DE PENE: REVISIÓN RETROSPECTIVA EN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA

Santander, D.(1); Soto, F.(1); Opazo, V.(1);
(1): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile

Introducción: La fractura de pene se define como la lesión de túnica albugínea de cuerpos cavernosos o cuerpo esponjoso. Es un diagnóstico poco frecuente, habitualmente asociado a trauma durante el coito. El manejo recomendado es quirúrgico. El objetivo del estudio es caracterizar las fracturas de pene de nuestro centro y evaluar función eréctil posterior.

Material y metodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados con diagnóstico de fractura de pene en el servicio de urgencia de un centro de atención terciario desde diciembre 2012 a mayo 2022.

Resultados: Se identificaron 9 pacientes, de los cuales 8 se confirmó el diagnóstico intraoperatorio. Promedio edad 31 años (18-39), en cuanto al mecanismo destaca 1 caso causado por masturbación. El método diagnóstico principal fue clínico con examen físico compatible, un caso presentó uretrorragia. A 3 pacientes se les realizó ecografía que confirma lesión de albugínea. El tiempo de evolución promedio fue de 25 horas (2-72). Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, con abordaje subcoronal. Tiempo operatorio promedio 88 minutos (60-100). 5 pacientes tuvieron lesión de cuerpo cavernoso izquierdo, un paciente bilateral, tamaño promedio de lesión de 19.6 mm (8-35). Un caso con lesión uretral de 30 mm. Un paciente sólo se constató lesión de vena dorsal profunda, sin lesión de cuerpos cavernosos. Tiempo promedio de hospitalización 2 días. Se reportó 2 casos de complicaciones Clavien Dindo I. Tiempo de seguimiento post quirúrgico 43.6 días (0-195) al último control o alta. Función eréctil conservada en 5 casos en controles post quirúrgicos. Se aplicó mediante seguimiento telefónico los score EHS y IIEF-5, de los pacientes contactados 1 paciente presentó disfunción eréctil, ningún paciente refirió curvatura peneana ni síntomas urinarios bajos post cirugía.

Conclusiones: La fractura de pene habitualmente se presenta en pacientes jóvenes durante la actividad sexual. El diagnóstico habitualmente es clínico y su tratamiento quirúrgico. La lesión uretral y de ambos cuerpos cavernosos es poco frecuente. El manejo quirúrgico se relaciona con baja tasa de complicaciones, hospitalización de corta estadía y tasa de función sexual satisfactoria.

P82) GLANSECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN EN UN TIEMPO PARA CÁNCER DE PENE LOCALIZADO: NO TODO ESTÁ PERDIDO - DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LA TÉCNICA Y EVOLUCIÓN-

Thorkelsen, G.(1); Brusoni, S.(1); Bruzzone, A.(2); Fuentes, A.(2); Arenas, J.(2); Saavedra, A.(3);
(1): Residente Urología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
(2): Servicio Urología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile
(3): Facultad de Medicina Clínica Alemana-UDD. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Servicio Urología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

El cáncer de pene es una patología infrecuente, sin embargo, su mayor incidencia se encuentra en países en vías de desarrollo. Más del 90% de los casos es de tipo escamoso. Aproximadamente, el 80% de éstos se desarrollan en el prepucio o glande, siendo candidatos para cirugía conservadora, la cual permite un buen manejo oncológico y excelentes resultados funcionales. Históricamente, el cáncer de pene ha sido tratado mediante penectomía total o parcial generando un gran impacto en la calidad de vida. A continuación, presentamos gráficamente los pasos críticos de la cirugía y la evolución postoperatoria. Presentamos el caso de un hombre de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien se encontraba en controles con dermatología por condilomas en el glande y liquen escleroso. Se realiza biopsia que informa neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado, de aspecto verrucoso con signos de infección por virus papiloma humano. Al examen físico destaca lesión verrucosa blanquecina en glande que no

compromete meato. Sin adenopatías inguinales palpables. Técnica de la glansectomía: Se realiza una incisión subcoronal de forma circunferencial, disecando el plano entre el glande y la fascia de Buck de las cúpulas de los cavernosos hasta dejar el glande adherido solo por la uretra/cuerpo esponjoso. Sección de la uretra inmediatamente subcoronal y envío de toda la pieza a patología. Puntos separados de eversión de la uretra y fijación del prepucio a Buck a 3 cm del neomeato uretral. En base a mediciones del lecho, se cosecha injerto de piel de muslo de 10x5 cm y 0.018 pulgadas de espesor, con dermatomo de aire. Se fija el injerto sobre las cúpulas de los cuerpos cavernosos mediante puntos separados de Vicryl 4-0. Instalación de sonda foley 16 Fr. Vendaje oclusivo tipo "bolster" que se mantiene húmedo en el post operatorio y se retira al quinto día. Previa educación sobre cuidados, es dado de alta al noveno día sin sonda foley. Se mantiene en control semanal durante 11 semanas para drenaje precoz de flictenas y curaciones. El paciente es dado alta de las curaciones con buena evolución del injerto y satisfecho.

P83) HEMANGIOMA ANASTOMOSANTE: VARIANTE HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE EN TUMOR RENAL. PRIMER REPORTE EN CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Valenzuela, R.(1); Troncoso, P.(2); Thorkelsen, G.(3); Misad, C.(4); Villaroel, M.(4); Benítez, A.(5);

(1): Hospital San Juan de Dios de la Serena, La Serena, Chile

(2): Departamento de Urología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(3): Residente Urología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(4): Departamento de Anatomía-Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(5): Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Los tumores renales de histologías distintas al carcinoma de células renales (CCR) suelen presentarse con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad renal crónica. Dentro de ellos, los tumores vasculares son extremadamente raros, destacándose los hemangiomas. Estos se clasifican en dos subtipos: capilares y cavernosos. En 2009, Montgomery y Epstein publicaron una serie de 6 casos de una nueva variante de tumor vascular primario renal que denominaron hemangioma anastomosante. Alrededor de 2/3 de los casos se dan en pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal (ERCT). Comúnmente unilaterales y únicos, aunque un 12% son múltiples. Afecta principalmente a población joven, sin predilección por género. La clínica descrita es hematuria y cólico renal, sin embargo, los hallazgos incidentales son comunes. La tomografía axial computarizada (TAC) con contraste o la resonancia magnética no pueden diferenciar correctamente un hemangioma esclerosante de otras neoplasias agresivas, como el angiosarcoma y el CCR. El pronóstico es excelente. No existen reportes de metástasis o recurrencia posterior a cirugía. Se presenta

el caso de una paciente de sexo femenino, de 37 años, con antecedente de ERCT de etiología desconocida. Trasplantada en 2005 con donante cadáver. Falla de injerto a los 15 años y actualmente en diálisis. En contexto de pielonefritis recurrentes, se realizó un TAC de abdomen y pelvis con contraste identificándose un nódulo sólido de 12 mm en riñón nativo izquierdo. Se realiza una nefrectomía radical por laparoscopia. La biopsia mostró un hemangioma anastomosante. Se realizo una revisión de la literatura en Pubmed, Google Scholar y Epistemonikos. Hasta la fecha se han reportado 75 casos de este subtipo histológico tanto a nivel renal como en tejido adiposo perirrenal, testículos, ovarios, vejiga, etc,. No existen reportes nacionales. Como conclusión, al observar un tumor renal en un paciente con ERCT, debemos considerar que existe una mayor frecuencia de subtipos histológicos raros. Dentro de ellos se encuentra el hemangioma anastomosante, cuyo comportamiento biológico es benigno y de buen pronóstico, pero que hasta la fecha no contamos con técnicas diagnósticas específicas que permitan diferenciarlo del CCR, por lo que el tratamiento actual es la cirugía.

P84) MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES RENALES BILATERALES SINCRÓNICOS COMPLEJOS: RESULTADOS FUNCIONALES RENALES Y ONCOLÓGICOS

Gallegos Valenzuela, I.(1); Sepúlveda Tapia, F.(1); Novoa Brunet, C.(1); Lagos Sepulveda, M.(1); Escudero Bustos, N.(2);

(1): Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

(2): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales bilateral se detecta con una tasa de incidencia de 1,6 a 6% de todos los tumores renales. La nefrectomía parcial es actualmente el estándar de manejo en pacientes con tumores renales, incluso tumores T2 o monorrenos, siempre que sea técnicamente posible. A pesar de esto actualmente no hay consenso con respecto a la estrategia de tratamiento óptima para los pacientes que presentan masas renales bilaterales sincrónicas.

