

XXXVIII Congreso de la Confederación Americana de Urología (CAU)

LVI Congreso de la Sociedad Argentina de Urología (SAU)

XXIV Congreso de la Sociedad Iberoamericana  
de Urología Pediátrica (SIUP)



2 / 5 de Octubre 2019  
Buenos Aires / Argentina



CONFEDERACIÓN  
AMERICANA DE  
UROLOGÍA



Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica

<b>Presentaciones Orales .....</b>	<b><a href="#">1</a></b>
<b>Presentaciones Pósters .....</b>	<b><a href="#">175</a></b>
<b>Presentaciones Videos.....</b>	<b><a href="#">330</a></b>
<b>Índice de autores .....</b>	<b><a href="#">421</a></b>

## RESULTADOS Y COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA LINFADENECTOMIA PELVICA + RETROPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO Y/O RECURRENCIA BIOQUIMICA

Rodriguez-Carlin, A<sup>(1)</sup>; Otaola, H<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Abalushi, I<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, O<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robotica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andres Bello. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía pélvica (LDP) es el procedimiento de estadificación más preciso para la enfermedad ganglionar metastásica en pacientes con cáncer de próstata (CP) localizado o localmente avanzado. Se ha descrito que el riesgo de complicaciones aumenta conforme a su extensión. Nuestro objetivo es describir los resultados y complicaciones perioperatorias de la LDP pélvica + retroperitoneal (LDPRP) en pacientes con CP de alto riesgo (CPAR) o recurrencia bioquímica (CPRB).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre los años 2011 y 2016 se realizaron 31 LDPRP robóticas (da Vinci S-HD y Si) en pacientes con CPAR ( $\geq$  cT2c, PSA > 20 ng/mL y/o Gleason  $\geq$  8) o CPRB (APE  $\geq$  2 ng/mL) con afectación ganglionar oligometastásica ( $\leq$  5 ganglios). La LDPRP incluyó ganglios obturadores, ilíacos externos/internos/comunes, presacros, bifurcación aórtica, pre/para-aórticos y pre/para-cavos hasta la arteria mesentérica inferior. La estadificación preoperatoria se realizó con PET-<sup>18</sup>F-Colina/<sup>68</sup>Ga-PSMA. Se utilizó la clasificación de Satava para las complicaciones intraoperatorias y Clavien-Dindo para las postoperatorias. Se evaluaron las características demográficas, resultados perioperatorios y complicaciones. Las variables nominales se describieron con número absoluto(%) y las cuantitativas con media  $\pm$  desviación estándar(rango); se analizaron con el test Chi2/Fisher y T-Student, respectivamente.

### RESULTADOS

De las 31 LDPRP, once fueron asociadas a prostatectomía radical por CPAR y 20 por CPRB, sin hallar diferencias significativas en cuanto a las características basales. Quince pacientes (75%) del grupo CPRB recibieron radioterapia/hormonoterapia. No hubo diferencias en cuanto al tiempo operatorio de linfadenectomía, sangrado estimado ni el número de ganglios resecados ( $p=ns$ ), pero sí en la estancia hospitalaria, que fue de  $4,1 \pm 1,2$  (2-6) y  $2,9 \pm 0,9$  (2-4) ( $p=0,016$ ) días, para los grupos de CPAR y CPRB, respectivamente.

Siete pacientes presentaron lesiones vasculares puntiformes en el grupo CPRB ( $p=0,033$ ), que fueron reparadas con sutura intracorpórea durante el mismo acto quirúrgico (Satava 2). Dos pacientes presentaron dolor inguinal neuropático y uno retención aguda de orina, que fueron tratados con antiinflamatorios/pregabalina y sondaje vesical, respectivamente ( $p=0,281$ ) (Clavien 1) (tabla 1). No hubo complicaciones postoperatorias mayores ( $\geq$  Clavien 3), conversión a cirugía abierta ni mortalidad.

### CONCLUSIONES

La LDPRP asistida por robot es un procedimiento factible y seguro, con una baja tasa de complicaciones perioperatorias, en pacientes con CPAR y CPRB.

Tabla 1. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias según la clasificación de Satava y Clavien-Dindo

Variables	Clasificación	Total n=31	CPAR n=11	CPRB n=20	
<b>Complicaciones intraoperatorias</b>		7 (22,6)	0 (0)	7 (35)	$p=0,033$
• Lesión vascular	Satava 2	7 (22,6)	0 (0)	7 (35)	$p=0,033$
<b>Complicaciones postoperatorias</b>		3 (9,7)	2 (18,2)	1 (5)	$p=0,281$
• Dolor inguinal neuropático	Clavien I	2 (6,5)	1 (9,1)	1 (5)	$p=1,000$
• Retención aguda de orina	Clavien I	1 (3,2)	1 (9,1)	0 (0)	$p=0,355$

Se indica el número absoluto y porcentaje, p: significación estadística.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EXPERIENCIA INICIAL EN BIOPSIA ROBÓTICA DE PRÓSTATA POR FUSION: NUESTROS RESULTADOS EN LOS PRIMEROS 50 PACIENTES

Castañeda, G<sup>(1)</sup>; Chechile, G

<sup>(1)</sup>Urología, Instituto Medico Tecnológico. Barcelona, España.

**Objetivo:** el propósito de este estudio es llevar a cabo una revisión conceptual y estadística de nuestros primeros casos de biopsia prostática robótica por fusión de imágenes de resonancia magnética/ecografía (RMI/ECO).

**Materiales y Métodos:** se revisaron las historias clínicas de los primeros 50 pacientes sometidos a biopsia robótica con fusión de imagen de RMI/ECO. Dependiendo de la localización de la lesión sospechosa la punción es realizada por vía transrectal o transperineal. Los datos son analizados y comparados entre si según sospecha inicial de lesión compatible con cáncer de próstata según clasificación de PIRADS V2 (Prostate Imaging Reporting and Data System) y el resultado anatomopatológico final. Son analizados 11 pacientes con lesión PIRADS 3, 25 con PIRADS 4 y 6 con PIRADS 5, en los casos donde se encontraba un solo patrón imagenológico de lesión, observando además 5 pacientes con lesión 3 y 4 y 1 con PIRADS 4 y 5.

**Resultados:** la detección global de cáncer de próstata fue del 60% (30 pacientes) para el total de la población, siendo en los sitios Target del 43% (18 pacientes), asociado a su vez con una tasa de detección en la biopsias sistematizadas de ambos lóbulos prostáticos derechos e izquierdos del 52% (26 pacientes). Se observó una clara tendencia en cuanto a la correlación entre el grado de PIRADS y la probabilidad de diagnosticar un tumor de próstata: 28% PIRADS 3, 56% PIRADS 4 y 80% PIRADS 5, aumentando a su vez los tumores ms agresivos (mayor o igual a 4+4) a medida que incrementa el PIRADS.

**Conclusión:** si bien la correlación estadística no resulto con fuerza significativa ( $p=0,146$ ), dado posiblemente a el tamaño poblacional, la tendencia de los valores en cuanto a la correlación entre PIRADS y grado tumoral es clara, observando además una alta tasa de detección global de cáncer de próstata.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **ES NECESARIO MANTENER DEPRIVACION ANDROGENICA EN PACIENTES TRATADOS POR CRPC?**

Dellavedova, T<sup>(1)</sup>; Olmedo, J<sup>(1)</sup>; Sarria, JP<sup>(1)</sup>; Nobile, RH<sup>(1)</sup>; Ponzano, R<sup>(2)</sup>; Quinteros, L<sup>(3)</sup>; Malizia Reynoso, E<sup>(4)</sup>; Minuzzi, F<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia Oncologica, FUCDIM. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Urologisa General, FUCDIM. Córdoba, Argentina.

<sup>(3)</sup>UrologiaOncologica, FUCDIM. Córdoba, Argentina. <sup>(4)</sup>Urologia General, FUCDIM. Córdoba, Argentina.

### Introduccion:

El cancer de prostata es el tumor diagnosticado con mas frecuencia en hombres.

Es una enfermedad androgeno dependiente, por lo que la base de la terapia en enfermedad avanzada es la deprivacion androgenica, ya sea por castracion quirurgica, analogos LHRH o antagonistas LHRH.

El cancer metastasico, evoluciona con frecuencia a enfermedad resistente a castracion (CPRC), su fase terminal y letal.

En base a los estudios clinicos que llevaron a la aprobacion de las nuevas drogas para esta fase, esta indicado mantener estas terapias de deprivacion androgenica mientras el paciente recibe ademas, las drogas para CPRC.

### Material y Metodo:

Se presentan los resultados de 50 pacientes con CPRC metastasico, entre ellos, a 33 pacienes no se les administro concomitantemente la terapia de deprivacion androgenica (TDA), ahorrandoles la toxicidad de estos tratamientos, que se suman a la de los tratamientos para CPRC.

### Resultados:

31 de los 33 pacientes mantuvieron sus niveles de testosterona por debajo de 50 mg, esto es, niveles de castracion, sin requerir tto para TDA. Solo en dos casos se requirio, por elevacion de testosterona, reinstaurar TDA

### Conclusion:

En pacientes que han recibido por mucho tiempo TDA y que permanecen bajo estrictos controles de PSA y testosterona, es factible suspender la TDA, evitandoles asi a los pacientes la toxicidad de la misma, y al sistema de salud, los costos de dichos tratamientos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL PRIMER AÑO TRAS LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA.

García-Galisteo, E<sup>(1)</sup>; Pérez Serrano, C<sup>(1)</sup>; España Navarro, R<sup>(1)</sup>; Rabadán Márquez, P<sup>(1)</sup>; Perez Arguelles, D<sup>(1)</sup>; Hernández Alcaráz, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, H. Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

**INTRODUCCIÓN:** La incontinencia urinaria y la disfunción eréctil pueden ser efectos secundarios tras la prostatectomía radical robótica (PRR). Nuestro principal objetivo ha sido evaluar cómo se afecta ésta a lo largo del primer año postoperatorio.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Para evaluar la calidad de vida hemos empleado el Cuestionario de Salud SF-36 (v1). De 255 pacientes intervenidos mediante PRR en el Hospital Regional de Málaga, hemos recogido un total de 587 cuestionarios rellenos preoperatoriamente y 1, 3, 6, 9 y 12 meses tras la intervención. Se calcularon las puntuaciones medias de los 8 dominios del SF-36 y de los componentes sumario físico y mental (PCS y MCS) para cada momento respecto a la intervención, así como para el tipo de preservación de bandeletas neurovasculares que se realizó y para cada grado de continencia urinaria y potencia sexual al año de seguimiento.

**RESULTADOS:** Tras un empeoramiento global en el primer mes tras la intervención, todos los dominios mejoraron a lo largo del primer año postoperatorio, alcanzando los valores preoperatorios. Una excepción fue el dominio Salud Mental, que se mantuvo invariable. El dominio más afectado fue el Rol físico, seguido de la Función social y el Rol emocional. La preservación nerviosa bilateral se asoció a puntuaciones superiores, sobre todo para el Rol físico. Los dominios más perjudicados por la incontinencia urinaria y la disfunción sexual fueron el Rol emocional y el Rol físico, con diferencias clínicamente más significativas en el caso de la incontinencia. Cuando comparamos los pacientes con buena continencia pero mala erección frente a pacientes con mala continencia y buena erección vemos como tienen mayores puntuaciones los pacientes con buena erección aunque tengan mala continencia.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados muestran una tendencia a la recuperación de la CVRS tras la prostatectomía radical robótica en los tres primeros meses en la mayoría de los dominios. La preservación nerviosa bilateral se asocia a una mejor calidad de vida tras la intervención. La incontinencia urinaria parece tener un impacto mayor que la disfunción sexual sobre la calidad de vida en el primer año postoperatorio. Los pacientes prefieren tener mejor erección que continencia.

Evolución de la CV tras la prostatectomía radical

	Preoperatorio	1 mes	3 meses	12 meses
Rol Físico	81,11	37,05	70,79	80,62
Dolor Corporal	66,88	62,95	69,9	74,86
Salud General	68,8	63,96	65,58	68,56
Vitalidad	55	50,4	55,82	58,21
Función Social	65,55	43,52	60,39	65,31
Rol Emocional	80	61,17	72,56	83,2
Salud Mental	55,02	57,74	58,92	57,96

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **PREVALENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (CPRCM0) EN EL MUNDO REAL**

Gennari, L.<sup>(1)</sup>; Olguin, N.<sup>(1)</sup>; Belinky, J.<sup>(2)</sup>; Graziano, C.<sup>(2)</sup>; Jankilevich, G.<sup>(1)</sup>; Pitzzu, M.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Oncología Clínica, Hospital Carlos G. Durand. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Carlos G. Durand. Buenos Aires, Argentina. <sup>(3)</sup>Oncología Clínica, Centro Medico Orionis. Buenos Aires, Argentina.

### **Objetivo del trabajo**

En ausencia de metástasis, el CPRC representa un estado de enfermedad de transición definido por aumentos en el antígeno prostático específico (PSA) a pesar de los niveles de castración de andrógenos durante la terapia de privación de andrógenos (ADT). El objetivo del trabajo es conocer la prevalencia del grupo CPRCM0 en nuestro medio a través de una cohorte de pacientes del sector público y privado.

### **Material y método**

Se analizaron datos retrospectivamente de historias clínicas de pacientes atendidos en un Hospital público y dos Instituciones privadas con diagnóstico de cáncer de próstata (CP). Se identificó al grupo de pacientes con CPRC con criterios de M0 mediante estadificación con tomografía computada y centellografía ósea

### **Resultados**

Se registraron 300 pacientes con Cáncer de Próstata. La mediana de edad fue 65 años.

Tumor localizado en 216 casos (72%), mts de inicio 84 (28%) de los casos.

Durante el seguimiento 49 casos (16%) desarrollaron CPRC.

Seis pacientes (2%) presentaron criterios para ser considerados CPRCM0.

A todos ellos se les pidió basalmente PET-CT colina\*, el cual arrojó evidencia de metástasis en 5/6 casos.

### **Conclusiones**

La prevalencia del CPRCM0 fue del 0,33% en nuestra población.

Tal hallazgo debería ser confirmado por serie con mayor número de pacientes en nuestro medio.

Correo electronico: lu\_gennari25@hotmail.com

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **VALIDACIÓN EXTERNA DEL SISTEMA DE GRUPOS DE GRADACIÓN DE GLEASON EN PACIENTES LATINOAMERICANOS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE POR CÁNCER DE PRÓSTATA.**

Bengió, RG<sup>(1, 2)</sup>; Arribillaga, L<sup>(1, 2)</sup>; Epelde, J<sup>(1, 2)</sup>; Cordero, E<sup>(1, 2)</sup>; Oulton, G<sup>(1, 2)</sup>; Carrara, S<sup>(1, 2)</sup>; Arismendi, E<sup>(1, 2)</sup>; Casas, R<sup>(1)</sup>; Bengió, V<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Centro urológico Profesor Bengió. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. <sup>(3)</sup>Anatomía patológica, Centro urológico Profesor Bengió. Córdoba, Argentina.

## **OBETIVOS**

Realizar una validación externa del sistema de grupos de gradación de Gleason (GGG) en un grupo contemporáneo latinoamericano de pacientes con cáncer de próstata (CAP) a quienes se les realizó prostatectomía radical (PR).

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se estudiaron retrospectivamente 262 pacientes a quienes se les realizó PR por CAP localizado entre 1996 y 2014. Para determinar la performance y validar el sistema GGG se realizó un análisis de Kaplan-Meier y análisis multivariado con método proporcional de Cox para evaluar recurrencia bioquímica, metástasis a distancia y mortalidad cáncer específico. El área bajo la curva (AUC) fue determinada para comparar los nuevos grupos de grados GGG con el clásico esquema de estratificación de 3 grupos.

## **RESULTADOS**

La mediana de seguimiento fue 84 meses. A medida que ascienden los grupos existe menor enfermedad órgano confinada ( $p<0,001$ ) y mayor extensión extraprostática ( $p<0,001$ ), invasión de vesículas seminales ( $p<0,001$ ) y afectación ganglionar ( $p<0,001$ ). La sobrevida libre de recurrencia bioquímica a 5 años fue 68%, 55%, 22%, 9%, 0% del grupo 1-5 respectivamente. La sobrevida cáncer específica a 10 años fue 96%, 95%, 78%, 64%, 25% para grupo 1-5 respectivamente. En el análisis multivariado, el sistema GGG se presenta como el único predictor independiente de recurrencia bioquímica y mortalidad cáncer específica. El AUC indica que el sistema GGG tuvo una mayor discriminación pronóstica en comparación con el clásico sistema de 3 grupos (6-7-≥8).

## **CONCLUSIONES**

El sistema ISUP GGG es un predictor independiente de recurrencia bioquímica y mortalidad por cáncer de próstata en pacientes tratados con PR. La clasificación en 5 grupos demuestra mayor discriminación en el pronóstico que la tradicional clasificación de Gleason.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# **ASLAMIENTO DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ESTUDIO PILOTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN CLÍNICA DE BIOPSIAS LÍQUIDAS.**

Delgado-Balderas, JR<sup>(1, 2)</sup>; Yee-De León, JF<sup>(3)</sup>; Sánchez-Domínguez, CN<sup>(1)</sup>; Soto-García, B<sup>(3)</sup>; Araiz-Hernández, D<sup>(3)</sup>; Abarca-Blanco, A<sup>(3)</sup>; Esparza-Gurrola, MA<sup>(3)</sup>; Aguilar-Avelar, C<sup>(3)</sup>; Velarde-Calvillo, LP<sup>(3)</sup>; Wong-Campos, JD<sup>(3, 4)</sup>; Alvarez, MM<sup>(5, 6)</sup>; Trujillo-de Santiago, G<sup>(5, 7)</sup>; Ocaña-Munguía, M<sup>(2)</sup>; Gallardo-Blanco, HL<sup>(8)</sup>; Gómez-Guerra, LS<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Bioquímica y Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Mexico. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. <sup>(3)</sup>Delee Corp. Mountain View, CA, United States of America. <sup>(4)</sup>Department of Physics, Joint Quantum Institute and Joint Center for Quantum Information and Computer Science, University of Maryland. Maryland, United States of America. <sup>(5)</sup>Centro de Biotecnología-FEMSA, Escuela de Ingeniería y Ciencias, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Mexico. <sup>(6)</sup>Bioingeniería, Escuela de Ingeniería y Ciencias, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Mexico. <sup>(7)</sup>Mecatrónica e Ingeniería Eléctrica, Escuela de Ingeniería y Ciencias, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Mexico. <sup>(8)</sup>Genética, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Mexico.

**Introducción.** Las células tumorales circulantes (CTC) han demostrado ser un útil biomarcador en biopsia líquida; las CTC son diseminadas a sangre y linfa desde el nicho de crecimiento del tumor/metástasis y son responsables de la progresión y desarrollo tumoral. Por otro lado, el cáncer de próstata (CaP) es el segundo tumor más incidente a nivel mundial, el más frecuente en América Latina y uno de los más mortíferos. Los métodos de tamizaje y seguimiento del CaP se basan en la detección del Antígeno Prostático Específico (APE), siendo este un biomarcador poco específico de la enfermedad tumoral. Proponemos la implementación clínica de detección y cuantificación de CTC para diagnóstico y seguimiento terapéutico de pacientes con PCa. **Material y Métodos.** fase a) caracterización del dispositivo Cytocatch con líneas celulares PCA3, LNCaP, VCaP y DU125 y fase b) prueba piloto con pacientes metastásicos y sujetos sanos (Autorización Comité de ética institucional No.UR16-0007). La identificación de CTC fue realizada con anticuerpos anti-CK, anti-PSMA, anti-CD45 y tinción de núcleos con DAPI. La comparación de resultados de CTC de pacientes versus controles fue realizada mediante prueba de T de student. **Resultados:** La caracterización con líneas celulares mostró una eficiencia de captura >94% y una viabilidad >90%. La prueba piloto implementada incluyó 8 pacientes y 8 controles sanos. En el 100% de los pacientes fue posible detectar CTC, encontradas con una media de 21+3 CTC/mL con rangos de 12-23 CTC/mL; por otro lado, los controles tuvieron en promedio 5+0.6 CTC /mL de sangre con rangos de 3-8 CTC/mL. La prueba de T arrojó una diferencia estadística de  $p<0.0001$ , es decir, nuestra metodología utilizada nos permite discernir entre los niveles de CTC de un paciente con cáncer versus un sujeto sano. En promedio, el valor Gleason fue 8 y la media del APE fue de 468.15+244.73 ng/mL. 6/8 pacientes tuvieron terapia de deprivación hormonal, el resto taxanos. **Conclusión:** Logramos encontrar una metodología que aislar y cuantificar CTC de pacientes PCa para su diagnóstico y seguimiento terapéutico, fácilmente trasladable a la clínica.

**Palabras clave:** Células tumorales circulantes, cáncer de próstata, biopsias líquidas

**Financiamiento / conflicto de intereses:** Si, hay un potencial conflicto de interés. Los co-autores JFYL, AAB y LPVC son co-fundadores de Delee Corp. Ellos junto BSG, DAH, MAEG, CAA, JDWC son empleados de Delee Corp.

## DESARROLLO DE UNA PRUEBA MOLECULAR PARA LA DETECCIÓN DE MUTACIONES DE RESISTENCIA TERAPÉUTICA CON POTENCIAL APLICACIÓN EN CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Delgado-Balderas, JR<sup>(1, 2)</sup>; Yee-De León, JF<sup>(3)</sup>; Gallardo-Blanco, HL<sup>(4)</sup>; Araiz-Hernández, D<sup>(3)</sup>; Soto-Garcia, B<sup>(3)</sup>; Abarca-Blanco, A<sup>(3)</sup>; Velarde-Calvillo, LP<sup>(3)</sup>; Gomez-Guerra, LS<sup>(2)</sup>; Sánchez-Domínguez, CN<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Bioquímica y Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Mexico. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Monterrey, Mexico. <sup>(3)</sup>Delee Corp. Mountain View, CA, United States of America. <sup>(4)</sup>Genética, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Mexico.

**Introducción.** La resistencia terapéutica en cáncer de próstata (CaP) es favorecida por mecanismos que afectan al receptor de andrógenos (AR), como la presencia de mutaciones en su secuencia codificante. El uso de células tumorales circulantes (CTC) provee ventajas en el diagnóstico y seguimiento terapéutico, sobre todo en la predicción de resistencia terapéutica. En este trabajo proponemos el desarrollo de una prueba molecular para la detección de una mutación de resistencia en el AR contra abiraterona. **Métodos:** Diseñamos primers para amplificar una región del AR, estos primers fueron caracterizados utilizando la línea celular LNCaP. A partir de esta línea extrajimos ARN y utilizamos una concentración de 20 ng/mL para su caracterización, la cual fue vista en un gel de electroforesis. Para simular las condiciones de detección de mutaciones en una muestra de sangre de paciente, tomamos 7.5 mL de sangre de donador sano (autorización Comité de Ética Institucional No.UR16-0007) y agregamos 15, 50, 250, 500 y 1000 células LNCaP PC-3, estas fueron procesadas en el equipo Cytocatch (Delee Corp, USA), extrajimos y convertimos RNA a cDNA y la reacción entera se llevó a amplificar. A partir de este punto, purificamos el producto amplificado y enviamos a secuenciar. **Resultados:** En todas las concentraciones de células encontramos la banda de 599 pb correspondiente a un fragmento del dominio de unión a ligando del AR; este fragmento de dicha línea celular, contiene la mutación T878A. A partir del fragmento obtenido de 50 células (6.6 CTC/mL de sangre) fue purificado y secuenciado y los resultados del electroferograma analizados contra el mismo producto amplificado de la línea celular PC-3 y la secuencia de referencia del AR (NM\_000044.4). Logramos identificar el cambio del nucleótido en la línea LNCaP, mientras que la línea PC3 fue negativa para esta mutación. **Conclusión:** Mediante técnicas generales de biología molecular, logramos amplificar encontrar la mutación T878A-AR a partir de 2 CTC/mL de sangre (15 células LNCaP); encontrar esta mutación en una concentración tan baja de CTC permite a los médicos realizar estudios de resistencia durante tratamientos de bloqueo hormonal en pacientes respondedores.

**Palabras clave:** cáncer de próstata, resistencia terapéutica, receptor de andrógenos.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** Si, hay un potencial conflicto de interés. Los co-autores JFYL, AAB y LPVC son co-fundadores de Delee Corp. Ellos junto BSG y DAH son empleados de Delee Corp.

## ¿INFLUYE LA FORMA DE DEBUT Y EL TIEMPO HASTA CPRC EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CPRCm TRATADOS CON ABIRATERONA?

Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, A<sup>(1)</sup>; Ramos Alaminos, C<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, MC<sup>(1)</sup>; Flores Martín, JF<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, Á<sup>(1)</sup>; Moreno Jimenez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, C.H.Jaén. Jaén, España.

### Introducción

El acetato de abiraterona (AA) es un tratamiento de nueva generación que ha aumentado supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) en pacientes con CPRCm. Se han estudiado factores clínico-patológicos que pudieran influir en SLP y SG.

Nuestro objetivo es evaluar la influencia sobre SLP y SG según la forma de debut y tratamiento inicial y el tiempo hasta CPRC en pacientes con CPRCm tratados con AA.

### Métodos:

Análisis retrospectivo de los pacientes tratados con AA en nuestro centro (diciembre 2012 -septiembre 2018). Analizamos el impacto en SLP y SG de la forma de debut de la enfermedad (enfermedad localizada con tratamiento radical, enfermedad localmente avanzada con TDA o metastásico de inicio con TDA) y del tiempo hasta CPRC (< o >12 meses) calculadas mediante el test log Rank.

### Resultados:

De los pacientes tratados con AA(n=59) con una mediana de seguimiento de 15 meses, la mediana de edad fue 82 años (62-94) y la fase de debut fue enfermedad localmente avanzada con TDA 53%, metastásico de inicio con TDA 27% y enfermedad localizada con tratamiento radical 20%.

En cuanto al tiempo hasta CPRC: 73% pacientes presentaban una duración superior a 12 meses y 27% pacientes inferior a 12 meses.

El test realizado indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tiempo hasta CPRC superior e inferior a 12 meses a SLP, 13 meses vs 8, p=0.004; y SG, 18 meses vs 13, p=0.04.

No existen diferencias estadísticamente significativas en SLP y SG entre los grupos con diferente fase de debut de la enfermedad.

### Conclusiones:

El análisis de nuestra serie indica que en pacientes con CPRCm tratados en primera línea con AA la duración del tiempo hasta CPRC influye en SLP y SG independientemente de la fase de debut de la enfermedad.

Aunque no encontramos diferencias significativas en cuanto a SLP y SG según la fase de debut de la enfermedad, existe una tendencia a la significación observándose menor SLP y SG en aquellos pacientes de debut metastásico.

### Mediana de SLP y SG según el tiempo hasta CPRC

Tiempo hasta CPRC	Mediana SLP(meses)	Error típico
≥12	13,000	3,276
<12	8,000	1,234
Log Rank	p=0,004	
Tiempo hasta CPRC	Mediana SG (meses)	Error típico
≥12	18,000	2,222
<12	13,000	4,427
Log Rank	p=0,04	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# PAPEL DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICOS TRATADOS EN PRIMERA LÍNEA CON ABIRATERONA.

Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, A<sup>(1)</sup>; Flores Martín, JF<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Ramos Alaminos, C<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, MC<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, C.H.Jaén. Jaén, España.

## Introducción:

En pacientes con cáncer de próstata un NLR elevado parece asociarse a una peor supervivencia. Abiraterona es un tratamiento hormonal de nueva generación que ha aumentado SLP y SG en CPRCm.

## Material y métodos:

Análisis retrospectivo de pacientes tratados con AA en nuestro centro (diciembre 2012–septiembre 2018). Analizamos la asociación del NLR ( $\geq 3$ ) previo y a los 6 meses de tratamiento con la respuesta del PSA, SLP, SG, y hormonosenibilidad previa a AA ( $< 12$  meses).

## Resultados:

Hemos tratado 56 pacientes con una mediana de edad de 82 (62-94), de los cuales 22 pacientes (39%) presentan  $\text{NLR} \geq 3$  previo al tratamiento.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el NLR previo al tratamiento  $< 3$  y la respuesta del PSA,  $\text{OR}=9,444$ ,  $p=0.001$ , no existiendo esa asociación con el NLR a los 6 meses de tratamiento.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de NLR  $< 3$  y  $> 3$  previo al tratamiento con abiraterona en SLP con 15 meses de mediana vs 9 y una  $p=0,008$  y en SG con 20 meses vs 9 con una  $p=0,014$ .

Con respecto a la determinación de NLR a los 6 meses no existe diferencias en las curvas de supervivencia entre ambos grupos.

Existen diferencias significativas entre el NLR previo al tratamiento según la duración del tiempo hasta la resistencia a castración ( $p=0,026$ ).

## Conclusiones:

Nuestros resultados sugieren que el NLR podría aportarnos información trascendente y ser constituido un marcador pronóstico temprano y accesible en los pacientes CPRCm en tratamiento en primera línea con Abiraterona.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RELACIÓN ENTRE PSA NADIR Y RECAÍDA BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA CON IODO 125

Martínez, PF<sup>(1)</sup>; Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Tobia, IP<sup>(1)</sup>; Villamil, AW<sup>(1)</sup>; Giudice, CR<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sector Oncología prostática, Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

Braquiterapia con Iodo 125 es uno de los tratamientos con intención curativa en cáncer de próstata de riesgo bajo e intermedio con bajo volumen tumoral. El PSA es el principal método de seguimiento que nos permite diferenciar pacientes con peor pronóstico y mayor probabilidad de recaída bioquímica.

El objetivo es evaluar la relación que existe entre el valor del PSA nadir y el riesgo de recaída bioquímica (dentro de los 5 años) luego de una braquiterapia con Iodo 125.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo de pacientes tratados con braquiterapia con Iodo 125 en el Hospital Italiano de Buenos Aires desde diciembre de 1999 hasta junio de 2015. Recaída bioquímica la definimos como la elevación del PSA mayor a 2 ng/ml sobre el nadir. Incluimos pacientes con un seguimiento mayor a 60 meses y excluimos aquellos con recaída bioquímica luego de los 5 años.

Se dividieron 2 grupos de pacientes de acuerdo a su PSA nadir si fuera menor o mayor a 0,5 ng/dl en algún momento de su evolución.

### RESULTADOS

Un total de 178 pacientes se realizaron Braquiterapia con Iodo 125 con una mediana de tiempo de seguimiento de 72 meses (IQR 60-96). Ocurrieron 30 recaídas dentro de los 5 años de seguimiento (11 en el grupo con PSA nadir <0,5 ng/dl y 19 en el grupo con PSA nadir >0,5 ng/dl).

La sobrevida estimada libre de recaída a 5 años en los grupos con PSA nadir <0,5 ng/dl y >0,5 ng/dl fue de 92,3 % (IC 95% 88-96,6) y 48,6% (32,5-64,7) respectivamente, existiendo una diferencia significativa entre los grupos (log Rank test p 0,0001).

En el análisis multivariado, el PSA nadir >0,5 ng/dl es un factor predictivo de recaída bioquímica HR 7,98 (IC 3,8-16,8) p 0,0001.

### CONCLUSIÓN

Un PSA nadir >0,5 ng/dl luego de braquiterapia con Iodo 125 está relacionado con un peor pronóstico y aumenta la posibilidad de recaída 8 veces durante los primeros 5 años de seguimiento.

Palabras clave: BRAQUITERAPIA - RECAÍDA BIOQUÍMICA - PSA NADIR

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **TEN YEARS OF EXPERIENCE IN ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN BRAZIL: INDIRECT EVALUATION OF PERIOPERATIVE COSTS AND ONCOLOGIC PATIENT'S PROFILE**

Santos Amaral, B<sup>(1)</sup>; Lourenco, DB<sup>(1)</sup>; Carneiro, A<sup>(1)</sup>; Langer Wroclawski, M<sup>(1)</sup>; Camargo Tiseo, B<sup>(1)</sup>; Alfer Jr, W<sup>(1)</sup>; Roberto Colombo, J<sup>(1)</sup>; Vasconcelos, A<sup>(2)</sup>; Russo, F<sup>(2)</sup>; Jim Kim, N<sup>(2)</sup>; Eduardo Alonso Araujo, S<sup>(2)</sup>; Cendoroglo Neto, M; Caserta Lemos, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. Sao Paulo, Brasil. <sup>(2)</sup>Cirurgia, Hospital Israelita Albert Einstein. Sao Paulo, Brasil.

## **Introduction**

Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy (RALP) has become widespread adopted to treat localized Prostate Cancer (PCa). Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) is a pioneer in the development of robotic surgery in Latin America. The aim of this study was to indirectly analyze the evolution of RALP related costs and the oncologic profile of patients who underwent RALP in ten years in a single institution (HIAE).

## **Patients and methods**

Retrospective analysis of prospectively collected data from patients who underwent RALP at HIAE from 2008 to 2018. In order to evaluate costs and oncologic profile, the first 500 cases (Group A) were compared to the last 500 cases (Group B). Group A procedures were performed before November 2012, with the last 500 cases being conducted between January 2017 and June 2018. Statistical analysis was performed with SPSS v.24.

## **Results**

During this period, 2777 RALP were performed, of which 1,000 cases were selected for analysis. Group B presented shorter operation time, lower blood typing and screening test rates, blood ordering and transfusion and also shorter hospital length of stay. There was no difference in ICU hospitalization ( $p = 0.12$ ). There was a reduction from 25.4% to 14% in the presence of the proctor during the surgery ( $p < 0.01$ ). Group A had a higher rate of postoperative complications (5.8% vs 3.2%  $p = 0.047$ ) as well as more severe complications (Clavien-Dindo  $> 2$ ). In group B, more lymphadenectomy (87.9%) than in group A (49%) ( $p < 0.01$ ) and with a higher mean number of resected lymph nodes were observed (Group B 11.04 vs Group A 3.7  $p < 0.01$ ). Extra prostatic extension was detected in 27.3% of patients in group B vs. 17.8% in group A ( $p < 0.01$ ). There was no difference between the positive surgical margins ( $p = 0.24$ ).

## **Conclusion**

There was a significant improvement in the variables that imply the cost of RALP, despite the fact that patients with more complex disease were submitted to surgery. Robotic surgery implementation programs tend to improve over time, presenting more positive results for both the patient and the institution.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## COMPARACIÓN ENTRE DOS TÉCNICAS: O CONOR VERSUS LATZKO EN EL MANEJO DE LAS FISTULAS VESICO-VAGINAL.

Mucientes Avellaneda, VM<sup>(1)</sup>; Garduño Segovia, N<sup>(1)</sup>; Soria Fernández, G<sup>(1)</sup>; Reyes Gutiérrez, MÁ<sup>(1)</sup>; Bravo López, GM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.

**Objetivo:** Comparar los resultados entre el abordaje quirúrgico con técnica abdominal y vaginal en la reparación de las fistulas vesico vaginal simples y complejas, para sugerir cuál de los dos abordajes quirúrgicos es más seguro.

**Material y Metodo:** Estudio retrospectivo de tipo transversal analítico, se obtuvo una muestra por conveniencia de las pacientes del sexo femenino con antecedente de fistula vesico-vaginal simples y complejas que acudieron al servicio de Urología del Hospital General de México en el período comprendido de febrero del 2015 a febrero del 2018, para reparación quirúrgica con técnica abdominal o vaginal. Se realizó la revisión exhaustiva del expediente clínico para determinar las siguientes variables de estudio: estancia hospitalaria, tiempo operatorio, sangrado transoperatorio, complicaciones según la escala modificada de Clavien y riesgo de re-fistulización mediante medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 60 pacientes con reparación de fistulas vesico vaginal simples y complejas con técnica quirúrgica abdominal y vaginal, se dividieron en dos grupos según la técnica quirúrgica utilizada, cada uno con 30 pacientes. La edad media fue  $42.58 \pm 11.3$  años de edad. Dentro de los antecedentes quirúrgicos de la muestra analizada, en 37(62%) tenían antecedente de histerectomía de causa benigna, 11(18%) histerectomía de causa oncológica, 6(10%) trabajo de parto y 6(10%) por infección. La dimensión de la fistula por cistoscopia fue de  $0.73 \pm 0.52$  cm. Los pacientes operados con la técnica transvaginal tuvieron menos complicaciones al compararlos con la técnica abdominal (6% vs 33%),  $p = 0.012$ .

**Conclusiones:** El manejo de las fistulas vesicovaginal mediante abordaje transvaginal es un procedimiento recomendado para la reparación de las mismas dado que conlleva corta estancia hospitalaria, menor sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico reducido, bajo índice de recidiva, bajo índice de complicaciones, alto porcentaje de éxito y rápida recuperación, por lo tanto, es un procedimiento que puede ser utilizado como primera opción.

**Palabras Claves:** Fistula Vesico-Vaginal, O'conor, Latzko

### Comparación entre técnicas quirúrgicas

	Abdominal	Transvaginal	IC	
Sangrado	655.67 ± 203.74	216.33 ± 276.57	313.7924	564.8742
Tiempo quirúrgico (minutos)	262.40 ± 59.85	165.33 ± 47.16	69.21953	124.9138
Dimensión del defecto transoperatorio (centímetros)	0.82 ± 0.46	0.75 ± 0.65	-0.22020	0.3668715
Fuga (salida de orina posquirúrgica) Si: 1 No:0	4(13)	3(10)	-0.135193	0.2018599
Días estancia hospitalaria, mediana (RIQ)	8(7-8)	2(2-3)	4.780868	6.085799
Complicaciones, n (%)	10 (33)	2(6)	0.0605926	0.806074

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **RESULTADOS A 12 MESES DEL USO DE BALÓN RECUBIERTO CON MEDICAMENTO PACLITAXEL PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRECHEZ DE URETRA BULBAR. UN ESTUDIO PROSPECTIVO, NO ALEATORIZADO, ABIERTO Y MULTICÉNTRICO.**

Pichardo-García, M<sup>(1)</sup>; Gonzalez-Santana, C<sup>(1)</sup>; Fernandez-Camilo, M<sup>(1)</sup>; Soriano-Morillo, D<sup>(1)</sup>; Virasoro, R<sup>(2)</sup>; Delong, J<sup>(2)</sup>; Estrella, R<sup>(3)</sup>; Rodriguez, R<sup>(4)</sup>; Espino, G<sup>(5)</sup>; Elliott, S<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, URUS. Santo Domingo, República Dominicana. <sup>(2)</sup>Urología, Eastern Virginia Medical School. Virginia, Estados Unidos. <sup>(3)</sup>Urología, Clínica Unión Médica. Santiago, República Dominicana. <sup>(4)</sup>Urología, Royal Center. Panamá, Panamá. <sup>(5)</sup>Urología, Centro Especializado San Fernando. Panamá, Panamá. <sup>(6)</sup>Urología, University of Minnesota. Minnesota, Estados Unidos.