Material y métodos: análisis descriptivo que incluye tres pacientes con tumores renales bilaterales y un monorreno, cT1b o mayor, con renal score 10 o más. Todos los pacientes fueron abordados por vía abierta, en un mismo tiempo quirúrgico, entre los años 2019 y 2022, por un mismo equipo de cirujanos. Se analizaron datos de características clínicas, perioperatorios, complicaciones, resultados oncológicos y funcionales renales.

Resultados: de los cuatro pacientes, en dos casos se realizó nefrectomía radical a un lado por complejidad tumoral, 1 caso con parcial bilateral y una tumorectomía en paciente monorreno. Media de tiempo quirúrgico de 187.5min, media de sangrado intra operatorio de 1325cc y de 8.5 días de hospitalización, 4 de 5 tumorectomías requirieron isquemia, se presentaron complicaciones Clavien-dindo II (transfusión e ileo postoperatorio). Oncológicamente el 100% de las tumorectomías con márgenes negativos. La media de VFG pre op fue de 70,41 y de 42.12 en postoperatorio, ningún paciente ha requerido diálisis en el seguimiento.

Conclusiones: en nuestra experiencia el afrontamiento quirúrgico de tumores renales bilaterales complejos en un tiempo quirúrgico es una opción válida como alternativa terapéutica que no compromete resultados oncológicos y funcionales renales, independiente de la complejidad de la masa renal.

P85) CARCINOMA SARCOMATOIDE DE PROSTATA ASOCIADO A COMPROMISO URETERAL Y SÍNDROME DE WUNDERLICH: REPORTE DE UN CASO.

Córdova, L.(1); Jofré, F.(1); Leiva, D.(1); Mondaca, C.(1); Mora, R.(1); Iturriaga, C.(1); Ruiz-tagle, D.(1); Falcón, C.(1); Castro, D.(1); Marió, C.(1); Avilés, N.(1); Biancardi, S.(1); Soto, R.(1); Muñoz, S.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma sarcomatoide de próstata es un tumor raro, histológicamente caracterizado por un componente epitelial maligno y una población con diferenciación mesenquimal/sarcomatoide. Debido a su baja incidencia, su historia natural y patrones de respuesta a tratamiento aún son poco claros.

Caso clínico: Paciente de 61 años que inicia seguimiento por antígeno prostático específico (APE) de 24 ng/mL, solicitándose PET/TC que informa la presencia de un conglomerado adenopático retroperitoneal y biopsia transrectal con presencia de adenocarcinoma prostático SG 4+4. Luego de 1 año de hormonoterapia, es derivado a nuestro centro por cuadro de retención urinaria y falla renal. Se procede a instalación de sonda uretrovesical y re-etapificación destacando: APE 0.18 ng/mL, cintigrama óseo sin metástasis y TC con engrosamiento vesical sugerente de infiltración prostática asociada a hidroureteronefrosis bilateral. Se decide instalación de catéteres doble J bilaterales y 3 meses después es sometido a RTU-P desobstructiva destacando en la biopsia la presencia de carcinoma sarcomatoide en el 93% de la muestra. Paciente evoluciona tórpidamente, con reingreso cuatro meses después de la intervención por hematuria, shock hipovolémico y un angioTC que mostraba un extenso hematoma perirrenal izquierdo asociado a 2 lesiones neoplásicas de uréter ipsilateral, además de una adenopatía lateroaórtica izquierda y aumento del tamaño prostático con evidencia de infiltración de estructuras vecinas. Se procede a nefroureterectomía de urgencia, pesquisándose en intraoperatorio implantes peritoneales informados en biopsia rápida como neoplasia epitelioidea atípica. El informe anatomopatológico definitivo destaca un compromiso transmural extenso del uréter distal izquierdo por carcinoma pobremente diferenciado cuyo estudio inmunohistoquímico sugiere origen prostático. Posterior a estabilización y alta hospitalaria, paciente presenta evolución desfavorable con elevación progresiva de APE, hematuria recurrente, exacerbación de falla renal y complicaciones infecciosas que concluyen con su fallecimiento 3 meses después.

Conclusiones: El carcinoma sarcomatoide de próstata es una variante inusual con un pronóstico pobre. Puede ocurrir *de-novo* o como una recurrencia agresiva en un paciente con historia previa de adenocarcinoma acinar tratado con radioterapia y/o hormonoterapia. El componente sarcomatoide puede desarrollarse sin elevación de APE dificultando su pesquisa en estadios precoces. Las terapias convencionales parecen no alterar su curso natural en estadios metastásicos.

P86) CIRUGÍA RENAL PERCUTÁNEA EN PANDEMIA: ¿HABREMOS HECHO LO CORRECTO?

Morales Dinamarca, C.(1); Loyola Munoz, M.(1); Bravo-iratchet Marengo, B.(2); Coria Guzman, D.(1); Tapia Mingo, A.(1); Morales Dinamarca, I.(1);
(1): Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile
(2): Universidad Autonoma de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La pandemia del SARS-COV2 sin duda fue causal de postergación de gran cantidad de procedimientos quirúrgicos electivos. La enfermedad litiásica es, en muchos casos, considerada una emergencia quirúrgica dado su repercusión funcional y anatómica. Dado la lista de espera en curso, se decidió en conjunto con la dirección del hospital no retrasar cirugías por cálculo urinario en contexto del impacto mencionado. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia de equipo en el manejo de la nefrolitotomía percutánea (NLPC) durante el contexto sanitario.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron todas las NLPC realizadas entre Abril 2020 y Agosto 2022 desarrolladas en el Hospital Parroquial de San Bernardo. Se recolectó información respecto a características del paciente, tipo de litiasis, Stone free rate (SFR), complicaciones postoperatorias, tiempo quirúrgico y estadía hospitalaria.

Resultados: Se realizaron 66 NLPC; 34 (51.51%) pacientes de sexo femenino y 32 (48.49%) de sexo masculino. Todos los pacientes previo a la cirugía, tenían PCR SARS-COV 2 negativa. 20 pacientes (30.30%) corresponden a GUY 1, 8 (12.12%) GUY 2, 24 (36.36%) GUY 3 y 11 (16.67%) GUY 4. 23 (34.85%) fueron Tubeless y 11 (16.67%) fueron Totally Tubeless. En 22 pacientes (33.33%) se realizó URSF de revisión. Tiempo quirúrgico promedio fue de 131 min. 6 (9.09%) de los pacientes requirieron transfusión sanguínea. Solo 7 pacientes (10.61%) presentaron complicaciones postquirúrgicas. El promedio de estadía hospitalaria fue de 2,39 días (1-8). Se realizó seguimiento de PCR SARS-COV2 por un mes, solo 1 paciente (1.51%) resultó positivo, y fue posterior al alta.

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que a pesar del contexto pandémico vivido, pudimos realizar NLPC y con ello, evitar pérdida de unidades renales, sin mayores complicaciones.

P87) CULTIVO POSITIVO INTRAOPERATORIO EN NLPC. ES FACTOR DE RIESGO PARA SEPSIS?

Morales Dinamarca, I.(1); Loyola Munoz, M.(1); Bravo-iratchet Marengo, B.(2); Coria Guzman, D.(1); Tapia Mingo, A.(1); Morales Dinamarca, C.(1);

(1): Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile

(2): Universidad Autonoma de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La nefrolitectomía percutánea (NLPC) es un procedimiento que cada vez adquiere más adeptos en la práctica endourológica nacional. Sin embargo, es un procedimiento que no está exento de complicaciones. La fiebre y sepsis, son complicaciones importantes cuyo principal factor de riesgo es un urocultivo preoperatorio positivo. El objetivo de este trabajo es conocer la correlación entre el cultivo preoperatorio, intraoperatorio y complicaciones infecciosas post NLPC.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo realizado a partir de NLPC efectuadas en el Hospital Parroquial de San Bernardo entre Enero 2019 y Agosto 2022. Se analizaron datos respecto a urocultivos preoperatorios, intraoperatorios, profilaxis antibiótica (ATB), tratamiento ATB y complicaciones postquirúrgicas.

Resultados: Muestra de 44 pacientes y edad promedio de 48,84 años (20-75). 24 pacientes (54.55%) sometidos a NLPC no tubeless, 14 (31.82%) sometidos a ECIRS y 6 (13.64%) a SBES. 21 pacientes (47.73%) tenían JJ previo y 2 (4.74%) tenían nefrostomía, 15 (34.09%) pacientes eran GUY score 1, 6 (13.64%) GUY score 2, 16 (36,36%) GUY score 3 y 5 (11.36%) GUY score 4. 11 pacientes (25%) presentaron urocultivo preoperatorio positivo, y 7 de estos presentaron cultivo intraoperatorio positivo. 33 pacientes (75%) tenían urocultivo preoperatorio negativo, y todos tuvieron cultivo intraoperatorio negativo. 8 pacientes (18,18%) presentaron complicaciones postquirúrgicas, y de estos, 1 paciente presentó fiebre aislada mientras que 3 presentaron sepsis. Los 3 pacientes con sepsis tenían urocultivo preoperatorio positivo.

Conclusiones: Los urocultivos preoperatorios positivos juegan un rol como factor de riesgo de complicaciones infecciosas. Sin embargo, a diferencia de la literatura que menciona un

30% de discordancia entre urocultivos preoperatorios e intraoperatorio en nuestro centro no se observó dicha discordancia.

P88) ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE Y CARACTERIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE: EXPERIENCIA EN CENTRO PRIVADO

Marchant, P.(1); Muñoz, C.(1); Hurtado, J.(2); Perez, J.(1); Villalobos, I.(3); Moreno, S.(4);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2): Hospital de Urgencias y Asistencia pública, Santiago, Chile

(3): Universidad Andres Bello, Santiago, Chile

(4): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La enfermedad de La Peyronie (EP) es un trastorno fibrótico de la túnica albugínea del pene que produce una deformidad, la cual puede ser dolorosa y genera, en algunos casos, disfunción sexual. El uso de ecografía doppler se utiliza para caracterizar el número y localización de placas, presencia de calcificaciones y tipo de curvatura. Su utilidad radica en una adecuada evaluación prequirúrgica. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y hallazgos ecográficos en pacientes con EP, evaluados en nuestro centro.

Materiales y método: Estudio descriptivo y retrospectivo, mediante revisión de fichas clínicas de pacientes que fueron derivados para ecografía doppler de pene por disfunción eréctil o posible EP, entre noviembre de 2019 y agosto del 2022. Se analizaron variables como edad, comorbilidades, disfunción eréctil, tipo de curvatura, cantidad de placas, localización y presencia o no de calcificaciones. Se usó un equipo SIEMENS Acuson Juniper ultrasound system. Todos los exámenes realizados por el mismo examinador.

Resultados: Se analizaron 218 pacientes, de los cuales, en 36 pacientes, se encontraron hallazgos sugerentes de EP. La media de edad fue 53 (28 – 81) años. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran dislipidemia (33,3%), hipertensión arterial (27,8%) y diabetes mellitus (13,9%). El 25% (n=9) se asocia a disfunción eréctil. En 91,7% (n=33) se encontró la presencia de placas fibrosas, de estas el 30,6% (n=11) tenía calcificaciones. El 77,8% (n=28) tenía 1 placa y el 13,9% (n=5) tenía 2 placas. El 22,2% (n=8) tenía curvatura dorsal, el 11,1% (n=4) curvatura ventral, el 8,3% (n=3) curvatura lateral izquierda y en el 2,8% (n=1) deformidad en reloj de arena y en el 41,7% (n=15) no se describe curvatura. No se presentaron priapismos en este grupo.

Conclusiones: La ecografía doppler de pene es de bajo costo, accesible y mínimamente invasiva. Juega un rol fundamental en la caracterización de la placa y curvatura en pacientes en que se esté pensando una resolución quirúrgica.

P89) ADHERENCIA Y SEGURIDAD DE LA VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR ETAPA I, EXPERIENCIA DE 32 AÑOS

Vial, R.(1); Hermsilla, S.(2); Merino, M.(2); Horn, C.(3); Mandujano, F.(3); Sáez, I.(4); Sarrás, M.(3); Vivaldi, B.(4); Coz, F.(4);

(1): Residente Hospital Militar de Santiago - Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2): Interna Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(3): Urólogo Hospital Militar de Santiago - Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(4): Urólogo Hospital Militar de Santiago - Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La vigilancia activa (VA) ha sido validada como opción terapéutica en pacientes con cáncer testicular (CT) etapa I adecuadamente seleccionados, que pueden cumplir una adherencia estricta a los controles. Ha demostrado tener altas tasas de sobrevida a 5 años, sin necesidad de adyuvancia. Evaluaremos la experiencia local de pacientes con CT etapa I.

OBJETIVOS Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 207 pacientes con diagnóstico de CT, sometidos a orquiectomía radical entre los años 1990-2017, con 5 años de seguimiento. La información se obtuvo de fichas clínicas electrónicas y físicas, comunicación vía telefónica y revisión en el registro civil respecto a sobrevida. Se analizó los pacientes seleccionados para someterse a VA, centrándose en factores de riesgo de recurrencia tanto de tumores tipo seminoma (TCGS): tamaño tumoral (>4cm) e invasión rete testis; como no seminoma (TCGNS): histología (>50% carcinoma embrionario) e invasión linfovascular. Además de adherencia, recidiva, y sobrevida específica a los 5 años.

RESULTADOS: Entre enero de 1990 y julio 2017 un total de 207 se sometieron a orquiectomía radical. De ellos, 45 pacientes (21.7%) fueron incluidos a protocolo de VA, todos con enfermedad en estadio I (pT1N0M0) y marcadores tumorales post orquiectomía normales. De estos, 35 pacientes (77.8%) presentaron TCGNS y solo 10 (22.2%) TCGS. La vigilancia incluyó TAC TAP y marcadores tumorales seriados. Un 31% (14) ingresó al protocolo de VA con algún factor de riesgo asociado. Con una adherencia total de 93.4%. Tan solo 3 pacientes (6.6%) tuvieron recurrencia del cáncer durante la vigilancia, solo 1 de ellos con factor de riesgo asociado, todos fueron rescatados efectivamente con quimioterapia, sin evidencia de enfermedad a los 5 años. La sobrevida específica fue del 100%.

CONCLUSIONES: El CT en etapa I sin factores de riesgo puede ser manejado con VA, además pacientes con acotados factores de riesgo que se presume tendrán buena adherencia pueden ingresar a un protocolo de VA, presentando baja recurrencia y alta sobrevida. En nuestra serie un 31% presentaba factores de riesgo, con una sobrevida del 100%. Téngase presente, que a pesar de una buena selección un 6.6% abandonó el tratamiento.

P90) ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO

Muñoz Fuentes, C.(1); Marchant Bustos, P.(1); Hurtado Guaman, J.(2); Perez Hidalgo, J.(3); Villalobos Jimenez, I.(4); Moreno Figueroa, S.(5);

(1): Residente de Urología, Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile

(2): Medico Cirujano, Hospital de Urgencias y Asistencia Publica, Santiago, Chile

(3): Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile

(4): Ingeniera Civil Industrial, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

(5): Urólogo, Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción:

La ecografía doppler de pene es una técnica mínimamente invasiva de bajo costo que permite evaluar la hemodinamia de la erección en patologías como disfunción eréctil (DE), Enfermedad de Peyronie, entre otras patologías.

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas e informes finales de los pacientes con disfunción eréctil sometidos a ecografía doppler de pene.

Material y método:

Estudio descriptivo y retrospectivo, que analiza 182 pacientes con diagnóstico clínico de DE objetivado con IIEF-5 sometidos a ecografía doppler de pene entre noviembre de 2019 y agosto del 2022 por el mismo operador, en un centro único, con el fin de obtener características hemodinámicas. Luego de la inyección de prostaglandina intracavernosa. Se usó un equipo SIEMENS Acuson Juniper ultrasound system. Todas los exámenes realizados por el mismo examinador.

Se tomaron como valores de referencia normales una velocidad máxima sistólica (PSV) igual o mayor a 30 centímetros/segundo, siendo los valores inferiores a esta cifra correspondientes a insuficiencia arterial. Respecto a la fuga venosa, se toma como valor normal una velocidad de fin de diástole (EDV) igual o menor a 3 centímetros/segundo.

Resultados:

El promedio de edad fue 56,7 (20-87) años. El 40,7% presentaba hipertensión arterial, 22% diabetes mellitus tipo 2, 30,8% dislipidemia, 6% enfermedad coronaria, 0,5% hipogonadismo. Además, un 9,3% tenían el antecedente de prostatectomía radical y 2,7% refirieron tabaquismo.