## **Introducción**

El Paclitaxel es un medicamento antiproliferativo y antiinflamatorio, en el contexto de estrechez uretral este no ha sido ampliamente estudiado.

## **Material y métodos**

Se condujo un estudio prospectivo, no aleatorizado, abierto y multicéntrico bajo un protocolo común en América Latina.

La población fue masculina con estrechez única de uretra bulbar. Los criterios de inclusión fueron edad  $\geq 18$  años, confirmación por cistoscopia o uretrografía de estrechez uretral única  $<2$  cm de longitud con diámetro  $<12$ F, uno a tres diagnósticos y tratamientos previos (excepto uretroplastia), síntomas significativos, escala de IPSS  $\geq 13$ , Qmax  $<10$  mL/seg.

Se utilizó un balón recubierto de fármaco, inflable, semicompliante compatible con guías de acceso de 0.038" y cistoscopia flexible. Contiene dos marcas radiopacas que delimitan la longitud de la superficie cubierta por medicamento, el principio activo es Paclitaxel a concentraciones de 3.5  $\mu\text{g}/\text{mm}^2$ .

Se inició el procedimiento con una predilatación con balón existente en el mercado y luego se procedió a avanzar el balón recubierto de medicamento Paclitaxel a través de guía hasta zona de estrechez, se confirmó vía cistoscopia y fluoroscópica la adecuada posición del dispositivo y se infló manteniendo una presión constante durante 5 minutos. Luego se dejó colocada sonda Foley ( $\leq 14$  Fr) por 5 días.

En seguimiento postquirúrgico se definió éxito anatómico a un calibre uretral mayor de 14 Fr. 42 pacientes completaron el seguimiento a 365 días.

## **Resultados**

La edad promedio fue 50.7 años, la etiología traumática 50.9%, iatrogénica (45.3%), idiopática (3.8%), una media de mejora del Qmax de 5.0 mL/seg (Base) a 19.5 mL/seg (12 meses), y disminución del residuo urinario postmiccional de 141 mL (Base) a 26.7 mL (12 meses).

La tasa libre de estrechez uretral a los 12 meses fue de 74.4%. La concentración promedio del Paclitaxel plasmático fue de 0.14 ng/mL (valor de detección 0.1 ng/mL) inmediatamente después del procedimiento y debajo de los niveles de detección en todas las demás cuantificaciones.

No hubo afectación de la función erectil ni eyaculatoria.

## **Conclusiones**

El balón recubierto de medicamento Paclitaxel es efectivo y seguro a 12 meses sin observarse impacto en función sexual o reproductiva.

Estrechez, Uretral, Balón

## **Tasa de recurrencia de estrechez**

Visita	¿Recurrencia de estrechez?	(n/N) %	Definición de recurrencia de la estrechez
<b>Día 180</b>	Sí	12/49 (24.5%)	Lumen uretral $<14$ FR, O tuvo un retratamiento con Balón Recubierto de Medicamento antes del seguimiento de los 6 meses, O salió del estudio temprano debido a fallo del tratamiento
	No	37/49 (75.5%)	
<b>Día 365</b>	Sí	12/47 (25.5%)	
	No	35/47 (74.5%)	

Financiamiento / conflicto de intereses: Urotronic Inc



**SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA URETROPLASTÍA SEGÚN GRUPOS ETARIOS**

Carminatti, T<sup>(1)</sup>; Gil, S<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Giudice, CR<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Presentar una revisión de una serie de casos de pacientes con estenosis de uretra sometidos a diferentes tipos de uretroplastías, estratificando a los pacientes por grupos etáneos. Comparamos los resultados en términos de seguridad y eficacia entre los grupos.

**Material y Método:** Se trata de un estudio de cohortes, retrospectivo, donde se incluyó a todos los pacientes masculinos a quienes se les practicó uretroplastía entre enero de 2011 y diciembre de 2018. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica. Los pacientes se agruparon en menores de 60 años, de 60 a 79 años y mayores de 80 años. Se evaluaron diferentes variables como antecedentes, comorbilidades, cirugías previas, complejidad de la cirugía. Se determinó la supervivencia libre de re-estenosis y las complicaciones presentadas en cada grupo según la clasificación de Clavien Dindo. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 783 pacientes. El seguimiento promedio fue de 19 meses. La supervivencia estimada a 2 años libre de re-estenosis en la población menor a 60, de 60 a 79 y mayor de 80 años fue de 87, 87 y 93,9% (IC95%), respectivamente. En el análisis univariado, el grupo etario no fue una variable predictora de re-estenosis. La realización de cirugía compleja es el único factor predictor de recidiva aumentando el riesgo en un 60% (HR 1,64 IC 95% 1,05- 2,56 p 0,029). Se presentó una tasa general de complicaciones del 30,8 %, siendo el 62% Clavien menor a 2. No encontramos asociación entre la ocurrencia de las mismas y la edad.

**Conclusiones:** La uretroplastía es segura y eficaz independientemente del grupo etario. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados y complicaciones comparando los diferentes grupos. Los datos indican que la edad como único factor, no debe ser excluyente para los pacientes que necesitan una reconstrucción de la uretra.

**Palabras clave:** Uretroplastia, adulto mayor, complicaciones.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**PREDICTORES DE CIRUGÍA URETRAL COMPLEJA EN ESTENOSIS DE LA URETRA ANTERIOR**

Gil Villa, SA<sup>(1)</sup>; Carminatti, T<sup>(1)</sup>; Tobía, IP<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Giudice, CR<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Determinar los factores clínico-quirúrgicos asociados a Cirugía Uretral Compleja (CUC) en los casos de estenosis de la uretra anterior.

**Material y Método:** Estudio transversal con registro de datos retrospectivo, incluye a todos los pacientes masculinos a quienes se les practicó plastía de la uretra anterior entre 2011 y 2018. Como CUC se consideró a la Uretroplastia con dos o más injertos, la anastomosis término terminal ampliada, la Uretroplastía combinada y la cirugía por estadíos. Los datos se recabaron de la historia clínica electrónica consignándose los datos demográficos, antecedente de tratamientos previos así como las características de la estenosis (etiología, ubicación anatómica, longitud, número de estenosis entre otras). Se realizó un análisis univariado y multivariado usando la chi2 y la regresión logística para identificar variables predictoras de CUC.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 665 pacientes con criterios de inclusión válidos. La media de edad fue de 56,1 años, 27,5% eran fumadores crónicos, 32,5% habían recibido algún tratamiento previo, siendo las dilataciones el procedimiento más común (17,6%), la etiología más prevalente fue la iatrógena seguida por la idiopática en un 61,1 y un 20,3 % respectivamente, la ubicación más común fue la uretra bulbar en 56,2% mientras que la media de longitud de la estenosis fue de 4,8 cm. En el análisis univariado y multivariable el antecedente de dilataciones, la multifocalidad, la longitud de la estenosis (> 4 cm) y la etiología Hipospadias resultaron ser factores predictores independientes para CUC ( $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** La hipospadia fue dentro de las etiologías analizadas la única que predice la necesidad de CUC. En lo que respecta a antecedentes y hallazgos radiológicos, la dilataciones y la estenosis extensas y multifocales respectivamente fueron predictores de CUC.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## **FÍSTULA POST URETROPLASTIA: PREVALENCIA, FACTORES PREDICTORES E IMPACTO EN EL ÉXITO QUIRÚRGICO**

Gil Villa, SA<sup>(1)</sup>; Carminatti, T<sup>(1)</sup>; Tobía, IP<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Giudice, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de fístulas post uretroplastia en nuestro centro, analizar los factores asociados a su presentación y demostrar si la presencia de fístula tiene impacto alguno en el éxito quirúrgico.

**Material y Método:** Estudio de cohortes, retrospectivo, incluyó a todos los pacientes masculinos operados de uretroplastia entre 2011 y 2018, se excluyeron a los que no se realiza control radiográfico (meatoplastia, plastia de fosa navicular, meato perineal) y aquellos con información incompleta. Se determinó la presencia de fístula como toda extravasación de medio de contraste en la Cistouroetrografía retrógrada y miccional (CUGM) de control.

El impacto se determinó por necesidad de reoperación relacionada con la fístula y con la tasa de reestenosis con el Método de Kaplan Meier; Para determinar los factores asociados a presentación de fístula se consignaron las variables clínicas y demográficas y se realizó análisis uni y multivariado de las variables con significancia estadística. Se utilizó el programa SPSS.

**Resultados:** De un total de 783 pacientes a quienes se les practicó uretroplastía, cumplieron criterios para el estudio 709. La prevalencia de fístula urinaria fue del 12,1%. En el análisis uni y multivariado se comportaron como predictores para fístula urinaria la longitud de la estenosis con un HR de 1,08 (1,01-1,16)  $p=0,035$  y la estenosis en la uretra péndula con un HR de 2,11 (1,06 - 4,22)  $p=0,035$ . La sobrevida estimada libre de reestenosis a dos años fue de 77,9% (IC 95% 65,6-90,2) vs 88,4% (IC 95%, 88,1-91,7) para el grupo con y sin fístula respectivamente ( $p=0,109$ ). La presentación de fístula no resultó factor de riesgo para la ocurrencia de reestenosis con un HR de 1,62 (IC 95% 0,89-2,96,  $p=0,114$ ). La tasa de re-operación relacionada con la fístula fue del 0,98%.

**Conclusiones:** Los factores que se comportaron como predictores para fístula post uretroplastía son la longitud de la estenosis y la ubicación en uretra péndula; La presencia de fístula parece no tener impacto en el resultado quirúrgico final ya que no encontramos diferencia significativa en sobrevida libre de reestenosis entre los grupos. La tasa de reoperación atribuible a la fístula fue menor al 1%.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## IMPACTO DE LA OBESIDAD EN EL RESULTADO DE LA URETROPLASTÍA BULBAR

Solé, M<sup>(1)</sup>; Gil, S<sup>(1)</sup>; Tobía, I<sup>(1)</sup>; Carminatti, T<sup>(1)</sup>; Favre, G<sup>(1)</sup>; Giudice, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

### Introducción:

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas.

En nuestro país, 6 de cada 10 adultos tienen exceso de peso, según datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (Oct. 2018).

La estrechez de uretra se presenta como una patología a resolver en población obesa, siendo la uretroplastía bulbar la cirugía más frecuente en la patología uretral.

Dada la alta prevalencia de la obesidad, el objetivo de este trabajo, es analizar si ésta enfermedad es un factor de riesgo para pacientes que se realizan una uretroplastía bulbar a presentar mayor índice de complicaciones y re-estenosis.

### Materiales y métodos:

Estudio de cohorte retrospectivo, que incluye pacientes masculinos con estenosis de uretra bulbar, a quienes se les practicó uretroplastía entre los años 2011 a 2018.

Se realizaron tres grupos de acuerdo al IMC: Normal IMC < 24.9 kg/m<sup>2</sup>; Sobrepeso IMC 25 - 29.9 kg/m<sup>2</sup>; Obesidad IMC > ó = 30 kg/m<sup>2</sup>.

Se define re-estenosis como todo paciente operado de uretroplastía bulbar, que durante el seguimiento requirió un nuevo tratamiento.

Las complicaciones se definen como toda aquella desviación de la evolución post operatoria normal que necesite alguna intervención mediante clasificación Clavien-Dindo.

### Resultados:

Se incluyeron 368 pacientes con un seguimiento promedio de 16,6 meses.

En análisis uni y multivariado, la longitud uretral y sobrepeso, pero no la obesidad, resultan ser factores de riesgo de complicación postoperatoria. En el análisis multivariado, el OR estimado para complicaciones en pacientes con sobrepeso, es de 1.9 (IC 95% 1.01-3.58) mientras que la longitud presenta un OR de 1.14 (IC 95%1.01-1.28).

La longitud de la estenosis y obesidad, resultan predictores de re-estenosis en el análisis univariado, permaneciendo el último factor como único factor de riesgo elevado en la regresión multivariada, aumentando el riesgo de re-estenosis más de diez veces (HR 11.9, IC 95% 1.58-90).

### Conclusión:

El sobrepeso representa un factor de riesgo para ocurrencia de complicaciones y la obesidad aumenta la probabilidad de re-estenosis durante el seguimiento en pacientes con uretroplastía bulbar.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **INCONTINENCIA DE ORINA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL DE RESCATE. FACTORES DE RIESGO Y DIFERENCIAS ENTRE ABORDAJE ABIERTO Y ROBÓTICO EN UN MISMO CENTRO.**

Zubietta, M<sup>(1)</sup>; Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Favre, G<sup>(1)</sup>; Capponi, N<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>; Giudice, C<sup>(1)</sup>; Villamil, W<sup>(1)</sup>; Martinez, P<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

## **INTRODUCCION**

La prostatectomía radical de rescate (PR-R) representa un desafío por la dificultad técnica que implica y las complicaciones postoperatorias que afectan la calidad de vida de los pacientes. Se describen tasas de incontinencia de orina, al año y dos años de seguimiento, y se identifican factores de riesgo para IO en abordajes abierto y robótico en un mismo centro.

## **MATERIAL Y METODO**

Análisis retrospectivo de 68 historias clínicas electrónicas de pacientes operados en el Hospital Italiano de Buenos Aires de PR-R vía abierta (46) y robótica (22) por cáncer de próstata recidivado post radioterapia (RT) entre mayo 2004 y junio 2017. Se incluyeron los pacientes que tuvieron al menos un año de seguimiento. Definimos continencia de orina al uso de cero paños, incontinencia leve: 1 paño, moderada: 2 paños y severa: 3 o más paños.

## **RESULTADOS**

Al año, 18 pacientes (27,9%) presentaron IO. La tasa de IO en cirugía abierta fue de 34.2% (16/46) y en abordaje robótico de 9.1% (2/22) (p 0,01). El abordaje abierto fue factor predictor de incontinencia (OR 5.9, IC95%1.2-28, p 0,002).

En 6 casos (8,8%) la incontinencia fue severa, todas en cirugía abierta (15%), OR 7,2 (IC95% 0,3-134, p 0,184). Para este grado de IO, la estenosis de la anastomosis uretrovesical fue predictor de IO (OR 7.2, IC95% 1-52, p 0,05), así como el tiempo a extracción de sonda (OR 1.3, IC95% 1-1.7, p 0,05).

De 67 pacientes seguidos a 2 años, 17 (25,4%) presentaron IO. El abordaje abierto permaneció como predictor de IO, (OR 5, IC95% 1.03-24, p 0,046), así como la hipertensión arterial (OR de 3,5, IC95% 1-12,3, p 0,049) y la braquiterapia (OR 4,8, IC95% 1,1-20).

## **CONCLUSION**

En la PR-R, el abordaje abierto aumenta 5 veces el riesgo de IO, tanto al año como a los dos años de seguimiento, comparado con el abordaje robótico. Al año, la estenosis de la anastomosis uretrovesical y el tiempo a la extracción de sonda fueron factores predictores para IO severa. Tanto el antecedente de hipertensión arterial como de braquiterapia fueron factores predictores de IO en el seguimiento a largo plazo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **PREVALENCIA DE INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO COMPLICADA EN MUJERES LATINOAMERICANAS: EVALUANDO EL ROL DEL ESTUDIO URODINÁMICO.**

Arribillaga, L<sup>(1,2)</sup>; Ledesma, M<sup>(2)</sup>; Montedoro, A<sup>(2)</sup>; Grutadauria, G<sup>(2)</sup>; Roggero, M<sup>(1)</sup>; Bengió, RG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Piso pelviano, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Piso pelviano, Centro Urológico Profesor Bengió. Córdoba, Argentina.

### **OBJETIVOS**

Determinar el porcentaje de pacientes latinoamericanas con IOE “no complicada” y “complicada” en quienes se realizó urodinamia (UD) preoperatoria. El objetivo secundario del estudio fue evaluar en ambos grupos de mujeres el número de mujeres con diferencias entre la observación clínica y urodinámica.

### **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se realiza un estudio retrospectivo de mujeres con IOE derivadas para UD previo a tratamiento quirúrgico entre 2015 y 2017. Las pacientes analizadas se clasificaron en complicadas y no complicadas de acuerdo a los criterios del estudio VALUE. La observación urodinámica fue comparada con los datos pre UD. La prevalencia de observaciones UD diferentes fue evaluada en pacientes con IOE complicada y no complicada. El análisis de proporciones fue realizado utilizando mediana, rango, chi cuadrado o test de Fisher's según correspondiera. Un valor de  $p < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo.

### **RESULTADOS**

Se estudiaron 792 pacientes con IOE derivadas para estudio UD. De los 792 pacientes estudiados 313 (39,5%) fueron considerados como IOE no complicada y 479 (60,5%) como IOE complicada. La observación UD fue considerada diferente de los datos preUD en 415/792 (52,4%), aunque en mayor proporción en IOE complicada (59,9% vs 40,9%,  $p < 0,0001$ ). Se objetivo que 201 pacientes presentaron disfunción de vaciado (25,4%); 94/792 (11,8%) no fueron sospechadas clínicamente. Hubo una mayor incidencia de disfunción de vaciado en pacientes con IOE complicada (32,4% vs 14,7%,  $p < 0,0001$ ).

### **CONCLUSIONES**

Las pacientes con IOE no complicada representan sólo el 39% de las pacientes latinoamericanas estudiadas por IOE previa cirugía antiincontinencia. Las diferencias entre evaluación clínica y observación urodinámica son significativamente mayores en pacientes con IOE complicada aportando nueva información en 60% de los casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RESULTADOS SUBJETIVOS DE LOS CABESTRILLOS SUBURETRALES POR INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Romero Bobadilla, ER<sup>(1)</sup>; García Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Guzmán Martínez- Valls, P<sup>(1)</sup>; Andreu García, A<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Oñate Celdrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

### Introducción

La incontinencia urinaria conlleva un evidente impacto en la calidad de vida. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una causa predominante. Los cabestrillos mediouretrales (CM) son parte del tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo reconocido para la IUE.

### Objetivo

Describir las complicaciones del procedimiento así como la satisfacción de las pacientes posterior y evaluar qué factores, dependientes del paciente, pueden modificarla.

### Método

Estudio retrospectivo entre julio 2013 y abril 2017. Total de 201 pacientes consecutivas intervenidas de cabestrillo transobturatriz (TVT-O), 166 cumplieron los criterios de inclusión. Se registraron y catalogaron las complicaciones y la calidad de vida, según la clasificación Clavien–Dindo modificada y la puntuación del International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF). Los test utilizados fueron la correlación de Pearson, la T de student y Chi<sup>2</sup>

### Resultados

La edad media 52,59(10,46), el 80,1% tenían sobrepeso u obesidad (IMC > 25). Las complicaciones surgidas fueron del 7,2%, 5,4% Clavien I y 1,8% Clavien III. El 60,2 % presentaron curación ICIQ -SF=0.

Existe correlación lineal positiva significativa 0,16 entre la edad al momento de la cirugía y la puntuación del ICIQ-SF postoperatoria (p=0,03), y tendencia a la correlación positiva entre el IMC y la puntuación.

Las pacientes con hiperactividad del detrusor (ICIQ-SF: 6,87 vs 3,46) presentan de forma significativa mayor puntuación del ICIQ-SF (p=0,03), y se observa una tendencia hacia las diferencias en la puntuación de las pacientes con normopeso comparadas con sobrepeso y obesidad (ICIQ-SF: 4,07 vs 2,97; p=0,06).

No encontramos asociación entre el sobrepeso y la obesidad con las complicaciones.

### Conclusiones

Las TVT-O representan una terapéutica segura, con pocas complicaciones y alta tasa subjetiva de curación de la IUE. Al momento de la indicación de esta cirugía el principal factor determinante en los resultados en nuestro medio, es la adecuada selección de pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **EVALUACIÓN CLÍNICA Y MANEJO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ENDOVESICAL DE SLING DE URETRA MEDIA.**

Arribillaga, L<sup>(1, 2)</sup>; Ledesma, M<sup>(1)</sup>; Grutadauria, G<sup>(1)</sup>; Montedoro, A<sup>(1)</sup>; Roggero, M<sup>(2)</sup>; Bengió, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Piso pelviano, Centro Urológico Profesor Bengió. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Piso pelviano, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina.

**Obejtivos:** presentar las manifestaciones clínicas y el manejo quirúrgico en pacientes con identificación tardía de malla endovesical posterior a los procedimientos de sling de uretra media.

**Material y métodos:** se estudiaron 6 pacientes con perforación endovesical de sling de uretra media. . En todas las pacientes se evaluaron edad, síntomas urinarios, tipo de sling colocado, tiempo a los síntomas y tiempo hasta la resección de la malla. En todas las pacientes se realizó resección de la malla. El seguimiento se realizó con uretrocistoscopia. Por último se evaluó la persistencia de síntomas urinarios, recurrencia de IOE y persistencia de malla endovesical.

**Resultados:** La media de edad de las 6 pacientes fue 61,4 años (rango 47-72). Media entre colocación de sling y la aparición de los síntomas fue 8,5 meses. Las manifestaciones clínicas fueron dolor, síntomas de llenado, hematuria e infección del tracto urinaria recurrente. Los sling evidenciados eran 3 retropúbicos y 3 transobturatrices. Se utilizó tratamiento combinado en todos los casos que incluyó: litotricia endocorporea, resección transuretral bipolar, resección vaginal asociada y corte con tijera endovesical. En el seguimiento 2 pacientes tuvo IOE recurrente y en uno quedan restos de malla endovesical.

**Conclusiones:** La presencia de mallas endovesicales es una rara complicación que debe sospecharse en todo paciente sintomática tras la colocación de sling de uretra media Creemos que el abordaje combinado de tratamientos endoscópicos y cirugía vaginal son una buena alternativa para la remoción del sling.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



## **CÁNCER VESICAL. EVALUACIÓN DEL MÉTODO VI-RADS Y SU ROL RESPECTO A LA INVASIÓN MUSCULAR**

Andrés, L<sup>(1)</sup>; Rojas, V<sup>(2)</sup>; Chávez, C<sup>(3)</sup>; Alarcón, L<sup>(2)</sup>; Borgna, V<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Radiología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Gmev "Grupo de medición y evaluación". Santiago, Chile.

### **Introducción**

El manejo del Cáncer Vesical (CV) depende del diagnóstico patológico, donde el estadiaje T es principalmente mediante procedimientos invasivos. La Tomografía Computada es el método imagenológico utilizado, con limitada utilidad en la evaluación de la invasión a la muscular propia. La RMmp y el reporte de datos (RAD) como sistema de puntuación en otros tipos de cáncer, ha sido ampliamente utilizado. La descripción en CV se ha denominado VI-RADS, sin embargo su validación no ha sido descrita.

### **Objetivo**

Evaluar la precisión diagnóstica del método VI-RADS y su concordancia respecto a la invasión muscular en Cáncer vesical y su comparación con evaluación a informes por RM tradicional.

### **M&M**

Se realizó un estudio de test diagnóstico en una cohorte de pacientes con CV en entre el 2016 y 2018 en nuestra institución. Se incluyeron pacientes sometidos a RTU-V o Cistectomía Radical con diagnóstico histopatológico de CV y que tuvieran RMmp preoperatoria. Se excluyeron los cuales la muestra no presentara muscular, RMmp de más de 3 meses previo a RTU.

La RMmp fue puntuada con el método VI-RADS de forma retrospectiva y en ciego. Para calcular sensibilidad, especificidad, VPP y VPN se construyó la variables binaria para VI-RADS (No Invasor: VI-RADS 1-2-3; Invasor: VI-RADS 4-5) tomando como estándar de referencia el estudio histológico. Se utilizó la RM informada de forma original para comparar los indicadores.

### **Resultados**

De un total de 156 pacientes con CV, se incluyeron en el estudio 49 pacientes con RMmp de vejiga preoperatoria. La distribución según estadio fue: 15(38,5%) Ta, 20 (40,8%) T1, 10(20,4%) T2, 3(5,3%) T3, y 1(2,6%) T4. Del total, 6 fueron categorizados VI-RADS 1, 21 VI-RADS 2, 6 VI-RADS 3, 7 VI-RADS 4 y 9 VI-RADS 5. Para RM original la Sensibilidad fue 100%, Especificidad 62,8%, VPP 51,9% y VPN 100%. La Sensibilidad para informe realizado con VI-RADS fue 85,7%, Especificidad 88,6%, VPP 75%, VPN 93,9%.

### **Conclusiones**

El uso de la clasificación VI-RADS mediante RM otorga un excelente rendimiento en la predicción de invasión de muscular en el estadiaje imagenológico del CV, mejorando la especificidad y VPN en comparación al no uso de este método.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y ESCALA DE RIESGO QUIRÚRGICO SRS COMO PREDICTORES DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD.

Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Romero Bobadilla, ER<sup>(1)</sup>; García Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Guzmán Martínez- Valls, P<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Andreu García, A<sup>(1)</sup>; Oñate Celadrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

### Introducción

A pesar de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y el cuidado perioperatorio en las cistectomías radicales, se ha informado una alta incidencia de complicaciones y mortalidad.

### Objetivo

Evaluar la asociación del Índice de Charlson y escalas de riesgo quirúrgico con la morbilidad y mortalidad.

### Material y Métodos.

Estudio retrospectivo, febrero 2006 - septiembre 2018. Total de 138 pacientes consecutivos intervenidos de cistectomía radical, se registraron y catalogaron escalas de riesgo quirúrgico (SRS), índice de Charlson, complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo modificada y la mortalidad postoperatoria. Estadísticos utilizados: Complicaciones (Prueba T), Mortalidad (Regresión de Cox), Correlación Pearson (Clavien/SRS).

### Resultados

La media de edad del grupo que no presentó complicaciones (62,44) fue menor que la media de edad del grupo que presentó complicaciones (66,64), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,033$ ). También encontramos diferencias significativas ( $p=0,029$ ) entre las medias de puntuación del Charlson en el grupo que no presentó complicaciones (4,56) y el que sí presentó (5,26).

La SRS se asocia 2,57 veces más a mortalidad de forma estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ).

Al evaluar la correlación de la escala SRS con el Clavien obtuvimos una correlación lineal positiva (0,233) estadísticamente significativa ( $p=0,006$ ).

### Conclusiones

En nuestro medio los pacientes intervenidos de cistectomía radical presentan alto riesgo quirúrgico. Ésta sigue siendo una terapéutica con alta morbilidad y mortalidad. Debemos tener en cuenta la relación de la edad y el índice de Charlson con las complicaciones y el SRS con la mortalidad perioperatoria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PATOLOGIA DE URACO – REVISION Y PRESENTACIÓN DE TRES CASOS**Guzman, F<sup>(1)</sup>; Miño, P<sup>(1)</sup>; Melo, C<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Nacional Alejandro Posadas. Argentina, Argentina.

**Introducción:** La patología de uraco es extremadamente raro, como consecuencia del fallo en el proceso de obliteración de la luz uracal se producen los diferentes tipos de anomalías del uraco, divertículo uraco-vesical, quiste de uraco. Los tumores malignos del uraco son muy poco frecuentes y debe plantearse el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de cúpula vesical.

**Materiales y métodos:** Presentamos una revisión a partir de una serie de tres casos de pacientes con cuadro de dolor en hipogastrio de 1 mes de evolución sin otro síntoma acompañante en dos de ellos y uno solo febril. La exploración física dolor suprapúbico, analítica sin leucocitosis, la cistoscopia impronta vesical como signo predominante, cumpliendo con algoritmo diagnóstico citológico de orina oncológicamente negativo. Imágenes tomográfica quiste supravesical con calcificaciones, se les practicó cistectomía parcial extensa, exceresis completa de quiste. La anatomía patológica cistoadenoma mucinoso de uraco con foco de componente borderline, quiste de uraco de componente fibroinflamatorio y quiste mesentérico remanente de uraco. En los controles clínicos y de imagen realizados en postoperatorio inmediato, a los 15 días, y mensuales hasta la actualidad paciente permanece asintomático, ecografía de buena capacidad vesical sin efectos ocupantes de espacio ni compresiones extrínsecas libre de enfermedad.

**Discusión:** Con la presentación de estos tres casos realizamos una revisión de conjunto de la patología uracal. El quiste de uraco suele tener un curso asintomático, descubriéndose de manera casual al realizar otras pruebas diagnósticas o cuando surgen complicaciones del mismo. El adenoma mucinoso de uraco, es un tumor excepcional, de buen pronóstico, El quiste mesentérico remanente de uraco es a la vez excepcional y más en inmunocomprometidos.

**Conclusión:** El tratamiento en estas entidades recae fundamentalmente en la cirugía (cistectomía parcial extensa que incluya uraco con peritoneo, y donde los principales factores pronóstico de supervivencia libre de enfermedad son el grado de diferenciación tumoral y los márgenes libres de la pieza quirúrgica. Se debe plantear el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de cúpula vesical. La cistectomía parcial es el tratamiento de elección. La quimioterapia y radioterapia ofrecen pobres resultados.

**Palabras clave:** quiste de uraco, adenoma de uraco, adenocarcinoma de uraco, quiste mesentérico.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## TUMOR DE PELVIS RENAL DERECHO

Guevara, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, SOLCA. PORTOVIEJO, ECUADOR.

**Introduccion:** Representan el 1% de Tumores Genitourinario y el 5% de Carcinoma Urotelial, en el 70% se ubican en la pelvis renal.

Los factores de riesgo por exposicion a tabaco o laboral, nefropatia de Los Balcanes por el acido aristoloquico presentes en plantas usadas como infusion medicinal.

La Urotac Contraste es el estudio imagenologico principal al diagnostico radiologico. La UroRM esta indicada en pacientes a los cuales no pueden recibir contraste endovenoso.

Realizar una Ureterorrenoscopia es fundamental al diagnostico visualizando directamente la lesion y poder hacer una biopsia.

En el mayor de los casos el tratamiento es radical nefroureterectomia mas manguito vesical.

luego del tratamiento el seguimiento se debe realizar cada seis meses tomografias contraste por 2 años y luego anual, cistoscopias cada 3 meses por 2 años y luego cada 6 años desde el tercer año.

El realizar UROTAC Contraste (Cada 6 meses) y Cistoscopia (Cada 3 meses) es indispensable para la valoración del paciente [1].

**Material y Metodos:** Presentar un caso de Manejo Minimo Invasivo en Tumor Pelvis Renal Derecho.

**Resultados:** El abordaje Minimo Invasivo Laparoscopia y Reseccion Transuretral del Meato Ureterovesical del lado afecto es viable en este tipo de patologia siendo igual resultado que la cirugia convencional abierta en el control oncologico, sin embargo en lo Minimo Invasivo tiene una mejor recuperacion rapida del paciente a sus actividades cotidianas.

**Conclusiones:** El diagnostico precoz y tratamiento radical Nefroureterectomia con exéresis del Meato Ureterovesical del lado afecto tiene mejor sobrevida en estos pacientes.

**Palabras Claves:** Carcinoma Urotelial, Pelvis Renal, Tratamiento Minimo Invasivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CISTECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT: RESULTADOS ONCOLÓGICOS A MEDIANO PLAZO**Borgna, V<sup>(1, 2)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Rodriguez, A<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago. Santiago, Chile.**Introducción**

La cistectomía radical (CR) es el estándar dorado para el manejo del cáncer vesical músculo-invasor y para los no músculo-invasor refractarios a tratamiento. Los resultados oncológicos a mediano y largo plazo de la CR asistida por robot es aun un tema controversial por la falta de estudios y de seguimiento. El objetivo de este trabajo es evaluar nuestros resultados oncológicos a mediano plazo en pacientes sometidos a CR asistida por robot en nuestra institución.

**Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio del tipo cohorte retrospectivo. Entre Enero del 2010 a Abril del 2019 se realizaron 34 Cistectomías Radicales Asistidas por Robot con diagnostico histológico final de Cáncer Vesical. Se implementó protocolo ERAS en todas las cirugías. Se analizaron las características demográficas de los pacientes, los resultados perioperatorios, resultados patológicos y oncológicos a mediano plazo.

Se utilizaron curvas de Kaplan Meier para calcular Sobrevida libre de recurrencia, Sobrevida Global (SG), Sobrevida Cáncer Específica (SCE) mediante data obtenida del Registro Nacional.

**Resultados**

La mediana de edad fue de 65,5 (IQR 54-70) años; 5 (14,7%) pacientes fueron ASA I, 27 (79%) ASA II y 2 (5,9%) ASA III. 7 (20,6%) pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante.

La media en el tiempo de consola fue 328 (DS 160) minutos; mediana de sangramiento 500cc (RIQ 275-1000). 13(38%) presentaron complicaciones postoperatorias, 5 (14,7%) de éstas fueron Clavien  $\geq$ III. La mediana de linfonodos resecados fue de 22 (IQR 18-31) ganglios, una media de 3,3 (DS 8,5) ganglios positivos. Pacientes con estadiaje patológico  $\geq$  T3 fue de 18 (53%). Once (32%) pacientes fueron pN+, y 3(8,8%) presentaron márgenes positivos. Luego de una media de seguimiento de 44 meses (IQR 11-84) con un máximo de 113 meses. Ocho pacientes (23,5%) progresaron (1 local, 7 a distancia) con una media en el tiempo de progresión de 11 meses. Hubo un paciente con recurrencia en puerto robótico. A los 88 meses la SCE fue de 70,8% y la SG fue de un 57,3%.

**Conclusiones**

En nuestra serie la CR robótica presenta resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta con una morbilidad asociada aceptable.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**FENOTIPO LUMINAL Y BASAL EN CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO-INVASIVO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS.**

Sposito, MN<sup>(1)</sup>; Ramos Suppicich, JI<sup>(1)</sup>; Jufe, L<sup>(2)</sup>; De Miceu, S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Ramos Mejía. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>Anatomía Patológica, Hospital Ramos Mejía. CABA, Argentina.

Los carcinomas de vejiga músculo-invasivos (CVMI) representan un grupo heterogéneo de tumores. Con el objetivo de determinar sus características clínicas y pronósticas se realizó un estudio retrospectivo en 24 pacientes con CVMI, del 2014 al 2019. Se clasificó por técnicas de inmunohistoquímica en 2 subtipos: luminal y basal. De los CVMI fueron 33,3% de fenotipo luminal y 66,6% fenotipo basal. Se determinó la influencia del tipo histológico y del subtipo molecular en la sobrevida global.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESOLUCIÓN ENDOUROLOGICA EN LAS ESTENOSIS URETERO-ILEALES. ¿CUÁL ES NUESTRO LIMITE?**

Rico, L.<sup>(1)</sup>; Rios Pita, H.<sup>(1)</sup>; Vitagliano, G.<sup>(1)</sup>; Scherzer, D.<sup>(1)</sup>; Ringa, M.<sup>(1)</sup>; Ameri, C.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción**

La cistectomía radical y la derivación urinaria es el gold-standard en el tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasor. La estrechez de la anastomosis ureteroileal (EUI) es una complicación infrecuente (prevalencia del 10%), que puede conducir a deterioro del filtrado glomerular y la eventual pérdida parcial o total del funcionamiento de la unidad renal.

El manejo y tratamiento de las mismas ha sido motivo de discusión, ya que la resolución quirúrgica suele ser dificultosa por la localización de las mismas, el riesgo de re-estenosis y las comorbilidades de los pacientes. Los avances en la endourología han introducido diferentes opciones terapéuticas de menor morbilidad.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo endourológico de las EUI y evaluar quienes necesitaron un reimplante uretero-ileal posterior al mismo.

**Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo, entre el año 2013 y 2018, donde se incluyeron únicamente pacientes con diagnóstico de EUI que fueron sometidos a tratamiento endourológico. Se evaluaron diferentes variables: edad, sexo, técnica quirúrgica utilizada, tipo de derivación urinaria, complicaciones postoperatorias, longitud y lado de la estenosis.

Se definió falla del tratamiento endourológico a la necesidad de realizar una re-nefrostomía percutánea derivativa, y se realizó el cálculo de supervivencia (Kaplan-Meir) de esta variable.

**Resultados**

Un total de 11 pacientes fueron incluidos (72.7% masculinos y 27.3% femeninos). La edad media fue de 60.2 años, el 18.2% de los pacientes presentó una derivación urinaria tipo Bricker y el 81.8% restante neovejigas ileales (45.5% Studer, 27.7% Fontana, 9% Heterotópica). La longitud promedio de las EUI fue de 2.59mm y el 72.7% fue izquierda. El tiempo promedio a la necesidad de una nefrostomía derivativa fue de 7 meses (2-10) y desde el tratamiento endourológico a una re-nefrostomía fue de 5.2 meses DE±2.7.

Todos los pacientes presentaron algún deterioro de la función renal y un 45.4% (5 pacientes) fueron sometidos a un reimplante uretero-ileal, con una tasa de éxito del 100%.

**Conclusión**

En esta serie retrospectiva, las diferentes opciones endourológicas para el tratamiento de las EUI no resultaron ser eficaces, necesitando re-intervenciones quirúrgicas para preservar la función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### **TIPS PARA FOTOVAPORIZACIÓN PROSTATICA CON LÁSER VERDE XPS**

Montero, P<sup>(1, 2)</sup>; Montero, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, obrero n7. Tarija, Bolivia. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica santísima Trinidad. Tarija, Bolivia.

La fotovaporización de la próstata con láser verde (XPS) es una técnica muy segura, no produce sangrado y es tan eficaz como la cirugía tradicional de la próstata. El paciente está hospitalizado menos de 24 horas, se va a casa sin sonda y puede reanudar sus actividades habituales a los 2 ó 3 días evitando realizar esfuerzos.