Según el IIEF-5 un 34,1% presenta DE Grave; 22,5% Moderada; 17% leve a moderada; 17,6% leve y 8,8% sin DE. El informe ecográfico final fue normal en un 38,5% (n=70), concluyendo con insuficiencia venosa en un 36,3% (n=66), insuficiencia arterial en un 13,2% (n=24) y

enfermedad mixta un 12,1% (n=22). Sólo 1 paciente presentó priapismo, correspondiendo al 0.5% .

Conclusiones:

Los pacientes evaluados con ecografía doppler de pene presentaron comorbilidades similares a publicaciones previas. Dentro de las causas vasculogénicas evaluables con este exámen, la insuficiencia venosa es la más frecuente. La ocurrencia de complicaciones fue mínima.

Índice por Título

¿QUÉ ANALGESIA POST URETEROSCOPIA UTILIZAMOS EN CHILE?	152
¿SOBRE QUÉ TEMAS PUBLICAN LOS URÓLOGOS CHILENOS EN LAS REVISTAS INTERNACIONALES?	155
ABORDAJE COMBINADO CON PUNCIÓN CALICILIAR SUPERIOR EN CATETER JJ OLVIDADO EN PACIENTE CON PELVIS BÍFIDA	50
ABORDAJE COMBINADO TIPO RENDEZ-VOUS EN LESIONES DE URÉTER: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.....	127
ABORDAJE POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA	63
ABORDAJE POSTERIOR TRANSANAL-TRANESFINÉTERICO EN REPARACION DE FÍSTULA RECTO VESICAL BAJA, POSTERIOR A PROSECTOMÍA RADICAL. PRESENTACIÓN DE 1 CASO.	57
ABSCESO PROSTÁTICO POR TBC EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA PRESENTACIÓN RARA DE TUBERCULOSIS UROGENITAL	128
ABSCESOS TESTICULARES BILATERALES SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR VIRUS COXSACKIE EN PACIENTE CON SÍNDROME PIE MANO BOCA. REPORTE DE UN CASO.....	82
ADHERENCIA Y SEGURIDAD DE LA VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR ETAPA I, EXPERIENCIA DE 32 AÑOS	165
ANÁLISIS DE POTENCIALES FACTORES RESPONSABLES DE LA BAJA TASA INSTALACIÓN DE IMPLANTES DE PENE EN CHILE: OPORTUNIDADES PARA MEJORAR	109
ANEURISMA ARTERIA RENAL COMPLEJO: NEFRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA, RECONSTRUCCIÓN EN BANCO Y AUTOTRASPLANTE RENAL.....	66
APLICACIÓN DE LA INTERDISCIPLINA Y DESIGN THINKING EN EL DESARROLLO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO UROLÓGICO.....	10
ARN LARGO NO CODIFICANTE, PCAT14: UN POTENCIAL BIOMARCADOR PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA A VIGILANCIA ACTIVA	146
BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA LOCAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO	46
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON ANESTESIA LOCAL: TÉCNICA PASO A PASO	57
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN: VIDEO DESCRIPTIVO DE LA TÉCNICA IMPLEMENTADA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.	52
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL BAJO COBERTURA ANTIBIÓTICA CON CEFTRIAXONA, UN PROCEDIMIENTO SEGURO. EXPERIENCIA ENTRE 2014-2022	47
CANCER DE PROSTATA SOMETIDO A CIRUGIA:ADYUVANCIA VERSUS RESCATE PRECOZ. EXPERIENCIA CENTROS AREA NORTE DE SANTIAGO	41
CANCER DE URETRA SIMULANDO CANCER DE PENE: REPORTE DE UN CASO	151
CÁNCER VESICAL Y SÍNDROME DE COSTELLO (SC). MODALIDAD DE SEGUIMIENTO	146
CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LESIONES PI-RADS 3. ¿QUÉ PACIENTES SE BENEFICIAN MÁS DE UNA BIOPSIA COGNITIVA?	87
CARCINOMA SARCOMATOIDE DE PROSTATA ASOCIADO A COMPROMISO URETERAL Y SÍNDROME DE WUNDERLICH: REPORTE DE UN CASO.	161
CARCINOMA SUPRARRENAL CON COMPROMISO DE VENA CAVA: REPORTE DE UN CASO. .	83

CARCINOMA UROTELIAL SÓLIDO ANAPLÁSICO INVASOR DE LA MUSCULAR PROPIA DE DIVERTÍCULO VESICAL	88
CIRUGÍA GENITAL EN MUJERES TRANS: RESULTADOS SOBRE LA FUNCIÓN URINARIA	17
CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA (RIRS) DURANTE NEOIMPLANTE URETERAL LAPAROSCOPICO LICH-GREGOIR (L-GLAP): SIMBIOSIS ENTRE ENDOUROLOGIA Y LAPAROSCOPIA RECONSTRUCTIVA.....	49
CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA EN GRUPO CALICIAL INFERIOR; TASA DE ÉXITO Y SUS DETERMINANTES.	132
CIRUGÍA RENAL PERCUTÁNEA EN PANDEMIA: ¿HABREMOS HECHO LO CORRECTO?	162
CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL BILATERAL, ¿ES FACTIBLE COMO PRIMERA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LITIASIS RENAL BILATERAL? PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL.	74
CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL ≥ 2 CM	113
CIRUGÍA ROBÓTICA ONCOLÓGICA DE ESTADÍA REDUCIDA	38
CISTECTOMÍA RADICAL EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR.	79
CODI: UN NUEVO CONCEPTO DE IMPLANTE DE PENE DISEÑADO EN CHILE	11
COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD Y MORBILIDAD DE NEFROLITOTOMIA ENDOSCÓPICA FLEXIBLE VERSUS PERCUTÁNEA PARA CÁLCULOS RENALES ENTRE 15-25MM.....	138
COMPARACIÓN DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA CON LÁSER DE THULIUM (THULEP) VERSUS CIRUGÍA ABIERTA EN PRÓSTATAS MAYORES A 80 GRAMOS	85
COMPARACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE LEIBOVICH Y UISS. IMPACTO EN EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES.	133
COMPLICACIONES DE CONDUCTO ILEAL VERSUS URETEROSTOMÍA CUTÁNEA EN CISTECTOMÍA DE URGENCIA.....	121
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TERAPIA COMBINADA Y CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO EN PRÓSTATAS DE ALTO VOLUMEN	154
COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN CIRUGÍA GENITAL FEMINIZANTE	142
COMPOSICIÓN LITIÁSICA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA INFRARROJA (FTIR). ANÁLISIS DE RESULTADOS LOCALES DESDE SU IMPLEMENTACIÓN.	126
CONCORDANCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL GUIADA POR ULTRASONIDO Y LA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO FINAL DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES REALIZADAS ENTRE LOS AÑOS 2015 A 2021 EN UN CENTRO DE SALUD LOCAL	145
CONSULTAS UROLÓGICAS DE URGENCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO PÚBLICO	94
CORPOROPLASTIA DE INCISIÓN MÁS PARCHE EGIS®	65
CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS QUIRÚRGICOS PARA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEAS Y NOMOGRAMA PREDICTOR PREOPERATORIO GUY'S STONE SCORE REALIZADAS EN UN HOSPITAL DOCENTE	30
CULTIVO POSITIVO INTRAOPERATORIO EN NLPC. ES FACTOR DE RIESGO PARA SEPSIS? ...	163
DERIVACIÓN URINARIA DE URGENCIA: NEFROSTOMIA PERCUTÁNEA O CATÈTER URETERAL?	102

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO INANIMADO DE PUNCIÓN RENAL ECOGUIADO.	24
DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN UNA SERIE DE MUJERES TRANS OPERADAS DE GENITOPLASTÍA FEMINIZANTE EN UN HOSPITAL DOCENTE-ASISTENCIAL DE SANTIAGO, CHILE	144
DETERMINACIÓN DEL MÓDULO ELÁSTICO TESTICULAR EN POBLACIÓN SANA: INSUMO FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA DEL DISEÑO DE LAS PRÓTESIS TESTICULARES	13
DIFERENCIAS EN LA CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA SEGÚN PREVISIÓN: IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS	93
DISEÑO DE UN BANCO DE PRUEBAS PARA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE IMPLANTES INFLABLES DE PENE	12
DISFUNCIÓN SEXUAL EN CIRUGÍA PROSTÁTICA ENDOSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO ..	107
ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO	166
ECOGRAFÍA DOPPLER DE PENE Y CARACTERIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE: EXPERIENCIA EN CENTRO PRIVADO	164
EFFECTOS SOBRE LA TEMPERATURA DEL LÁSER MOSESTM 2.0 DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE; ANALISIS IN VITRO.	26
EL PENE CON UÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CUERPO EXTRAÑO SECUNDARIO A TRAUMA GENITAL	149
ENDOUROLOGÍA AVANZADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, EXPERIENCIA INICIAL.....	70
ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA BIPOLAR DE PRÓSTATA (BIPOLEP) CON TÉCNICA DE TRES LÓBULOS Y LIBERACIÓN PRECOZ DEL ESFÍNTER	61
EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR RESONANCIA DE PRÓSTATA MULTI-PARAMÉTRICA (RMMP) EN CENTRO DE REFERENCIA	86
EXPERIENCIA CON USO DE ACETATO DE ABIRATERONA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA METASTASICOS HORMONOSENSIBLE.....	42
EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE.....	21
EXPERIENCIA INICIAL DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM (HOLEP). 106 PRIMEROS CASOS	106
EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PÚBLICA.....	45
EXPERIENCIA INICIAL PARA PATOLOGÍAS NO-ONCOLÓGICAS CON UNA NUEVA PLATAFORMA ROBÓTICA	39
FACTORES CLÍNICOS E INTRAOPERATORIOS PREDICTORES DE ÉXITO Y FRACASO EN EL TRATAMIENTO CON TERAPIA TÉRMICA DE VAPOR DE AGUA.	20
FACTORES PRONÓSTICOS DE GRAVEDAD E INGRESO A UCI EN PACIENTES CON UROSEPSIS POR URETEROLITIASIS OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.....	118
FLAP DE BOARY EN	102
FRACTURA DE PENE: REVISIÓN RETROSPECTIVA EN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA....	157
FRACTURA DE PENE: URGENCIA UROLÓGICA EMERGENTE EN NUESTRA COMUNA	116

FRECUENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO MEDIANTE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA LÁSER	112
GLANSECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN EN UN TIEMPO PARA CÁNCER DE PENE LOCALIZADO: NO TODO ESTÁ PERDIDO - DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LA TÉCNICA Y EVOLUCIÓN-.....	158
HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN METABÓLICA DE PACIENTES CON CÁLCULOS DE CALCIO.	28
HEMANGIOMA ANASTOMOSANTE: VARIANTE HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE EN TUMOR RENAL. PRIMER REPORTE EN CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.	159
HITOS EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA URO-ONCOLOGICA: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN	77
IMPACTO DE CISTOLITOLAPAXIA SIMULTÁNEA A LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER.....	79
IMPACTO DE LA MODULACIÓN DEL PULSO VIRTUAL BASKET EN LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA LÁSER CON HOLMIUM.....	23
IMPACTO DEL USO DE UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN/ASPIRACIÓN FRENTE A UN SISTEMA DE INSUFLACIÓN EXCLUSIVO TRADICIONAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO.....	92
IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM EN HOSPITAL PÚBLICO: RESULTADOS PRELIMINARES DE 75 CASOS	72
IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE UROLOGÍA TRANSICIONAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO Y HOSPITAL ADULTOS DE LA RED PÚBLICA CHILENA	33
IMPLEMENTACION DE TELEMEDICINA ASINCRONICA PARA UROLOGIA EN RED PÚBLICA DE ÑUBLE.....	125
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REDUCCIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA POST NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.....	27
INFARTO RENAL: CÓMO DISTINGUIRLO DE OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA	101
INFECCIÓN URINARIA PERSISTENTE DOCUMENTADA MEDIANTE PCR BACTERIANO DE LA PELVIS RENAL DE UN RIÑÓN NATIVO EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: CASO CLÍNICO.	115
INFLUENCIA DE LOS MÁRGENES POSITIVOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL EN OUTCOMES INTERMEDIOS PARA SOBREVIVENCIA.	43
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN UROLOGÍA: APLICACIÓN DE UN MODELO DE MACHINE LEARNING PARA PREDECIR EL RIESGO DE UROLITIASIS	25
LEIOMIOMA INTRAVESICAL COMO CAUSA DE TUMOR VESICAL, REPORTE DE UN CASO ...	141
LESIÓN VESICAL SECUNDARIA A OSTEOSÍNTESIS DE PUBIS: LECCIONES APRENDIDAS.	153
LESIONES QUISTICAS PARAURETRALES FEMENINAS: CARACTERIZACION CLÍNICA Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS.....	137
LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEO ENDOSCOPICA (VEIL) & LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA (LPLND) EN CANCER DE PENE (CAPN) ESTADIO IV CON RESPUESTA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA	59
LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA BILATERAL SIMULTÁNEA – RESULTADOS DE UNA PRIMERA EXPERIENCIA.....	84

LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PENE: EXPERIENCIA INICIAL.....	60
LOS LINFOCITOS T CD8+ DE MEMORIA RESIDENTE INFILTRANTES DE CÁNCER RENAL HUMANO SON ALTAMENTE HETEROGÉNEOS Y MUESTRAN UNA REACTIVIDAD ANTITUMORAL Y SE ASOCIAN A UNA MAYOR SOBREVIVENCIA.....	14
MANEJO DE MASAS SUPRARRENALES EN CHILE, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?	134
MANEJO ENDOSCÓPICO PALIATIVO DE TUMOR DE PELVIS RENAL A TRAVÉS DE CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA Y ABLACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	51
MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS VÉSICO VAGINALES MEDIANTE TÉCNICA MODIFICADA DE MARTIUS: REPORTE DE CASOS	105
MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES RENALES BILATERALES SINCRÓNICOS COMPLEJOS: RESULTADOS FUNCIONALES RENALES Y ONCOLÓGICOS	160
MEDICIÓN URETRAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.....	90
MILEP (ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA LÁSER MÍNIMAMENTE INVASIVA): PRIMERA EXPERIENCIA DE SLIM HOLEP EN CHILE	62
MINI-PERC: ¿NUEVO GOLD STANDARD EN LITIASIS RENALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD?	29
MIOINTIMOMA DEL PENE, TUMOR POCO FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO	137
MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR GERMINAL EN CHILE. ¿ES TAN ALTA COMO CREEMOS? EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE REGIÓN	112
NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DONANTE VIVO MANO ASISTIDA SIN DISPOSITIVO DE SELLE. ANALISIS DE 72 CASOS	75
NEFRECTOMÍA PARCIAL EN MASA RENAL PEQUEÑA	103
NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMBINADA CON CIRUGÍA RENAL RETROGRADA POR LITIASIS EN LA MISMA UNIDAD RENAL: REPORTE DE LA PRIMEA SERIE EN LA LITERATURA	96
NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN TUMORES RENALES MENORES DE 3 CM. COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO..	72
NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA MÁS TROMBECTOMÍA MANO-ASISTIDA: REPORTE DE UN CASO	69
NEFRECTOMÍA TOTAL ABIERTA SECUNDARIO A QUISTE HIDATÍDICO RENAL GIGANTE, UNA ENTIDAD INFRECUENTE Y COMPLEJA. REPORTE DE UN CASO.	80
NEFRECTOMIAS PARCIALES ROBOTICAS: RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS ..	117
NEFROLITOTOMIA MINIPERCUTÁNEA CON LÁSER DE ALTO PODER (MOSES, LUMENIS), EL NUEVO HORIZONTE?.....	99
ORQUIECTOMÍA RADICAL ¿ DEBEMOS ABRIR APONEUROSIS?.....	108
PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN UN PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER PROSTÁTICO DE BAJO RIESGO	89
PARAFIMOSIS: UNA URGENCIA UROLÓGICA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE VIRUELA DEL MONO. REPORTE DE CASO.....	120
PATOLOGÍA GENITOURINARIA EN SÍNDROME DE DOWN.....	147
PLASMOCITOMA EXTRAÓSEO TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	129