Dentro de los resultados encontramos: Alivio inmediato de los síntomas. El 95% está muy satisfecho con el procedimiento. El flujo urinario aumentó posterior a la intervención. Vuelta a las actividades habituales (sin realizar esfuerzos) en 2 ó 3 días. Los pacientes que toman antiagregantes (aspirina y otros) o anticoagulantes evolucionan mucho mejor con el láser verde que con la RTU.

Tips en la vaporización, en la coagulación complicaciones y manejo en la técnica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## RESISTENCIA ANTIMICROBIANA Y FACTORES DE RIESGO PARA AGENTES PRODUCTORES DE BETA-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO: UN PROBLEMA SERIO EN EL NORTE DE MEXICO

Robles-Torres, JI<sup>(1)</sup>; Madero-Morales, PA<sup>(1)</sup>; Garza-González, E<sup>(2)</sup>; Mendoza-Olazarán, S<sup>(2)</sup>; Arrambide-Gutiérrez, JG<sup>(1)</sup>; Hernández-Galván, F<sup>(1)</sup>; Gómez-Guerra, LS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Gastroenterología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México.

### Introducción.

El uso inadecuado de los antibióticos han desarrollado un aumento en la incidencia de cepas resistentes en infecciones del tracto urinario (ITU) en las últimas décadas. La prevalencia de los agentes productores de Beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE) han aumentado en ITU adquiridas en la comunidad, alcanzando hasta el 11% en algunos estudios.

### Objetivo.

Describir agentes causales, prevalencia de farmacoresistencia y determinar los factores de riesgo para los agentes productores de BLEE en las ITU.

### Material y Métodos.

Estudio retrospectivo desarrollado en un hospital de enseñanza de tercer nivel de Monterrey, México. Se incluyeron todos los cultivos de orina positivos de pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados con ITU de marzo a octubre de 2015. El perfil de resistencia antibiótica se determinó utilizando el método de microdilución en placa. Los antibióticos probados incluyeron amikacina, gentamicina, amoxicilina-clavulanato, aztreonam, ceftriaxona, ertapenem, ciprofloxacina, levofloxacina, nitrofurantoína, fosfomicina, trimetoprim-sulfametoxazol, y colistina. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 20.0. Las características clínicas y demográficas se analizaron utilizando la prueba  $\chi^2$  para las variables categóricas y T de student para variables continuas. La significancia estadística se estableció en  $p < 0.05$ .

### Resultados.

Se confirmaron un total de 353 cultivos de orina positivos. Las ITU hospitalizadas fueron 34.5% (n=122) y 65.5% (n=231) fueron adquiridas en la comunidad. La producción de BLEE se encontró en el 21,5% de la población. Se encontró elevada resistencia a la amoxicilina-clavulanato (más del 75%) y moderadas tasas de resistencia a la gentamicina, aztreonam, ceftriaxona, ciprofloxacina, levofloxacina, fosfomicina y trimetoprim-sulfametoxazol. Los agentes productores de BLEE se asociaron con ITU complicadas ( $p < 0.001$ ). Las comorbilidades asociadas con ITU productora de BLEE fueron diabetes mellitus ( $p = 0.02$ ), inmunodeficiencia ( $p = 0.008$ ), radioterapia ( $p = 0.025$ ) y uso previo de antibióticos ( $p = < 0.001$ ).

### Conclusiones.

Una de cada cinco ITU es causada por agentes productores de BLEE en nuestro medio. La aparición de estas cepas es un problema de salud grave tanto en nuestra comunidad como en el ámbito hospitalario. En nuestro análisis se presentó una alarmante resistencia a terapias empíricas de primera línea para ITU (fosfomicina, fluoroquinolonas y trimetoprim-sulfametoxazol).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **GAS-FORMING URINARY TRACT INFECTIONS: BACTERIOLOGY AND ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY. 144 CASES 5-YEAR-EXPERIENCE**

Arrambide Herrera, JG<sup>(1)</sup>; Roble Torres, I; Madero Morales, PA; Romero Mata, R; Gomez Guerra, LS; Hernandez Galvan, F; Arrambide Gutierrez, JG<sup>(2)</sup>; Ocaña, M; Garcia Bailon, AM

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitario "José Eleuterio Gonzalez". Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Laredo.

## **Introduction:**

Gas forming urinary tract infections are a life threatening urologic emergencies. With a reported mortality of 19-43%. These infections are caused by gram negative bacteria that ferment glucose and lactate into carbon dioxide. To date there are few studies that establish the optimal antibiotic therapy. The most common pathogens reported are Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae. Our objective is to report bacteriology and antibiotic susceptibility of gas-forming infections treated in our hospital. Materials and Methods:

We performed a descriptive retrospective study and analyzed the urine cultures for uropathogens and antibiotic susceptibility of 99 patients diagnosed with emphysematous pyelonephritis and 45 patients with emphysematous cystitis confirmed by imaging studies. The antibiotic susceptibility was determined using the microdilution plate method. Results

We analyzed a total of 144 urine cultures of patients with confirmed diagnosis of gas-forming urinary infection, of which 102 were positive and 42 negative. The most common pathogens isolated were Escherichia coli 71%(72/102), Enterococcus faecalis 17%(17/102), Klebsiella pneumonia 11%(11/120) and Candida albicans 11%(11/102). Extended-spectrum-β-lactamase-producing Escherichia coli was found in the 50%(36/72) of the E. coli cultures. The antibiotics with highest percentage of susceptibility were amikacin 67%(68/102), nitrofurantoin 67%(68/102) and ceftriaxone 35%(37/102). The antibiotics with the lowest susceptibility were amoxicillin/clavulanate 17%(17/102), sulfamethoxazole/ trimethoprim 9% (10/102) and cephalotin 3%(3/102)

## **Discussion and conclusion:**

The treatment and management of gas forming infections has changed from an aggressive approach with surgery to a more conservative with antibiotic therapy and minimal invasion procedures. The use of the right antibiotic is essential for a better outcome. Based in our findings an antibiotic susceptible to E. coli ESBL should be considered when treating patients with this diagnosis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PERFIL ETIOLÓGICO Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN 1740 INFECCIONES URINARIAS DE LA COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA, ARGENTINA.**

Martos, I<sup>(1)</sup>; Juaneda, R.<sup>(1)</sup>; Furiasse, D<sup>(2)</sup>; Barros Nore, J<sup>(1)</sup>; Colucci Caumusso, G<sup>(1)</sup>; Albornoz, MJ<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Microbiología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las infecciones más comunes que afectan al ser humano a lo largo de su vida y constituyen un problema de salud frecuente tanto en el ámbito comunitario como nosocomial. El conocimiento de las características microbiológicas, perfil de sensibilidad y factores de riesgo permiten optimizar el manejo de las ITU minimizando el incremento de resistencia antibiótica (RA), estableciendo tratamientos precoces para reducir la morbilidad y la gravedad de la infección.

Este estudio tiene como objetivo establecer cuales son los microorganismos responsables de las infecciones urinarias de la comunidad en nuestro medio y determinar su RA.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo de todos los pacientes con primer episodio de ITU registrado en el Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba, Argentina a los cuales se les solicitó urocultivo (URC), desde enero de 2016 a diciembre 2017.

**RESULTADOS:** Se analizaron 3636 URC positivos de los cuales 1740 cumplieron con los criterios de inclusión. Del total analizado 90,2 % (n=1570) fueron de sexo femenino. El promedio de edad fue 37,8 años (DE=15,2)

*Escherichia coli* fue el microorganismo aislado en mayor frecuencia en un 80,3% seguido de *S. saprophyticus* en un 8,0 %. El grupo etario de 18-30 años (40,1 %) demostró la mayor proporción de microorganismos, en donde observamos mayor prevalencia de *E. coli* y *S. saprophyticus*.

Del total de aislamientos se obtuvieron las siguientes resistencias adquiridas: 47,6 % de los microorganismos fueron resistentes a ampicilina, 29,6 % a cotrimoxazol, 15,2 % a ciprofloxacina, 4,6 % a cefalosporinas de 1° generación, 3,4 % a cefixima, 2,3 % a amoxicilina-clavulánico, 1,2 % a gentamicina y 1 % a nitrofurantoína.

**CONCLUSIÓN:** Queda demostrado la mayor prevalencia de *E. coli* en nuestro medio, con altas tasas de resistencia a ampicilina, fluoroquinolonas y TMS, confirmando la necesidad de estudios periódicos para determinar el tratamiento antibiótico empírico más óptimo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## VAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER THULIUM (ThuVap), UNA TÉCNICA EFECTIVA Y SEGURA PARA EL MANEJO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (CPB) DE MEDIANO VOLUMEN

Narvaez, M<sup>(1)</sup>, Vega, A<sup>(1)</sup>, Saez, N<sup>(1)</sup>, Iniguez, S<sup>(1)</sup>, Olmedo, T<sup>(1)</sup>, Ossandon, E<sup>(1)</sup>, Manriquez, M<sup>(2)</sup>, Duran, I<sup>(2)</sup>, Corvalan, M<sup>(2)</sup>, Dominguez, A<sup>(2)</sup>, Martinez, G<sup>(2)</sup>, Ledezma, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

### Introducción

El desarrollo de la cirugía prostática endoscópica con láser se ha posicionado como una técnica segura y eficaz para el tratamiento del crecimiento prostático benigno (CPB)<sup>1</sup>. La vaporización prostática con laser Thulium (ThuVap) ha sido descrita como una forma segura para el tratamiento del CPB<sup>2</sup>. Hasta el momento, hay pocas series descritas de ThuVap en Latinoamérica. Nuestro objetivo es describir los resultados y complicaciones de una serie de pacientes tratados con ThuVap.

### Materiales y Métodos

Revisión prospectiva de pacientes operados mediante ThuVap entre los años 2016 y 2019 en un único centro. Se registraron variables demográficas, quirúrgicas y funcionales pre y post operatorias.

### Resultados

Se registraron 80 pacientes. La edad promedio fue de  $66 \pm 9$  años, PSA preoperatorio promedio  $4,07 \pm 3,66$  ng/dL, Qmax promedio  $10,7 \pm 1,9$  mL/s, volumen prostático  $77,7 \pm 38$  mL. El tiempo quirúrgico promedio fue de  $93,8 \pm 46,1$  min. El promedio de días con sonda vesical fue de  $3 \pm 2$  días, y el promedio de días de hospitalización fue de  $2,6 \pm 1,8$  días. El Qmax promedio a los 3 meses fue de  $22,6 \pm 8,6$  mL/s. Hubo 10 pacientes con complicaciones post operatorias (12,5%), de las cuales solo 1 requirió hospitalización (1,2%)

### Conclusiones

La vaporización prostática con láser Thulium se presenta como una opción segura y eficiente para el manejo de CPB de mediano volumen.

1. Chang, C.-H., Lin, T.-P. & Huang, J.-Y. Safety and effectiveness of high-power thulium laser enucleation of the prostate in patients with glands larger than 80 mL. *Bmc Urol* **19**, 8 (2019).
2. Vargas C, García-Larrosa A, Capdevila S, Laborda A. Vaporization of the prostate with 150-w thulium laser: complications with 6-month follow-up. *J Endourol*. 2014;28(7):841–845. doi:10.1089/end.2013.0715

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## FORMACIÓN EN RESECCIÓN TRANSURETRAL BIPOLAR DE PRÓSTATA DURANTE UNA RESIDENCIA DE UROLOGÍA EN AMÉRICA LATINA

Meo, M<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA; Cristallo, C; Favre, G; Tobia, IP; Tirapegui, F; Gonzalez, MS

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La resección transuretral bipolar de próstata (RTUP-b) está indicada en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior relacionados a hiperplasia prostática benigna. Existen pocos trabajos sobre la formación en esta práctica durante la residencia.

**Objetivo:** Evaluar la formación en RTUP-b de un urólogo durante sus 4 años de residencia.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal sobre una base de datos prospectiva. Se incluyen RTUP-b operadas por un urólogo durante su residencia, excluyéndose pacientes a los cuales se les realizó un procedimiento asociado. Fueron evaluados datos perioperatorios y eventuales confundidores. Los pacientes fueron agrupados en quintiles según orden cronológico de cirugía. Se utilizó la tasa de resección (peso resecado / tiempo quirúrgico) como indicador de eficiencia.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 50 RTUP-b. La edad promedio fue 69,1 (DE 6,6). El 22% (11 pacientes) presentaron sonda previa a la cirugía, 10% (5 pacientes) presentaron cultivo de orina positivo previo, el 48% (24 pacientes) requirieron dilatación uretral, no existiendo diferencias en la ocurrencia de estas tres variables analizado por quintil. Un 42% (21 pacientes) tenían un IPSS severo, presentando esta variable distribución uniforme por quintil. La media de volumen prostático preoperatorio, medido por ecografía transabdominal, fue de 66 cc (DE 31), el tiempo quirúrgico promedio fue de 78,3 minutos (DE 29,3). La mediana de volumen resecado fue de 20 cc (R 2 - 70). La tasa de resección promedio fue de 29,2 (DE 14,6). No existen diferencias entre las medias de cada quintil para volumen prostático, volumen resecado y tiempo quirúrgico, así como tampoco para tasa de resección ( $p=0.345$  gráfico 1).

Al evaluar las primeras 40 RTUP-b, versus las últimas 10, observamos que la tasa de resección fue de 26,8 (DE 12,7), y 36,5 (DE 18,2), respectivamente, encontrándose una diferencia cercana a la significancia ( $p=0.054$ , gráfico 2).

**Conclusiones:** A partir de las 40 RTUP-b, se observó una mejoría en la tasa de resección cercana a la significación. El número de intervenciones realizadas durante la residencia podría ser una limitante para lograr significancia estadística.

Diferencias en tasa de reseccion

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LASER THULIO Y HOLMIO: COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA TRANSVESICAL

Vega, A.<sup>(1)</sup>; Narvaez, M.<sup>(1)</sup>; Saez, N.<sup>(1)</sup>; Iñiguez, S.<sup>(1)</sup>; Dominguez, A.<sup>(2)</sup>; Corvalan, M.<sup>(2)</sup>; Martinez, G.<sup>(2)</sup>; Duran, MI.<sup>(2)</sup>; Ledezma, R.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

### Introducción

El desarrollo de la cirugía prostática endoscópica con laser se ha posicionado como una técnica segura y eficaz para el tratamiento del crecimiento prostático benigno (CPB). La enucleación endoscópica con láser compite con la cirugía prostática abierta para el tratamiento de próstatas de gran tamaño (mayores de 80 gramos) con beneficios en términos de reducción del sangrado, de los días de hospitalización y retorno a las actividades cotidianas. El objetivo de este trabajo es comparar resultados intra y post operatorios entre enucleación prostática laser (EPL) con Holmio y Thulio y adenomectomía prostática transvesical (ADTV).

### Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a enucleación prostática con laser (HoLEP y ThuLEP) y a ADTV entre 2016 y 2019. Se incluyeron variables demográficas y datos perioperatorios.

### Resultados

Se incluyeron 102 pacientes (51 ADTV, 25 HoLEP y 26 ThuLEP). Los grupos fueron comparables en edad (66+ 8 años), PSA preoperatorio (4,65 ng/mL), y tamaño prostático (96 =79-120 gr.) El tiempo operatorio de EPL fue 130 minutos vs 80 minutos para ADTV ( $p<0,0001$ ). La velocidad de resección fue de 0,65 gr/min para EPL vs 1,36 gr/min para ADTV. El tiempo de sonda uretral post operatorio fue 3.0 vs 7.0 días ( $p<0,0001$ ) y los días de hospitalización de 2.0 vs 7.0 días ( $p<0,0001$ ) a para EPL y ADTV respectivamente. Hubo 16/51 complicaciones en ADTV vs 15/51 en EPL. Según la clasificación de Clavien-Dindo, en EPL el 93,3% de las complicaciones fueron grado I y una grado II. En ADTV el 83,3% fueron grado I y hubo dos grado III.

### Conclusiones

La enucleación prostática con laser para próstatas de gran tamaño es una técnica segura con similar tasa de complicaciones, pero un tiempo quirúrgico más prolongado que ADTV. Sin embargo, presenta significativamente menos días de uso de sonda y de hospitalización.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **RIESGO DE INFECCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA UROLÓGICA BASADO EN LA PRESENCIA DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO.**

Toro-Bermudez, R<sup>(1)</sup>; Ruiz-Londoño, R<sup>(2)</sup>; Ramos-Castañeda, J<sup>(3)</sup>; Ruano-Ravina, A<sup>(4)</sup>; Muñoz-Price, S<sup>(5)</sup>; Segura, AM<sup>(6)</sup>; Lemos-Luengas, EV<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de urología, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. <sup>(2)</sup>Residente de urología, Clínica CES. Medellín, Colombia. <sup>(3)</sup>Salud pública, Universidad CES. Medellín, Colombia. <sup>(4)</sup>Salud pública, Universidad de Santiago de Compostela. Madrid, España. <sup>(5)</sup>Infectología, The Medical College of Wisconsin. Milwaukee, Estados Unidos. <sup>(6)</sup>Epidemiología, Universidad CES. Medellín, Colombia.

### **Introducción:**

El tratamiento de la bacteriuria asintomática (BA) se recomienda en embarazadas y antes de procedimientos urológicos donde haya ruptura de la mucosa. El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo de infecciones en pacientes sometidos a cirugía urológica con presencia de BA.

### **Metodología:**

Se realizó un estudio de cohorte en pacientes que fueran sometidos a procedimientos quirúrgicos urológicos en un centro asistencial ubicado en Medellín, Colombia. Todos los pacientes incluidos fueron evaluados para BA antes de sus procedimientos quirúrgicos. Los pacientes fueron evaluados para el desarrollo de cualquier complicación infecciosa postoperatoria hasta 30 días post procedimiento.

### **Resultados:**

Un total de 149 pacientes fueron incluidos en esta cohorte. La prevalencia de BA fue de 14.8%. Trece pacientes (8,72%) desarrollaron complicaciones infecciosas: 3 (13,64%) con BA y 10 (7,87%) sin BA. Factores asociados al postoperatorio para complicaciones infecciosas incluyeron cánceres urológicos (HR 5,26; IC del 95%: 1,24 a 22,37), intervenciones urológicas en los 3 meses anteriores (HR 3,72; IC del 95%: 1,02 a 13,51), y uso de antibióticos 3 meses antes de la cirugía (HR 3,83; IC del 95%: 1,01 a 15,49). La presencia de BA no se asoció con complicaciones infecciosas posquirúrgicas (HR1,02; IC del 95%: 0,26 a 3,96).

### **Conclusión:**

No hubo asociación entre BA y complicaciones infecciosas pos-operatorias. Hubo otros factores asociados con complicaciones infecciosas, como el cáncer urológico, antecedentes de manipulación urológica y previo uso de antibióticos.

**Palabras clave (términos DeCS):** bacteriuria; infección de la herida quirúrgica; procedimientos quirúrgicos urológicos; cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y PERIOPERATORIA DE PACIENTES SOMETIDOS ADENOMECTOMIA DE PRÓSTATA, DE 2014 A 2018.**

Marín, C<sup>(1)</sup>; Manduley, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Complejo hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja de seguro social. Panamá, Panamá.

Introducción: La hiperplasia prostática benigna es muy común con el envejecimiento. La adenomectomía o prostatectomía simple abierta se indica tratamiento quirúrgico de próstatas > 80-100 g en pacientes con síntomas severos.

Objetivo: conocer la frecuencia de pacientes sometidos adenomectomía de próstata entre los años 2014 a 2018 y describir sus características clínicas, epidemiológicas y perioperatorias de los pacientes, así como las principales complicaciones a quirúrgicas.

Metodología: estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo con evaluación de expedientes clínicos.

Posterior a la recolección de la información, se realizó una base de datos en el programa Epi-Info 7.1.5, en donde se tabularon los datos de las variables del estudio por frecuencia y porcentajes.

Resultados: se realizaron 91 adenomectomías entre 2014 a 2018, se excluyeron 15 expedientes. La edad media fue de 71.2 años, con un promedio de IMC en 27 Kg/m<sup>2</sup>. El 47.4 % de los pacientes procedían de la provincia de Panamá. El 59 % presentaba sonda urinaria a permanencia y el resto de los pacientes presentaba síntomas urinarios moderados a severos. El volumen prostático medio fue de 145 mL. El tiempo quirúrgico medio fue de 1:46 hora. La estancia hospitalaria media fue de 6.5 días. El 19.7 % de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias, principalmente hemorrágicas.

Conclusiones: la adenomectomía de próstata es el tratamiento elección para próstatas de gran volumen en nuestro medio, siendo seguro, pero con elevada tasa de complicaciones y de transfusión.

Palabras claves: prostatectomía, retropúbica, características.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE LA EYACULACIÓN ANTERÓGRADA CON GREEN LASER XPS**

Contreras, P<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Villasante, N<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; López, F<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

La eyaculación retrógrada es una de las complicaciones más comunes en la cirugía por hiperplasia prostática benigna (HPB). La técnica de preservación de la eyaculación anterógrada (TPEA) fue descrita en el año 2003 utilizando resección transuretral. Nuestro objetivo fue analizar los resultados de TPEA con Green Laser XPS (GL).

### **Materiales y Método**

Entre el 1 de marzo de 2016 y el 30 de mayo de 2018, 117 pacientes fueron tratados con fotovaporización con GL. Se realizó en todos los pacientes vaporización anatómica, con técnica de 3 lóbulos. Se realizó una incisión en forma de "U" 1 cm. proximal al verumontanum. Las incisiones se realizaron con 120 W hasta hallar a la cápsula quirúrgica. La vaporización se realizó con 180 W. El cuello vesical fue abierto ampliamente en todos los pacientes. Por correo electrónico, se envió el cuestionario (MSHQ-EjD Short Form).

### **Resultados**

Se incluyeron en el análisis 43 cuestionarios completos. Edad media fue de 67 años (48-85). Media de tamaño prostático fue de 57 gr. (19 - 177 gr). La eyaculación anterógrada (EA) fue comunicada por 37 pacientes (86%). De ellos, 29 (78.4%) tuvieron EA siempre o la mayoría de las veces y 8 (21.6%) tuvieron EA la mitad o menos de la mitad de las veces. 6 pacientes (14%) no tuvieron EA. De los pacientes con EA, 22 (59.4%) referían fuerza conservada o poco menor, 11 (29.7%) tenían menos o mucho menos fuerza y 4 (10.8%) casi sin fuerza. Con respecto al volumen 18 (48.6%) tenía mismo o poco menos, 15 (40.5%) referían menos o mucho menos de lo que solía ser y 4 (10.8%) casi nada. Al analizar grado de satisfacción, en escala de 0 a 5 decreciente (0 significa que no hay problema con la eyaculación y 5 extremadamente molesto), para los pacientes con EA, la tasa promedio de respuesta fue de 1.08 y para aquellos sin EA la tasa promedio fue de 3.2.

### **Conclusión**

Utilizando la técnica de preservación de la eyaculación anterógrada con Green Laser XPS, la mayoría de los pacientes presentaron eyaculación anterógrada y tuvieron un impacto positivo en la calidad de vida.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RANDOMIZED CLINICAL TRIAL ON URINARY pH MONITORING AND NUTRACEUTICAL INTERVENTION IN THE PREVENTION OF URETERAL STENT CALCIFICATION

Torrecilla Ortiz, C<sup>(1)</sup>; Fernández-Concha Schwalb, J<sup>(1)</sup>; Cansino Alcaide, JR<sup>(2)</sup>; Mainez, JA<sup>(2)</sup>; Amón Sesmero, JH<sup>(3)</sup>; Costas Ochoa, S<sup>(3)</sup>; Angerri feu, O<sup>(4)</sup>; Emiliani, E<sup>(4)</sup>; Arrabal Martin, M<sup>(5)</sup>; Arrabal Polo, MA<sup>(5)</sup>; García Romero, A<sup>(6)</sup>; Reina Ruiz, MC<sup>(6)</sup>; Sánchez García, JF<sup>(7)</sup>; Budía Alba, A<sup>(8)</sup>; Pérez-Fuentes, D<sup>(9)</sup>; Grases Freixedas, F<sup>(10)</sup>; Costa-Bauzá, A<sup>(10)</sup>; Cuñé Castellana, J<sup>(11)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. <sup>(2)</sup>Endourologia, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Urologia, Hospital Universitario Rio Ortega. Valladolid, España. <sup>(4)</sup>Urologia, Fundacion Puidgvert. Barcelona, España. <sup>(5)</sup>Urologia, Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España. <sup>(6)</sup>Urologia, Hospital Universitario Valme. Sevilla, España. <sup>(7)</sup>Urologia, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo, España. <sup>(8)</sup>Endourologia, Hospital Universitario y Politecnico La Fe. Valencia, España. <sup>(9)</sup>Urologia, Hospital Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, España. <sup>(10)</sup>Laboratorio de Investigacion en Litiasis Renal, Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca, España. <sup>(11)</sup>Departamento Médico, Devicare SL. Cerdanyola del Vallés, España.

### Introduction and Objectives

The use of double J ureteral stents is widely extended in the management of urolithiasis. A potentially severe complication associated with its use is calcification, which may lead to obstruction and is known to be related to urinary pH.

The objective was to evaluate the efficacy of a medical device and a nutraceutical (NC) in the control of urinary pH and prevention of calcification of ureteral stents.

### Methods

Multicentre, controlled, double blind and randomized clinical trial conducted in 9 hospitals throughout Spain. Main inclusion criterion: patients with a recent (less than a week) double J ureteral stent implantation with an expected indwelling catheter time of 3 to 8 weeks. Exclusion criterion: patients with radiolucent stones or known acidic stone formers.

Intervention consisted in oral administration of NC or placebo tid and daily self-monitoring of urinary pH. The NC combines a urine acidifier (L-methionine) and crystallization inhibitors.

Renal and vesical ends of the stents were analysed separately (n=198). Ordinal (calcification degree 0-IV) and the equivalent exponential scales were employed due to the asymptotic behaviour of the calcification process (analytically confirmed in terms of calcium concentration).

The change in urinary pH was studied by comparing the mean value of the first 3 days with the pH at day 21 (minimum stent indwelling period for inclusion).

### Results

Among 105 patients randomized between 9th January 2018 and 9th July 2018, 99 (94%) were included in the primary analysis. The nutraceutical group benefits from a lower global calcification rate of stent ends than placebo group (1% vs 8.2%;  $p < 0.018$ ). Considering the secondary end points, nutraceutical-treated patients reported greater urine pH decreases ( $p = 0.002$ ). No differences in type of stent and relative percentage of use among them were detected between groups.

Three adverse reactions were described in each group, none of them severe or with a clear relation with the treatment received.

### Conclusions

Urine acidification plus crystallization inhibitors in patients indwelling a double J ureteral stent significantly decreases calcification rate (OR 8.8), reducing the need for additional surgical manoeuvres as well as risk for the patient.

**keywords:** lithiasis, stent, incrustation

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN LITIASIS MAYORES A 2CM**

Lopez Fontana, JR<sup>(1)</sup>; Lopez Fontana, G<sup>(1)</sup>; Guglielmi, JM<sup>(1)</sup>; Lopez Laur, JD<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica Andina De Urología. Mendoza, Argentina.

**Introducción:** El tratamiento estándar para litiasis mayores a 2 cm es la nefrolitotomía percutánea (NLP). Sin embargo, ciertas situaciones clínicas nos obligan a buscar una alternativa de abordaje. El avance tecnológico en los últimos 20 años ha permitido el desarrollo de la cirugía intrarrenal retrógrada (CIRR) y del laser Holmium. Estos nos brindan la posibilidad de resolver todo tipo de litiasis en cualquier escenario clínico. No obstante, la misma presenta algunas limitaciones.

**Material y métodos:** Revisamos nuestra base de datos elaborada prospectivamente de todos los paciente sometidos a CIRR por litiasis en nuestra institución desde febrero 2017 hasta junio 2019. Se incluyeron aquellos pacientes intervenidos por litiasis mayores a 2 cm. Se analizaron indicación de cirugía, ubicación y tamaño de los cálculos, número de procedimientos por pacientes, porcentaje libre de litiasis y complicaciones de la misma.

**Resultados:** De los 152 pacientes sometidos a CIRR por litiasis en Clínica Andina de Urología, 16 (10,5%) presentaron litiasis mayores a 2cm. Las indicaciones de la misma fueron: preferencia del paciente ,obesidad mórbida, riñón en herradura, un paciente monorreno, litiasis ubicada en cáliz superior de difícil acceso percutáneo y un paciente anticoagulado. El tamaño promedio de la litiasis fue de 26mm (20-32mm), el tiempo medio de cirugía fue de 58 minutos (50-110min). El porcentaje libre de litiasis al final del primer procedimiento fue del 31,25%, del segundo 85,79% y luego del tercer procedimiento el 100% estaban libre de litiasis. Solo un paciente tuvo dolor con visita a guardia externa a las 48 hrs de intervenido.

**Conclusión:** La NLP sigue siendo el tratamiento de elección para litiasis renales mayores a 2cm. Sin embargo, cuando este abordaje esta contraindicado de manera parcial o absoluta, la CIRR en etapas es una opción efectiva y segura de tratamiento con mínima morbilidad.

**Palabras claves:** Litiasis renal, cirugía intrarrenal retrograda, laser Holmium.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA VIDEOURETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE EN LA HEMATURIA UNILATERAL CRONICA

Lopez Fontana, R<sup>(1)</sup>; Lopez Fontana, G<sup>(1)</sup>; Guglielmi, JM<sup>(1)</sup>; Lopez Laur, JD<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica Andina de Urología. Mendoza, Argentina.

**OBJETIVOS:** Determinar la utilidad diagnóstica de la videoureterorrenoscopia flexible en la evaluación de la hematuria unilateral crónica (HUC).

**MATERIAL Y METODOS:** Revisamos todos los pacientes sometidos a videoureterorrenoscopia flexible por hematuria unilateral crónica en nuestra institución durante el período desde febrero 2017 a marzo del 2019. Todos los pacientes debían presentar laboratorio completo, ecografía renal y vesical, tomografía de abdomen y pelvis helicoidal con contraste normales y finalmente una uretrocistoscopia donde se observe hematuria proveniente de un meato ureteral. Se determinaron datos demográficos, imágenes endoscópicas diagnósticas, complicaciones relacionadas a la cirugía, tratamiento y evolución de la hematuria.

**RESULTADOS:** De los 136 pacientes sometidos a cirugía intrarrenal retrógrada en nuestra institución, cinco (3,6%) fueron para la evaluación de HUC. Tres pacientes eran de sexo femenino y 2 masculino. La edad media de los pacientes fue de 44,2 años (22-67). El tiempo quirúrgico promedio fue de 43 minutos. Se llegó a un diagnóstico en 4 pacientes, observando un hemangioma renal, un tumor de vía excretora superior, microlitiasis y una ruptura venosa mínima con petequiado difuso. La hematuria solo recurrió en uno de ellos. No hubo complicaciones relacionadas a la cirugía.

**CONCLUSIONES:** Consideramos que la videoureterorrenoscopia flexible es una herramienta de extrema utilidad para el diagnóstico y tratamiento de la HUC.

**PALABRAS CLAVES:** Hematuria, videoureterorrenoscopia flexible.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## IMPACTO DEL CATÉTER DOBLE J PREOPERATORIO EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA LITIASIS URETERAL

Thomas, F.<sup>(1)</sup>; Rasguido, A.<sup>(2)</sup>; Barusso, G.<sup>(3)</sup>; Hernandez, R.<sup>(4)</sup>; Sanguinetti, H.<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Dr. César Milstein. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Centro Urológico Dr. Rasguido. Tucumán, Argentina. <sup>(3)</sup>Urología, Centro de Urología. Buenos Aires, Argentina. <sup>(4)</sup>Urología, Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires, Argentina. <sup>(5)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El objetivo es evaluar eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico en litiasis ureteral en pacientes con o sin colocación preoperatoria de catéter ureteral doble J.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Se reclutaron pacientes adultos que se sometieron a tratamiento ureteroscópico para litiasis ureteral, desde agosto de 2017 a marzo de 2019, en 23 instituciones de todo el país. Las variables analizadas incluyeron: datos demográficos, tamaño y ubicación de la litiasis, tasa libre de litiasis (SF) y de complicaciones. El análisis estadístico se realizó comparando los grupos con y sin catéter ureteral doble J.

**Resultados:** Se reclutaron prospectivamente 473 pacientes con litiasis ureteral (309 con y 164 sin doble J previo). En general, la tasa SF fue significativamente mayor en el grupo con doble J previo (90.9% vs. 82.2%, OR 2.15 (1.17-3.96), p 0.01). El análisis por subgrupos mostró que el mayor beneficio en la tasa SF se obtiene en el grupo con doble J previo a nivel de uréter medio (90.2% vs. 75%, OR 3.08 (0.93-10.19), p 0.05) y uréter superior (89.5% vs. 58.2%, OR 6.10 (2.14-17.35), p <0.001). No se observa beneficio a nivel de uréter inferior (92.4% vs. 94.3%, OR 2.15 (1.17-3.96), p 0.60). No se establecieron diferencias en la tasa de complicaciones entre ambos grupos (6.1 vs 6.1%, OR 0.98 (0.45-2.19), p 0.91).

**Conclusiones:** La cateterización ureteral preoperatoria mejoró significativamente la tasa libre de cálculos, obteniéndose el mayor beneficio a nivel de uréter medio y superior. A nivel de uréter inferior, la cateterización preoperatoria no demostró beneficio. El catéter preoperatorio no disminuyó la tasa de complicaciones.

**Palabras clave:** catéter doble J, ureteroscopía, cálculo ureteral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA: ¿RESULTA BENEFICIOSO LA CATETERIZACIÓN DOBLE J PREVIO AL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL?

Thomas, F<sup>(1)</sup>; Gonzalez, A<sup>(2)</sup>; Barusso, G<sup>(3)</sup>; Hernandez, R<sup>(4)</sup>; Sanguinetti, H<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Dr. César Milstein. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata, Argentina. <sup>(3)</sup>Urología, Centro de Urología. Buenos Aires, Argentina. <sup>(4)</sup>Urología, Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires, Argentina. <sup>(5)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El objetivo es evaluar eficacia y seguridad de la cirugía intrarrenal retrógrada (CIRR) en el tratamiento la litiasis renal en pacientes con o sin colocación preoperatoria de catéter ureteral doble J.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Se reclutaron pacientes adultos que se sometieron a litotricia intrarrenal retrógrada, desde agosto de 2017 a marzo de 2019, en 23 instituciones de todo el país. Las variables analizadas incluyeron: datos demográficos, tamaño y ubicación de la litiasis, tasa libre de litiasis (SF) y de complicaciones. El análisis estadístico se realizó comparando los grupos con y sin catéter ureteral doble J.

**Resultados:** Se reclutaron prospectivamente 107 pacientes (77 con y 30 sin doble J previo). En general, la tasa SF fue significativamente mayor en el grupo con doble J previo (89.6% vs. 73.3%, OR 3.14 (1.02-9.61), p 0.03). El análisis por subgrupos mostró que el mayor beneficio en la tasa SF se obtiene a nivel de pelvis renal (90% vs. 62.5%, OR 5.40 (0.80-36.41), p 0.04). No se observó beneficio a nivel de cáliz superior (p 0.90), medio (p 0.67) e inferior (p 0.59). En el análisis multivariado, la ubicación del lito no influiría en la tasa SF. No se establecieron diferencias en la tasa de complicaciones entre ambos grupos (6.7 vs 5.2%, OR 0.76 (0.13-4.46), p: 0,76).

**Conclusiones:** La cateterización ureteral preoperatoria mejoró significativamente la tasa SF en los pacientes sometidos a CIRR, obteniéndose el mayor beneficio a nivel de la pelvis renal. El catéter preoperatorio no disminuyó la tasa de complicaciones.

**Palabras clave:** catéter doble J, cirugía intrarrenal retrograda, cálculo renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **URETEROPLASTIA CON BALON CON PAQUITLAXEL A PROPOSITO DE UN CASO**

Zeballos, J<sup>(1)</sup>; Fiandra, D<sup>(2)</sup>; Musetti, J<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología, MP. Montevideo, Uruguay. <sup>(2)</sup>INCC, Impasa. Montevideo, Uruguay.

Basados en la experiencia previa del uso de balones con Paquitlaxel en Uretra que presentamos en 2016 aplicado en 15 casos con tres años de evolución y en la que se está desarrollando en EEUU (Robust III), aplicamos técnica similar adaptada en una estenosis ureteral distal inflamatoria aguda.

### **Material y Método**

Mujer de 71 años con larga historia de Cistitis Intersticial que hace un año desarrolla Carcinoma Transicional no invasor. Luego de RTU y serie semanal x 6 de BCG presenta dilatación agua a derecha sintomática. Ecografía y TAC con reconstrucción demuestra engrosamiento uretral distal con luz filiforme. Ureteroscopia directa muestra rigidez de uréter con afinamiento de luz sin lesiones endoscópicas.

Se aplica técnica similar a la empleada en uretra y se deja sin doble J.

Se muestra evolución imagenológica y endoscópica ,inmediata , al mes y a los 6 meses

### **Conclusión**

Se aporta evidencia del uso de balón con Paquitlaxel en uréter con excelente evolución clínica, imagenológica y endoscópica en una ureteritis distal con técnica en un solo paso sin drenaje posterior, mínimamente invasiva

Palabras claves Estenosis Ureteral, Ureteroplastia ,Paquitlaxel

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA CON CONSERVACION DE FASCIA ENDOPELVICA, COMPLEJO DORSAL Y PRESERVACION NEUROVASCULAR: RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLOGICOS**

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; Sandoval, C<sup>(1)</sup>; Recabal, P<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:** La prostatectomía radical robótica ha llegado a ser la principal alternativa de tratamiento para el cáncer de próstata localizado. Sin embargo, los resultados funcionales de continencia y potencia no son uniformes en las distintas series publicadas utilizando las técnicas clásicas de preservación de paquetes neurovasculares. Presentamos nuestra experiencia inicial modificando la técnica, preservando fascia endopelvica, complejo venoso dorsal y paquetes neurovasculares.

**OBJETIVO:** Presentar los resultados funcionales y oncológicos con la modificación a la técnica de preservación de fascia endopelvica, complejo dorsal y paquetes neurovasculares.