PLATAFORMA ROBÓTICA LEVITA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO CLÍNICO EN CIRUGÍA RENAL Y ADRENAL LAPAROSCÓPICA	130
PRESERVACIÓN DE LA ARTERIA BULBAR DURANTE LA RECONSTRUCCIÓN DE LESIONES URETRALES POR FRACTURA PÉLVICA (PFUI)	64
PRESERVACIÓN MÁXIMA DE FASCIA ENDOPELVIANA Y BANDELETAS NEUROVASCULARES EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.....	55
PROSTATECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO: COMPARACIÓN DE VARIABLES PERIOPERATORIAS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS PRECOCES EN ABORDAJE ABIERTO VERSUS LAPAROSCÓPICO	136
PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPELVICA CON EL ROBOT VERSIUS EN UN MODELO CADAVERÍCO	54
PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA: PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS	54
PSEUDOTUMOR FIBROSO PARATESTICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	140
PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA	48
RECONSTRUCCIÓN DE LA URETRA POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO	16
RELACIÓN ENTRE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y BIOPSIA FINAL EN LA EXTENSIÓN LOCAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA	131
REPORTE DE CASO: CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN URETRAL COMPLEJA EN EL HOSPITAL CLINICO DE COQUIMBO	156
RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS ASOCIADOS A INFECCION DEL TRACTO URINARIO. ANÁLISIS DE ULTIMOS 3 AÑOS HOSPITAL NODO SUR DE CHILE	32
RESOLUCIÓN DE URETEROLITIASIS EN PACIENTES INGRESADOS CON SEPSIS DE FOCO URINARIO. COMPARACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN HOSPITALES PÚBLICOS VERSUS CENTROS PRIVADOS: ¿EXISTE INEQUIDAD?.....	119
RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN EN LA DETECCIÓN DE LESIONES ÍNDICE Y SU CORRELACIÓN CON LA PROSTATECTOMÍA RADICAL	74
RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEODYUVANTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR	37
RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA. 40	
RESULTADOS INICIALES DE BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO	97
RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE	123
RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA CON CARCINOMA UROTELIAL CON VARIANTES HISTOLÓGICAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO.	122
RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE NEFRECTOMÍA RADICAL CON TROMBECTOMÍA TUMORAL EN EL CÁNCER RENAL LOCALMENTE AVANZADO.....	111
RESULTADOS Y CARACTERIZACIÓN DEL USO DE ATOMS EN CHILE COMO TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO EN HOMBRES.....	31
REVASCULARIZACIÓN PENEANA MICROQUIRÚRGICA PREVIO A URETROPLASTÍA EN LESIONES URETRALES POR FRACTURA DE PELVIS	15

REVISIÓN DE CASOS DE TRAUMA RENAL EN EL PERÍODO 2021-2022 EN UN HOSPITAL PÚBLICO: DESDE EL DIAGNÓSTICO AL SEGUIMIENTO PRECOZ	148
REVISIÓN DE IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN UN CENTRO DE SANTIAGO: ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	100
RIESGO DE PROGRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE PRÓSTATA CON METÁSTASIS GANGLIONAR MÍNIMA: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y OUTCOMES INTERMEDIOS.....	44
SEGURIDAD Y EFICACIA EN ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER EN PRÓSTATAS MAYORES DE 150CC	124
SIGNIFICATIVO INCREMENTO DE LA INCIDENCIA Y CARGA HOSPITALARIA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN CHILE EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS	94
SOBREVIDA Y LETALIDAD DEL CÁNCER TESTICULAR. LA REALIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA REGIÓN METROPOLITANA.....	150
TERAPIA CON VAPOR DE AGUA REZUM®: RESULTADOS INICIALES	19
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN SEPSIS URINARIA ASOCIADA A LITIASIS URETERAL EN CHILE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.....	25
TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA	68
TRAYECTORIA BREVE Y EXPONENCIAL DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL: DESDE LA CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS A LA NEFRECTOMIA CITORREDUCTIVA.	76
TUMOR RENAL INTRASINUSAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.....	67
URETEROSCOPIA FLEXIBLE, RESULTADOS DE LA TÉCNICA EN 470 CASOS	98
URETROPLASTIA FEMENINA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL MANEJO DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA: EXPERIENCIA DE 3 CENTROS EN CHILE.	19
UROLITIASIS EN AVIACIÓN: ¿ALGUNA DIFERENCIA?	139
USO DE PET-CT/PSMA EN HOSPITALES DE LA QUINTA REGIÓN	110
USO DE TAP BLOCK POR URÓLOGOS EN NEFRECTOMÍAS ABIERTAS POR CÁNCER RENAL... ..	35
UTILIDAD CLÍNICA DE LA MEDICIÓN DE RUTINA DE PD-L1 EN CÁNCER RENAL, CARACTERÍSTICAS PRONÓSTICAS Y PREDICTIVAS.....	37

Índice por Autor

Abello, M.	47
Acevedo Castillo, C.	86, 87
Acevedo, C.	23, 52, 86, 97, 112
Acuña Galvez, E.	49, 59, 76, 77
Acuña Madrid, J.	57, 106, 107, 132, 148, 150
Adaury Eneros, A.	142
Adaury, A.	17, 144
Affeld P, F.	123
Affeld P., F.	60
Affeld, F.	113
Aguila, F.	26, 31, 118, 119
Águila, F.	29, 48
Aguilera Muñoz, F.	72
Aguirre Campos, C.	145
Alarcón, L.	14, 129, 154
Aliaga, A.	37, 41, 56
Allory, Y.	14
Altamirano, J.	79
Araya, J.	67, 101, 102, 133, 134
Araya, P.	41
Arellano, C.	144
Arenas, J.	17, 31, 46, 144, 158
Arévalo, D.	17, 144
Arias Orellana, E.	57, 102, 103
Arias, A.	125
Aroca Sire, P.	80
Arriagada R, B.	123
Arriagada R., B.	60
Arriagada, B.	113
Arribas, D.	38, 96
Arroyo Concha, S.	25, 27
Arroyo, S.	20, 83, 84
Arzeno Thome, L.	132, 148, 149, 150, 151
Ascanio Rojas, J.	49, 59, 76, 77
Ascorra, F.	141
Ascorra, S.	113
Astorga Escudero, S.	25, 142
Astorga, S.	37
Astroza Eulufi, G.	118, 119
Astroza, G.	24, 26, 28, 126
Avayú Zaliasnik, T.	27

Avayú, T.....	20
Avilés Espinoza, N.	46
Avilés, N.....	161
Ayala Farías, M.....	107
Ayala, C.....	139, 140, 141
Azocar, L.....	146
Baeza Figueroa, C.	137
Bag, M.	146
Baquedano, P.....	146, 147
Barahona, J.....	129
Barrera, D.....	75
Barría Oyarce, S.....	148, 149, 150, 151
Baumann, B.....	110
Benavides, M.....	44
Benitez, A.	46, 118, 119
Benítez, A.	19, 31, 115, 159
Benito Diaz, C.....	156
Bermúdez, H.	72
Bernal, J.....	17, 31, 144
Bernatuil, R.....	26, 118, 119
Bernier, P.....	31, 89, 91, 92
Bezama Urriola, P.	57, 103
Biancardi, S.....	161
Blamberg Treizman, A.	42
Borgna, V.....	14, 129
Brandau, C.....	67, 101, 102, 133, 134
Bravo Izurieta, J.....	44
Bravo Wittig, J.....	106
Bravo, J.	24, 43, 139, 146
Bravo-iratchet Marengo, B.....	50, 162, 163
Brusoni, S.	17, 24, 28, 46, 126, 127, 144, 158
Bruzzo, A.	17, 158
Bruzoni, A.	144
Bustamante Basso, C.	57, 102, 103
Bustamante Valenzuela, P.....	49, 59, 76, 77
Bustamante, A.....	31
Cabello Eterovic, J.....	82
Cabello Eterovic, R.	51
Cabello, J.	27, 98, 99, 113
Cabello, R.	98, 138
Cabrera Saez, A.....	103
Caceres Meza, C.....	148, 150
Calvo, C.....	31
Calvo, I.....	127

Campillo, M.	10, 11, 12, 13, 109
Campos Pantoja, R.	17, 64
Campos, R.	15, 31
Cañas, R.	44
Cárdenas M, F.	123
Cárdenas M., F.	60
Cárdenas, F.	113
Caro, I.	10, 11, 12, 109
Carrasco, J.	105
Carrizo, R.	43
Carvajal Soria, D.	137
Carvajal, D.	125
Casanova Figueroa, J.	103
Castillo, J.	111
Castillo, O.	38
Castillo, R.	111
Castro, D.	161
Castro, E.	120
Cerda Sepúlveda, V.	121, 122
Chaparro Ramos, E.	57, 102, 103
Chodowiecki G, A.	123
Chodowiecki G., A.	60
Chodowiecki, A.	113
Cid Bertoglia, A.	148, 150
Cifuentes Arévalo, M.	142
Cifuentes, A.	41
Cifuentes, C.	91
Cifuentes, M.	17, 19, 144
Colipi V, P.	123
Colipi V., P.	60
Colipi, P.	113
Constenla, D.	91
Cordova Pedreros, J.	35
Córdova, L.	161
Coria Guzman, D.	50, 162, 163
Coria, D.	155
Cortes Cortes, C.	25
Cortés, C.	69, 83, 84
Corvalán, F.	66
Corvalán, J.	129, 154
Coz, F.	47, 165
Coz, L.	155
Cristi Pereira, J.	93, 94
Cuadros, J.	140