**MATERIAL Y METODO:** Entre octubre del 2016 y diciembre del 2017 se realizaron 48 prostatectomías radicales robóticas con preservación de fascia endopelvica, complejo dorsal y paquetes neurovasculares en forma consecutiva por el mismo cirujano.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de 63 años (43-75). El tiempo operatorio promedio de piel a piel fue de 143 minutos (105-245). La hospitalización fue de 1 día en todos los pacientes. Se realizó linfadenectomía extendida en 12 pacientes. El sangrado promedio fue 100 ml(50-200ml) No hubo transfusiones. Hubo una complicación Clavien 3a que corresponde a paciente con estenosis de meato que requirió dilatación. De acuerdo a los grupos de riesgo de D'Amico, 16 pacientes (33%) fueron clasificados de bajo riesgo, 25 pacientes (52%) de riesgo intermedio y 7 pacientes (15%) de alto riesgo. La tasa de márgenes positivos fue 18,75%, con 11 % en T2 y 25 % en T3. El seguimiento promedio fue de 13,75 meses (9-18). El 73% de los pacientes tuvo continencia inmediata, 98% al mes, no hubo variación al año. El 52% de los pacientes estaba potente al mes, 71% a los 3 meses ,79 % a los 6 meses y 85% al año. Tres pacientes(6,25%) presentaron persistencia de enfermedad y fueron a tratamiento con radioterapia y/o hormonoterapia. Cuatro pacientes(8,3%) presentaron recidiva bioquímica y requirieron tratamiento con radioterapia y/o hormonoterapia.

**CONCLUSIONES:** La prostatectomía radical robótica conservando fascia endopelvica, complejo venoso dorsal y con preservación neurovascular es segura, reproducible y se logra buen control oncológico y buenos resultados funcionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# ¿SE PUEDEN PREDECIR LOS RESULTADOS DE LAS NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS UTILIZANDO EL R.E.N.A.L. SCORE EN UN CENTRO DE ARGENTINA?

Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Belisle, D<sup>(1)</sup>; Bertran, AM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma de células renales (CCR) en estadio T1a tiene como indicación quirúrgica la nefrectomía parcial (NP). El RENAL Score (RS) es útil para la predicción de complicaciones post quirúrgicas (CP) y recidiva. **Objetivo:** evaluar a los pacientes que se hayan sometido a una NP e identificar si existe asociación entre el RS y el logro del MIC. **PACIENTES Y MÉTODOS:** cohorte prospectiva y observacional que incluye a las NP laparoscópicas desde marzo de 2017 hasta julio de 2018. Se calculó el RS en las tomografías pre quirúrgicas con contraste endovenoso. **RESULTADOS:** se incluyeron 33 pacientes, el 69,7% se clasificó como RS de baja complejidad (RSB), 27,3% RS de media complejidad (RSM) y el 3% RS de alta complejidad. El tiempo quirúrgico medio fue de 146,82 min (DE 34,93), el tiempo medio de isquemia caliente fue de 16,21 min (DE 10,29) y la pérdida hemática estimada de 280,61 ml (DE 217,6). Se halló diferencia en el tiempo quirúrgico entre las medias de RSB y RSM ( $p=0,0150$ ), no así en el tiempo de isquemia caliente y pérdida hemática estimada ( $p=0,1896$  y  $p=0,0618$ ). Se alcanzó el MIC en el 66,6% de la muestra. La media de seguimiento fue de 10,32 meses (rango 18-2 meses) no observándose recaídas tumorales ni metástasis. **CONCLUSIÓN:** La NP laparoscópica en nuestro centro tiene un alcance del MIC similar a las series internacionales, sin tener una asociación directa con el RS.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# 500 CASOS DE PROSTATECTOMIA RADICAL POR TÉCNICAS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVAS, LAPAROSCOPIA Y ROBÓTICA- RESULTADOS Y DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN EN LAS TÉCNICAS

Clavijo Rodriguez, RA<sup>(1, 2)</sup>; Giedelman Cuevas, CA<sup>(2)</sup>; Lopez de Mesa Rodriguez, BE<sup>(1, 3)</sup>; Zapata, C<sup>(1)</sup>; Rojas Gomez, L<sup>(2)</sup>; Aponte Varon, HA<sup>(1, 2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital De San Jose. Bogota, Colombia. <sup>(2)</sup>Urología, Clinica de Marly. Bogota, Colombia. <sup>(3)</sup>Residente Urología, Fundacion universitaria de ciencias de la salud FUCS. Bogota, Colombia.

Introducción afianzamiento de las técnicas mínimamente invasivas en cirugía (robótica y laparoscópica) en la urología de nuestro país, representa una evolución en nuestra área que nos pone a nivel con lo que se viene llevando a cabo a nivel mundial, tras 8 años en la practica de este tipo de cirugías hemos superado la curva de aprendizaje y ha habido importantes cambios que nos han permitido mejorar nuestra técnica y con esto nuestros resultados generales. En este articulo se describirá la experiencia alcanzada en prostatectomía radical por robot y por laparoscopia adquirida por el servicio de urología de 2 instituciones en Bogotá D.C. exponiendo de esta manera el aporte de las técnicas mínimamente invasivas en Colombia. Materiales y métodos: ha abril de 2019 se realizaron 500 casos de prostatectomía radical llevados a cabo por técnicas mínimamente invasivas. 200 fueron Prostatectomías radicales laparoscópicas asistidas por Robot y se recolectaron 300 prostatectomías radicales realizadas por laparoscopia. La base de datos fue confeccionada en forma prospectiva y se evaluaron en forma retrospectiva los datos demográficos, estadio clínico, valor de Antígeno Prostático Específico, Gleason, variables intraoperatorias y posoperatorias incluyendo complicaciones. Resultados de patología y tiempo de retorno a la continencia y a la potencia. Se realizó un análisis estadístico para estimar la curva de aprendizaje y la evolución de la técnica. Resultados: Se reportan un total de 500 casos de prostatectomía radical llevados a cabo por técnicas mínimamente invasivas en el periodo comprendido entre Febrero 2010 Abril 2019. 200 fueron Prostatectomías radicales laparoscópicas asistidas por Robot y se recolectaron 300 prostatectomías radicales realizadas por laparoscopia. Se exponen los resultados divididos en 2 periodos de tiempos para ambas técnicas, del 2010 al 2014 (aprendizaje) , y luego de 2015 al 2019 (consolidacion habilidades). Conclusiones: Se presenta la cirugía mínimamente invasiva (robótica y laparoscópica) como un avance en el campo de la urología ofreciendo resultados equiparables o mejores que otras técnicas. Se muestra la estadística del grupo recolectada en 2 instituciones de Bogotá en la cual se han aumentado el numero de casos progresivamente, con mejores resultados directamente proporcionales a nuestra experiencia adquirida con el tiempo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PROSTATECTOMIA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT, 200 CASOS. RESULTADOS Y DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN EN LA TÉCNICA

Giedelman Cuevas, CA<sup>(1)</sup>; Clavijo Rodriguez, RA<sup>(1, 2)</sup>; Lopez de Mesa Rodriguez, BE<sup>(2, 3)</sup>; Lopez de Mesa Rodriguez, MT<sup>(1, 2)</sup>; Cavelier, LE<sup>(1)</sup>; Rojas Gomez, L<sup>(1)</sup>; Rueda, M<sup>(1)</sup>; Aponte Varon, HA<sup>(1, 2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica de Marly. Bogotá, Colombia. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital de San Jose. Bogotá, Colombia. <sup>(3)</sup>Residente Urología, Fundación Universitaria de ciencias de la salud FUCS. Bogotá, Colombia.

**Introducción** La Clínica de Marly de Bogotá, fue el primer centro colombiano en contar con la última tecnología disponible (Robot Da Vinci®) La primera intervención fue llevada a cabo en el año 2010. Desde entonces, hemos superado la curva de aprendizaje y logrando importantes cambios permitiendo mejorar la técnica. La experiencia en cirugía urológica asistida por robot en el servicio de urología de una institución en Bogotá D.C. exponiendo de esta manera el aporte de las técnicas mínimamente invasivas, específicamente la cirugía asistida por robot en Colombia. **Materiales y métodos:** ha abril de 2019 se realizaron 200 Prostatectomias radicales laparoscópicas asistidas por Robot. La base de datos fue confeccionada en forma prospectiva y se evaluaron en forma retrospectiva los datos demográficos, estadio clínico, valor de Antígeno Prostático Específico, Gleason, tiempos quirúrgicos, sangrado estimado, complicaciones, estadía hospitalaria, tiempo de sonda vesical y márgenes positivos. **Resultados** de patología y tiempo de retorno a la continencia y a la potencia. Se realizó un análisis estadístico para estimar la curva de aprendizaje y la evolución de la técnica. Se evaluaron los resultados intraoperatorios y postoperatorios inmediatos, así como resultados a mediano y largo termino. **Resultados:** Se reportan un total de 200 casos en el periodo comprendido entre Febrero 2010 – Abril 2019, distribuidos de la siguiente manera: del 2010 al 2013 se practicaron 57 prostatectomias radicales, periodo donde tras finalizarlo encontramos cambios importantes positivos en nuestros resultados y que consideramos se encuentran ligados a haber superado la curva de aprendizaje. Del 2014 a mayo de 2019 se practicaron 143 cirugías por cancer. **Conclusiones:** Se presenta la cirugía asistida por robot en nuestro medio como un avance en el campo de la urología ofreciendo resultados equiparables o mejores que con otras técnicas. Se muestra la estadística del servicio en la cual se han aumentado el numero de casos progresivamente, con mejores resultados directamente proporcionales a nuestra experiencia adquirida con el tiempo. Una mayor experiencia del cirujano determina una disminución en los tiempos quirúrgicos, sangrado intraoperatorio y sobre todo en la tasa de márgenes positivos. Mejores sensaciones para el cirujano y mejores resultados para los pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA PARA EL CÁNCER RENAL AVANZADO CON INVASIÓN VASCULAR

Carminatti, T<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Gueglio, G<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sector de Oncología retroperitoneal y laparoscopia, Hospital italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Existe una tendencia mundial a realizar cada vez más cirugías mínimamente invasivas. A medida que aumenta la experiencia del cirujano, incrementa la complejidad de las cirugías realizadas. Se plantea como objetivo analizar las nefrectomías radicales en tumores renales avanzados con invasión vascular, abordados de manera laparoscópica.

**Material y Método:** Estudio prospectivo donde se analizaron los datos ingresados al Clinical Research Office of the Endourological Society. Se discriminaron los pacientes a quienes se les realizó una nefrectomía radical laparoscópica con invasión vascular entre octubre de 2010 y diciembre de 2018. Se analizaron variables preoperatorias como edad, comorbilidades, presencia de síntomas y metástasis. También se analizaron las anatomías patológicas, los niveles tumorales según la clasificación de Mayo, el lado del tumor, la forma de abordaje, ya sea manoasistida o laparoscópica pura, el tiempo de internación, las complicaciones posoperatorias y la tasa de transfusión.

**Resultados:** Se realizaron 31 nefrectomías radicales laparoscópicas en pacientes con invasión vascular. Dieciocho pacientes eran hombres. Del total, 14 presentaban tumor derecho. Veintiséis pacientes (83.9%) presentaban comorbilidades. Catorce pacientes (45.2%) presentaron síntomas preoperatorios. Seis pacientes (19.4%) fueron operados con metástasis distantes conocidas. El tamaño tumoral promedio fue de 71mm (20-168). Respecto al nivel tumoral, 25 pacientes presentaban trombo en el nivel 0, 2 pacientes nivel I, 1 paciente nivel II y 3 pacientes nivel III. A 16 pacientes se les realizó además adrenalectomía. Respecto al abordaje, 15 pacientes fueron abordados de manera laparoscópica pura, 14 con asistencia manual y 2 pacientes debieron ser convertidos a cirugía abierta por tamaño y neovascularización. A 10 pacientes se les realizó linfadenectomía retroperitoneal. De estos, 1 paciente presentó ganglios positivos. El tiempo de internación promedio fue de 8 días. Respecto a las complicaciones, 4 pacientes (12.9%) presentaron interurrencias en el posoperatorio, siendo 3 de estas mayores a Clavien 3a. Ningún paciente falleció en el posoperatorio. La tasa de transfusión fue del 22.6% (7 pacientes).

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico para pacientes con cáncer renal avanzado con invasión vascular es una técnica factible en cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica. Es importante seleccionar cuidadosamente al paciente.

**Palabras clave:** Cáncer renal avanzado, laparoscopia, oncología.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**LITOTRICIA RENAL PERCUTÁNEA EN UN CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA**

Billordo Peres, N<sup>(1)</sup>; Macias, FR<sup>(2)</sup>; Centurión, MA<sup>(3)</sup>; Bengoa, N<sup>(3)</sup>; Tobia, I; Billordo Peres, CA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina. <sup>(3)</sup>Anestesia, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina.

**Objetivos:** Analizar y presentar nuestros resultados en el tratamiento de la litiasis renal mediante nefrolitotricia percutánea ambulatoria (NLPA) en un mismo centro de cirugía ambulatoria.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohortes prospectivo de pacientes sometidos a una NLPA tubeless y totally tubeless entre Agosto de 2013 y Marzo de 2019. Se excluyeron aquellos pacientes con score de ASA >3. Se analizaron los datos preoperatorios, intra y postoperatorios. Se clasificaron las complicaciones de acuerdo al sistema de Clavien modificado. Se compararon los valores de hematocrito, hemoglobina, creatinemia y uremia pre y post operatoria a las 48 horas.

**Resultados:** En total se operaron 204 pacientes a los cuales se les dio el alta el mismo día de la cirugía. La edad promedio fue de 49 años (rango 87-17). El score de ASA más frecuente fue el 2, mientras que 10 pacientes fueron ASA 3. El índice de masa corporal promedio fue 23, 18 pacientes fueron obesos. La suma de los diámetros máximos de las litiasis en promedio fue de 26,3mm, 38 casos de litiasis coraliforme (18,6%). La posición más utilizada fue la ventral con un tiempo promedio de cirugía de 49 minutos. Se realizó NLP tubeless en 163 pacientes y totally tubeless en 39 casos. A 88 pacientes se les colocó un tapón de surgicel en el tracto de acceso percutáneo. La tasa libre de cálculos fue del 83%, en pacientes sin litiasis coraliforme la tasa fue del 91,6% mientras que en pacientes con litiasis coraliforme fue del 45%. No hubieron complicaciones intraoperatorias y el 84% de los pacientes no presentaron complicaciones. La tasa de reinternación fue del 3%. Si bien se hallaron diferencias significativas entre los valores pre y post operatorios de hematocrito y hemoglobina (40,8% vs. 38,9%  $p=0,0001$  y 13,5 g/dl vs. 12,7 g/dl  $p=0,0001$ ), estas no fueron clínicamente significativas y solamente un paciente requirió de transfusión de sangre (0,4%).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la NLP en un centro de cirugía ambulatoria fue segura, con tasas libres de cálculos y complicaciones similares a las realizadas con internación.

**Palabras Clave:** Nefrolitotricia percutánea (NLP), NLP Ambulatoria, Tubeless NLP, Totally Tubeles NLP.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## UTILIDAD DEL TAPÓN DE SURGICEL, COMO HEMOSTÁTICO DEL ACCESO PERCUTÁNEO, LUEGO DE NEFROLITOTRICIA

Billordo Peres, N<sup>(1)</sup>; Macias, FR<sup>(1)</sup>; Centurión, MA<sup>(2)</sup>; Bengoa, N<sup>(2)</sup>; Tobia, I; Billordo Peres, CA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina. <sup>(2)</sup>Anestesia, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina.

**Objetivos.** Comparar los resultados de la nefrolitotricia percutánea ambulatoria (NLPA) utilizando un tapón hemostático en el acceso percutáneo vs. técnica convencional de NLP.

**Materiales y Metodos.** Estudio de cohortes prospectivo de 204 pacientes sometidos a NLPA tubeless (n=163) o totally tubeless (n=39). A 88 se les colocó un tapón hemostático de surgicel nu-knit en el trayecto de acceso percutáneo (grupo 1) y a 116 pacientes no se uso tapón hemostático (grupo 2).

**Técnica:** En base al amplatz utilizado se calcula el diámetro del tapón, mientras que la longitud del mismo se calcula en base al espesor del parénquima renal medido por tomografía. Al finalizar la cirugía se posiciona el extremo distal del amplatz hasta la unión de la mucosa del cáliz y el parénquima renal. Se coloca el tapón bajo control radioscópico retirando el amplatz.

Se compararon los datos pre, intra y postoperatorios de ambos grupos. Se realizó un análisis estadístico entre los valores pre y postoperatorios de, hematocrito, hemoglobina, creatininemia y uremia en ambos grupos. Se clasificaron las complicaciones de acuerdo al sistema de Clavien modificado.

**Resultados.** Ambos grupos fueron similares y comparables entre sí en cuanto a las variables preoperatorias.

La tasa libre de litiasis fue similar para ambos grupos, grupo 1 81% vs. grupo 2 84,5% (p=0,476). El tiempo quirúrgico no se vio alterado por la colocación del tapón de surgicel, grupo 1 47,7 min. vs. grupo 2 49,8 min. (p=0,577).

Hubieron más complicaciones postoperatorias en el grupo 2 (18%) que en el grupo 1 (13,6%) (p=0,391).

La tasa de reinternación también fue similar para ambos grupos (p=0,623).

No hubieron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los valores de hematocrito y hemoglobina pre y post operatoria, aun que si se observó una menor incidencia de hematuria macroscópica post operatoria en el grupo 1.

### Conclusiones

La NLPA con tapón hemostático es una opción segura para el manejo del tracto de acceso. Posee similares resultados al manejo convencional en cuanto a: tasa libre de cálculos, tiempo quirúrgico y complicaciones.

Nefrolitotricia percutánea Ambulatoria, Tapón hemostático, Tubeless NLP

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# LITIASIS RENAL: ANÁLISIS DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO INICIAL Y EL TRATAMIENTO DEFINITIVO POR NLPC

Russo, R; Pautasso, S; Vigil, S; Marengo, R; Pautasso, A; Seeber, J; Rocchia, G; Battezzati, O; Pautasso, O

**Introducción:** La nefrolitotomía percutánea es el método de elección para el tratamiento de litiasis mayores de 15mm.

Un numero importante de pacientes, es sometido a distintos tratamientos, la mayoría de las veces ineficaces o sin una clara indicación, con frecuente deambular de los enfermos por distintos Servicios, hasta lograr una resolución definitiva de su problema.

**Objetivo:** Demostrar el tiempo transcurrido entre el diagnostico de litiasis renal superior a 11 mm y la resolución completa por NLPC

**Materiales y métodos:** estudio analítico descriptivo de carácter retrospectivo de las NLPC realizadas desde Mayo de 2013 hasta Abril de 2019. Se realizaron 103 procedimientos, y se analizó de cada uno, el tiempo transcurrido entre la fecha del diagnostico y la cirugía Percutanea. Además se tuvieron en cuenta, los distintos tratamientos a los que fueron sometidos hasta acceder a la cirugía resolutive.

**Resultados:** el tamaño promedio de los cálculos fue de 30mm (rango de 11mm – 60mm), el tiempo entre el diagnóstico y la cirugía fue de rango menor a 1 año, 27 pacientes (26.21%), rango entre 1 año y 5 años, 61 pacientes (59.22%) rango mayor a 5 años, 8 pacientes (7.76%), y rango mayor a 10 años, 7 pacientes (6.81%). En dichos pacientes se realizó litotricia extracorpórea a 53 pacientes (51.45%) y se colocó catéter doble J a 20 enfermos, (19.42%). Fueron derivados de otros centros 32 pacientes (31.07%). **Conclusiones:**

El tiempo transcurrido entre el diagnostico y la cirugía percutánea, esta en relación a distintos hechos, que van desde la ausencia de síntomas o deficiente interpretación y estudio inadecuado , hasta la aplicación de métodos terapéuticos indebidamente indicados o con resultados parciales o nulos.

Ese tiempo muchas veces prolongado en años, repercute en deterioro anatomico y funcional de las unidades renales, además de la repercusión económica medica y laboral y padecimientos dolorosos e infecciosos con la angustia que acompaña a esta demora.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CISTINURIA Y NEFROLITIASIS DIAGNOSTICADA EN EL ADULTO.**

Callaci, A<sup>(1)</sup>; Abdo, A<sup>(1)</sup>; Galetto, M<sup>(1)</sup>; Solares, F<sup>(1)</sup>; Zeno, L<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

La cistinuria es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, que consiste en un defecto en el transporte tubular renal e intestinal de aminoácidos dibásicos, que determina una excreción urinaria excesiva de cistina y por consiguiente, urolitiasis recurrente.

**PALABRAS CLAVES**

Cistinuria, litiasis, adulto.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, tipo reporte de casos. Se analizaron dos pacientes con diagnóstico de cistinuria en el año 2018.

**RESULTADOS**

CASO 1: Varón, 33 años. Antecedente: pielolitotomía derecha hace 10 años. En estudio prelaboral se detecta falla renal (uremia: 64mg/dl, creatininemia: 2,10mg/dl, ClCr: 39,07ml/min). TAC: hidronefrosis y nefrolitiasis bilateral. Riñón izquierdo con litos múltiples que ocupan la totalidad del riñón, el mayor de 39x25mm. Riñón derecho con litos aislados en cálices y el mayor de 34x22mm en unión pieloureteral. Se realiza nefrolitotomía percutánea (NLP) derecha exitosa. Al mes NLP izquierda, con gran cantidad de litiasis residual, por lo cual se decide nefrolitotomía abierta. CONTROL: en TAC dos litos en cáliz inferior izquierdo (de 14x9mm el mayor) y ClCr de 49,7ml/min.

CASO 2: Mujer, 18 años. Antecedente: infecciones urinarias en la infancia. Ingresó por infección urinaria alta y falla renal (Uremia: 151mg/dl, Creatininemia: 9,7mg/dl). TAC: Riñón izquierdo: atrófico con litiasis coraliforme. Riñón derecho: hidronefrosis y aislados litos, el mayor de 21x13mm, en unión pieloureteral. Se coloca catéter doble J derecho, normalizando la función renal en 48h. Antibioticoterapia con ampicilina-sulbactam (por antibiograma). Al décimo día: NLP derecha. Al mes: nefrectomía videolaparoscópica izquierda. CONTROL: TAC sin litos y ClCr de 91ml/min.

El análisis metabólico de las litiasis en ambos pacientes fue de cistina. Se les indicó dieta hiposódica, ingesta de 3 litros de líquido por día y citrato de potasio. Controles cuatrimestrales (laboratorio y ecografía) y TAC al año, sin nuevos litos.

**CONCLUSIÓN**

La cistinuria debe sospecharse en pacientes jóvenes, no diagnosticados en la infancia, que presentan infecciones urinarias y/o urolitiasis a repetición, ya que el diagnóstico precoz y las medidas preventivas limitarán la aparición de complicaciones.

Por su carácter recidivante, es aconsejable adoptar medidas poco invasivas en el tratamiento de las litiasis para no deteriorar la función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN DECÚBITO SUPINO OBLICUO

Daels, PF<sup>(1)</sup>; Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; Cristallo, C<sup>(1)</sup>; Tirapegui, FI<sup>(1)</sup>; Santillan, D<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sector Endourología y Litiasis, Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

La nefrolitotomía percutánea es actualmente considerada la primera opción terapéutica para tratar cálculos complejos. En el Hospital Italiano de Buenos Aires utilizamos la posición en decúbito supino oblicuo, que reúne todas las ventajas de un decúbito supino sin presentar sus limitaciones.

El objetivo es demostrar que esta posición es simple, segura y eficaz.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio prospectivo descriptivo de los casos de nefrolitotomía percutánea en posición decúbito supino oblicuo, operados en nuestro servicio desde enero de 2009 hasta septiembre de 2018. Se evaluó el recorrido del trayecto percutáneo en todos los pacientes mediante una tomografía computada abdominopelvisiana sin contraste, entre las 24 y 48hs postoperatorias. Analizamos variables como el sitio de punción, complicaciones postoperatorias y restos litiásicos.

### RESULTADOS

Fueron operados 719 pacientes en decúbito supino oblicuo desde enero de 2009 a septiembre de 2018. La mayoría de los abordajes fueron por cáliz inferior: 527 (68,5%), mientras que 191 (24,8%) fueron por un cáliz medio y solamente 52 (6,7%) por uno superior. Además, 647 (83,9%) fueron por un cáliz posterior y 124 (16,1%) por un cáliz anterior.

No hubo lesiones pleurales, colónicas ni esplénicas. En tres casos (0,4%), las nefrostomías atravesaron lengüetas hepáticas sin repercusión clínica.

En controles tomográficos se constataron 66 (9,2%) hematomas, con un total de 21 angioembolizaciones (2,4%). Un acceso por un cáliz superior se mantiene como factor predictor de hematoma en el análisis multivariado con un OR de 2,7 (IC95% 1,2-5,9, p 0,013).

La tasa de restos litiásicos menores a 5 mm fue de 75,7% (544 pacientes) tomando en cuenta la tomografía dentro de las 48 horas.

### CONCLUSIÓN

La nefrolitotomía percutánea en posición decúbito supino oblicuo constituye una técnica segura, simple y reproducible que preserva todas las ventajas de un procedimiento en decúbito supino, reduciendo sus limitaciones y permitiendo el acceso a cualquier cáliz deseado sin ninguna restricción.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EXPERIENCIA INICIAL CON LA CIRUGÍA RENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA EN UN CENTRO UROLÓGICO COLOMBIANO.

Puentes-Bernal, AF<sup>(1, 2)</sup>; Samacá-Rodríguez, JY<sup>(1)</sup>; Castañeda-Millán, DA<sup>(2, 3)</sup>; Triana-Guzmán, JJ<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Litomédica – Clínica de Marly. Bogotá, Colombia. <sup>(2)</sup>Investigador, Grupo de Investigación e Innovación en Urología - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. <sup>(3)</sup>Residente, Unidad de Urología, Departamento de Cirugía - Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. <sup>(4)</sup>Residente, Unidad de Urología - Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.

### Introducción.

La cirugía renal endoscópica combinada (CREC) es una alternativa de tratamiento para los cálculos renales complejos que se ha asociado con la disminución de tiempos quirúrgicos, tiempo anestésico y riesgos derivados de la posición del paciente durante el acto quirúrgico; se ha demostrado que la CREC es un procedimiento seguro y según las características del cálculo equiparable en resultados a la nefrolitotomía percutánea. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia inicial con la CREC como estrategia de manejo quirúrgico para la nefrolitiasis en un centro urológico colombiano.

### Materiales y método.

Estudio retrospectivo descriptivo en el que se analizan los casos de cálculos renales complejos manejados con CREC en el periodo Febrero/2016 a Abril/2019. Los resultados se expresan en medidas de frecuencia.

### Resultados.

Se ejecutaron 11 procedimientos en 10 pacientes (63.6% mujeres, 36.4% hombres; edad promedio: 39.7 años); todas las cirugías fueron ejecutadas por el mismo equipo quirúrgico en posición de Valdivia-Galdakao. 36.36% en cálculos coraliformes completos (Guy score IV), 27.27% en cálculos coraliformes incompletos (Guy score III), 18.18% en catéter JJ calcificado FECal II - III y 18.18% en cálculos piélicos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 149 minutos. Se presentaron sólo 2 complicaciones postoperatorias Clavien Dindo I (18.18% dolor postoperatorio). Se alcanzó el estado libre de cálculos tras el primer procedimiento en 55.5% de los casos y tras una segunda intervención en el 72.7% de los casos.

### Conclusiones.

La CREC es una alternativa segura y eficaz para el manejo de los cálculos renales complejos, ofrece resultados postoperatorios satisfactorios, su uso es seguro y factible en países en vías de desarrollo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RESOLUCIÓN ENDOUROLÓGICA DE PROLAPSO DE URETEROCELE MEDIANTE EXCISIÓN TRANSURETRAL

Punin Larrea, R<sup>(1)</sup>; Punin Neira, R<sup>(2)</sup>; Punin Neira, A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Clínica Moderna. Loja, Ecuador. <sup>(2)</sup>Escuela de Medicina, UIDE. Quito, Ecuador.

**Palabras clave:** ureteroceles, prolapso ureteral, excisión transuretral.

### Introducción:

El ureteroceles puede ser considerado como una variante de uréter ectópico en el cual éste penetra en la vejiga en un lugar diferente al trigono vesical. Además, se observa dilatación quística en el tercio distal del uréter. Esta patología puede clasificarse de forma sencilla como ureteroceles intravesicales o extravesicales; en el segundo, por lo general en pacientes femeninas, el ureteroceles puede prolapsar a través del cuello vesical e incluso exteriorizar por el meato uretral. En estos casos es de vital importancia identificar el meato ureteral dado que determinará el posible manejo del caso. De forma general, se han sugerido tanto procesos endoscópicos como laparoscópicos para su resolución.

### Material y métodos

Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años de edad que acude por cuadro de dolor pélvico intenso. Al examinar, se identifica prolapso y exteriorización de ureteroceles izquierdo; a la par, se identifica meato ureteral izquierdo en segmento ureteral prolapsado.

Se opta por manejo endoscópico exclusivo: se procede con cateterización de ureteroceles mediante ureteroscopia con lo cual se confirma la identificación ureteral. Se procede con canalización con catéter Amplatz 12 Fr lo que permite la visualización del componente intravesical del ureteroceles. Posteriormente, se realiza ureterotomía endoscópica y excisión transuretral del ureteroceles en su porción intra y extra vesical. Se coloca catéter doble J y a los 30 días se realiza valoración.

### Resultados

Se da resolución a ureteroceles izquierdo con prolapso de forma endourológica exclusiva mediante ureterotomía y excisión transuretral. Se confirma conservación de continencia urinaria y mejoría de los síntomas, evidenciando que la endoscopia es una opción terapéutica considerable en el manejo de estos casos.

### Conclusiones

El manejo endoscópico del prolapso de ureteroceles puede ser una opción viable para su resolución luego de la identificación y reconocimiento de la anatomía vesical y ureteral y la clasificación del ureteroceles. Entre las opciones terapéuticas endourológicas es de utilidad la excisión transuretral del ureteroceles lo cual reduce o elimina la masa, y preserva la continencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EXTRAVASACIÓN URINARIA DURANTE EL CÓLICO RENAL AGUDO. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO.

Ringa, M<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Frasccheri, MF<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>; Butori, S<sup>(1)</sup>; Contreras, P<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

La ruptura no traumática del tracto urinario con extravasación de orina (EO) es una entidad clínica poco frecuente. La causa más común es obstrucción ureteral secundaria a enfermedad litiásica (80% de los casos). No encontramos una descripción en la literatura de factores asociados con este evento.

Objetivo: analizar variables asociadas con la EO en pacientes con cólico renal agudo por enfermedad de litiásica.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con cólico renal agudo y EO entre Enero/2013 y Diciembre/2018. Todos los pacientes tenían EO confirmado por tomografía computarizada con contraste intravenoso y las imágenes fueron evaluadas por el mismo equipo radiólogo. Se excluyeron pacientes con EO por otras causas o que no pudieron recibir contraste.

El uréter se dividió en proximal, medio y distal. Se determinó anatomía renal intrarrenal/extrarrenal según clasificación de Tomaszewski.

Se analizaron las variables demográficas, tamaño y ubicación de litiasis, anatomía piélica y sitio de EO.

Se realizó análisis multivariado y estratificado de las variables con regresión logística. Se reportan los resultados más relevantes. Se consideró  $p < 0.05$  como significativa.

### RESULTADOS

La ubicación del lito en uréter inferior, medio y superior fue de 79, 9 y 12% para el grupo con EO y 40, 21 y 39% para el grupo control, respectivamente. En el grupo de extravasación, 86% de los litos tenían  $\leq 5$ mm, y solo 20,6% en grupo control. La pelvis intrarrenal se observó en el 72% del grupo de EO vs 41,4% del grupo control. Cuando analizamos a los pacientes con litos en uréter inferior, el 27,6% de los pacientes con cálculos de  $\leq 5$  mm presentaron extravasación de contraste, en comparación con el 6,9% con litiasis más grande. De los pacientes con pelvis intrarrenal, 22,8% presentaron EO vs 7,3% con pelvis extrarrenal. En el análisis multivariado, encontramos una asociación positiva para la EO con cálculos  $\leq 5$ mm en el uréter inferior y en pacientes con pelvis intrarrenal ( $p < 0,005$ ). No hubo diferencias significativas en las variables demográficas.

### CONCLUSIÓN

La ubicación del lito en uréter inferior, el tamaño  $\leq 5$ mm y la pelvis intrarrenal fueron factores predictivos de extravasación urinaria durante el cólico renal agudo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### COMPOSICION DE LOS LITOS

denis, mg<sup>(1, 2)</sup>; sanguinetti, h<sup>(1)</sup>; yirula, l<sup>(1)</sup>; cazon, a<sup>(1)</sup>; aguilar, j<sup>(1)</sup>; rosenfeld, n<sup>(1)</sup>; montiel, r<sup>(1)</sup>; gregoris, f<sup>(1)</sup>; bernardo, n<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>urología, de clinicas. capital federal, Argentina. <sup>(2)</sup>buenos aires.

#### INTRODUCCIÓN:

La litiasis renal es una enfermedad frecuente dentro de la Urología. Al ser una entidad recidivante, se impone la necesidad estudiar sus causas, para una efectiva prevención secundaria. El análisis de la composición de la litiasis extraída junto con el estudio metabólico del paciente, son fundamentales para una intentar disminuir la nueva formación de cálculos.

El objetivo de este trabajo es analizar la adherencia de los pacientes en un medio hospitalario, a la instrucción de efectuar estos estudios.

**MATERIAL Y MÉTODO:** en el periodo de enero del 2015 y mayo del 2019. Fueron operados 137 pacientes por litiasis renal y ureteral. Al alta de todos los pacientes por protocolo del servicio se instruye a los pacientes a realizar el análisis de la litiasis y estudio metabólico por nefrología. Se efectuó un seguimiento telefónico, consiguiéndose datos de 100 pacientes. Se analizo la adherencia de estos pacientes a dicha instrucción. Y en caso de no haberla efectuado, se consultaron sus motivos.

#### RESULTADOS:

Solo 5 pacientes realizaron el análisis de la litiasis y 2 fueron estudiados por Nefrologia, desde el punto de viste metabolico. Un 40% no lo realizo por los costos. 35% por extravió de la litiasis y un 25% por no entender le indicación

#### CONCLUSIÓN:

En nuestra serie el porcentaje de pacientes que realizo el estudio de la litiasis y/o estudio metabólico, es muy bajo. los motivos fueron Costo / extravio y no entender la indicación. Se analizara un cambio en el protocolo del servicio y una mejor interacción con nefrología para mejorar los magros resultados

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EVALUACIÓN DEL NUEVO URETEROSCOPIO DIGITAL DESCARTABLE WISCOPE: PRIMEROS 100 CASOS**

Águila, F<sup>(1)</sup>; Barahona, J<sup>(1)</sup>; Marchant, F<sup>(2)</sup>; Cuevas, M<sup>(2, 3)</sup>; Prieto, R<sup>(2, 4)</sup>; Sáez, N<sup>(2, 5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología Universidad de Chile, Hospital San José. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio Urología Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Jefe Servicio Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. <sup>(4)</sup>Fellow Endourología. <sup>(5)</sup>Residente Urología.

**Introducción:** La utilización de ureteroscopios flexibles desechables para el tratamiento de litiasis ureterales y renales está en aumento. Nuestro grupo evaluó la efectividad medida con la tasa libre de cálculos y tiempo operatorio, así como la seguridad medida por las complicaciones inmediatas y tardías, del nuevo equipo digital Wiscope de OTU Medical.

**Método:** Estudio retrospectivo durante un periodo de 11 meses. Se registraron las características clínicas de los pacientes, los datos intraoperatorios, la presencia de complicaciones y tasa libre de cálculos. Se excluyeron pacientes donde se realizó cirugía endoscópica intrarrenal combinada y evaluación de tumores de vía urinaria superior.

**Resultados:** Se realizaron 105 procedimientos. El 62% fueron mujeres, el 70% de los pacientes tenían piedras únicas, en este grupo la ubicación fue de un 23% cáliz inferior, 22% cáliz medio, 12% cáliz superior, 19% en la pelvis renal y 24% en el uréter proximal. El tamaño y densidad promedio de litiasis fueron 14,5 mm y 1008 UH respectivamente. En el 30% pacientes tenían litiasis múltiples con diferentes ubicaciones, en este grupo el tamaño promedio por sumatoria de diámetros máximos fue de 30,2 mm.

Se utilizó láser de holmio de 30 w, la energía promedio fue de 13,5 kJ y la fibra más utilizada fue la de 272 um (88%). El tiempo operatorio promedio fue de 76 min. El 45% de los pacientes tenía doble jota previo, y el 87% quedó con doble jota posterior al procedimiento. En el 48% de los casos se evaluó la tasa libre de cálculos, siendo un TC sin contraste el método más frecuente en el 88% de este grupo. Hubo litiasis residual significativa en el 48% de los estudiados. El 76% de los casos se realizaron de forma ambulatorio, y presentaron complicaciones el 16%, mayormente infecciones y dolor por el catéter. 12 pacientes consultaron en el servicio de urgencia y 7 pacientes requirieron rehospitalización de urgencia. No tenemos complicaciones tardías reportadas.

**Conclusión:** Wiscope es seguro y efectivo en el tratamiento de litiasis urinarias. Consideramos que su utilización es fácil con una curva de aprendizaje similar a otros equipos con características parecidas disponibles en el mercado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROTOCOLO DE MANEJO DE LA LITIASIS URETERAL MEDIANTE LASER DE HOLMIO:YAG 15 W, EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL OBRERO NRO. 3 DE ABRIL 2018 A JUNIO 2019**

Céspedes Valencia, K<sup>(1)</sup>; Vela Guillen, JL<sup>(2, 3)</sup>; Robles Daza, LG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>servicio urologia, hospital obrero numero 3. Santa cruz, Bolivia. <sup>(2)</sup>servicio urologia, hospital obrero numero 3. SANTA CRUZ, Bolivia. <sup>(3)</sup>SANTA CRUZ.

Registro de 105 pacientes tratados quirúrgicamente, mayor prevalencia edad de 30 a 40 años (28,5 %) 40 a 50 (27,6 %) 50 a 60 (18 %) 20 a 30 (17 %) 60 a 70 (5,7%) < 20 (1,9 %) > 70 (0,9 %), relación 53,3 % varones, 46,6 % mujeres, sobrepeso IMC 25-29 con el 49,5 %, peso aceptable 18,5 – 24,9 con el 37,14 %, obesidad 30 – 34 con el 12,3 % y delgado <18,5 con el 0,9 %. comorbilidades hipertensión arterial 9,5 %, diabetes mellitus 7,6 %, injuria renal 0,9 %. 10,4 % presentaban infección urinaria previo a su cirugía.

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, cualitativo pacientes con litiasis ureteral sometido a tratamiento con LASER Ho: YAG 15 W, ureteroscopia semirrígida de 7 y 9 french

Localización lito uréter inferior 36, 1 % tercio superior 28,5 % unio pieloureteral 20 % tercio medio 15,2 %

Tamaño del lito > a 10 mm 80,9 % 5 a 10 mm 19 % la dureza lito > a 1000 UH 88,5 % <1000 UH 11,4 %

lito obstructivo parcial 53,3 % y total 46,6 %

Energía aplicada 10 HZ 70,4 % 8 HZ 19 % 4 HZ 8,5 % 12 HZ 1,9 % JOULS 0,6 16 % 0,4 16,19 % 0,5 12,3 % 0,3 12,3 % y 0,9 0,95 %.

Uso de guía hidrofílica 63,8 % técnica doble riel 58 %

El tiempo quirúrgico < 60 minutos 50,47 % > 60 min 44,7 % < 45 min 15,2 % <30 min 4,7 % y < 15 min 3,8 %

pulverización 71,4 % fragmentación 28,5 %

edema bulloso ureteral 12,3 % quique ureteral 6,6 % hidronefrosis 5,7 % ureteroceles 2,8 % doble sistema colector 0,95 % y estenosis de meato 0,95 %

Se dejó catéter doble J 95,2 %

tipo de anestesia raquídea 99 % peridural 1 %

#### **CONCLUSIONES**

Tratamiento de pulverización en la mayoría de los casos con una energía de 10 HZ y 0,6 J con tiempo quirúrgico menor a 60 minutos .

#### **PALABRAS CLAVE**

Pulverización, Hertz y joule

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **ÉXITO DE LA LITOTRICIA EXTRACORPÓREA SEGÚN LA POSICIÓN ANATOMOGEOMÉTRICA RENAL DEL CÁLCULO EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL OBRERO N 3 DE JULIO 2017 A ENERO 2018.**

Céspedes Valencia, K<sup>(1, 2)</sup>; Vela Guillen, JL<sup>(1)</sup>; Robles Daza, LG<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>servicio urología, hospital obrero número 3. SANTA CRUZ, Bolivia. <sup>(2)</sup>SANTA CRUZ.

Estudio 52 pacientes 22 varón 30 mujer

Base de estudio TAC

Estudio prospectivo, analítico observacional de julio 2017 a enero 2018, realizado con equipo SONOLITH® I-SYS

Éxito quirúrgico 73 %, primera sesión 68,4 % segunda 31,5 %

Edad 41 a 50 años 39,4 % 51 a 60 28,9 % 31 a 40 18,4 % 61 a 70 5,2 % 0 a 20 años 2,6 % 20 a 30 2,6 % > 71 2,6 %

% femenino 42,1 % masculino 57,8 %

Polo superior 10,5 % medio 34,2 % inferior 31,5 % pelvis renal 23,6 %

Distancia piel calculo 16 a 20 cm 36,8 % 11 a 15 cm 34,2 %

Número de choques 3000 a 4000 57,8 % < 1000 15,7 %

Potencia media 61 a 70 36,8 %

Energía usada 500 a 1000 94,7 %

Tratamiento ambulatorio 96 % hospitalización 4 %

Efectividad del tratamiento relación a longitud infundibular 2 a 3 cm 44,7 % 3 a 4 26,3 %

Anchura infundibular 1 a 2 cm 100 %

Altura pielocaliceal 2 a 3 cm 47,3 % 1 a 2 15,7 % 4 a 5 15,7 %

Angulo infundibulopielico Elbanassy y Cols. 50 a 60 grados 28,9 % 60 a 70 28,9 % 70 a 80 10,5 % 40 a 50 10,5 %

Angulo Bagley 50 a 60 grados 55,2 % 30 a 40 10,5 %

Angulo Sampaio 80 a 90 42,1 % 90 a 100 21 % 70 a 80 13,1 %

Efectividad según tamaño lito 6 a 10 mm 47,3 % 11 a 15 55,7 %

Según dureza 500 a 1000 UH 60,5 % 1000 a 1500 UH 21 %

La prevalencia de éxito 73 % polo renal medio 34,2 % distancia piel calculo 16 a 20 cm 36,8 % longitud infundibular 2 a 3 cm 44,7 % anchura infundibular 1 a 2 cm 100 % altura pielocaliceal 2 a 3 cm 47,3 % angulo Elbanassy y Cols. 50 a 60 grados 28,9 % 60 a 70 grados con 28,9 % angulo Bagley 50 a 60 55,2 % angulo Sampaio 80 a 90 42,6 %

Angulo dureza posición

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM

Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Belisle, D<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>; Colucci, G<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Orbe, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es una técnica efectiva para tratar la hiperplasia prostática benigna, pero posee una curva de aprendizaje larga y dificultosa. El objetivo de este trabajo es analizar la curva de aprendizaje de HoLEP en nuestra institución.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo incluyendo los primeros 50 HoLEP consecutivos de nuestra institución. En todas las cirugías participaron conjuntamente los dos mismos cirujanos. Se dividieron a los pacientes cronológicamente en 2 grupos de 25 para comparar resultados perioperatorios, funcionales y complicaciones. Fueron reevaluados a los 3 meses postoperatorios.

**Resultados:** El tamaño prostático medio fue de 99.5gr. En el preoperatorio, ambos grupos tuvieron Qmax (ml/seg), IPSS (International Prostate Symptom Score) y QoL (calidad de vida) homogéneos. En la tabla número 1 se muestran las variables perioperatorias, demostrando una diferencia estadísticamente significativa a favor del segundo grupo en tiempo de sonda y de internación.

A los 3 meses postoperatorios, el Qmax, IPSS y QoL del primer grupo fue de 25, 4.2 y 0.8 respectivamente, y para el segundo grupo de 29, 4.2 y 0.6, sin ser estadísticamente significativo (Qmax p=0.42, IPSS p=0.97 y QoL p=0.27).

Evalutando los resultados funcionales postquirúrgicos a los 3 meses en forma global, se encontró una diferencia estadísticamente significativa comparándolos con los resultados previos a la cirugía: el Qmax postoperatorio fue de 27.3 (p<0.001), el IPSS 4.2 (p<0.001) y QoL 0.75 (p<0.001).

Al analizar las complicaciones mayores (Clavien III o más), una cirugía de cada grupo fue transformada a RTU (resección transuretral de próstata) mientras que un paciente del primer grupo fue reintervenido por hematuria. Registramos un total de 5 estenosis de uretra (10%), cuatro en el primer grupo y una en el segundo. Ningún paciente requirió transfusiones.

**Conclusión:** Ambos grupos presentaron variables preoperatorias, tiempos quirúrgicos y resultados funcionales comparables, mientras que el segundo grupo presentó menores tiempos de sonda, de internación y menos complicaciones mayores.

### Comparación de variables perioperatorias entre ambos grupos

	Grupo 1	Grupo 2	p
Peso prostático (gr)	98,3	100,8	0.38
Tiempo enucleación (min)	90	85	0,26
Tiempo morcelación (min)	24	28	0,7
Tiempo total (min)	114	113	0,5
Tiempo sonda (hs)	62	51	0,001*
Tiempo internación (hs)	56	51	0,01*

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESULTADOS FUNCIONALES Y COMPLICACIONES DE ECIRS EN HIBA**

Gonzalez, MS<sup>(1)</sup>; Cristallo, C<sup>(1)</sup>; Santillan, D<sup>(1)</sup>; Hosman Basto, R<sup>(1)</sup>; Tirapegui, F<sup>(1)</sup>; Daels, PF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Para disminuir la morbilidad que implica tener que realizar múltiples accesos percutáneos para tratar litiasis coraliformes complejas surge el abordaje combinado endoscópico retrógrado y percutáneo conocido por sus siglas en inglés ECIRS. Si bien todavía no está explicitado su uso en las guías de práctica clínica, es un abordaje utilizado muy frecuentemente en los centros de referencia del mundo. El objetivo de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia en ECIRS analizando resultados y complicaciones.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo analizando las historias clínicas electrónicas de los pacientes a los que les realizamos ECIRS entre Septiembre 2014 y Octubre 2018. Analizamos variables demográficas (sexo, edad, BMI), número de litos, tamaño y ubicación de los mismos, presencia de catéter doble jota previo; uso de vaina de acceso ureteral; número y diámetro de los accesos percutáneos, tiempo de cirugía, tipo de litotricia realizada, tipo de drenaje; tiempo operatorio, tipo de instrumental utilizado, días de internación, tasa libre de litiasis y complicaciones postoperatorias entre otras. Consideramos lito residual a todo fragmento litiasico mayor de 4mm en tomografía postoperatoria.

**Resultados:** Durante el período de tiempo estudiado, 36 pacientes fueron sometidos a ECIRS en nuestra institución. El tiempo operatorio promedio fue 170 minutos. El promedio de internación fue 2,25 días. Solamente dos pacientes requirieron un doble acceso por imposibilidad de acceder a un cáliz por vía retrógrada. Se logró una tasa libre de litiasis de 81%. Se registraron 8 complicaciones (22%) siendo 6 de ellas menores (Clavien I o II). Un paciente requirió un cateter doble jota por cólico renal en el postoperatorio (Clavien IIIb) y otro pasó a Unidad de Terapia Intermedia en el postoperatorio por shock anafiláctico como reacción al látex (Clavien IVa).

**Conclusión:** El abordaje combinado percutáneo y endoscópico es una alternativa válida y segura para el tratamiento de la litiasis compleja en pacientes seleccionados. Obtuvimos un 81% de pacientes libres de litiasis y un 5% de complicaciones mayores de la Clasificación de Clavien.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URETEROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN TUMORES DE LA VÍA URINARIA SUPERIOR**

Estéfano, J<sup>(1)</sup>; Sanguinetti, H<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Parra, L<sup>(1)</sup>; Álvarez, P<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

**Introducción**

El tumor urotelial de las vías urinarias altas es una entidad poco frecuente que en ocasiones requiere un estudio endoscópico ante la sospecha por imágenes. De esta forma se aclaran las dudas pudiendo visualizarse directamente la lesión y tomar una biopsia. El objetivo de este trabajo es analizar de qué manera fueron estudiados los paciente sometidos a nefroureterectomía por tumor de vías urinarias altas en el Hospital de Clínicas.

**Materiales y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo, analizando la base de datos de los pacientes sometidos a nefroureterectomía por tumor de vía urinaria superior en el Hospital de Clínicas. Se tomó en cuenta en qué casos se efectuó una ureteroscopía diagnóstica previa a la cirugía radical, cuáles fueron sus hallazgos, los resultados de la anatomía patológica en los casos en los que se pudo tomar una muestra de biopsia, correlacionándola con la anatomía patológica definitiva.

**Resultados**

En el período comprendido entre febrero de 2008 y junio de 2019 se realizaron 32 nefroureterectomías por tumor de vía urinaria alta en nuestro centro. 11 de ellos fueron sometidos a ureteroscopía previa. En 5 casos no se logró llegar al tumor por presentar una anatomía dificultosa, con toma de PAP obteniendo material insuficiente. En el material diferido de éstos pacientes el resultado fue positivo para neoplasia en 4 de ellos e inflamatorio en 1. En los 6 restantes se observó una lesión, cuyas biopsias resultaron carcinoma urotelial en 3 casos, concordando con la diferida en 2 casos, y siendo distinta en el tercero; inflamatorio en 1, siendo positivo en la diferida, e insuficiente en los 2 restantes, siendo positiva en 1 caso en la anatomía diferida e inflamatorio en la otra.

**Conclusión**

En nuestra serie los pacientes fueron operados en su mayoría sin ureteroscopía previa, basándose la sospecha diagnóstica sólo en los métodos por imágenes. En los casos en los que se realizó la ureteroscopía, solamente se logró correlacionar la anatomía patológica con la diferida en un bajo porcentaje de casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URETEROSCOPIA FLEXIBLE SIN USO DE VAINA**Gonzalez, MS<sup>(1)</sup>; Cristallo, C<sup>(1)</sup>; Santillan, D<sup>(1)</sup>; Tirapegui, FI<sup>(1)</sup>; Daels, FP<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El uso de vainas de acceso ureteral para ureteroscopia flexible (RIRS) es cada vez más frecuente entre los urólogos por los beneficios que se les atribuye: disminución de la presión de la vía urinaria superior, mejores tasas de stone free y menor número de complicaciones. Sin embargo, en los últimos años han surgido controversias en cuanto a los supuestos beneficios, contando con un número creciente de complicaciones producto de su utilización. El objetivo de nuestro trabajo es analizar resultados y complicaciones en nuestros pacientes sometidos a RIRS comparando uso vs. no uso de vaina de acceso ureteral.

**Material y Métodos:** Realizamos un estudio observacional analítico retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes a quienes se les realizó RIRS en nuestro hospital entre Enero 2017 y Mayo 2019. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban litiasis ureteral distal concomitante, los second looks, aquellos pacientes en quienes la litotricia fue de parte de un abordaje percutáneo y retrógrado combinado (ECIRS), pacientes trasplantados, con alteraciones anatómicas o sin seguimiento postoperatorio.

**Resultados:** Se incluyeron para el análisis final 241 pacientes. Sólo usamos vaina de acceso ureteral en 43 pacientes (18%). Tuvimos un 9% de infecciones urinarias y 3% de dolor cólico postoperatorias global. En el análisis comparativo, no hubo diferencias significativas en complicaciones postoperatorias entre los pacientes en los que usamos vaina y los que no. El grupo con vaina requirió mayor tiempo operatorio ( $p=0.010$ ) y mayor necesidad de Second Look ( $p=0.026$ ).

**Conclusión:** La ureteroscopia flexible sin uso de vaina es segura, no presenta mayores complicaciones postoperatorias y disminuye los tiempos operatorios.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## ABORDAJE SELECTIVO SUPRA-COSTAL DE CÁLIZ SUPERIOR EN LITOTRICIA PERCUTÁNEA. REVISIÓN DE CASOS, RESULTADOS Y COMPLICACIONES.

Muguruza, D<sup>(1)</sup>; Melogno, R<sup>(2)</sup>; Patiño, T<sup>(3)</sup>; Puppi, R<sup>(4)</sup>; Rizzo, A<sup>(1)</sup>; Cravioto, F<sup>(5)</sup>; Rodriguez, U<sup>(5)</sup>; Varela, M<sup>(5)</sup>; Yandian, J<sup>(5)</sup>; Yiansens, D<sup>(5)</sup>; Mannise, G<sup>(1)</sup>; Escuder, J<sup>(6)</sup>; Rizzo, JE<sup>(1, 2, 5)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, COMEPA. Paysandú, Uruguay. <sup>(2)</sup>Urología, COMERO. Rocha, Uruguay. <sup>(3)</sup>Urología, CAMDEL. Minas, Uruguay. <sup>(4)</sup>Urología, Hospital Británico. Montevideo, Uruguay. <sup>(5)</sup>Urología, Sanatorio Americano. Montevideo, Uruguay. <sup>(6)</sup>Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

### Introducción.

Somos un equipo de trabajo que realizamos procedimientos de litotricia renal percutánea desde 1995, con una casuística de más de 5.000 procedimientos, en varios centros de nuestro país.

La gran mayoría de los diferentes sistemas sanitarios que nos contratan, no ofrecen cobertura financiera de instrumental flexible y/o Láser de Holmium, al no ser obligatoria esta prestación por el Ministerio de Salud de nuestro país.

Seleccionamos entonces una serie de pacientes con litiasis en cáliz superior, que por tamaño o anatomía de cavidades hizo más favorable la elección de un abordaje percutáneo supra-costal.

### Material y Métodos.

Se eligieron 25 pacientes de los 3 últimos años, que requirieron abordaje supra-costal.

### Técnica:

- Anestesia regional (mayoría) o general.
- Decúbito ventral luego de posicionar catéter Open End en cavidades renales.
- Acceso a cavidades con radioscopia de frente, perfiles y oblicuas.
- Dilatación de trayecto con dilatador coaxial de Alken hasta 28 Fr salvo una niña con litiasis en divertículo calicial superior que usamos MiniPerc con Amplatz de 18 Fr.
- Litotricia balística y ultrasónica.
- Colocación de catéter balón Foley de nefrostomía.
- Internación promedio de 24 Hs.
- Retiro de nefrostomía a los 7 días en forma ambulatoria luego de control radiológico para evaluar presencia de litiasis residual no advertida en procedimiento.

### Resultados.

- Mortalidad: 0
- Requerimiento de Transfusión sanguínea: 0
- 2 pacientes requirieron reposo prolongado por hematuria luego de retiro de nefrostomía
- Requerimiento de embolización: 0
- Litiasis residual que ameritara 2° procedimiento o LEOC complementaria: 1

### Conclusiones.

El abordaje supra-costal, en la revisión efectuada, no tuvo mayores índices de complicaciones que otro tipo de abordaje.

Quizás la correcta selección de pacientes permitió eliminar casos con elevado riesgo de lesión de órganos vecinos a la línea proyectada de acceso percutáneo, evitando así la ocurrencia de complicaciones especiales durante el abordaje.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EXPERIENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DE PANAMÁ EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES URETRALES Y URETERALES EMPLEANDO ENDOPRÓTESIS DE NITINOL (ALLIUM STENTS).ENERO A JULIO 2019**

Rotar, F<sup>(1)</sup>; García, J<sup>(1)</sup>; Ortega, T<sup>(1)</sup>; Bodden, E<sup>(1)</sup>; Soto, I<sup>(1)</sup>; Fletcher, E<sup>(1)</sup>; Maduley, A<sup>(1)</sup>; Crespo, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, CHDrAAM. Panama, Panama.

**Objetivo**

Describir la experiencia del cuerpo médico urológico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDrAAM) respecto al manejo endoscópico de las estrecheces ureterales y uretrales mediante endoprótesis de nitinol (Allium Stents).

**Metodología**

Se incluye toda intervención realizada en el CHDrAAM durante el primer semestre del 2019 en la cual se emplea el despliegue endoscópico de una endoprótesis, férula o “Stent” para el manejo de estrecheces ubicadas en cualquier punto de la uretra o uréter.

**Resultados**

Durante el tiempo de recolección de datos se realizaron 11 intervenciones en 7 pacientes. La indicación más común fue para estrechez distal causadas por invasión del adenocarcinoma prostático a los uréteres distales, seguida de las estrecheces proximales idiopáticas y por último la uretral bulbar.

Ninguno de nuestros pacientes se les tuvo que retirar la prótesis, ninguno curso con infecciones de vías urinarias posteriores a la intervención.

La complicación más común fue la hematuria que resolvió de forma espontanea en todos los casos a mas tardar al tercer día.

En 3 ocasiones se tuvieron que emplear técnicas para movilizar la prótesis después de ser desplegada.

Los pacientes con lesión ureteral no refirieron molestias posteriores al tratamiento con la endoprótesis; y los pacientes con lesión ureteral refieren mejoría de sus síntomas.

**Conclusiones.**

El uso de endoprótesis es una medida factible, y costo efectiva que aleja al paciente de las reintervenciones repetitivas a las cuales estamos acostumbrados como manejo habitual de las estrecheces: cambios de catéter JJ, Uretrotomías, resecciones transuretrales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**COMPLICACIONES EN ENDOUROLOGÍA: CATÉTER DOBLE J CALCIFICADO.**

Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Malossi, E<sup>(1)</sup>; Consoli, M<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

Objetivo: Presentación de caso clínico y manejo para extracción de catéter doble J calcificado en una paciente.

Metodología: Se describe caso clínico para evaluar el manejo y tratamiento en una paciente del Servicio de Urología del Hospital Central de Mendoza, que presentaba calcificación de catéter doble J derecho, luego de 9 meses de su colocación.

Resultados: Se realizó cirugía combinada a paciente de 24 años, femenino. Presentaba calcificación proximal, media y distal en catéter doble J derecho, por lo que se realizó nefrolitotricia percutánea, ureterolitotricia y litotricia vesical endoscópica con láser Holmium, con posterior extracción de catéter doble J. No se evidenciaron complicaciones intra operatorias ni postoperatorias.

Conclusiones:

- El abordaje combinado para la extracción de catéter doble J calcificado resultó ser un buen método para la resolución de este caso.
- Es fundamental el seguimiento apropiado de estos pacientes para minimizar el riesgo de este tipo de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **VALOR PREDICTIVO PREOPERATORIO DEL RATIO NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN EL PRONÓSTICO DE LOS TUMORES TESTICULARES DE CÉLULAS GERMINALES.**

Del Pozo Jiménez, G<sup>(1)</sup>; Castillón Vela, I<sup>(1)</sup>; Turo Antona, J<sup>(1)</sup>; Gimeno Collado, A<sup>(1)</sup>; Sáenz Medina, J<sup>(1)</sup>; Carballido Rodríguez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, H.U.PUERTA DE HIERRO. MAJADAHONDA (MADRID), ESPAÑA.

**INTRODUCCIÓN:** EL ratio neutrófilo/linfocito (NLR) es un parámetro de respuesta inflamatoria que confiere un pronóstico desfavorable en tumores sólidos, aunque ha sido poco estudiado en el tumor testicular de células germinales (TTCG).

**OBJETIVO:** Evaluar el valor pronóstico del NLR en la supervivencia cáncer específica (SCE) y libre de progresión (SLP) del TTCG.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 86 pacientes con orquiectomía radical por TTCG entre 2009-2018 con mediana de seguimiento de 44,3 meses. El NLR se calculó a partir de recuentos absolutos de células sanguíneas preoperatorios.

Se elaboró una curva ROC y se calculó el área bajo la misma (AUC), para determinar el valor de NLR óptimo como predictor de SCE y SLP, respectivamente.

Análisis univariante y multivariante mediante regresión logística para identificar las variables predictoras independientes de SCE y SLP. El cálculo de supervivencia se realizó con método de Kaplan-Meier y el test de long-rank se empleó para evaluar la correlación entre NLR y el evento de mortalidad o recidiva.

**RESULTADOS:** El nivel medio de NLR de la serie fue 2,8. Los valores óptimos de NLR fue de 2,6 para SLR (AUC: 0.60) y 3,1 para SCE (AUC: 0.65). El tiempo medio de recidiva fue de 13,05 +/-4,19 y 16,4+/-3,9 meses para el grupo con NLR < 2,6 y ≥2,6, respectivamente (p=0,5). Sin embargo, para pacientes con NLR de <3.1 y NLR de ≥3.1, la media de tiempo de muerte específica por TTCG fue de 29,20+/-8,3 y 17,5+/- 10,9 meses, respectivamente (p<0,04).

SLP: La afectación ganglionar (p=0,0001) y metastásica pulmonar (p=0,03), así como el estadio tumoral (p=0,001) se identificaron como factores predictores independientes de SLP en el análisis multivariante, sin resultar significativo el NLR (p=0,29).

SCE: El tamaño tumoral y la afectación metastásica pulmonar (0,04), así como la afectación del epidídimo (p=0,023) y el NLR (0,021) se identificaron como factores pronósticos independientes de SCE en el análisis multivariante.

**CONCLUSIONES:** El NRL se identifica como factor pronóstico de SCE, pero no predice riesgo de recidiva a diferencia del estadio tumoral y la afectación ganglionar y metastásica pulmonar en pacientes con TTCG.

**PALABRAS CLAVE :** NRL/tumor testicular/SCE-SLP

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## MANEJO DE MASAS RESIDUALES RETROPERITONEALES POST QUIMIOTERAPIA EN TUMORES GERMINALES: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Egea, D.<sup>(1)</sup>; Esquenazi, G.<sup>(1)</sup>; Camean, J.<sup>(1)</sup>; Jaunarena, J.<sup>(1)</sup>; Villoldo, G.<sup>(1)</sup>; Villaronga, A.<sup>(1)</sup>; Losco, F.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>urología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>oncología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

La vía principal de diseminación de los tumores germinales de testículo es la linfática, siendo los ganglios retroperitoneales los más afectados. Los pacientes con adenopatías retroperitoneales deben recibir esquemas de quimioterapia basados en platino. Aquellos con masas residuales post quimioterapia son candidatos a ser rescatados quirúrgicamente. La cirugía de rescate de masas retroperitoneal es compleja, requiriendo destreza y entrenamiento.

### Objetivos

Describir las características clínicas e histológicas de los pacientes con masas residuales retroperitoneales post quimioterapia que recibieron cirugía de rescate.

### Materiales y métodos.

Análisis observacional descriptivo, retrospectivo de pacientes con cirugía de rescate retroperitoneal por tumores germinales en el Instituto Alexander Fleming.

### Resultados

Encontramos 39 pacientes que fueron rescatados quirúrgicamente, con una edad media de 29 años (rango 18-51). El diagnóstico inicial en las piezas de orquiectomía fue de seminoma, en 10 pacientes (25 %) y no seminoma en 29 (75 %). Trece pacientes fueron estadio I al diagnóstico (33 %), 24 estadio II (62 %) y 3 estadio III (5 %). Los pacientes con estadio I progresaron en retroperitoneo luego de la cirugía del tumor primario. Todos los pacientes realizaron quimioterapia de primera línea siendo BEP (Bleomicina, Etopósido, Cisplatino) el esquema más utilizado (70 % de los casos). Todos los pacientes tenían marcadores séricos negativos al momento de la cirugía. La mediana del diámetro máximo de la masa residual en el total de la población fue de 4.5 cm. (rango 1-20 cm), 3.5 cm (rango 1.5-10 cm) en aquellos con seminoma en el primario y 5 cm (rango 1-20 cm) en los no seminomatosos. El hallazgo más frecuente al momento de la cirugía fue teratoma maduro (60 %), seguido de necrosis (28 %) y tumor activo (5 %).

### Conclusiones

El rescate de masa retroperitoneal fue más frecuente en los pacientes que debutaron con tumores no seminomatosos. La histología más reportada de las masas residuales fue teratoma maduro, seguido de necrosis y menos frecuentemente tumor activo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CISTECTOMÍA CON DERIVACIÓN CUTÁNEA PARA CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES AÑOSOS O METASTÁSICOS

Salas Moreno, MdC<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Flores Martín, JF<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, AJ<sup>(1)</sup>; Ramos Alaminos, CI<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, Á<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén, España.

### Introducción:

El tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo invasivo es la cistectomía radical, pero conlleva una importante morbilidad, especialmente en pacientes de edad avanzada. Esta cirugía podría ser un tratamiento eficaz en el control de los síntomas locales.

El objetivo es evaluar la tasa de complicaciones y reingresos en los pacientes con cáncer vesical músculo invasivo que, por edad, comorbilidades o estadio tumoral, no son candidatos a cistectomía con intención curativa.

### Material y métodos:

Análisis descriptivo retrospectivo de nuestra serie de cistectomías paliativas con derivación cutánea realizadas entre 2010 y 2018, que incluye a 93 pacientes. Dividimos la serie en dos subgrupos: pacientes metastásicos y pacientes de edad avanzada con comorbilidades. Analizamos distintas variables: hábito tabáquico, índice de comorbilidad de Charlson, ASA, insuficiencia renal y necesidad de derivación urinaria, así como las complicaciones según la clasificación de Clavien y la tasa de reingresos y episodios de urgencias en los 180 días posteriores a la cirugía.

### Resultados:

La mediana de edad fue 75 años. En el grupo de metastásicos hay 29 pacientes, y en el de edad avanzada hay 64. En el grupo de metastásicos el índice de Comorbilidad de Charlson era de  $10,6 \pm 2$  y en el de comórbidos de  $8,95 \pm 1,99$ . La mediana de días de hospitalización tras la cirugía fue de 4 en el grupo de metástasis y de 5 en el de edad avanzada. De los metastásicos, un 20.7% presentaron complicaciones Clavien IIIb, frente a un 15.6% del grupo de edad avanzada. El 20.7% de los metastásicos acudió a urgencias en los 6 meses posteriores en 2 o más ocasiones y reingresó el 10.3%. El 23.4% de los de edad avanzada acudió a urgencias en los 6 meses posteriores en 2 o más ocasiones y reingresó el 14.1%.

### Conclusión:

En nuestra serie de cistectomías con derivación cutánea con intención paliativa, encontramos menor tasa de complicaciones postoperatorias y de reingresos que las descritas en la literatura con manejo paliativo no quirúrgico (RT o RT+QT), por lo que creemos que es una opción válida en estos pacientes para un mejor control de los síntomas locales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EDAD COMO FACTOR PREDICTOR DE RECAÍDA Y SOBREVIDA EN PACIENTES CISTECTOMIZADOS**

Tinajero, JD<sup>(1)</sup>; Carminatti, T<sup>(1)</sup>; Zubieta, ME<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MI<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:**

La incidencia de cáncer de vejiga aumenta con la edad, presentando un pico entre los 60 y 64 años, siendo la edad promedio de diagnóstico 65 años. El 70% de las muertes se producen en pacientes mayores de 75 años.

En la actualidad la cistectomía radical con linfadenectomía pelviana es el gold standard de tratamiento para tumores músculo invasivos.

**Objetivo:**

Evaluar sobrevida estimada libre de recaída y mortalidad cáncer específica en pacientes menores de 60 años que fueron cistectomizados por cáncer de vejiga.

**Materiales y métodos:**

Incluimos 138 pacientes operados en nuestra institución entre noviembre de 2005 y noviembre de 2017. Los dividimos en dos grupos, mayores y menores de 60 años.

Variables estudiadas: tipo de derivación, anatomía patológica, presencia de metástasis al momento del diagnóstico, tratamiento neoadyuvante, tiempo libre de enfermedad y tiempo a recaída.

**Resultados:**

De los 138 pacientes, 27 menores de 60 años, edad promedio 68.8 años, 21% mujeres. Mediana de seguimiento 18 meses (1-112 meses).

43 (31.2%) realizaron neoadyuvancia, 16 (59.3%) menores de 60 (p 0.0001).

A 93 (67.4%) se les realizó un Bricker, 10 (37%) menores de 60 años, 28 (20.3%) neovejiga tipo Padovana, 15 (55.6%) menores de 60 años.

30 (21.7%) presentaron pT4, 24 (17.4%) pT3a, 18 (13%) pTins.

94 (68.1%) N0, 11 (85%) N1 y 33 (23.9%) N2.

15 (10.9%) presentaban metástasis al momento del diagnóstico.

La sobrevida estimada a 2 años libre de recaída en menores de 60 es de 75.1% (IC 95% 53.3-96.9) y 71.6% (IC 95% 61.4-81.8) en mayores de 60 (p 0.429).

La sobrevida específica estimada a 2 años en menores de 60 fue de 84.3% (IC 95% 67.8-100) y 73.3% (IC 95% 64.1-82.5) en mayores de 60 (p 0.169).

**Conclusión:**

La edad mayor a 60 años no es factor predictor de recaída ni sobrevida específica con un hazard ratio univariado de 1.1 (IC 95% 0.5-2.5) y 2.2 (IC 95% 0.7-6.4).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE CISTECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA. COMPARACIÓN DE PACIENTE CON Y SIN NEOADYUVANCIA.**

Capponi, N<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MI<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Zubieta, ME<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:**

El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados oncológicos a largo plazo de pacientes con cáncer de vejiga tratados cistectomía radical (CR) y comparar con o sin neoadyuvancia (NA).

**Materiales y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo analizando 338 historias clínicas electrónicas de pacientes con cáncer de vejiga a los que se le realizó cistectomía radical entre junio 2005 y mayo 2018 en el Hospital Italiano de Buenos Aires, con seguimiento mínimo de 12 meses. La neoadyuvancia se indicó a pacientes menores de 70 años y con diagnóstico de cáncer de vejiga músculo invasor. Se incluyeron 241 pacientes. Variables primarias: sobrevida global, sobrevida cáncer específica, sobrevida libre de recidiva. Las variables secundarias fueron: edad, días de internación, tipo histopatológico, subestadificación. Para análisis de tiempos de sobrevida se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y comparaciones con log-rank test.

**Resultados**

De los 241 pacientes, 216 recibieron CR, y 25 NA. La edad media fue de 66 años, el sexo femenino predominó con el 59% de los casos. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 18 meses. Durante el seguimiento 32 pacientes cursaron con recaída, 31 en el grupo sin NA y 1 en el grupo NA. La sobrevida libre de recaída a 2 años para pacientes sin NA y con NA fue de 88% (IC 95% 82,7-93,3) y 94,1 (82,9-100), respectivamente (log Rank test p 0,317). Hubo 37 muertes cáncer específicas (35 en no NA y 2 en NA), y 47 muertes globales (45 no NA y 2 NA). La sobrevida cáncer específica estimada a 2 años para pacientes sin NA y con NA fue de 83,9% (IC95% 78,2-89,6) y 91,3% (79,8--100), respectivamente (log Rank test p 0,442).

**Conclusión**

La quimioterapia neoadyuvante para el tratamiento del cáncer de vejiga músculo invasor ofrece mejores resultados oncológicos, con mejoría de la sobrevida libre de recidiva a dos años y una mayor sobrevida global y cáncer específica en comparación con quienes realizaron solo cistectomía radical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR EN UN HOSPITAL INSTITUCIONAL. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Dominguez Argomedo, RJ<sup>(1)</sup>; Leiva, R<sup>(2)</sup>; Zuleta, G<sup>(2)</sup>; Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Vera, A<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Orellana, N<sup>(1)</sup>; Garcia, V<sup>(1)</sup>; Kerkebe, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de vejiga es el 11° cáncer más frecuente en el mundo. Al momento del diagnóstico aproximadamente un 25% invade el músculo. La cistectomía radical(CR) es el tratamiento estándar en este grupo de pacientes. Sin embargo, la terapia trimodal(TTM) es una alternativa en pacientes seleccionados. Nuestro objetivo es analizar la supervivencia y características clínico-oncológicas de pacientes con diagnóstico de CVMI en un centro único.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes con diagnóstico de CVMI en un centro único desde el 2006 al 2019. El tratamiento fue decidido en un comité oncológico y el análisis de supervivencia realizado mediante estimador Kaplan-Meier.

**RESULTADOS:** Un total de 57 pacientes fueron diagnosticados de cáncer de vejiga músculo invasor(CVMI). La edad promedio al diagnóstico fue de 67±14 años. El 42,6% de los pacientes eran tabáquicos. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial(28,6%) seguido de dislipidemia(34,7%) y diabetes(28,5%). Al diagnóstico un 20,4% de los pacientes presentó metástasis a distancia. El 43,1% de los pacientes fueron candidatos a tratamiento curativo(TC) y el 56,9% restante fue candidato a tratamiento paliativo(TP), dado su performance status o por la presencia de metástasis al diagnóstico. De los pacientes candidatos a TC; 11 pacientes fueron sometidos a CR y 14 pacientes fueron a TTM, sin diferencias clínico-oncológicas entre ambos grupos. La supervivencia global(SG) para el total de pacientes con CVMI fue de 39 meses. Para pacientes sometidos a TP la SG fue de 12 meses y para pacientes sometidos a TC la SG fue de 69 meses; 70,1 meses para TTM y 64,8 meses para CR, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p=0,977$ ).

**CONCLUSIONES:** La distribución y características clínico-oncológicas de pacientes CVMI en nuestro hospital no difiere mayormente de lo reportado en la literatura. Probablemente la equivalencia oncológica de TTM versus CR en nuestro estudio esta dado por el escaso número de pacientes enrolados. La diferencia de SG observada en pacientes que fueron candidatos a TC versus TP, refuerza la importancia de un diagnóstico precoz en este grupo de pacientes.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Vejiga Urinaria, Análisis de Supervivencia, Cuidados Paliativos

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS NO MÚSCULO INVASIVAS POST TERAPIA TRIMODAL EN PACIENTES CON CARCINOMA DE VEJIGA MÚSCULO INVASIVO

Egea, D.<sup>(1)</sup>; Esquenazi, G.<sup>(1)</sup>; Camean, J.<sup>(1)</sup>; Jaunarena, J.<sup>(1)</sup>; Villoldo, G.<sup>(1)</sup>; Villaronga, A.<sup>(1)</sup>; Losco, F.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>urología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>oncología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción:

La terapia trimodal es una alternativa a la cistectomía radical en pacientes con cáncer de vejiga músculo invasivo (CVMI). La misma consta de máxima resección transuretral (RTU) de vejiga, seguida de quimioterapia y radiación. Pero un 25% de los respondedores iniciales, pueden presentar una recurrencia no músculo invasiva. Si bien las instilaciones intravesicales con BCG son el estándar de tratamiento en pacientes con carcinoma no músculo invasivo (CVNMI), no queda claro su rol en los recaídos posterior a conservación vesical.

### Objetivo:

Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de las recaídas no músculo invasivas con BCG intravesical posterior al tratamiento trimodal.

### Materiales y Métodos:

Análisis observacional descriptivo retrospectivo desde diciembre de 2004 hasta Octubre de 2017 de nuestra base de datos de pacientes con CVNMI tratados con BCG, que tuvieron diagnóstico inicial de CVMI y realizaron conservación vesical con quimio/radioterapia. Se utilizó BCG IVAX, SSI, siguiendo el esquema del SWOG, realizando inducción + mantenimiento.

### Resultados:

De los 89 pacientes evaluados, encontramos 12 con CVNMI posterior al tratamiento trimodal. La edad media fue de 67 años, 8 fueron hombres (66%) y 4 mujeres (33%). El seguimiento máximo fue de 5,6 años. De los 12 pacientes que recibieron BCG, ninguno debió suspender el mantenimiento por toxicidad, solo se reportaron toxicidad grado 1 y 2. Todos los paciente realizaron inducción x 6, con mantenimientos variables en duración, según discreción del médico tratante. El tiempo promedio a la recaída no músculo invasiva posterior a la conservación fue 36 meses.