Cueto, B.....	144
Cuevas, M.....	86
De Amestj, P.....	28, 127
De La Fuente, R.....	105
De Oliveira Costa, A.....	49, 59, 76, 77
De Rocco, M.....	65
Del Real Valdes, O.....	149
Del Real Valdés, O.....	148
Del Real, O.....	150
Del Valle Lorca, F.....	35
Delgado Becerra, I.....	93, 94
Delloro, A.....	31
Díaz, A.....	37
Díaz, D.....	69
Diaz, J.....	79
Diego, B.....	46
Dominguez Argomedo, R.....	148, 151
Dominguez Cruzat, J.....	44
Dominguez, R.....	150
Donoso Vasquez, R.....	42, 57, 106, 107, 108, 116, 117
Donoso Vásquez, R.....	54, 62, 68, 132
Donoso, D.....	129, 154
Donoso, R.....	47
Droguett G., J.....	60
Duarte V, S.....	13
Duarte, S.....	10, 11, 12, 109
Dueñas, L.....	28, 127
Duran Garcia, L.....	42, 57, 68, 117
Durán García, L.....	54, 62, 106, 107, 108, 132
Durán, L.....	40
Durruty, J.....	139, 140, 141
Ebel, L.....	67, 101, 102, 133, 134
Elorrieta Decombe, V.....	88
Elorrieta, V.....	39, 128
Eltit Soler, I.....	93, 148, 149, 150, 151
Eltit, I.....	94
Encalada, R.....	147
Escobar Urrejola, S.....	13, 27, 37, 121, 122
Escobar, S.....	10, 11, 12, 66, 109
Escobar-urrejola, S.....	26
Escovar, P.....	69, 83, 84
Escudero Bustos, N.....	160
Espinoza Lizama, C.....	142
Espinoza, A.....	125

Espinoza, C.	29, 52, 120
Espinoza, F.	47
Falcón, C.	161
Farias, J.	31
Fassler Neumann, E.	145
Fassler, E.	110
Fernández Arancibia, M.	93, 94
Ferreira Muñoz, E.	32
Finsterbusch Rodríguez, C.	154
Finsterbusch, C.	33
Flores Barros, I.	130
Flores, F.	133, 134
Flores, I.	69
Foneron Burgos, A.	101, 102
Foneron Villarroel, A.	101, 102
Foneron, A.	48, 62, 67, 133, 134
Franco, C.	138
Frenk, C.	41, 136
Fuentes Sainz, S.	93, 94
Fuentes, A.	19, 24, 31, 46, 158
Fuentes, J.	46
Fuentes, M.	139, 140, 141
Fulla Ortiz, J.	25, 130
Fullá, J.	20, 48
Gabler, F.	37
Gallegos Méndez, I.	46
Gallegos Valenzuela, I.	160
Garate Paz, R.	86, 87
García Tapia, J.	156
García, J.	26, 118, 119
García, P.	115
Garnham, R.	154
Gatica Cuthil, T.	82
Gatica, T.	100
Gavilán Leñam, D.	72
Gebauer, S.	125
Gerstmann Venegas, S.	117
Gil, G.	125
Gimenez Barros, B.	25
Giménez Barros, B.	130
Gimenez, B.	83, 84
Giménez, B.	69
Godoy, A.	146
Gomez Illanes, R.	17, 57

Gómez Illanes, R.	64
Gómez Marín, J.	121, 122
Gomez, R.	15
Gómez, R.	31
Gonzalez Billault, M.	32
Gonzalez Gonzalez, P.	156
Gonzalez Pellegrino, D.	25
González Pellegrino, D.	20, 83, 84, 130
González Ramos, A.	13
Gonzalez, A.	10, 11, 12, 109
González, D.	69
Gonzalez, M.	111
González, M.	47
Gorena P, M.	123
Gorena P., M.	60
Gorena, M.	113
Guerra, C.	10, 11, 12, 109
Guerrero, P.	113
Gurovich, J.	29, 52, 97
Guzman, S.	54, 63
Hassi Roman, M.	42, 59, 68, 148, 150
Hassi Román, M.	54
Hector, G.	46
Henríquez Kindermann, C.	80, 82
Henriquez Montoya, D.	86, 87
Henriquez, D.	20, 21, 23, 37, 79, 86, 112, 124
Henríquez, D.	97
Henriquez, F.	147
Henríquez, I.	94
Hermosilla, S.	165
Hernandez, A.	14
Hernandez, S.	125
Herrera Canales, L.	57, 102, 103
Hidalgo, S.	14
Hinrichs Giner, V.	25
Horn, C.	47, 155, 165
Huerta Valdebenito, P.	93, 94
Hurtado Guaman, J.	94, 166
Hurtado, J.	20, 120, 164
Iacobelli, A.	131, 155
Ibáñez, H.	40
Iglesias, T.	154
Inostroza Aqueveque, C.	32
Inzunza Matus, F.	32

Inzunza N, J.	123
Inzunza N., J.	60
Inzunza Navarro, J.....	32
Iñiguez, S.	40
Irarrázaval, F.....	37
Irusta, G.	125
Iturriaga, C.....	161
Jaime, J.	105
Jara, K.	52
Jerez, K.	17
Jofré, F.....	161
Kerkebe Lama, M.....	55, 68, 117
Kerkebe, M.....	40, 54, 63
Khamis, T.....	37
Kirmayr Zamorano, M.....	27, 37, 121
Kirmayr, M.....	66, 122
Kompatzki, A.	75
Kompatzki, Á.	39
Kramm, J.....	125
Krebs, A.	72
Labra, A.	89, 91
Lagos Lopez, B.....	156
Lagos Sepulveda, M.....	160
Lara G, C.	123
Lara, C.....	113
Larenas Huguet, F.....	86, 87, 130
Ledezma, R.....	20, 21, 23, 79, 86, 111, 112, 124
Ledos, L.....	94, 120, 128
Leiva Espinoza, R.....	49, 59, 76, 77
Leiva, D.....	117, 161
Letelier, N.....	33
Leyton, R.	139, 140, 141
Líbano Brañas, L.....	46
Lizana, N.	43, 139
Ljubetic, B.....	131
Lladser, A.	14
Lobos S, C.	123
Lobos S., C.	60
Lobos, C.	113
López Ponce De León, L.....	35
Lopez, C.	139, 140, 141
Lopez, E.	14
Lopez, L.....	44
López, P.	33

Loyola Munoz, M.	50, 162, 163
Lyng, R.	72
Lyon, J.	155
Madariaga Venegas, M.	46
Majerson Grinberg, A.	35
Maldonado A., F.	152
Maldonado, F.	138
Maldonado, I.	131
Mandujano, F.	47, 155, 165
Manosalva, A.	129
Manterola, C.	24, 44
Manzanares Sanchez, V.	57, 102, 103
Marchant Bustos, P.	166
Marchant, F.	20, 29, 52
Marchant, P.	164
Marchetti, P.	21, 99
Marconi, M.	10, 11, 12, 13, 109
Marió, C.	161
Martinez Molina, N.	41, 111, 112
Martinez Osorio, C.	130
Martinez, C.	84
Martinez, N.	21, 23, 79, 86
Martínez, N.	40, 97
Mass, M.	131
Massouh Skorin, R.	130
Massouh, R.	20, 37, 83, 84
Mcausland, J.	129
Mejías, M.	33
Mejías, O.	72, 92
Merino, M.	165
Miranda, A.	26, 118, 119
Misad, C.	159
Missolo-koussou, Y.	14
Mohr, E.	41, 136
Mondaca, C.	161
Montenegro, C.	46
Mora, R.	161
Morales Dinamarca, C.	50, 162, 163
Morales Dinamarca, I.	50, 162, 163
Morales, I.	48
Morales, M.	28, 126
Moreno Figueroa, S.	88, 166
Moreno, S.	98, 99, 100, 138, 164
Moya Gonzalez, F.	86, 87