El 83% de las recaídas ocurrieron dentro de los primeros 5 años, con un solo paciente recaído luego de los 10 años. Del total de la muestra, 10 pacientes (83%), se encuentran libre de enfermedad, y 2 paciente (16%) progresaron, 1 debió recibir cistectomía radical y otro tuvo progresión metastásica y falleció.

### Conclusiones:

El tratamiento con BCG intravesical en pacientes con CVNMI posterior a conservación vesical es factible, logrando una tasa de respuesta completa del 83%, con un perfil de toxicidad razonable. La utilización de este tratamiento evitó cistectomías innecesarias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## LA INGESTA DE VEGETALES CRUCÍFEROS MODIFICA LOS NIVELES DE TESTOSTERONA Y ESTRADIOL SÉRICOS

Rey, L<sup>(1)</sup>; López Fontana, G<sup>(2)</sup>; López Fontana, R<sup>(2)</sup>; Guglielmi, JM<sup>(2)</sup>; Álvarez, JP<sup>(3)</sup>; Grippi, R<sup>(3)</sup>; López, F<sup>(4)</sup>; Meneo, G<sup>(4)</sup>; Lembo, C<sup>(4)</sup>; Pérez Elizalde, R<sup>(5)</sup>; López Laur, JD<sup>(2)</sup>; López Fontana, CM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Hormonas y Biología del Cáncer, IMBECU, CCT CONICET Mendoza. Mendoza, Argentina.

<sup>(2)</sup>Urología, Clínica Andina de Urología. Mendoza, Argentina. <sup>(3)</sup>Clínica Médica, Sanatorio Maipú. Maipú, Argentina.

<sup>(4)</sup>Laboratorio Bioquímico Integral, Innovis. Mendoza, Argentina. <sup>(5)</sup>Laboratorio de Análisis Clínicos, Pérez Elizalde. Mendoza, Argentina.

**Introducción:** El crecimiento y el desarrollo prostático requieren la acción coordinada de diversas hormonas, entre ellas la testosterona y los estrógenos. Existe evidencia que el diindolilmetano, metabolito presente en vegetales crucíferos como brócoli, coliflor, repollo, coles de Brusela, rúcula, modifica las concentraciones séricas de dichas hormonas actuando como posible quimiopreventor de la carcinogénesis prostática.

**Objetivo:** Determinar la influencia del consumo de vegetales crucíferos sobre los valores sanguíneos de testosterona y estrógenos en hombres de 45 a 80 años de la Provincia de Mendoza.

**Materiales y métodos:** Fueron seleccionados al azar 32 hombres provenientes de una consulta urológica de rutina del Sanatorio Maipú (n=17) y de la Clínica Andina de Urología (n=16). Se les realizó tacto rectal; dosaje sanguíneo de antígeno prostático específico (PSA), testosterona y estradiol; cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos; valoración de la composición corporal mediante antropometría (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), ratio cintura/cadera, bioimpedancia eléctrica). El análisis estadístico se realizó mediante el Test T de student y correlación de Pearson (p<0.05).

**Resultados:** La edad promedio fue de 59,25 ± 9,6 años. La población seleccionada presentó mayormente sobrepeso con un IMC de 27,9 ± 3,4 kg/m<sup>2</sup> y un porcentaje de grasa corporal de 27,04 ± 5,9 %. Los valores séricos promedios fueron: PSA 7,33 ± 18,7 ng/ml; testosterona 473,84 ± 174,4 ng/dl y estradiol 23,7 ± 10,8 pg/ml. Se observó una correlación inversa entre el IMC y los niveles circulantes de testosterona (r=-0,61, p≤0,001). Además, el consumo de vegetales crucíferos fue menor en los pacientes con sintomatología prostática y se correlacionó negativamente con los valores de testosterona (r=-0,31; p=0,016) y estradiol séricos (r=-0,51; p=0,02).

**Conclusión:** La ingesta de vegetales crucíferos tendría un efecto hormonomodulador de la testosterona y del estradiol y, consecuentemente, podría afectar la carcinogénesis prostática.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** Fundación J.A. Roemmers

## EXPERIENCIA DEL MANEJO DE PACIENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA (CaPr) DE BAJO RIESGO CON VIGILANCIA ACTIVA (VA)

Montes de Oca, LF<sup>(1)</sup>; Jaunarena, J<sup>(1)</sup>; Borghi, M<sup>(1)</sup>; Becher, EF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Urología CDU. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción:

El advenimiento del antígeno prostático específico provocó un incremento del diagnóstico CaPr incluyendo una gran proporción de tumores de bajo riesgo. Esto llevó a críticas por sobre diagnóstico y sobre tratamiento. La VA podría solucionar esta disyuntiva en estos tumores .

### Material y métodos

Se incluyeron 152 pacientes con tumor de bajo riesgo con disposición a cumplir los criterios de seguimiento (PSA semestral, tacto anual y biopsia confirmatoria entre 6 y 12 meses.

### Resultados

Media de edad, 64,7 años (DE 7.1). Media de PSA, 6.4 ng/ml (DE 2.1). Estadio clínico T1c en 142 (93,4%) y 10 T2a (6,6%). En 137 casos se diferenciaron 95 pacientes (70,9%) con tumores de muy bajo riesgo y 39 (21,1%) con bajo riesgo. En 18 casos (11,8%) no se pudo establecer el número de cilindros y porcentaje de tumor, pero fueron incluidos en el análisis. La progresión a tratamiento activo fue en 48 pacientes (31,6%). Media de seguimiento fue de 72,8 meses (DE 42,6). La sobrevida estimada libre de tratamiento a 10 años fue de 58,7% (IC95% 48,3-69,1)

La edad T, PSA de inicio y score de Gleason no demostraron ser predictores de progresión a tratamiento activo ( $p > 0,05$ ). Sobrevida libre de tratamiento activo estimada a 7 años para los pacientes con muy bajo riesgo y bajo riesgo fue de 61,1% (IC95% 48,4-73,4) y 66,7% (50,8-82,6) sin diferencia significativa ( $p = 0,074$ , HR 1,76 IC95% 0,9-3,2). La mediana de tiempo a tratamiento en el grupo de muy bajo riesgo no se ha alcanzado mientras que en el grupo de bajo riesgo es de 97 meses (IC95% 81-174)

De los 48 pacientes que progresaron se mantuvieron en control 2 (4,2%), radioterapia externa 32 (66,7%), prostatectomía radical 5 (10,4%), braquiterapia 7 (14,6%) y bloqueo hormonal intermitente(BHI) en 2 (4,2%).

La decisión del tratamiento fue re-estadificación en biopsia de control en 29, aumento del PSA 11 y decisión del paciente en 8. La mortalidad cáncer específica fue del 0% y la mortalidad global 4,6%.

Conclusiones: La VA es una alternativa válida y segura en pacientes con Ca Pr de bajo riesgo siempre y cuando acepten las condiciones de seguimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL DE RESCATE: ES EL ABORDAJE ROBÓTICO MEJOR QUE EL ABIERTO?

Martínez, P<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Alfieri, A<sup>(1)</sup>; Tobia, I<sup>(1)</sup>; Giudice, C<sup>(1)</sup>; Villamil, W<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

La prostatectomía radical de rescate (PR-R) es una opción curativa para la recidiva tumoral en cáncer de próstata (CaP) postradioterapia. El objetivo principal de este estudio es evaluar y comparar los resultados oncológicos y funcionales en pacientes tratados con PR-R robótica y abierta.

### Materiales y métodos

Analizamos retrospectivamente a 76 pacientes tratados con PR-R abierta y robótica por cáncer de próstata localmente recurrente entre agosto de 2004 y marzo de 2019 en el Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Todas las cirugías fueron realizadas por los mismos cirujanos.

### Resultados

Los tratamientos radiantes recibidos previo a PR-R fueron: RT 3D en 59 pacientes (76.6%), braquiterapia en 11 (14.3%) e IMRT en 6 (7.8%). PR-R abierta se realizó en 50 pacientes y PR-R robótica en 26. Dos pacientes en el grupo PR-R abierta requirieron transfusión de glóbulos rojos. La tasa de incontinencia al año fue de 34.2% (16 pacientes: 12 leve y 4 moderada/severa) vs 9.09% (2 pacientes, ambos leve) en abordaje abierto vs robótico, respectivamente. p: 0.01. El Odds Ratio (OR) de incontinencia urinaria en abordaje robótico vs abierto es de 0.16 (CI95% 0.03-0.78, p: 0.023).

La estenosis de anastomosis vesicouretral ocurrió en 6 pacientes (8,7%). Todos ellos en abordaje abierto. p: 0.07. 17 pacientes (22.1%) presentaban disfunción sexual previo a PR-R. Cinco pacientes de 68 (7.4%) conservaron su función eréctil con/sin uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5i).

Lesión rectal ocurrió en 1 paciente en grupo robótico. La sobrevida libre de recaída bioquímica estimada a los 2 años en el grupo de PR-R abierta y en el grupo robótico fue de 67% (CI 95% 53.7-80.3) y 60.9% (CI 95% 40.5-81.3) respectivamente, (Log Rank Test p: 0.873). La sobrevida cáncer específica estimada a 5 años fue del 95%.

### Conclusión

La PR-R es una opción terapéutica curativa para pacientes con recidiva tumoral post radioterapia. La PR-R robótica reduce el riesgo de estenosis vesicouretrales, pérdida sanguínea e incontinencia urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO

Jaunarena, J<sup>(1)</sup>; Chernobilsky, V<sup>(1)</sup>; Borghi, M<sup>(1)</sup>; Becher, EF<sup>(1)</sup>; Montes de Oca, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Urología CDU. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El cáncer de próstata (CP) de alto riesgo presenta mayor probabilidad de recidiva bioquímica (RB) y mayor mortalidad cáncer específica (MCE). La elección del tratamiento primario en esta entidad ha sido motivo de controversia, aunque actualmente se tiende a utilizar un abordaje multimodal. El objetivo de este estudio es analizar los factores asociados a mortalidad cáncer específica en los pacientes con CP de alto riesgo que recibieron prostatectomía radical (PR) como tratamiento primario.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo a partir de una base de datos recolectada de manera prospectiva entre 1992 y 2016. Se incluyeron 173 pacientes con CP de alto riesgo que fueron tratados con prostatectomía radical (PR) como tratamiento primario. Se tomaron los criterios de alto riesgo de la National Comprehensive Cancer Network, a saber, estadío clínico  $\geq$  T2c, puntaje de Gleason  $\geq$  8 y/o antígeno prostático específico  $\geq$  20 ng/mL. Se definieron como factores de riesgo posoperatorios el Gleason de la pieza quirúrgica, pT, pN y margen quirúrgico positivo. Se analizaron los factores asociados a RB y MCE con la regresión de Cox. Se estimó la supervivencia con el método de Kaplan Meier.

### Resultados

Edad mediana 62 años (r 45-73), mediana de seguimiento 86 meses (r 13-266), supervivencia libre de RB a 10 años 45,9% (IC95% 37,7-54,1), supervivencia global a 10 años 79,8% (IC95% 71,8-87,8) y supervivencia cáncer específica a 10 años 81,5% (IC95% 73,7-92,9). Un 41% (73) recibió radioterapia y 29% (51) deprivación androgénica. Un mayor número de factores de riesgo pre y postoperatorios se asoció significativamente con mayor RB y mayor MCE (tabla 1). En el análisis multivariado, los factores asociados a mayor riesgo de RB fueron cT2b, pN positivo y margen quirúrgico (MQ) positivo; los factores asociados a mayor riesgo de MCE fueron Gleason 9 en la pieza quirúrgica y pN positivo.

### Conclusiones

El número de factores de riesgo pre y postoperatorios tiene un impacto significativo en el pronóstico oncológico de los pacientes con CP de alto riesgo. La suma de factores se asocia a una mayor RB y MCE.

### Número de factores de riesgo y mortalidad cáncer específica

Número de factores de riesgo		Pacientes	HR	p
Preoperatorios	1	110 (64%)	Ref	Ref
	2	53 (31%)	3,69 (1,6-8,6)	0,002
	3	10 (5%)	9,32 (3-28,6)	0,0001
Postoperatorios	0	30 (17%)	Ref	Ref
	1	62 (36%)	5,38 (0,7-43)	0,113
	2	55 (32%)	10,88 (1,4-85)	0,024
	3 o más	26 (15%)	27,7 (3,4-221)	0,002

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ES LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT UN PROCEDIMIENTO ONCOLÓGICAMENTE CONFIABLE? RESULTADOS A MEDIANO PLAZO.

Borgna, V<sup>(1,2)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Rodriguez, A<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago. Santiago, Chile.

### Introducción

La cirugía robótica ha revolucionado los últimos años el manejo del cáncer de próstata localizado al proporcionar una mayor precisión y magnificación al cirujano, mostrando un potencial beneficio en los resultados funcionales. Sin embargo, su ventaja oncológica aún no ha sido comprobada. Nuestro objetivo es evaluar los resultados oncológicos de la prostatectomía radical robótica (PRR) a mediano plazo en nuestra institución.

### Materiales & Métodos

Se realizó un estudio del tipo cohorte retrospectivo. Entre Octubre del 2009 a Julio del 2019 se realizaron 394 Prostatectomías Radicales Robóticas mas linfadenectomía extendida, por cirujano único. Se analizaron las características demográficas, resultados perioperatorios, patológicos y oncológicos a mediano plazo. Se calculó el riesgo de compromiso nodal según nomograma de Sloan-Kettering. Definimos recurrencia bioquímica(RB) como dos mediciones seguidas de Antígeno Prostático Específico(PSA)  $\geq$  a 0,2 ng/mL en post operatorio. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para calcular Sobrevida libre de RB(SL-RB) y Sobrevida Global(SG).

### Resultados

La mediana de edad fue de 62 (IQR 57-67) años; La mediana de PSA al diagnóstico fue de 6,5 ng/mL (IQR 4,95-9,95); 91 (23,1%) pacientes fueron de Bajo Riesgo, 229 (58,1%) Intermedio y 74 (18,8%) de alto riesgo según D'Amico. La mediana de riesgo de compromiso nodal fue de 2,5% (IQR 1,5-5). La media de linfonodos resecados fue de 15,2 (DS 9), una media de 0,83 (DS 4,5) ganglios positivos. Estadígrafo patológico: 292 (74,1%) pT2 y 102 (25,9%) pT3. Sesenta y cinco (16,5%) biopsias presentaron márgenes positivos; 33 (11,3%) en pT2 y 32 (31,4%) en pT3. Treinta y dos (8,12%) pacientes presentaron RB en una mediana de 23,5 meses post-cirugía. Cuarenta (10,2%) pacientes recibieron radio-hormonoterapia adyuvante; 18 (4,6%) radioterapia adyuvante, 11 (2,8%) hormonoterapia adyuvante y 5 (1,3%) fueron sometidos a linfadenectomía de rescate.

Posterior a una mediana de seguimiento de 60 meses (IQR 31-91) con un máximo de 115 meses, a los 5 años la SL-RB fue de 90.4 % y la SG fue de un 99,7%.

### Conclusiones

En nuestra serie la PRR muestra resultados oncológicos similares a las series abiertas. Esto probablemente está determinado por una baja tasa de márgenes quirúrgicos positivos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# INFLUENCIA DEL HIPO E HIPERTIROIDISMO SOBRE EL DESARROLLO DE TUMORES PROSTÁTICOS

Rey, L<sup>(1)</sup>; Ginevro, P<sup>(1)</sup>; Sanchez, V<sup>(2)</sup>; Mackern, JP<sup>(3)</sup>; Gomez, S<sup>(1)</sup>; López Fontana, G<sup>(4)</sup>; López Fontana, R<sup>(4)</sup>; Guglielmi, JM<sup>(4)</sup>; López Laur, JD<sup>(4)</sup>; Carón, R<sup>(1)</sup>; López Fontana, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Hormonas y Biología del Cáncer, Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo. Mendoza, Argentina. <sup>(2)</sup>Laboratorio de Virología, Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo. Mendoza, Argentina. <sup>(3)</sup>Laboratorio de Reproducción y Lactancia, Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo. Mendoza, Argentina. <sup>(4)</sup>Clínica Andina de Urología. Mendoza, Argentina.

**Introducción:** En la actualidad, existe evidencia de que las hormonas tiroideas podrían jugar un rol primordial en el crecimiento y el desarrollo prostático así como también en su transformación al fenotipo neoplásico.

**Objetivo:** Determinar si los estados de hipo e hipertiroidismo afectan la incidencia y progresión de los tumores de próstata en un modelo animal.

**Materiales y métodos:** 5 x 10<sup>6</sup> células tumorales murinas de próstata TRAMP-C1 /200ul fueron inoculadas subcutáneamente en el flanco izquierdo de ratones machos C57BL/6 de 8 semanas. Luego, los ratones fueron aleatoriamente asignados en uno de los siguientes grupos: ratones hipotiroideos (HypoT, por la administración crónica de 0.01% de propiltiouracilo –PTU– en el agua de bebida; n=10), ratones hipertiroideos (Hyper, por la inyección s.c. de 10 ug/ratón/día de T4; n=10) y ratones eutiroideos como controles (EUT; n=10). Todos los animales fueron observados diariamente hasta la aparición de tumores palpables. Se determinó la latencia, la incidencia y la progresión tumoral. Se tomaron muestras de sangre para determinar las concentraciones plasmáticas de hormonas por RIA y los tumores fueron extirpados para estudios histopatológicos. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA I y Bonferroni, o con la prueba de Kruskal-Wallis y de Dunn, según la normalidad de la variable. Los porcentajes de incidencia se analizaron por Chi cuadrado. La sobrevida se determinó mediante las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier (p≤0.05).

**Resultados:** Observamos una mayor latencia de aparición de los tumores en HypoT (56.64 + 6.25 días) con respecto a Hyper (39.33 + 2.09 días) y a EUT (37,71 + 5.6 días). La incidencia fue menor en los ratones HypoT (75%) que en los EUT e Hyper (100%). Mientras que el volumen tumoral y la velocidad de crecimiento tumoral fue mayor en los tumores de Hyper (p<0.05). Finalmente, la sobrevida fue significativamente mayor en los HypoT (p≤0.001).

**Conclusiones:** El hipotiroidismo experimental disminuye la incidencia de tumores prostáticos, aumenta la latencia de aparición de los mismos y alarga la sobrevida de los ratones. Contrariamente, el hipertiroidismo aumenta la velocidad de crecimiento de dichos tumores.

Financiamiento / conflicto de intereses: Fundación J.A. Roemmers

## ACTUALIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A VIGILANCIA ACTIVA CON CRITERIOS DE PRIAS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Villamil, AW<sup>(1)</sup>; Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; Nolzco, JI<sup>(1)</sup>; Hosman Basto, R<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Tobia, IP<sup>(1)</sup>; Giudice, CR<sup>(1)</sup>; Martinez, PF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sector Oncología prostática, Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

La vigilancia activa (VA) se presenta como una opción para evitar o demorar la morbilidad asociada al tratamiento en un subgrupo de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.

El objetivo es analizar nuestra población con cáncer de próstata de bajo riesgo en VA.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un trabajo retrospectivo observacional analítico a partir de una base de datos confeccionada de manera prospectiva. Revisamos la historia clínica electrónica de 74 pacientes que estuvieron en VA entre junio de 2012 y Julio de 2019 en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se utilizaron los criterios del PRIAS para la selección de pacientes: T1c-T2a, PSA  $\leq 10$ , PSA density  $\leq 0.2$ , Gleason 6 (3+3) o Gleason 7 (3+4) en pacientes  $\geq 70$  años, con uno o dos tacos positivos y con menos del 50% de compromiso de cada uno de ellos.

A todos los pacientes se les solicitó una biopsia confirmatoria antes del año del diagnóstico inicial.

El seguimiento se realizó según recomendaciones del PRIAS con PSA, TR, Biopsia de control y RNM. Se evaluó tiempo en VA, causa de salida de VA y tratamiento ofrecido en este último grupo.

### RESULTADOS

Se incluyeron 74 pacientes con una edad media de 64,8 años. La media de PSA de inicio fue de 6,7 mg/ml. La presencia de 2 tacos positivos aumenta más del doble el riesgo de salida de VA (HR 2,84, IC95% 1,1-7,6, p 0,039).

La mediana de seguimiento de 41,5 meses. Durante el seguimiento salieron de VA 17 pacientes (23%). Las causas de salida fueron: 12 re biopsia, 3 aumento del PSA y 2 por ansiedad. En estos casos se indicó PR en 8 pacientes, RT en 5, braquiterapia en 2, 1 se encuentra en plan de tratamiento y 1 discontinuó el seguimiento en el hospital. La sobrevida estimada a 5 años libre de tratamiento activo fue de 67,8% (IC95% 53,5-82,1).

### CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia, la VA es un tratamiento factible y seguro para pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.

Palabras clave: VIGILANCIA ACTIVA - CANCER DE PROSTATA - PRIAS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **VOLUMEN TUMORAL DE LA LESIÓN DOMINANTE EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA: CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS DE LA RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y LA HISTOPATOLOGÍA.**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Rios Pita, H<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

El cáncer de próstata es generalmente multifocal, presentando una lesión o un foco dominante (lesión index) que se caracteriza por ser la lesión de mayor volumen y presentar la capacidad biológica de invasión a tejidos adyacentes y metástasis a distancia. Con el advenimiento de la terapia focal y preservación de órgano en el cáncer de próstata, resulta fundamental la necesidad de conocer el verdadero volumen tumoral y así, evitar la persistencia de enfermedad luego de tratamientos con intención curativa.

El objetivo de este trabajo es correlacionar los resultados del volumen tumoral dominante obtenido de la resonancia multiparamétrica de próstata (mpRMN) y la anatomía patológica (AP).

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo, entre el año 2016 y 2018, en el cual se incluyeron todas las prostatectomías radicales (PR) que presentaban una mpRMN previa. Se evaluaron diferentes variables: edad, PSA, densidad de PSA, IMC, tacto rectal, volumen prostático, score de Pi-RADS, estadio clínico y patológico (ISUP).

Se realizó un análisis comparativo entre los volúmenes tumorales obtenidos de las mpRMN y de las AP, realizando el test de Student (t test) para muestras pareadas.

### **Resultados**

Un total de 46 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 62.2 años ( $DE \pm 7.2$ ), la media de PSA fue de 9.8 ng/dl ( $DE \pm 5.2$ ) y de la densidad de PSA 0.3 ( $DE \pm 0.19$ ). La sensibilidad de la mpRMN en diagnosticar la lesión index fue del 93%, resaltando que todos los tumores con un Gleason score  $\geq 4+3$  fueron diagnosticados.

La media de volumen tumoral en la mpRMN fue de 14.3 mm y en la AP de 18.82 mm ( $p < 0.05$ ). Al evaluar la estimación del volumen tumoral por mpRMN en los diferentes estadios patológicos (ISUP), la mayor concordancia fue en estadios de mayor riesgo (ISUP 4) ( $p < 0.05$ ).

### **Conclusión**

La mpRMN subestima el volumen tumoral real de la lesión index del cáncer de próstata cuando se la compara a la AP de la pieza quirúrgica, siendo significativamente menor en lesiones de alto riesgo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **PREDICCIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA POST – PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD URETRAL EN LA RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA.**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Rios Pita, H<sup>(1)</sup>; Lopez, FM<sup>(1)</sup>; Nazar, ME<sup>(2)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

La incontinencia de orina (IO) es una de las principales complicaciones de la prostatectomía radical. Múltiples estudios han tratado de encontrar factores que puedan predecir la recuperación temprana de la continencia urinaria en pacientes tratados quirúrgicamente.

EL objetivo de este trabajo es evaluar la capacidad de la longitud de la uretra membranosa (LUM) y de la uretra intraprostática (LUIP) medida en la resonancia multiparamétrica de próstata (mpRMN) preoperatoria, en predecir la continencia urinaria post-prostatectomía radical.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, entre el año 2016 y 2018, donde se incluyeron únicamente los pacientes que fueron sometidos a una prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y presentaban una mpRMN previa.

Se evaluaron diferentes variables: edad, PSA, IMC, estadio clínico y patológico, y se realizó el cuestionario validado de incontinencia urinaria (ICIQ-SF) a los 12 meses postoperatorios. Se enfatizó en los resultados imagenológicos de la mpRMN (LUM y LUIP), realizando un análisis estadístico comparando grupos (continencia vs incontinencia) utilizando el Student test (t) para muestras pareadas. Se tomó al valor de la  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

### **Resultados**

Un total de 46 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 62 años y la media de PSA fue de 9.8 ng/dl. El 76.1% presentaron estadio clínico T1c y un 45.6% estadio patológico pT2cN0. La media de LUM fue de 15.4 mm y de LUIP 26.3 mm.

Al realizar el cuestionario validado se encontró que 19.5% (9 pacientes) presentaba algún grado de IO.

Cuando se comparan las medias de LUM y LUIP de ambos grupos se constata que la diferencia es significativa ( $p < 0.05$ ). El área bajo la curva tomando como un valor de LUM  $> 10$  mm fue del 88% y LUIP  $> 20$  mm fue de 86.7%.

### **Conclusión**

La utilización de parámetros anatómicos como la medición de la longitud uretral en las mpRMN permite predecir de manera significativa la continencia urinaria post-prostatectomía radical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS ANESTÉSICOS EN PUNCIÓN BIOPSIA PROSTÁTICA ECODIRIGIDA EN HOSPITAL PÚBLICO.**

Saldaño, J<sup>(1)</sup>; Ayarde, E; Zirino, JL; Guido, M; Perez, P; Varcasia, D; Del re, N

<sup>(1)</sup>Urología, Donación Francisco Santojanni. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** comparar la eficacia dos métodos de anestesia, una local en gel, frente a bloqueo de nervios periprostáticos sumado a anestésico local en gel un mismo paciente, en un hospital público.

**Materiales y métodos:** estudio prospectivo observacional aleatorio en un grupo de 48 pacientes en nuestro centro con indicación de punción biopsia por psa o exámen dígito rectal. Se suministró anestésico tópico en gel compuesto por lidocaína 8 %, procaína 8% y benzocaína 8 % 10 minutos previos al estudio (grupo 1), y punción con 5 ml de lidocaína 1 % sin epinefrina de nervios periprostáticos (grupo 2) en un lóbulo de forma aleatoria 5 minutos previos al procedimiento. Se utilizó el mismo ecógrafo, dos operadores distintos y agujas de mismas características en todos los pacientes evaluados. Posterior a la biopsia se interrogó a los pacientes sobre el dolor referido en cada lóbulo con una escala de dolor analógica y grafica graduada de 0 (no dolor) a 10 (dolor insoportable). Los datos se volcaron en una tabla t Student.

**Resultados:** El grupo 2 obtuvo resultados levemente superiores, menos dolor en el procedimiento, con respecto al grupo 1.

**Conclusiones:** La biopsia de próstata eco-dirigida es una prueba muy bien tolerada bajo anestesia local. Logrando menor tiempo operatorio y menor utilización de insumos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **CANCER DE PROSTATA HORMONOSENSIBLE. PRESENTACION DE CASO CLINICO.**

Vecchio, F<sup>(1)</sup>; Villar, GM; Coppola, DJ

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Español de Buenos Aires. CABA, Argentina.

### **INTRODUCCION**

Presentación de caso clínico evaluado en nuestro servicio de Cáncer de Próstata metastásico hormonossensible, con tratamiento del mismo y revisión de la bibliografía.

### **MATERIALES Y METODOS**

Paciente masculino de 78 años, Performance Status 0, al EDR próstata duro pétrea generalizada, PSA de inicio 31.35 ng/ml. Se realiza Punción Biopsia de Próstata, obteniendo como diagnostico histopatológico Adenocarcinoma de Próstata Gleason 5+4=9 e invasión perineural en todas las muestras. Tac sin secundarismo visceral, ni adenomegalias y COCT con imágenes osteocondensantes en cuerpos vertebrales T4 y T5, L5 y S1. Además imágenes de las mismas características a nivel de la sínfisis pubiana compatibles con secundarismo óseo.

El tratamiento elegido fue Bloqueo Hormonal asociado a Abiraterona y Prednisona.

### **RESULTADOS**

Se realizo seguimiento del paciente con controles periódicos de PSA, obteniendo descenso del mismo. Como también imagenológico, evidenciando mejoría en el COCT con respecto al anterior, con desaparición de las áreas positivas en los huesos ilíacos.

### **CONCLUSIONES**

El tratamiento del Cancer de Prostata Hormonosensible metastasico al momento del diagnostico, con Bloqueo Hormonal asociado a Abitarona + Prednisona es una opción valida mostrando el aumento de la sobrevida global del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ-FUCS BOGOTÁ

Clavijo, R<sup>(1)</sup>; Guiedelman, C<sup>(1)</sup>; Ramos, A<sup>(1)</sup>; Lopez de mesa, B<sup>(1)</sup>; Herrera, D<sup>(1)</sup>; Solano, M<sup>(1)</sup>; Aponte Baron, H<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital San Jose. Bogotá, Colombia.

### Introducción

La prostatectomía radical es la opción quirúrgica en el tratamiento del cáncer de próstata localizado. En la era del Robot en nuestros países la técnica de prostatectomía radical abierta y laparoscópica siguen vigentes ofreciendo adecuados resultados en cuanto a control oncológico similar, recuperación de la continencia y función sexual.

### Objetivo

Describir las características clínicas y quirúrgicas de un grupo de pacientes no seleccionados que fueron llevados a prostatectomía radical abierta y laparoscópica, y comparar los desenlaces clínicos en un Hospital universitario de Latinoamérica.

### Materiales y métodos

Estudio observacional analítico, donde se evaluaron pacientes llevados a prostatectomía radical abierta y por laparoscopia entre enero 2013 y junio 2018. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado (dos técnicas quirúrgicas) para estudiar asociaciones entre complicaciones, incontinencia urinaria, erección, con cada técnica quirúrgica.

### Resultados

Se analizaron 170 pacientes, 91 (53.5%) llevados a prostatectomía radical abierta y 79 (46.5%) por laparoscopia. La media de edad fue de 63.4 (DE+6.8) en la abierta y 61.6 (DE+6.6) laparoscopia. Se encontró una subestadificación del 43.28%. En cuanto a márgenes quirúrgicos fueron positivos en el 12,3 % en la abierta vs 9% en la laparoscopia. Complicaciones en la escala de Clavien se presentaron en 3 (3.29%) pacientes del grupo de radical abierta grado 2, y 6 (7.59%) pacientes del grupo de laparoscopia grado 2 y 3; 1 paciente presentó estrechez de la anastomosis en cada grupo y 5 presentaron linfocèle en pacientes llevados a radical por laparoscopia manejados conservadoramente. La continencia (no uso de protector) fue de 84.7% en la abierta vs 89.7% en la laparoscópica. La erección preoperatoria adecuada (erección 4-5/5) fue del 51% en la abierta vs 70,8% en la laparoscópica y la erección adecuada postquirúrgica sin tratamiento fue de 21% (41%) abierta vs 32.1% (45.3%) laparoscópica.

### Conclusiones

Se describen los resultados en 2 grupos de pacientes similares, no seleccionados, con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical abierta y laparoscopia en un hospital universitario. Se encontraron menos bordes positivos, mejor continencia y erección en la laparoscópica, menos complicaciones en la abierta.

### Palabras clave

Cáncer de próstata, prostatectomía radical abierta, prostatectomía radical laparoscópica, incontinencia, disfunción eréctil.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**68Ga PSMA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. EXPERIENCIA NACIONAL EN 1137 PACIENTES**

Martínez, L.<sup>(1)</sup>; Dos Santos, G.<sup>(2)</sup>; Rodríguez, M.<sup>(2)</sup>; Silvera, E.<sup>(2)</sup>; Alonso, O.<sup>(2)</sup>; Vilche, S.<sup>(1)</sup>; Claro, A.<sup>(1)</sup>; Pérez, L.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay. <sup>(2)</sup>Centro Uruguayo de Imagenología Molecular, Centro Uruguayo de Imagenología Molecular. Montevideo, Uruguay.

**Palabras clave:** PET PSMA, cáncer de próstata, recaída bioquímica.

**Introducción:**

La velocidad con la que se ha adoptado el PET PSMA en los diferentes escenarios del cáncer de próstata, no tiene precedentes. Sus niveles de sensibilidad y especificidad, aún con bajos niveles de PSA, han demostrado ser ampliamente superiores a los métodos de estadificación estándar. Por lo cual resulta de capital importancia, definir cuáles son los pacientes que realmente se benefician de un cambio en la terapéutica, frente a un avance en el estadio de su enfermedad diagnosticado por PET-PSMA.

En nuestra experiencia hemos utilizado el 68Ga-PSMA bajo protocolos de investigación para entender su utilidad dentro de la estadificación inicial, recurrencia bioquímica y resistencia a la castración.

**Materiales y Métodos**

Entre 2015 y 2019 se realizaron 1137 estudios de 68 Ga-PET-PSMA, 95 pacientes para estadificación inicial, 40 para resistencia a castración (CPRC) y 1002 para recaída bioquímica.

De los 95 pacientes de estadificación inicial, 40 fueron dentro de un estudio multicéntrico prospectivo para valoración de compromiso ganglionar en cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto en pacientes con centellograma óseo y tomografía normales (que aspira reclutar 100 pacientes) y 55 pacientes por otras indicaciones.

Los 40 pacientes estudiados por resistencia a la castración, eran M0 por centellograma óseo y TAC.

Los 1002 pacientes con recaída bioquímica, presentaron al momento del estudio valores de PSA entre 0,2 y 1000 ng/ml.

**Resultados:**

En el análisis preliminar de los 40 pacientes de riesgo intermedio y alto estudiados para evaluación inicial, contamos con la confirmación histológica de 30 pacientes con 3 falsos negativos y sin falsos positivos aún.

De los 40 pacientes con CPRC M0, 38 estudios fueron positivos.

En los 1002 pacientes con recaída bioquímica, encontramos un 91% de estudios positivos en próstata o lecho prostático, adenopatías, hígado o pulmón.

**Conclusiones:**

El 68 Ga-PET- PSMA permite identificar pacientes con enfermedad metastásica en pacientes con estudios convencionales normales, lo que implica un desafío para la toma de decisiones terapéuticas. En el futuro, estos estudios deberían ser incluido en los ensayos clínicos para valorar el real significado de estos hallazgos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**VIGILANCIA ACTIVA: UTILIDAD DEL GENOMIC PROSTATE SCORE EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES. CASOS Y CONTROLES.**

Escuder, J<sup>(1)</sup>; Flores, O<sup>(1)</sup>; Claro, A<sup>(1)</sup>; Mancebo, M<sup>(1)</sup>; Martinez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Catedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

**Palabras clave:** vigilancia activa, cáncer de próstata, Genomic Prostate Score.

**Introducción:**

La vigilancia activa es un plan terapéutico para el C.P de muy bajo riesgo, bajo riesgo e intermedio según la clasificación de la NCCN.

El test Genomic Prostate Score (GPS) es una herramienta más para definir las recomendaciones entre VA y tratamiento activo.

**Objetivo:**

Describir la proporción de pacientes que cambian la conducta luego de haber recibido el resultado del GPS comparado con una población control.

**Materiales y métodos:**

Se incluyeron 11 pacientes en VA desde el año 2013 hasta 2019 con GPS y 54 casos controles, de un único urólogo en 5 instituciones.

Los pacientes debían cumplir con los criterios para ingresar en VA según el riesgo clínico por NCCN (muy bajo, bajo e intermedio)

**Resultados:**

De los 11 pacientes que se realizaron GPS, en 2 se propuso un cambio de tratamiento de VA a tratamiento activo, en 3 se reafirmó la indicación de tratamiento activo (45%) y en 6 se mantuvo la indicación de VA, en comparación con un 30% de cambio de VA a tratamiento activo en el grupo control.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el uso de GPS permitió aumentar la indicación de tratamiento activo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## UTILIDAD DEL GENOMIC PROSTATE SCORE EN LA RECOMENDACIÓN TERAPÉUTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Flores, O<sup>(1)</sup>; Claro, A<sup>(1)</sup>; Escuder, J<sup>(1)</sup>; Galván, A<sup>(1)</sup>; Fiorella, D<sup>(1)</sup>; Domenech, F<sup>(1)</sup>; Martínez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

**Palabras clave:** cáncer de próstata, marcadores biomoleculares, Genomic Prostate Score.

### **Introducción:**

El Genomic Prostate Score (GPS) es un estudio de 17 genes, en tejido biópsico, que permite una reclasificación de los pacientes con cáncer de próstata (CaP) de bajo riesgo y brinda mayor seguridad al aconsejar tratamiento activo o vigilancia.

### **Objetivo:**

Describir la proporción de pacientes en los que los urólogos cambiaron las recomendaciones iniciales de tratamiento luego de haber recibido el resultado del GPS.

### **Materiales y métodos:**

Se incluyeron pacientes con CaP de bajo riesgo (NCCN muy bajo, bajo) e intermedio (NCCN favorable o desfavorable) durante el período 2015 – 2019.

Se obtuvieron datos de 9 centros con un total de 13 urólogos tratantes.

Fueron excluidos aquellos pacientes de alto riesgo de NCCN o enfermedad avanzada y pacientes diagnosticados por resección transuretral de próstata.

Los pacientes fueron estratificados según las guías NCCN y no fueron excluidos pacientes durante el estudio.

### **Resultados:**

Se incluyeron 31 pacientes.

Previo a la utilización de GPS, 27 pacientes (87%) tenían indicación de VA y 5 (13%) tratamiento activo.

Post GPS, 19 pacientes continuaron con indicación de VA (61%) y 12 (39%) con indicación de tratamiento activo

### **Conclusiones:**

En nuestra experiencia el GPS permitió aumentar la indicación de tratamiento activo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EVALUACIÓN DE LA CALCULADORA SWOP PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA SERIE DE PRIMERA BIOPSIA Y REBIOPSIA

Rangel, J<sup>(1)</sup>; Poveda, JL<sup>(2)</sup>; Mosquera, V<sup>(1)</sup>; Orrego, P<sup>(1)</sup>; Jaramillo, A<sup>(3)</sup>; Rodriguez, A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Central de la Policía. Bogotá, Colombia.

<sup>(3)</sup>Facultad de medicina, Universidad Militar Nueva granada. Bogotá, Colombia.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es la primera causa de muerte en nuestro país en hombres mayores de 65 años. Aunque la tamización con PSA y tacto rectal está recomendado con un nivel de evidencia I, existe un riesgo importante de sobredetección y sobretratamiento. En 2012 Schröder y cols desalloran la calculadora de SWOP (Prostate Cancer Research Foundation), la cual estima el riesgo individual de cáncer detectable y significativo.

A través de este estudio deseamos analizar la validez y utilidad de esta calculadora en nuestra serie de pacientes llevados a biopsia y re biopsia.

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 366 biopsias de próstata realizadas entre 2014 y abril 2019. A todos se les aplicó la calculadora SWOP de Rotterdam disponible en la web.

### RESULTADOS

La edad media encontrada fue de 62 años, un valor medio de PSA de 9.5 ng/ml. De las biopsias realizadas el 78.9% eran primera biopsia y el 21% pertenecían a rebiopsias. Se encontró una prevalencia del 36% de adenocarcinoma de próstata, perteneciendo al grupo de alto riesgo el 6%. Al aplicar la calculadora, la mediana del riesgo total fue de 20% y del 5% para el riesgo de cáncer significativo.

En el grupo de primera biopsia, 100 (24%) pacientes tuvieron biopsia positiva con un riesgo promedio de 38% y para el grupo de segunda biopsia, 19 pacientes (24%) fueron positivas con un promedio de riesgo de 23%.

La capacidad de discriminación (AUC) de la calculadora fue del 65% para el diagnóstico de cáncer y del 65% para cáncer significativo ( $p=0.03$ ). El valor predictivo positivo en los dos casos alcanzó el 100%, dada la prevalencia.

### CONCLUSIÓN

Aunque el PSA sigue siendo el factor predictivo más importante para la detección de cáncer de próstata. El uso de otros factores de riesgo como los incluidos en la calculadora SWOP permite establecer un riesgo individual, logrando una optimización de la prueba con una buena exactitud como se logró validar en nuestra serie, permitiendo reducir el número de biopsias innecesarias en la detección inicial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LOS HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS EN CUANTO A POSITIVIDAD DE BIOPSIA DE PRÓSTATA.

Rotar, F<sup>(1)</sup>; Ortega, T<sup>(1)</sup>; Garcia, J<sup>(1)</sup>; Perez Truco, J<sup>(1)</sup>; Crespo, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, CHDrAAM. Panama, Panama.

### Introducción

El adenocarcinoma de próstata (ACAP) es el tumor solido mas comun en hombres y a su vez el 3ero en mortalidad.

Durante el ultimo decenio se han presentado cambios en cuanto a los paradigmas de su diagnóstico y tamizaje; sin embargo la biopsia de próstata guiada por ultrasonido transrectal (TRUS) para obtener un muestreo de la misma sigue siendo la técnica de elección en la evaluación de la sospecha clínica de cáncer de próstata.

### Objetivo

- Describir las biopsias realizadas junto con sus resultados
- Estratificar los pacientes con ACAP según la clasificación DAMICO.
- Describir las lesiones identificadas en el ultrasonido Transrectal y el reporte patológico de la muestra.

### Diseño de estudio

Estudio prospectivo analítico, aleatorizado entre Diciembre 2016 y Noviembre 2017.

Muestra de 100 pacientes que se les realizó biopsia de próstata por urología y que se tabulan los hallazgos del USG y se comparan con el reporte patológico.

### Resultados

Hubo 443 biopsias de próstata durante el estudio, 311 (70.3%) realizadas por el servicio de urología; de las mismas el 53% (N: 234) fueron positivas.

Estratificando las muestras según Gleason: el 27% es Riesgo Bajo; el 34% es riesgo intermedio y el 39% riesgo alto.

El encontrar una lesión nodular tipo hiperecogénica o heterogénea tiene una correlación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ); y un valor predictivo positivo del 92%, con una sensibilidad del 74% y especificidad del 87% respecto a un reporte de adenocarcinoma prostático.

### Discusión

1 de 2 pacientes que acuden para una biopsia de próstata resultara positivo.

Adequando con datos obtenidos por Ortega et al. sobre el acenso de riesgo; tenemos que solamente el 4.8% de nuestra población es realmente un bajo grado y el restante 95% ronda el riesgo intermedio a alto.

Al evidenciar una lesión sugestiva de ACAP en el USG se debería desviar ese paciente a la obtención más rápida de un cupo control o incluso valorar el inicio de algún tipo de tratamiento, según cada caso (disponibilidad de cupos con urología en promedio es 4 meses).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SOBREVIDA EN PACIENTES POST-OPERADOS POR CÁNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁSICO**

Salirrosas Bermúdez, SV<sup>(1, 2)</sup>; Mostacero León, M<sup>(1)</sup>; Arimborgo Sedano, J<sup>(1)</sup>; Salirrosas Ponce, V<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo, Perú. <sup>(2)</sup>Urología, Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

**Objetivo:** Dar a conocer el promedio de sobrevida en pacientes post-operados por cáncer de próstata, estadios III y IV oligometastásicos, con cirugía radical y citorrreductiva.

**Material y métodos:** Incluimos 137 pacientes sometidos a una prostatectomía radical y citorrreductiva, entre los años 1999 y 2014 en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT)- Perú. Se aplicó el método Kaplan-Meier, para calcular el tiempo de sobrevida, se revisa diversos trabajos relacionados.

**Resultados:** El grupo etario entre 70 y 79 años (38,7%) fue el más frecuente, seguido por el grupo de 60 a 69 años (27%). Según el estadio de cáncer, se encontró a 78 pacientes (57,4%) en estadio III y 58 pacientes (38%), en estadio IV. Según el grado histológico se encontró en Gleason 6, un 19.6% de pacientes, Gleason 4 un 18.8%, Gleason 7 un 15.9% y Gleason 9 un 10.9%. El promedio de sobrevida de post-operados de cáncer de próstata metastásico estadio III, fue 8.59 años y en estadio IV, 6.68 años. El promedio de sobrevida de 7.8 años, según la prueba Chi cuadrado, no muestra diferencia significativa, en ambos estadios, el grado de malignidad y tipo de cirugía.

**Conclusiones:** El promedio de sobrevida de pacientes operados por cáncer de próstata metastásico fue de 7.8 años en estadio III y IV.

**Palabras clave:** Prostatectomía radical; sobrevida; prostatectomía citorrreductiva; grado Gleason; Cáncer de próstata (CAP). Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT).

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



# ANALYSIS OF THE UPGRADING FREQUENCY IN PATHOLOGY SCORE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Knijnik, PG<sup>(1)</sup>; Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Burtet, LM<sup>(1)</sup>; Cabral, RD<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Knack, MV<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>; Berger, M<sup>(1)</sup>; Neto, BS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, HCPA. POA, Brasil.

**Introduction:** The pathology score is one of a number of factors used in staging patients diagnosed with prostate cancer and in determining the treatment path such patients will ultimately follow. However, discrepancies in the Gleason scores or International Society of Urological Pathology classification (ISUP) obtained through biopsy compared with the final pathological staging of specimens following radical prostatectomy are not uncommon and ranged between 30% and 40%. Incorrect pathology scoring can potentially influence treatment decisions and therefore, we intend observe the upgrading frequency in pathology score after radical prostatectomy done in Hospital de Clínicas Porto Alegre (HCPA).

**Materials and methods:** Cross-sectional study from January 2018 to March 2019 that included all patients who underwent radical prostatectomy (RP) in the public health system at the Urology Department of HCPA for the treatment of prostate cancer.

**Results:** 80 patients underwent RP by robot-assisted or retropubic approach with or without extended lymph node dissection. The upgrade rate was 37.5%, downgrade was 16.3% and same grade 46.8%. The mean age was 64 years, the mean time of surgery was 208 minutes, the average size of the prostate was 39.95cc. 40.3% had positive digital rectal exam. The mean PSA was 12.05 ng/ml and the median was 8.28 ng/ml. The median PSA density was 0.3778. Analyzing only the pathology upgraded cases, 55.2% were gleason 6, 37.9 gleason 7 and 6.9% gleason 8. And 53.3% were ISUP 1, 20% ISUP 2, 20% ISUP 3, 6.7% ISUP 4. 100% of these tumors were multifocal. The mean PSA was 14.02 and the median 9.35. The median PSA density was 0.5012.

**Conclusions:** Our analysis showed an upgrade rate similar to that found in the literature and we observed a trend of increased in psa and psa density in the upgraded patients, but we did not observe any statistical difference between the predictive factors of the upgrade. A greater number of patients for analysis becomes necessary to better understand which subgroup of patients has a higher risk of having an pathology upgrade.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

# **DAY CLINIC HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU) FOCAL THERAPY TO PRIMARY TREATMENT OF LOCALIZED PROSTATE CANCER: INITIAL EXPERIENCE OF 37 PATIENTS.**

Cayres Mariotti, G<sup>(1)</sup>; Priante Kayano, P<sup>(2)</sup>; Mina Falsarella, P<sup>(1)</sup>; Rojas Claros, O<sup>(2)</sup>; Caserta Lemos, G<sup>(2)</sup>; Gomes de Queiroz, MR<sup>(1)</sup>; Gobbo Garcia, R<sup>(1)</sup>; Baroni Hueb, R<sup>(3)</sup>; Carneiro, A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Radiologia intervencionista, Hospital Israelita Albert Einstein. Brazil. <sup>(2)</sup>urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. <sup>(3)</sup>radiologia, Hospital Israelita Albert Einstein. Brazil.

Key Word: HIFU, Prostate cancer

## **Introduction**

HIFU is a non-invasive, single shot, radiation-free therapy that use real-time image guidance, directs focused beam of ultrasound waves to thermally ablate a selected portion of prostate gland. Our objective was to demonstrate the safety and feasibility of High-intensity focused ultrasound (HIFU) focal therapy (FT) in a day-clinic setting, as a primary option of treatment of Gleason 6 or 7 (ISUP 1, 2 and 3) prostate cancers (pCa) comproved by fusion MRI-transrectal ultrasound (TRUS) fusion biopsies, in a prospective study of initial 30 patients.

## **Materials and Methods;**

A single-center prospective analysis of initial 37 patients with unilateral prostate cancer candidates for FT (hemigland or super-focal ablation) as the primary treatment option from August 2018 to March 2019. All patients were re-evaluated by MRI and fusion prostate biopsy and only patients with unilateral disease (high volume Gleason 6 or Gleason 7).

## **Results;**

Thirty-seven patients were enrolled as candidates for FT based on biopsy results. Seven were excluded and underwent radical treatment due to a Gleason upgrading and 4 due to a concomitant transurethral resection of the prostate (TURP), totalizing 26 patients in our analyses. Mean prostatic volume, age, PSA and region of interest volume were: 44.7cc, 65.1 years, 6.09 ng/dl and 0.97cm; respectively. Pre-procedure MRI showed 5.2% of patients with PIRADS 2, 15.78% with PIRADS 3, 68.42% with PIRADS 4 and 10.52% with PIRADS 5. The biopsy showed 6 patients with unilateral ISUP 1, 14 patients unilateral ISUP 2 and 6 patients with ISUP 3. Hemigland ablation was performed in 20 patients and super-focal ablation in 6 patients. Urethral catheter was kept for 7 days. Two patients had refractory urinary retention treated with TURP. None of the patients had urinary incontinence, worsening of erectile function, bleeding, infectious complications or rectal fistulae.

## **Conclusion.**

In conclusion, day clinic HIFU FT is safe and feasible as a primary option for localized and low/intermediate risk pCa, with potential clinical impact. A thorough re-evaluation with MRI and fusion prostate biopsy is related with treatment strategy changing in about 30% of patient, being mandatory in all patients indicated for FT.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# IMAGING FEATURES OF 30 PATIENTS AFTER HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU) TO PRIMARY TREATMENT OF LOCALIZED PROSTATE CANCER

Cayres Mariotti, G<sup>(1)</sup>; Priante Kayano, P<sup>(2)</sup>; Mina Falsarella, P<sup>(1)</sup>; Rojas Claros, O<sup>(2)</sup>; Caserta Lemos, G<sup>(2)</sup>; Gomes de Queiroz, MR<sup>(1)</sup>; Gobbo Garcia, R<sup>(1)</sup>; Hueb Baroni, R<sup>(3)</sup>; Carneiro, A<sup>(2)</sup>  
<sup>(1)</sup>radiologia intervencionista, Hospital Israelita Albert Einstein. Brazil. <sup>(2)</sup>urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. <sup>(3)</sup>radiologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo.

Key words: HIFU, prostate cancer, imaging

## Introduction

Our objective was to demonstrate the imaging characteristics of 30 patients submitted to HIFU as a primary option for treatment of localized prostate cancers (pCa) detected by fusion MRI-transrectal ultrasound (TRUS) biopsies, using contrast-enhanced ultrasound (CEUS) as immediate post-procedure imaging and Multiparametric Magnetic Resonance Imaging (mpMRI) in 60 days.

## Materials and Methods;

A single-center prospective study of initial 30 patients, undergoing HIFU as the primary treatment option from August 2018 to March 2019.

Inclusion criteria were: pCa based on targeted MRI-TRUS fusion prostate biopsy confirming Gleason 6 (ISUP 1), Gleason 7 (3+4) (ISUP 2) or Gleason 7 (4+3) (ISUP 3). Patients with prostatic volume  $\geq 50$  cc were also submitted to transurethral resection of the prostate (TURP) in the same setting.

## Results;

Thirty patients were enrolled in the analyses. Four patients underwent concomitant transurethral resection of the prostate (TURP). Mean prostatic volume, age, PSA and region of interest volume were: 49 cc, 67.2 years, 7.06 ng/dl and 1.2 cm, respectively. Pre-procedure mpMRI classified 2 patients (6.6%) as PIRADS 2, 5 patients (16.6%) as PIRADS 3, 21 patients (70%) as PIRADS 4 and 2 patients (6.6%) as PIRADS 5. Biopsy showed 7 patients (23.3%) with unilateral ISUP 1, 17 patients (56.6%) with unilateral ISUP 2 and 6 patients (20%) with ISUP 3[ac1] . Hemigland ablation was performed in 23 patients (76.6%), super-focal ablation in 6 patients (20%) and whole gland ablation in one (3%). Patients with concomitant TURP were discharged 2 days after and the others were discharged in the same day of the treatment. Typical ultrasound imaging findings included spontaneous echogenic areas that represents necrosis and gas formation, and absence of microbubbles post-contrast enhancing (CEUS) in the treated area. Multiparametric MRI features in the treated area were: heterogeneity on T2-weighted images, restricted water-diffusion (with high signal-intensity on DWI and low signal-intensity on ADC map), and absence of post-contrast enhancing on DCE-MRI.

## Conclusion.

There are typical CEUS and mpMRI findings after High-Intensity Focused Ultrasound as primary option for localized pCa, that indicate the success of the procedure.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU) FOCAL THERAPY TO PRIMARY TREATMENT OF LOCALIZED PROSTATE CANCER USING $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR AS MAIN GUIDANCE: INNOVATIVE EXPERIENCE IN 14 PATIENTS.**

Cayres Mariotti, G<sup>(1)</sup>; Priante Kayano, P<sup>(2)</sup>; Mina Falsarella, P<sup>(1)</sup>; Rojas Claros, O<sup>(2)</sup>; Caserta Lemos, G<sup>(2)</sup>; Gomes de Queiroz, MR<sup>(1)</sup>; Gobbo Garcia, R<sup>(1)</sup>; Hueb Baroni, R<sup>(3)</sup>; Carneiro, A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>radiologia intervencionista, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brazil. <sup>(2)</sup>urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brazil. <sup>(3)</sup>radiologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brazil.

Key words: HIFU, prostate cancer, PSMA PET/MR

## **Introduction**

Our objective was to identify candidates to High-intensity focused ultrasound (HIFU) focal therapy (FT) for localized prostate cancers (pCa), the following inclusion criteria are commonly used: serum PSA (<15 ng/ml), Gleason score (ISUP 1-3), multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) with no extracapsular extension, no seminal vesicle invasion or pelvic lymph node disease and negative bone scintigraphy; however, to the best of our knowledge, no prior study has used  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR as the main feature to indicate and guide a prostatic ablative focal procedure.

## **Materials and Methods;**

A single-center prospective analysis of initial 14 patients, candidates for FT (hemigland or super-focal ablation) as the primary treatment option, from August 2018 to March 2019. All patients were re-evaluated by mpMRI and transrectal US/MR fusion prostate biopsy and follow-up  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR to better understand the indication of HIFU before the procedure.

## **Results;**

Mean prostatic volume, age, PSA and region of interest volumes were: 44.7cc, 65.1 years, 6.09 ng/dl and 0.97cm; respectively. Pre-procedure mpMRI showed 5.2% of PIRADS 2, 15.78% of PIRADS 3, 68.42% of PIRADS 4 and 10.52% of PIRADS 5. US-guided fusion + systematic biopsy showed 6 patients with unilateral ISUP 1, 14 patients with unilateral ISUP 2 and 6 patients with ISUP 3. Ten patients (71.4%) had concordant findings between pre-procedure mpMRI,  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR and biopsy. Four patients (28.5%) had discordant findings, altering the treatment planning or contraindicating the procedure, for the following reasons: 2 patients had larger unilateral multifocal disease on  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR than on MRI or US-MR fusion biopsy, with need to extend the treatment area; One patient presented a smaller extent of disease in  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR than in MRI, allowing a reduction of the expected area of treatment; One patient had extensive bilateral disease in  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR that was not suspected in MRI, confirmed by biopsy, contraindicating the procedure.

## **Conclusion.**

In conclusion,  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA PET/MR may play a fundamental role in the indication and planning of focal ablative prostatic therapy and might be introduced in the inclusion criteria for cases indicated for HIFU.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### PHASE 3 STUDY OF ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY (ADT) WITH ENZALUTAMIDE (ENZA) OR PLACEBO (PBO) IN METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER (mHSPC): THE ARCHES TRIAL

Zarba, JJ<sup>(1)</sup>; Armstrong, AJ<sup>(2)</sup>; Szmulewitz, RZ<sup>(3)</sup>; Petrylak, D<sup>(4)</sup>; Villers, A<sup>(5)</sup>; Azad, A<sup>(6)</sup>; Alcaraz, A<sup>(7)</sup>; Alekseev, B<sup>(8)</sup>; Iguchi, T<sup>(9)</sup>; Shore, ND<sup>(10)</sup>; Rosbrook, B<sup>(11)</sup>; Sugg, J<sup>(12)</sup>; Baron, B<sup>(13)</sup>; Chen, L<sup>(12)</sup>; Stenzl, A<sup>(14)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Medica San Roque, San Miguel de Tucumán. Tucumán, Argentina. <sup>(2)</sup>Duke Cancer Institute Center for Prostate and Urologic Cancers. Durham, United States of America. <sup>(3)</sup>The University of Chicago. Chicago, United States of America. <sup>(4)</sup>Yale Cancer Center. New Haven, United States of America. <sup>(5)</sup>Department of Urology, University Hospital Centre, Lille University. Lille, France. <sup>(6)</sup>Monash Health. Melbourne, Victoria, Australia. <sup>(7)</sup>Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona, Spain. <sup>(8)</sup>Hertzen Moscow Cancer Research Institute. Moscow, Russia. <sup>(9)</sup>Osaka City University Graduate School of Medicine. Osaka, Japan. <sup>(10)</sup>Carolina Urologic Research Center. Myrtle Beach, United States of America. <sup>(11)</sup>Pfizer Inc. San Diego, United States of America. <sup>(12)</sup>Astellas Pharma Inc. Northbrook, United States of America. <sup>(13)</sup>Astellas Pharma Inc. Leiden, the Netherlands. <sup>(14)</sup>Department of Urology, University Hospital, Eberhard Karls University. Tübingen, Germany.

**Introduction:** ENZA, a potent androgen receptor inhibitor, has demonstrated benefit in men with metastatic and nonmetastatic castration-resistant prostate cancer (CRPC).

**Materials and methods:** ARCHES is a multinational, double-blind, Phase 3 study (NCT02677896). Patients (pts) with mHSPC were randomized 1:1 to ENZA (160 mg/day) + ADT or PBO + ADT, stratified by disease volume (CHAARTED criteria) and prior docetaxel therapy. Primary endpoint was radiographic progression-free survival (rPFS) assessed centrally or death within 24 weeks of treatment discontinuation. Secondary endpoints included time to prostate-specific antigen (PSA) progression, PSA and radiographic responses and overall survival (OS). Treatment continued until disease progression or unacceptable toxicity.

**Results:** 1150 men were randomized to ENZA (n=574) or PBO (n=576); baseline characteristics were balanced between groups. Overall, 67% had distant metastasis at initial diagnosis; 63% had high volume disease, 18% had prior docetaxel. Median follow-up was 14.4 mo. ENZA + ADT significantly improved rPFS (**Table**); similar significant improvements in rPFS were reported in prespecified subgroups of disease volume, pattern of spread, region and prior docetaxel (HRs 0.24-0.53). Secondary endpoints improved with ENZA + ADT (**Table**); OS data are immature. Grade 3-4 adverse events (AEs) were reported in 23.6% of ENZA pts vs. 24.7% of PBO pts with no unexpected AEs.

**Conclusions:** ENZA + ADT significantly improved rPFS and other efficacy endpoints vs. PBO + ADT in men with mHSPC, with a preliminary safety analysis that appeared consistent with the safety profile of ENZA in previous CRPC clinical trials.

**Acknowledgements:** Medical writing and editing assistance was provided by Stephanie Rippon, MBio, Beatrice Vetter-Cerioti, PhD, and Lauren Smith from Complete HealthVizion, funded by the study sponsors.

**Keywords:** Prostate cancer, metastatic hormone-sensitive prostate cancer, ARCHES

Table

Endpoint	ENZA + ADT (n=574)	PBO + ADT (n=576)
rPFS, HR (95% CI)	0.39* (0.30, 0.50)	
Median (mo)	NR	19.4
Time to PSA progression, HR (95% CI)	0.19* (0.13, 0.26)	
Time to initiation of new antineoplastic therapy, HR (95% CI)	0.28* (0.20, 0.40)	
PSA undetectable (<0.2 ng/mL) rate, %	68.1*	17.6
Objective response rate, %	83.1*	63.7

NR=not reached; \*p<0.0001; <sup>a</sup>Of those with detectable PSA or measurable disease at baseline, respectively

**Financiamiento / conflicto de intereses:** This study was funded by Astellas Pharma Inc. and Medivation LLC, a Pfizer Company, the co-developers of enzalutamide

## TOPOGRAFIA DE LA LINFADENECTOMIA PELVICA + RETROPERITONEAL ROBOTICA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE ALTO RIESGO Y/O RECURRENCIA BIOQUIMICA.

Rodriguez-Carlin, A<sup>(1)</sup>; Otaola, H<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Castillo, O<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robotica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andres Bello. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía pélvica (LDP) es el procedimiento de estadificación más preciso para la enfermedad ganglionar metastásica en pacientes con cáncer de próstata (CP), aunque su extensión continúa siendo un tema controvertido. Se han descrito múltiples plantillas de disección, entre ellas una LDP limitada, que incluye los ganglios obturadores, la LDP estándar, que añade los ilíacos externos, la LDP extendida, que agrega los ilíacos internos hasta el cruce del uréter con los vasos ilíacos, y LDP súper-extendida, que añade los ilíacos comunes y los presacros.

Nuestro objetivo es describir la afectación ganglionar según las diferentes plantillas de disección en comparación con la linfadenectomía pélvica + retroperitoneal (LNDPRP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre los años 2011 y 2016 se realizaron 31 LDPRP mediante asistencia robótica (da Vinci S-HD/Si) en pacientes con CP de alto riesgo o con recidiva bioquímica y compromiso ganglionar oligometastático. La estadificación preoperatoria se realizó con PET-<sup>18</sup>F-Colina/<sup>68</sup>Ga-PSMA. Nuestra plantilla de disección ganglionar tiene los siguientes límites: el músculo elevador del ano hacia caudal, la arteria mesentérica inferior hacia cefálico, el nervio genitofemoral hacia lateral y la vejiga hacia medial; e incluye los ganglios de la fosa obturatriz, ilíacos externos, ilíacos internos, ilíacos comunes, presacros, de la bifurcación aórtica, pre-aórticos, para-aórticos, pre-cavos y para-cavos. Se registraron los resultados histológicos de los ganglios resecados y se realizó un análisis descriptivo con número absolutos y porcentajes.

### RESULTADOS

Se resecaron un total de 983 ganglios, siendo 178 (18,1%) positivos. De los ganglios positivos, 19,4% fueron obturadores, 25,1% ilíacos externos, 10,8% ilíacos internos, 26,1% ilíacos comunes y presacros, y 18,5% retroperitoneales. Dos pacientes presentaron ganglios retroperitoneales positivos exclusivamente, y tres pacientes ganglios pélvicos y retroperitoneales positivos, con ganglios ilíacos comunes bilaterales negativos.

En la Tabla 1 se describe el porcentaje de ganglios que potencialmente se hubieran resecado si utilizáramos plantillas de disección menos amplias, tomando como referencia la LDPRP. En base a esto, la realización de una LDPRP supone la extracción de 22,5% ganglios positivos más que la LDP súper-extendida.

### CONCLUSIONES

La LDPRP permite una estadificación ganglionar más precisa en pacientes con CP localmente avanzado o con recurrencia bioquímica asociada a enfermedad ganglionar oligometastásica.

Tabla 1. Ganglios resecados según las plantillas de disección.

Plantilla de disección	Ganglios positivos n=178	Ganglios totales n=983
LDP limitada, n (%)	31 (17,4)	191 (19,4)
LDP estándar, n (%)	62 (34,8)	438 (44,6)
LDP extendida, n (%)	87 (48,9)	544 (55,3)
LDP súper-extendida, n (%)	138 (77,5)	801 (81,5)
LDPRP, n (%)	178 (100)	983 (100)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CIRUGÍA CONSERVADORA RENAL: RESULTADOS ONCOLÓGICOS A 5 AÑOS**

Albornoz, M<sup>(1, 2)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Belisle, DF<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>urología, sanatorio allende. cordoba, Argentina. <sup>(2)</sup>cordoba.

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía conservadora renal (CCR) es el gold standard para el tratamiento de neoplasias renales en estadio T1. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar los resultados oncológicos en el seguimiento a 5 años de pacientes tratados con CCR en nuestra institución.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** análisis retrospectivo, observacional, descriptivo, de los pacientes sometidos a CCR en el Servicio de Urología del Sanatorio Allende, realizadas de forma consecutiva de diciembre de 1999 a octubre del 2013 con un seguimiento mínimo de 18 meses.

**RESULTADOS:** se realizaron 85 CCR, 76 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. El 72% (n=55) eran malignos, de los cuales el 67% fueron carcinoma de células claras. De éstos, 10 (27%) eran Fuhrman 1, 26 (70%) Fuhrman 2 y sólo uno Fuhrman 3 (3%). Todas las piezas operatorias tuvieron márgenes negativos. El seguimiento medio fue de 69 meses (18 a 216 meses). La tasa de recidiva local fue del 5.4% (n=3), a los cuales se les realizó nefrectomía radical. Uno falleció por causa cardiovascular y los otros dos continúan vivos en control. La progresión metastásica fue del 7.2% (n=4). Uno falleció por progresión de la enfermedad, dos están en tratamiento antiangiogénico y otro discontinuó el control. En todos los recidivados, la estirpe histológica fue el carcinoma de células claras. La media de la sobrevida global, libre de progresión y libre de recidiva local fueron de 73.1, 71.4 y 67.2 meses respectivamente. Los tumores <4cm tuvieron una mayor sobrevida libre de progresión (p= 0,026). La tasa de filtrado glomerular pre y postoperatoria del total de las CCR fue de 72.76 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (D.E=20.34) y 66.11 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (D.E=20.46) respectivamente (p<0.001).

**CONCLUSIÓN:** en nuestro medio la CCR provee un control oncológico a largo plazo similar a publicaciones internacionales.

**Palabras claves:** cirugía conservadora de nefronas; tumor renal; resultados oncológicos.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

# **TUMOR-REACTIVE CD8<sup>+</sup> T CELLS DISPLAYING A RESIDENT MEMORY PHENOTYPE IN HUMAN RENAL CELL CARCINOMA**

Hidalgo, S<sup>(1)</sup>; Lopez, E<sup>(1)</sup>; Figueroa, D<sup>(1)</sup>; Alarcón, L<sup>(2)</sup>; Lladser, A<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1,2)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio Inmuno-oncología, Fundación Ciencia & Vida. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile.

**Introduction:** Tissue-resident memory CD8<sup>+</sup> T (Trm) cells, characterized by the expression of CD69 and CD103, mediate potent innate and adaptive immune responses. Moreover, tumor-infiltration with Trm cells has been associated with a more favorable prognosis in some solid cancers. However, whether Trm cells infiltrate human renal cell carcinoma (RCC) tumors has not been addressed.

**Material and methods:** Freshly resected tumors and non-tumor renal tissue, obtained from RCC patients at Hospital Barros Luco Trudeau, were enzymatically disintegrated to obtain single cell suspensions. The phenotype of memory CD8<sup>+</sup> T cells were analyzed by flow cytometry. Co-culture experiments were performed to assess the recognition of autologous tumor and non-tumor renal cells by sorted CD103<sup>+</sup> CD69<sup>+</sup> Trm cells.

**Results:** Our data revealed relative high frequencies of Trm cells in both tumor and non-tumor renal tissues. Trm cells were particularly enriched inside tumors, where they expressed molecules associated with tumor-reactivity, such as 4-1BB, CD39 and TIM-3. Among this population, CD103<sup>+</sup> Trm cells displayed higher expression of the immune-modulatory receptor PD-1 and the cytotoxicity-associated integrin CD49a. Interestingly, Trm cells specifically recognized autologous tumor cells but not non-tumor renal tissue, with CD103<sup>+</sup> Trm cells displaying higher reactivity but a more dysfunctional state as compared to CD103<sup>-</sup> Trm cells.

**Discussion:** These data evidence the presence of tumor-reactive Trm cells with distinct functional states infiltrating human RCC tumors.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## RECURRENCIA EN FOSA RENAL LUEGO DE NEFRECTOMÍA RADICAL: MANEJO ACTUAL Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Romeo, A<sup>(1)</sup>; Garcia Marchiñena, P<sup>(1)</sup>; Jurado, A<sup>(1)</sup>; Gueglio, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción y objetivos

El cáncer renal representa el 2% de los cánceres en todo el mundo. El tratamiento quirúrgico sigue siendo la única terapia eficaz para el carcinoma de células renales (CCR) localizado. Aproximadamente el 20–38% de los pacientes sometidos a nefrectomía radical (RN) para CCR localizados tendrán una progresión posterior de la enfermedad, con un 0.8–3.6% de recurrencias locales dentro del retroperitoneo ipsilateral (RFR). El objetivo principal de este estudio es evaluar los factores pronósticos, los resultados oncológicos y el manejo actual de la recurrencia en fosa renal en pacientes con antecedentes de nefrectomía radical por CCR.

### Materiales y métodos

Analizamos retrospectivamente a 733 pacientes que se sometieron a una nefrectomía radical abierta o laparoscópica para un CCR unilateral, cT1-T4, N0, M0 entre 2010 y 2016 en el Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

### Resultados

De un total de 733 nefrectomías radicales (abiertas/laparoscópicas), 561 pacientes con CCR fueron incluidos en el estudio. Mediana de tiempo de seguimiento de 24 meses (12-36) (IQR). Recurrencia en fosa renal se presentó en 21 (3,74%) pacientes. Trece (2.31%) pacientes fueron diagnosticados con recurrencia aislada (iRFR) en fosa renal (11 pacientes tratados con resección quirúrgica abierta, 1 paciente resección con abordaje laparoscópico y 1 caso se trató con crioablación). 8 (0.89%) pacientes presentaron recurrencia local y metástasis sincrónicas (niRFR).

La sobrevida global (OS) estimada a 4 años en pacientes sin RFR, con iRFR y niRFR fue de 82.7% (IC95% 70.2-95.2), 69.2% (IC 44.2-94.2) y 0%, respectivamente (Log Rank Test  $p < 0,0001$ ), siendo niRFR diferente a los demás. Presentar niRFR es un factor de riesgo de muerte con HR 11.4 (4.8-27.2) comparado con iRFR o sin recurrencia. En general, 51% (IC 26.6-71.2) de pacientes con cualquier RFR murieron a los 4 años de seguimiento.

### Conclusión

Aunque la RFR es un evento raro, en ausencia de enfermedad metastásica, nuestro objetivo debe ser la resección quirúrgica agresiva y temprana. El alto estadio tumoral (pT) y el alto grado tumoral son factores de riesgo independientes para la RFR.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# THE ANTISENSE LONG NON-CODING MITOCHONDRIAL RNA(AS-ncmtRNA) INTERFERENCE WITH ANDES-1537 AS A NOVEL TREATMENT FOR RENAL CARCINOMA

Araya, M<sup>(1)</sup>; Guevara, F<sup>(1)</sup>; Villegas, J<sup>(1)</sup>; Alarcón, L<sup>(2)</sup>; Burzio, L<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1, 2)</sup>

<sup>(1)</sup>Andes Biotechnologies, Fundación Ciencia & Vida. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile.

## INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Metastatic RCC is resistant to chemotherapy and radiotherapy, so treatments are focused on targeted therapies. We previously described components of a unique family of non-coding mitochondrial transcripts named ASncmtRNAs. These transcripts are expressed in normal proliferating cells, but are down-regulated in tumor cells of different origin. We found that knocking down these transcripts in vitro with antisense oligonucleotide (ASO) induces selective death of several tumor cell lines without affecting normal cells. The aim of this study was to evaluate in vitro and in vivo, the therapeutic value of silencing the ASncmtRNA with ASO in human cell lines/primary cultures and in A498 xenograft and Patient Derived Xenograft (PDX) RCC model.

## METHODS:

For the in vitro studies we used different human renal carcinoma cell lines (786-O, Caki-1, A498) and 6 primary cultures derived from RCC patients. Knock down of the ASncmtRNA was achieved by transfection of ASO targeted to the loop region of these transcripts (Andes-1537). As control, we used ASO with unrelated sequence (NR-ASO). Cell death was evaluated with FACS by PI and tripan exclusion assay and the decrease in tumorigenicity was determined by sphere assay. The apoptosis hallmarks evaluated were Caspase activation, DNA fragmentation and phosphatidylserine exposure on the outer membrane. For the in vivo model 2,5x10<sup>6</sup> A498 cells were implanted subcutaneous in 10 NOD/SCID Balb/c mice.

For the PDX model a 5mm<sup>3</sup> tissue sample from a pT2N0M0 ISUP 3 RCC patient was implanted subcutaneously in 10 NOD/SCID Balb/c mice, intraperitoneal treatments were performed every 48 hours for 10 times with Andes-1537 and NR-ASO (10 mg/kg). Necropsies were performed when the tumor reach 1000mm<sup>3</sup>

**RESULTS:** In vitro Andes-1537 treatment induces massive cell death by apoptosis (70-80%) post-treatment. A significant inhibition of spheres was also observed. In the A498 model the decrease in tumor growth was statistically significant in mice treated with Andes-1537 in comparison with NR-ASO (p.<0.05), in the PDX model the mean volume in the control group at 60 days was 1000mm<sup>3</sup> and in Andes-1537 160mm<sup>3</sup>

**CONCLUSIONS:** These results support the potential use of Andes-1537 as a novel therapy for RCC.

Financiamiento / conflicto de intereses: Andes Biotechnologies SpA

# ONCOLOGIC OUTCOMES IN YOUNG ADULTS WITH KIDNEY CANCER TREATED DURING THE TARGETED THERAPY ERA

Sierra, P<sup>(1)</sup>; Cordeiro, M; Albuquerque, E; Rodrigues, G; Bastos, D; Bonadio, R; Sarkis, A; Cavalcante, A; Pontes, J; Coelho, R; Nahas, W

<sup>(1)</sup>Urologia Oncológica, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). São Paulo, Brasil.

**Objective:** To determine the oncologic outcomes of young adults with kidney cancer treated during the targeted therapy era and evaluate the impact of young age on survival.

**Materials and Methods:** We reviewed the records from 445 patients younger than 55 years with kidney cancer cancer at a single institution from 2006- 2017. Overall survival (OS) and recurrence-free survival (RFS) were estimated with the Kaplan-Meier method and log-rank test. Cox proportional hazards regression was used to determine the impact of clinical and pathologic variables on all cause mortality.

**Results:** Overall, 104 patients (23%) 40 years or younger were compared to 341 (77%) 41-55 years old. Younger patients had more non-clear cell histology (54% vs 30% p <0.001), presented with more advanced stages of the disease including metastasis at diagnosis, positive lymph nodes and venous tumor thrombus. Young adults had significantly worse OS at 2 and 5 years 67% vs 82% and 53% vs 69% respectively. Younger patients with metastatic disease received less often targeted agents compared to the older group (64% vs 75%). There was no difference in RFS across localized disease patients. Independent prognostic factors associated with increased mortality were metastasis at diagnosis, clinical lymph nodes, pT3 or greater, tumor size, hematuria and age younger than 40 (HR 1.78 95% CI 1.12-2.82 p 0.01).

**Conclusion.** Patients younger than 40 years with kidney tumors treated during targeted therapy era have significantly worse OS compared to older adults. Young age is an independent predictor of mortality.

Multivariate analysis for all cause mortality

Variable (ref variable)	All cause mortality	HR(95% CI)	p value
Age < 40 (ref 40-55)	1.78 (1.12-2.82)		0.015
Clinically + LN (ref - LN)	2.22 (1.33-3.72)		0.002
Metastasis at Diagnosis (ref no mtt)	6.9 (4.14-11.59)		<0.001
pT3-T4 (ref <pT2)	4.48 (2.40-8.39)		<0.001
Tumor size (continuous)	1.07 (1.02-1.12)		0.005
Hematuria (ref no hematuria)	0.51 (0.33-0.78)		0.002

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ONCOCITOMA BILATERAL SINCRÓNICO.**

Vigil, S<sup>(1)</sup>; Russo, R<sup>(1)</sup>; Marengo, R<sup>(1)</sup>; Pautasso, A<sup>(1)</sup>; Pautasso, S<sup>(1)</sup>; Seeber, J<sup>(1)</sup>; Rocchia, G<sup>(1)</sup>; Battezzati, O<sup>(1)</sup>; Paradelo, M<sup>(1)</sup>; Pautasso, O<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Córdoba.