Muñoz Fuentes, C.	51, 80, 82, 166
Muñoz Hernandez, J.	49, 59, 76, 77
Muñoz, C.	100, 164
Muñoz, N.	26, 118, 119
Muñoz, S.	161
Nagel, M.	124
Narvaez Fuentes, P.	116
Narvaez, M.	26
Narváez, M.	118, 119
Navarrete L, M.	123
Navarrete L., M.	60
Navarrete Lara, M.	32
Navarro Capone, R.	35, 44, 118, 119
Navarro, R.	28, 126, 146
Neira Soto, R.	42, 54, 57, 62, 68, 106, 107, 108, 117, 132
Neyra Vallejos, A.	57, 103
Nova, A.	43, 139
Novoa Brunet, C.	160
Olica, L.	75
Olivares C., V.	152
Olivares, V.	39, 100
Olmedo, T.	20, 21, 23, 52, 97
Opazo Marquez, V.	137
Opazo Márquez, V.	154
Opazo, V.	157
Oporto Uribe, S.	116
Orellana Salinas, N.	42, 54, 62, 106, 107, 108, 132
Orellana Sepulveda, S.	59
Orellana, S.	54, 63, 66
Orio A, M.	123
Orio A., M.	60
Orio, M.	26, 113, 118, 119
Ortiz Rocuant, J.	148, 149, 150, 151
Orvieto, M.	72, 89, 91, 92
Ossa, M.	131
Ossandon, E.	86
Otaola-arca, H.	72, 89, 91, 92
Oyanedel, F.	62, 67, 101, 102, 133, 134
Oyanedel, P.	139, 140, 141
Palma, C.	10, 11, 12, 109
Parada, F.	141
Parada, V.	113
Parrao, D.	43, 139
Peña Osorio, J.	106

Peralta, M.....	17, 144
Perez Hidalgo, J.....	166
Perez, J.	164
Pfeifer Esparza, J.....	17, 57, 64, 94
Pfeifer, J.....	15, 120, 128
Piaggio, E.	14
Pieressa P, N.....	123
Pieressa P., N.....	60
Pieressa, N.....	113
Pinochet, R.	74, 89, 91, 92
Pinto Martinez, U.....	49, 59, 76, 77
Pinto, I.	79
Plaza Jimeno, C.	148, 150
Pozo, K.....	43, 139
Puga Vidal, A.	121, 122
Quintana Lacoste, E.....	103
Quintana, E.....	67, 101, 102, 133, 134
Quiñones Rivera, C.	42, 54, 57, 62, 68, 106, 107, 108, 117, 132
Radulescu, C.....	14
Ralph, C.	17, 144
Ramírez Espinoza, J.....	57, 102, 103
Rebolledo O, F.....	123
Rebolledo O., F.....	60
Rebolledo, F.	113
Recabal, P.....	79
Reed, F.....	33, 70
Reyes Sanchez, A.	25
Reyes Sanchez, E.....	62, 106, 107
Reyes, A.	69, 83, 84
Reyes, D.....	37
Richer, W.....	14
Ríos, A.....	33
Rissetti Villalobos, J.....	103
Rivera Vergara, C.	108
Riveri, R.	125
Roa, E.....	14
Robles, J.....	111
Rodriguez Concha, C.....	156
Rodriguez T, J.	123
Rodriguez T., J.	60
Rodríguez, D.....	28, 126
Rodriguez, J.	113
Rodriguez, M.....	146
Rojas Aravena, M.....	145

Rojas Crespo, J.	42, 54, 57, 62, 68, 106, 107, 108, 117, 132
Rojas Ossa, V.	27, 121, 122
Rojas, L.	115
Rojas, M.	110
Rojas, P.	46
Rojas, V.	66
Román Quirante, C.	130
Román Sobarzo, J.	46
Roman, J.	37, 41, 56
Romero Peña, Y.	154
Romero, Y.	33, 129, 154
Rosenfeld, N.	37, 56
Rozental De Mayo, M.	42, 54, 57, 62, 68, 106, 107, 108, 117, 132
Rubio Lozano, G.	137
Rubio, G.	26, 118, 119
Ruiz Castane, E.	65
Ruiz-tagle, D.	161
Saavedra, A.	31, 158
Saavedra, Á.	19
Saavedra, F.	14
Saavedra, J.	62
Saenz Schuffeneger, S.	121, 122
Sáenz Schuffeneger, S.	27
Sáenz, S.	66
Saez Galaz, G.	57, 102, 103
Sáez, F.	89
Saez, I.	155
Sáez, I.	47, 165
Salvadó B., J.	152
Salvadó Besnier, J.	51
Salvado, J.	27, 75
Salvadó, J.	39, 98, 99, 113
San Francisco, I.	146
Sanchez Curbelo, J.	65
Sánchez Núñez, C.	25
Sánchez Sepúlveda, R.	94
Sanchez, E.	26
Sánchez, R.	75, 120, 128
Sandoval, C.	79
Sandoval, J.	139, 140, 141
Sanhouse, R.	43, 139
Santander Robles, D.	154
Santander, D.	157
Santander, I.	105

Santis-moya, F.....	19
Sarmiento Arancibia, V.....	121, 122
Sarquella, J.....	65
Sarras, M.....	155
Sarrás, M.....	47, 165
Schwerter Romero, R.....	132
Sedlik, C.....	14
Segura Díaz, F.....	72
Seminario, C.....	131
Sepulveda Mendez, S.....	103
Sepúlveda Tapia, F.....	160
Somos, C.....	75
Soto Cornejo, G.....	148, 150
Soto Monsalve, S.....	86, 87, 124
Soto, F.....	14, 129, 157
Soto, L.....	37
Soto, R.....	161
Soto, S.....	21, 23, 79, 86, 97, 112
Sotomayor, M.....	105
Sotomayor, P.....	146
Soublet Rivas, O.....	68
Soublett Rivas, O.....	42, 132
Souper, R.....	46, 89
Stein, C.....	92
Storme, O.....	79
Tagle, R.....	43, 139
Tapia Mingo, A.....	50, 162, 163
Telayna Manriquez, F.....	148
Telayna Manríquez, F.....	150
Testa, I.....	139, 140, 141
Thorkelsen, G.....	46, 158, 159
Toledo, H.....	67, 101, 102, 133, 134
Tolozá, H.....	66
Toro, J.....	29
Torrado Rico, K.....	57, 102, 103
Torres Carrizo, B.....	142
Tosello-boari, J.....	14
Troncoso, L.....	67, 101, 102, 133, 134
Troncoso, P.....	115, 146, 159
Ugarte Lavarello, D.....	116
Urrea Romero, F.....	88
Urrea, F.....	113
Urrutia Arteaga, C.....	111
Urrutia V., S.....	60

Urrutia Varela, S.....	32, 123
Urrutia, C.....	20, 21, 23, 29, 31, 37, 52, 79, 86, 97, 112, 124
Urrutia, S.....	26, 113, 118, 119
Urzua Salas, R.....	27
Urzúa Salas, R.....	121, 122
Urzúa, R.....	66
Valderrama, R.....	19, 31
Valdevenito, J.....	21, 112
Valdivia, R.....	146
Valenzuela V, R.....	123
Valenzuela V., R.....	60
Valenzuela Viale, R.....	32
Valenzuela, R.....	31, 113, 159
Valero, G.....	43
Valverde Meyer, I.....	116
Valverde Ramos, L.....	57
Vantman, D.....	65
Vega Ávalos, A.....	46
Vega S, F.....	123
Vega, A.....	37, 41, 56
Vega, F.....	113
Vejar Pérez, N.....	145
Vejar, N.....	110
Velarde Ramos, L.....	17, 64
Velarde, L.....	15, 31
Velasco, A.....	27, 39, 98, 99
Venegas Vera, J.....	145
Venegas, J.....	110
Vera Veliz, A.....	49, 59, 76, 77
Vera, G.....	31, 46
Vergara Faundez, G.....	148, 150
Vergara Faúndez, G.....	94
Vergara, G.....	120, 128
Vial, R.....	47, 165
Vidal, A.....	79
Vidal, M.....	38, 96
Vidal-mora, I.....	38, 96
Vilches, R.....	37, 41, 56, 136
Villafranca, P.....	20
Villalobos Jimenez, I.....	166
Villalobos, I.....	164
Villaroel, M.....	159
Villegas Martin, A.....	150
Villena Hidalgo, J.....	88

Villena, J.....	27, 39, 100
Viñuela, J.	125
Vivaldi, B.....	26, 47, 118, 119, 155, 165
Walton, A.	37, 41, 56
Walton-diaz, A.	46
Yankovic, F.....	33
Zambrano, N.	72
Zavala, M.	47
Zegers, M.	47
Zubieta, R.	33
Zuñiga, A.....	146
Zúñiga, A.....	75