**Introducción:** El cáncer de células renales representa 2-3% de los tumores malignos de los cuales el 90 % corresponde a carcinoma de células claras. El compromiso bilateral se presenta en 1,8 -11%.

El oncocitoma renal es un tumor de comportamiento benigno, cuya frecuencia oscila entre el 3- 7 % de las masas solidas; la presentación bilateral, es extremadamente rara.

**Objetivo:** reportar un caso de oncocitoma renal bilateral sincrónico y el procedimiento empleado para su resolución.

**Materiales y métodos:** estudio analítico descriptivo de carácter retrospectivo. Entre los años 2013 a 2019, realizamos un total de 200 nefrectomías, entre parciales y radicales, por neoplasias renales. Por tumor de células claras fueron operados 194 pacientes y con diagnóstico de oncocitoma 2 casos

Seis de esos pacientes 3%, fueron diagnosticados como tumores bilaterales: cinco casos correspondían a tumores de células claras bilaterales sincrónicos, y uno, a oncocitoma que comprometía simultáneamente ambos riñones. Este caso, correspondiente a un varón de 63 años, de diagnóstico incidental, fue resuelto con tumorectomía y nefrectomía practicadas en dos tiempos con un intervalo de 45 días, con evolución satisfactoria. Presentaba un tumor periférico renal derecho de aproximadamente 20 mm y otro mesorrenal, central, con contacto íntimo con la encrucijada vascular, en el riñón contralateral, de aproximadamente 35 mm.

**Resultados:** Si bien, el oncocitoma constituye el tumor renal con evolución benigna más frecuente, su incidencia alcanza un porcentaje muy bajo, que redondea el 5%, siendo extremadamente rara, su presentación bilateral habiendo hallado solamente 1 caso descriptos en la literatura

**Conclusión:** En nuestra serie de tumores renales intervenidos, el porcentaje global de oncocitoma fue escaso y coincidente con la literatura publicada, y solo hemos encontrado un caso bilateral sincrónico. Existen muy escasos reportes de oncocitomas bilaterales sincronicos.

El procedimiento quirúrgico para la resolución es la nefrectomía o tumorectomía dependiendo del tamaño tumoral, localización y presencia de ambas unidades renales .

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE (CEUS) EN EL DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LA MASA RENAL

González García, L<sup>(1)</sup>; Del Pozo Jimenez, G<sup>(2)</sup>; García Criado, E<sup>(2)</sup>; Carballido Rodriguez, JA<sup>(2)</sup>; Fontanilla Echeveste, T<sup>(3)</sup>; Castillon Vela, IT<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. <sup>(2)</sup>Urología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Radiología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España.

### Introducción.

La ecografía permite actualmente un abordaje completo de las masas renales combinando ecografía basal, Doppler y eco con contraste. Aproximar el diagnóstico y disponer de una herramienta nefrométrica basada en la ecografía con contraste (CEUS) puede ser de utilidad en la valoración prequirúrgica de las masas renales, especialmente en pacientes con función renal comprometida, puesto que el contraste no tiene excreción renal, no es nefrotóxico y no contiene yodo. El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad de la CEUS en la caracterización de masas renales y en la evaluación de los principales parámetros de las escalas de nefrometría.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de una muestra de 36 pacientes con diagnóstico de masa renal estudiada mediante imágenes de CEUS y TC, intervenidos quirúrgicamente mediante nefrectomía parcial. Se efectuó un análisis descriptivo de la muestra obtenida.

Se ha realizado un estudio comparativo para valorar las variables que podrían predecir la histología tumoral realizando el test de Chi-cuadrado para las variables categóricas y ANOVA para las variables cuantitativas.

Se ha realizado la prueba de Chi-cuadrado para valorar el grado de coincidencia en los distintos ítems a evaluar de las clasificaciones de PADUA y R.E.N.A.L. entre CEUS y TC. Los resultados con  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos. Los análisis fueron realizados utilizando SPSS Statistics v20.

**Resultados:** Según el patrón de realce, CEUS mostró una sensibilidad del 84,4%, especificidad del 50%, VPP de 93,1% y VPN de 28,6% en la aproximación al diagnóstico definitivo histopatológico. Al comparar las mediciones por CEUS y TC de los parámetros nefrométricos, estos coinciden en un 97,2% en el radio, un 69,4% en su disposición exofítica o endofítica, un 63,9% en localización siguiendo la clasificación PADUA y un 80,6% en la relación con el seno renal.

**Conclusión:** Los resultados confirman la utilidad de la CEUS como una herramienta en el estudio de masas renales y su caracterización, y de potencial aplicabilidad en la evaluación de los principales parámetros nefrométricos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## MASA OCUPANTE RENAL EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS: INFLUENCIA DE LOS FACTORES INMUNOLÓGICOS Y METABÓLICOS

Ringa, M<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>; Mieggi, M<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

Las masas ocupantes renales (MOR) tienen mayor incidencia entre los 60 y 70 años, a partir de allí comienzan a disminuir su frecuencia, de igual forma es infrecuente en menores de 40 años. Existe íntima relación entre factores inmunológicos, efecto antitumoral y el desarrollo de tumores. Llama la atención la menor frecuencia de MOR en esta población caracterizada por una declinación del sistema inmunológico, a diferencia de los menores de 40 años donde un eficaz sistema inmunológico podría actuar de barrera para el desarrollo de MOR. El metabolismo de las células tumorales también podría tener un rol en la menor incidencia en esta población.

Objetivo: analizar prevalencia y características de MOR en población mayor de 70 años y determinar que influencia podrían tener factores inmunológicos y metabólicos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes tratados por MOR entre Junio/2014 y Octubre/2018. Se incluyeron 56 pacientes mayores de 70 años (56/286 tratados). Se analizó edad, sexo, presentación, función renal, histopatología, tamaño, grado de malignidad y estadios (UICC 2009).

### RESULTADOS

La edad media fue 74.7 años (71-83 años), 35 casos de sexo masculino (62.5%). En 51 casos (90%) fue hallazgo incidental, 3 (5%) hematuria, 2 (3%) dolor lumbar y 1 (2%) síndrome paraneoplásico (anemia). Creatininemia media de 1.27mg/dl (1.10-1.54mg/dl) y uremia de 47mg/dl (42-58 mg/dl). Tamaño medio de 3,4cm (1.2-7,3cm). 76%(51/56) de malignidad, 43 casos carcinoma renal de células claras, con 17 casos Fuhrman 1 (35%); 21 casos Fuhrman 2 (44%), 7 casos Fuhrman 3 (15%) y 4 casos Fuhrman 4 (6%). Estadío I 81% con pT1a en 28 casos (57%) y pT1b 12 casos (25%). 2 casos fueron pT2a (4%), 6 casos pT3a (12%) y 1 caso pT4 (2%).

### CONCLUSIÓN

En nuestra serie, los pacientes mayores de 70 años presentaron más frecuentemente tumores de bajo grado de malignidad en comparación a la población general, donde factores inmunológicos y metabólicos podrían tener un rol influyente. Como aplicación práctica se podría decir que en pacientes con morbilidades severas asociadas, la vigilancia activa puede ser considerada una alternativa válida en virtud de las altas posibilidades de ser tumores de bajo grado de malignidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PATRONES HISTOPATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS EN PACIENTES JÓVENES OPERADOS POR TUMOR RENAL

Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Garcia Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MGC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción:

Un 3-7% de los tumores renales se presentan en menores de 40 años, reportando patrones anatomopatológicos variados. Se plantea como objetivo comparar características histopatológicas y quirúrgicas en pacientes  $\leq 40$  años operados por tumor renal con pacientes de mayor edad

### Materiales y Métodos:

Estudio de corte transversal, utilizando la base de datos prospectiva del "Clinical Research Office of the Endourological Society" entre Enero de 2010 y Abril del 2015. Se incluyeron nefrectomías (parciales o radicales) en pacientes mayores de 18 años, realizadas en un hospital de alta complejidad. Se dividió la población en menores o iguales a 40 años y mayores. Se compararon variables preoperatorias, intraquirúrgicas y postoperatorias

### Resultados:

Se realizaron un total de 1079 nefrectomías; 83 en  $\leq 40$  años y 996 en  $> 40$  años. Ambos grupos fueron comparables respecto a sexo, sintomatología, lado a tratar, número de tumores, abordaje y proporción de monorrenos, encontrándose una presencia mayor de comorbilidades en el grupo de mayor edad (69,5% vs. 20,5%,  $p=0,0001$ ).

Se observó mayor tendencia a practicar cirugía conservadora en los pacientes  $\leq 40$  años (61,4 contra 48%,  $p=0,045$ ), hallándose una mayor proporción de tumores benignos en este grupo (13,3 contra 6,6%,  $p=0,024$ ),

No se encontraron diferencias significativas respecto al diámetro tumoral medido por imágenes, la presencia de metastásis viscerales o adenopatías al diagnóstico.

En 1002 pacientes se diagnosticaron tumores malignos. Los  $\leq 40$  años presentaron un estadio tumoral más bajo,  $p=0,013$  (tabla 1). Se encontraron diferencias significativas entre el tipo histológico y el grupo etáreo ( $p=0,036$ ), siendo el carcinoma de células claras más frecuente en  $>40$  años. No hubo diferencia respecto a invasión linfocelular, ganglios positivos o diámetro tumoral en el estudio anatomopatológico.

De los 859 sujetos donde se informó grado de Fuhrman, se observó que la población joven presentaba una mayor proporción de grados 1 y 2 ( $p=0,001$ )

### Conclusiones:

Se observó mayor incidencia de tumores benignos en los pacientes  $\leq 40$  años además de menor agresividad y estadio en los malignos hallados.

Palabras clave: Tumor renal, adultos jóvenes, laparoscopia

Tabla 1. Estadio tumoral patológico (pT) según grupos etáreos

Estadio	Total, n=1002	$>40$ años, n=930	$\leq 40$ años, n=72	p= 0.036
pT1a (%)	468 (46,6)	425 (45,8)	43 (59,7)	*
pT1b (%)	240 (24)	227 (24,4)	13 (18)	
pT2 (%)	77 (7,7)	66 (7,1)	11 (15,3)	*
pT3a (%)	133 (13,3)	129 (13,9)	4 (5,6)	*
pT3b (%)	70 (7)	69 (7,4)	1 (1,4)	
pT3c (%)	2 (0,2)	2 (0,2)	0	
pT4 (%)	12 (1,2)	12 (1,2)	0	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CIRUGÍA DE RESCATE EN CÁNCER DE RIÑÓN RECIDIVADO. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Frasccheri, F<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

El tratamiento primario para el carcinoma de células renales es la resección quirúrgica, y en la mayoría de los casos es curativa. No obstante en algunos casos pueden existir recaídas. Si bien estas suelen presentarse dentro de los primeros dos años, también pueden ser tardías.

Objetivo: analizar resultados de los pacientes a los que se les realizó una cirugía de rescate por carcinoma de células renales.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo sobre una base prospectiva. Se analizaron todos los pacientes con seguimiento por cirugía de tumor renal entre Enero/2010 y Abril/2019. Se identificaron 16 pacientes con cirugía de rescate por carcinoma de células renales. Se analizaron datos demográficos, diagnóstico inicial, sitio y tiempo a la recaída, a progresión de la enfermedad y al tratamiento sistémico.

**RESULTADOS**

La mediana de edad en el diagnóstico primario fue de 61.7 años y la distribución por sexo fue de 5:1/M:F. La mediana de tiempo a la recaída fue de 25.9 meses (5-62 meses). El abordaje quirúrgico fue laparoscópico en el 38% de los casos. La histología fue de células claras 81.2% y 18.8% no células claras. Los sitios de recaída fueron renal 43.8%; Celda renal 25%, Suprarrenal 18.8%, Ganglionar 6.2% y pulmonar 6.2%. Las histologías de la cirugía de rescate coincidió en 87.5%. La sobrevida global luego del rescate fue 68.7%, la sobrevida libre de progresión fue de 43.8% y la mortalidad específica fue de 18.8% con una media de seguimiento de 35.1 meses (5-102 meses). Realizaron tratamiento sistémico 6 pacientes con tiempo medio al inicio del mismo de 15 meses (3-34 meses).

**CONCLUSIÓN**

La cirugía de rescate local como primera opción terapéutica en la recaída de carcinomas de células renales tiene una sobrevida global que lo mantiene como standard de tratamiento retrasando las terapias sistémicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **CIRUGÍA CONSERVADORA DE NEFRONAS EN MASA OCUPANTE RENAL A PARTIR DE LOS 6 CM: ¿SON TÉCNICAMENTE FACTIBLES?**

Ameri, C<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **INTRODUCCIÓN**

Con los avances en el conocimiento biológico de las Masas Ocupantes Renales (MOR), la mejor definición de estudios por imágenes y nuevas tecnologías y materiales quirúrgicos han incidido para que la inicial indicación de cirugía conservadora de nefronas (CCN) de tumores hasta 4 cm se extendiera para MOR de mayor estadio comprobando similares resultados oncológicos que con cirugía radical y en casos de sospecha de MOR benigna conservar la unidad renal.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en MOR > 6 cm a los que se les realizó CCN y analizar los resultados relacionados a la técnica quirúrgica y postoperatorios.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se seleccionaron 26 casos de MOR > 6 cm tratados con CCN desde marzo 2014 a marzo 2019, se analizaron variables demográficas, presentación, cirugía electiva o de necesidad, índice masa corporal, riesgo quirúrgico (ASA), creatinina pre y post-operatoria, R.E.N.A.L. score, instrumentación previa, abordaje, tipos de clampeo, tiempo de isquemia, sangrado intraoperatorio, apertura vía excretora, histopatología y complicaciones según clasificación Clavien-Dindo.

### **RESULTADOS**

Sexo femenino/masculino 7/19(27/73%), edad media 57 años (35-76años), 19(73%) incidentales y 6(27%) hematuria. BMI 28.9. ASA1 5(19%), ASA2 21(81%), cirugía electiva 23(85%) y 4(15%) de necesidad, creatinina media 1.1mg/dl(0.87-1,6). En 3(12%) casos se colocó catéter ureteral previo. R.E.N.A.L. score 5-9 fueron 14(53%) y 12(47%) 9-12. Abordaje abierto 20(77%) y laparoscópico 6(23%), en 13(50%) sin clampeo, 8(30%) clampeo completo, 3(11%) clampeo arterial y 1(9%) clampeo segmentario. Apertura de vía excretora en 17(65%) casos. Tiempo medio de isquemia 23minutos (8-29minutos), media de sangrado intraoperatorio de 400ml(80-1600ml). Histopatología: Malignos 19(73%) y 7(27%) benignos, tamaño medio 6.5cm(6-19cm), 100% de márgenes negativos. Complicaciones: 1(4%) filtrado de orina que cedió espontáneamente a 7 días, 1(4%) sangrado post operatorio que se autolimitó, 1(4%) insuficiencia renal con creatinina 2,59mg/dl (previa 1.4mg/dl), 4(16%) dolor que requirió opiáceos. Control de creatinina (25 casos): 12(46%) elevó 20% del valor basal, todos con normalización a 3 meses.

### **CONCLUSIÓN**

La CCN en tumores a partir de los 6 cm son técnicamente factibles y en casos seleccionados debería ser una táctica de elección, especialmente en la cirugía electiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN TUMORES TECNICAMENTE COMPLEJOS: RESULTADOS FUNCIONALES, QUIRURGICOS Y ONCOLOGICOS

Vera Veliz, A<sup>(1)</sup>; Del Campo, F<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Dominguez, R<sup>(1)</sup>; Narvez, P<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(1)</sup>; Reyes, E<sup>(1)</sup>; Orellana, N<sup>(1)</sup>; Kerkebe, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El sistema R.E.N.A.L.score permite clasificar los tumores renales según sus características anatómicas en baja, mediana y alta complejidad quirúrgica. Los resultados oncológicos, quirúrgicos y funcionales de la nefrectomía parcial robótica (NPR) se engloban en el término pentafecta, la cual incluye conservación de al menos 90% de la velocidad de filtración glomerular (VFG), sobrevida libre de recurrencia local o a distancia, ausencia de complicaciones post-operatorias según clasificación Clavien-Dindo  $\geq 2$ , tiempo de isquemia caliente  $\leq 25$  minutos y márgenes quirúrgicos negativos. Nuestro objetivo es describir y comparar los resultados de las NPR según las variables de la pentafecta y R.E.N.A.L. Score.

**MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo de una cohorte de 85 pacientes con diagnóstico de tumor renal sometidos a NPR en nuestro centro entre Junio-2014 y Diciembre-2018. Se compararon los resultados de la pentafecta de cada cirugía según la complejidad técnica de cada tumor basados en el R.E.N.A.L. score (baja, mediana y alta complejidad). Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 57 pacientes con diagnóstico de cáncer renal. La mayoría eran hombres (61,4%) y la edad promedio fue  $59 \pm 12$  años. El tamaño tumoral promedio  $3,5 \pm 1,9$  cm, siendo en el 33,3% de los casos considerado de baja complejidad, 54,4% de mediana complejidad y 12,3% alta complejidad. Globalmente, en el 89,5% de las NPR el tiempo de isquemia fue  $\leq 25$  min y no hubo complicaciones ClavienDindo  $\geq 2$  en el 92,9%. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en el 96,5%. Con un seguimiento promedio de  $17 \pm 10$  meses, el 77,2% y el 98,2%, preserva a lo menos el 90% de su VFG y se encuentra libre de recurrencia local o a distancia, respectivamente. En el 63,2% de los casos se logró el cumplimiento de todas las variables de la pentafecta. Al comparar cada variable entre los grupos según complejidad técnica (baja, mediana y alta) no hubo diferencias estadísticamente significativas.

**CONCLUSIÓN:** La introducción de la cirugía robótica ha permitido extender las indicaciones de nefrectomía parcial, siendo una alternativa segura frente a la nefrectomía radical. Hoy en día podemos incluir a aquellos pacientes con tumores considerados técnicamente complejos, ofreciéndoles un tratamiento quirúrgico con excelentes resultados oncológicos, quirúrgicos y funcionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR FIBROSO SOLITARIO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Rovegno, F<sup>(1)</sup>; Gradin, S<sup>(1)</sup>; Yepes Hernandez, C<sup>(1)</sup>; Sponton, L<sup>(1)</sup>; Rovegno, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, CEMIC. CABA, Argentina.

**INTRODUCCION**

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia rara de origen mesenquimal que generalmente se origina en la pleura visceral. La mayoría son benignos. Ocurre por igual en ambos sexos, con una edad de presentación entre la segunda y sexta década de la vida. El diagnóstico se basa en la histología e inmunohistoquímica.

Presentamos 3 casos de pacientes con diagnóstico de Tumor Fibroso Solitario, 2 en vejiga y otro en retroperitoneo.

**METODO**

Caso 1: Un paciente varón de 69 años de edad, consulta por dolor en hipogastrio asociado a síntomas urinarios bajos. En la tomografía se observa una masa de 100x80 mm en pelvis menor, en íntimo contacto con la próstata y la pared posterior de la vejiga. Se realiza extracción de la masa asociada a cistoprostatectomía radical de necesidad + derivación uretero entero cutánea (Bricker).

Caso 2: Paciente varón de 83 años con antecedente de Cáncer de próstata y carcinoma urotelial de bajo grado, que en control endoscópico se reseca lesión adyacente a meato ureteral izquierdo evidenciado un Tumor fibroso solitario.

Caso 3: Paciente de sexo femenino de 34 años que durante el embarazo se identifica por ecografía una masa retroperitoneal adyacente al polo inferior del riñón izq. de 100x73 mm. Se realiza extracción de la masa sin necesidad de nefrectomía.

**RESULTADOS**

El estudio histológico confirmó el diagnóstico de Tumor Fibroso Solitario en los 3 casos: CD34 +, CD 99 + y BCL2 + CD117 (-) con márgenes libres.

**CONCLUSION**

La resección quirúrgica con márgenes negativos tiene intención curativa. Es necesario el seguimiento a largo plazo para asegurar la ausencia de recurrencia local y a distancia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## IMPACTO DE NEFROSTOMÍA PERCUTANEA EN CÁNCER DE CERVIX LOCALMENTE AVANZADO. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Carmona, F<sup>(1)</sup>; Ascarate, P<sup>(1)</sup>; gennari, I<sup>(1)</sup>; pawelkowski, Y<sup>(1)</sup>; yamgotchian, e<sup>(1)</sup>; sarabia, e<sup>(1)</sup>; o'leary, k<sup>(1)</sup>; jankilevich, g<sup>(1)</sup>; belinsky, j<sup>(2)</sup>; graziano, c<sup>(2)</sup>; santome, a<sup>(3)</sup>; Saffioti, N<sup>(4)</sup>  
<sup>(1)</sup>Oncología, Durand. caba, argentina. <sup>(2)</sup>urología, Durand. caba, argentina. <sup>(3)</sup>ginecología, Durand. caba, argentina. <sup>(4)</sup>instituto de nanosistemas, universidad de san martin. buenos aires, argentina.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix (CC) es la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo y representa un importante desafío en términos de salud pública.

Esta neoplasia frecuentemente progresa con uropatía obstructiva (UO) debido al compromiso locorregional. La nefrostomía percutánea (NPC) es un método seguro y eficaz para optimizar la función renal; sin embargo, sus indicaciones han sido cuestionadas en pacientes con mal pronóstico.

### OBJETIVO

Evaluar el rol de la NPC y su impacto en términos de sobrevida en pacientes con CC localmente avanzado.

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo basado en historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Durand en el periodo entre 2011-2018 con CC localmente avanzado.

Se evaluó la incidencia de uropatía obstructiva con requerimiento NPC y el impacto de esta en la sobrevida. Se utilizó el método de Brookmeyer para el cálculo del intervalo de confianza de sobrevida global y Log\_Rank\_Test para comparar resultados entre ambos grupos.

### RESULTADOS

Se registraron 66 pacientes con CC localmente avanzado.

EL 18.8 % estadio (E) IIB; el 4,54 % E IIIA; el 66.56 % E IIIB; 13.6 % E IVA. Por hidronefrosis moderada-severa y deterioro de función renal, con PS 0/1 el 16.6% (11) correspondientes a E IIIB se les realizó NPC, permitiendo la misma realizar tratamiento onco-específico.

La sobrevida alcanzada en E IIIB sin requerimiento de NPC fue de 20.5 meses (M), mientras que los que requirieron NPC fue de 18.8 M, (IC 95% 10,6 - 41,3).

### CONCLUSIÓN:

En nuestra población la NPC resulto ser un procedimiento seguro, permitiendo acceder al tratamiento oncológico estándar para su estadio. Mejorando así su calidad de vida y logrando una sobrevida semejante a aquellos pacientes sin uropatía obstructiva. Considerando que la sobrevida alcanzada fue similar a la reportada en la bibliografía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CÁNCER RENAL INCIDENTAL EN PACIENTES MENORES DE 37 AÑOS: – REVISION A PROPÓSITO DE SEIS CASOS**

Miño, P<sup>(1)</sup>; Guzman, F<sup>(1)</sup>; Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Garcia, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Nacional Alejandro Posadas. CABA, ARGENTINA.

**Introducción:** El cáncer renal supone más del 2-3% de todas las neoplasias malignas de nuevo diagnóstico. El 80% de estos tumores se originan en el parénquima renal, dos tercios de estos tumores están determinados al diagnóstico y son potencialmente curables mediante tratamiento quirúrgico. La influencia de la edad en las características clínicas y tumorales del cáncer renal han caracterizado los tipos histológicos más frecuentes, riesgo de recurrencia e implicación pronóstica sin embargo los resultados publicados son controvertidos.

**Objetivo:** Evaluar la influencia de la variable edad en las características clínico-patológicas en una serie de 6 casos.

**Materiales y métodos:** Se estudió de forma retrospectiva 6 pacientes jóvenes diagnosticados de cáncer renal y tratados quirúrgicamente en nuestro Servicio en el periodo de 3 años. Siendo sus características comunes incidentalomas asintomáticos, sin antecedentes personales ni familiares, 2 de ellos derechos, con anatomía patológica de Carcinoma renal asociado a la traslocación de la familia MiTF/TFE unifocal con patrón rabdoide en tres de ellos y rabdoide y sarcomatoide en los otros 3, pT2a- y pT3aN0M1 en uno solo de ellos. Al momento en seguimiento oncológico, nefrológico y urológico sin MTS posteriores ni interurrencias.

**Discusión:** la baja incidencia del cancer renal en adultos jóvenes (menores de 40 años) dificulta conocer la evolución natural en este grupo de edad, el incremento paulatino en la incidencia debido a una mayor probabilidad del diagnóstico incidental, por la utilización rutinaria de técnicas imagenológicas para el estudio de otras patologías. Existe asociación entre la edad y el grado de diferenciación tumoral, mayor proporción de tumores indiferenciados en pacientes jóvenes, en nuestra serie, no se encontraron diferencias en el tipo histológico según la edad, siendo el descrito el más frecuente.

**Conclusiones:** El carcinoma de células renales con translocación de la familia MiT es un subtipo poco frecuente con anomalías genéticas recurrentes, los síntomas son nulos o inespecíficos, , la traslocación característica TFE3 y el comportamiento biológico difiere molecularmente de los otros subtipos de carcinomas renales en pacientes jóvenes, el tratamiento fundamentalmente quirúrgico. Pronóstico favorable en la mayoría de casos.

**Palabras clave:** Tumor renal, carcinoma juvenil, MiTF/TEF.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## UTILIZACIÓN DE DOBLE JOTA METÁLICO EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN URETERAL MALIGNA: EXPERIENCIA EN NUESTRA INSTITUCIÓN

Esquenazi, GG<sup>(1)</sup>; Egea, D<sup>(1)</sup>; Camean, J<sup>(1)</sup>; Jaunarena, J<sup>(1)</sup>; Villoldo, G<sup>(1)</sup>; Villaronga, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Instituto Alexander Fleming. CAPITAL FEDERAL, Argentina.

### Introducción:

Asegurar un adecuado drenaje renal en el contexto de la obstrucción ureteral maligna (OUM) puede ser un desafío para el urólogo. Los catéteres metálicos se presentan en la práctica urológica como una posibilidad ante dicho escenario.

### Propósito:

Presentar nuestra experiencia en la utilización de catéteres metálicos tipo Resonance en el manejo de la OUM en una Institución monovalente Oncológica.

### Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes a los que se colocó un doble jota metálico Resonance entre Marzo de 2015 y Marzo de 2019. Se analizó: tasa de eficacia (definida por el tratamiento exitoso clínico y radiológico de la uronefrosis), tiempo de permanencia del catéter (meses desde la colocación inicial hasta el fallo del mismo o la muerte del paciente), recambio del mismo, y complicaciones (intolerancia, Infección urinaria e incrustación).

### Resultados:

Se colocaron 32 catéteres metálicos resonance en 23 pacientes, 4 casos (17%) fueron bilaterales. La edad media fue de 57 años (rango 23-81). La tasa de eficacia del catéter fue del 87%. Un 21%(5) de los pacientes presentaba algún grado de falla renal previo a su colocación, la cual resolvió o presentó mejoría. El tiempo de permanencia máximo del catéter fue de 42 meses (media 13.2 meses). El recambio se llevó a cabo en 5 pacientes (21%), y el tiempo promedio al mismo fue de 15.8 meses. La falla ocurrió en 3 casos (13%), los cuales requirieron de su extracción debido a intolerancia. En un (1) paciente fue necesario la utilización de litotricia extracorpórea para la extracción del catéter debido a incrustación. Las infecciones urinarias se presentaron en 8 pacientes (35%) y todas fueron tratadas exitosamente con antibióticos vía oral.

### Conclusiones:

En nuestra experiencia los catéteres metálicos tipo resonance se presentaron como una estrategia de manejo eficaz y segura de la OUM.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 40 AÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

denis, mg<sup>(1, 2)</sup>; alvarez, p<sup>(1)</sup>; yirula, l<sup>(1)</sup>; nuñez, m<sup>(1)</sup>; gregoris, f<sup>(3)</sup>; scorticati, c<sup>(1)</sup>; bernardo, n<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>urología, de clinicas. capital federal, Argentina. <sup>(2)</sup>buenos aires city. <sup>(3)</sup>buenos aires.

### Introducción:

El carcinoma renal afecta predominantemente a pacientes de entre 60 y 70 años; menos frecuentemente, puede presentarse en adultos menores de 40 años (entre un 3 y 9%). El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de nuestra institución en el tratamiento del carcinoma de células renales en pacientes de 18 a 40 años, analizando los aspectos específicos de este grupo y comparándolo con los resultados publicados en otros centros.

### Materiales y Método:

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes de entre 18 y 40 años que presentaron diagnóstico de carcinoma de células renales (CCR) y que fueron atendidos en nuestro centro entre el 2000 y el 2018; en ese período, 950 pacientes fueron tratados y operados en nuestra institución por CCR. Treinta y cinco de estos pacientes (3,7 %) tenían de 18 a 40 años de edad al momento del diagnóstico y constituyen el grupo analizado en este trabajo.

Uno de los 35 pacientes, presentó CCR en el riñón contralateral, metacrónico, durante el seguimiento postoperatorio. Dos pacientes tenían un tumor renal bilateral, sincrónico.

Presentamos 35 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales, que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos.

### Resultados

De los 35 pacientes, 18 (51 %) eran mujeres y 17 (49 %) hombres. La edad media al momento del diagnóstico fue de 33 años.

Se realizaron 25 nefrectomías radicales unilaterales y 7 nefrectomías parciales unilaterales. A uno de los pacientes con tumor sincrónico bilateral se le realizó nefrectomía bilateral en un tiempo, al otro paciente nefrectomía parcial bilateral en dos tiempos y al que presentó tumor metacrónico contralateral, nefrectomía parcial en un 2° tiempo

### Conclusiones:

En nuestra población, se destaca un porcentaje bajo de incidentalomas, tumores de tamaño mayor al promedio informado en ese tipo de pacientes, y sin diferencia de compromiso respecto al sexo del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RELAÇÃO ENTRE CÂNCER DE PRÓSTATA E A PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS NUTRICIONAIS ANTROPOMÉTRICOS

Piber, LS<sup>(1, 2)</sup>; Mello, JR<sup>(1)</sup>; Néder, PR<sup>(1)</sup>; Freitas, CM<sup>(1)</sup>; De Michelli, GC<sup>(1)</sup>; Armond, JE<sup>(1)</sup>; Souza, PC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Saúde Coletiva, Universidade Santo Amaro. São Paulo, Brasil. <sup>(2)</sup>Ultrassonografia, CDB Inteligência Diagnóstica. São Paulo, Brasil.

**Introdução:** O câncer de próstata, patologia maligna masculina de expressiva prevalência, morbimortalidade, de grande interesse em saúde pública, apresenta fatores associados ainda em estudo. Dentre estes fatores, destaca-se a obesidade, doença conhecida mundialmente por ser epidêmica, que apresenta causas e consequências bem fundamentadas, entre elas as doenças cardiovasculares e metabólicas. A antropometria, que incluiu a análise do índice de massa corpórea, tem eficácia comprovada em avaliação e acompanhamento clínico para todas as faixas etárias. A obesidade está associada a um aumento do risco de tumores de alto grau e diagnóstico em estágio avançado. O objetivo deste estudo foi verificar os resultados anatomopatológicos de biópsias de próstata e a prevalência dos diagnósticos antropométricos obtidos pelo IMC.

**Materiais e métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, em que foi determinado o IMC de todos os pacientes que foram submetidos à biópsia de próstata guiada por ultrassonografia, no período entre setembro de 2018 a abril de 2019, em serviço privado de diagnóstico por imagem de São Paulo.

**Resultados:** Foram biopsiados 63 pacientes. Destes, 25 (39,7%) foram diagnosticados com adenocarcinoma de próstata. A prevalência de obesidade e de sobrepeso em pacientes com adenocarcinoma foi de 36% e 36% respectivamente; 28% eram eutróficos. No grupo de pacientes cujo anatomopatológico foi negativo (60,3%) para neoplasia maligna, observou-se obesidade em 21%; sobrepeso em 45%; eutrofia em 32% e baixo peso em 2% dos casos.

**Conclusão:** Evidenciou-se maior de prevalência de obesidade no grupo de pacientes com adenocarcinoma de próstata. Estudar a relação entre a obesidade e as mais diversas patologias remete a um problema de saúde pública modificável.

**Palavras-chave:** Neoplasias da próstata, Ultrassonografia, Obesidade

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



# IMPACTO DEL SISTEMA ROBÓTICO DA VINCI EN PROSTATECTOMÍA RADICAL EN UN CENTRO DEL SERVICIO PÚBLICO CHILENO

Narváez, P<sup>(1)</sup>; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Reyes, E<sup>(1)</sup>; Orellana, N<sup>(1)</sup>; Dominguez Argomedo, RJ<sup>(1)</sup>; Vera, A<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Vallejos, J<sup>(1)</sup>; Velasquez, F<sup>(1)</sup>; Kerkebe, M<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Dipreca. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** La mayoría de los trabajos publicados sobre resultados de curva de aprendizaje en prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) son en centros de alto volumen y con cirujanos entrenados. El Hospital Dipreca, un hospital público chileno, inicia su experiencia en cirugía robótica el año 2014 sin Proctor, y urólogos formados solamente con el curso básico de cirugía robótica de la empresa del sistema Da Vinci.

El objetivo de este trabajo fue analizar el impacto de la introducción del sistema robótico Da Vinci Si en un centro sin entrenamiento en cirugía robótica previa, donde sólo realizaba la técnica de prostatectomía radical laparoscópica y prostatectomía radical retropúbica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El análisis retrospectivo de los primeros 150 pacientes consecutivos sometidos a PRLR (Grupo I: casos 1–50; Grupo II: casos 51–100; Grupo III: casos 101– 150). Las complicaciones se clasificaron utilizando el Sistema de Clavien-Dindo.

Se evaluaron parámetros peri y postoperatorios, incluyendo tiempo operatorio, pérdida de sangre, y complicaciones. La tasa de márgenes quirúrgicos positivo (MQP) se analizaron en pT2 y pT3. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis y chi-cuadrado según correspondiera.

**RESULTADOS:** El tiempo de la consola PRLR se redujo gradualmente del Grupo I al Grupo III (268min, 203min, 165min respectivamente,  $p < 0.001$ ). La pérdida de sangre disminuyó del grupo I al grupo III, (590cc, 409cc, 500cc respectivamente.  $p = 0.014$ ). Las tasas de complicaciones fueron 10%, 10% y 12% en los grupos I, II, III, respectivamente.

Los MQP fueron del 26%, 6%, y 8% en pT2 en los grupos I, II y III, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** La introducción del sistema robótico Da Vinci nuestro centro mostró una disminución significativa de la pérdida de sangre y tiempo operatorio luego de cada 50 casos. Disminuyeron también los MQP, mostrando mejora respecto a datos publicados previamente de nuestro centro con técnica laparoscópica (28.57%) y abierta (35.6%).

El impacto del uso del Sistema Da Vinci Si en nuestro centro ha logrado mejorar los resultados de la prostatectomía radical, con una curva de aprendizaje corta a pesar de no haber contado con proctorización ni urólogos expertos en cirugía robótica.

**PALABRAS CLAVES:** Cirugía robotica, curva de aprendizaje, próstata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Piber, LS<sup>(1)</sup>; Luz, TST<sup>(1)</sup>; Calou, DF<sup>(1)</sup>; Calanca, G<sup>(1)</sup>; Armond, JE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Saúde Coletiva, Universidade Santo Amaro. São Paulo, Brasil.

### Introdução:

O câncer de próstata é a neoplasia mais comum nos homens, cuja incidência e prevalência estão associados à idade, etnia e predisposição familiar. No biênio 2018-2019, estima-se para o Brasil, a ocorrência 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, sendo que os cânceres de próstata (68 mil) estão entre os mais frequentes, representando 31,7% dos cânceres em homens. O objetivo desta pesquisa é mostrar dados epidemiológicos sobre o câncer de próstata no Brasil e na América Latina.

### Materiais e métodos:

Foi realizado um estudo de dados epidemiológicos coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), World Health Organization (WHO) Database, referentes ao ano de 2018. Para as análises foi incluído código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10) pertinentes à temática, a saber: CID-C61 Neoplasia maligna da Próstata.

### Resultados:

Na América Latina e Caribe o câncer de próstata é o mais incidente e o mais letal, em homens, estima-se que em 2018, houvera incidência de 190.385 casos, a taxa de incidência é 56,4/100.000 homens, 53.798 foram a óbito representando letalidade de 28,26%.

O Brasil apresentou 84.992 casos, taxa de incidência de 74,0/100.000 homens, com 16.730 óbitos, representando letalidade de 19,68%.

Em 2018, dentre os países da América Latina e Caribe, destacaram-se em incidência do câncer de próstata em números absolutos, México (25.049); Colômbia (12.712); Argentina (11.600); Peru (7.598) e Venezuela (7.445). Com relação ao coeficiente de letalidade, destacaram-se Jamaica (70,89%), Haiti (64,86%), Saint Lucia (61,25%), Cuba (59,19%) e República Dominicana (55,71%).

### Conclusões:

Observa-se que o câncer de próstata apresenta incidências e letalidade distintas e inferem particularidades dos países da América Latina e Caribe. Estudar dados epidemiológicos é importante para o planejamento de ações em saúde coletiva, especialmente para intervenções sobre os fatores risco modificáveis e estratégias de diagnóstico precoce.

**Palavras chave:** Câncer de próstata; Saúde do homem; Epidemiologia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLES TRATADOS CON ACETATO DE ABIRATERONA O DOCETAXEL EN UN CENTRO ÚNICO

Dominguez Argomedo, RJ<sup>(1)</sup>; Zuleta Vergottini, G<sup>(2)</sup>; Leiva, R<sup>(2)</sup>; Vera, A<sup>(1)</sup>; Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(1)</sup>; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Orellana, N<sup>(1)</sup>; Kerkebe, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago. <sup>(2)</sup>Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

**INTRODUCCION:** Históricamente se ha considerado la terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera línea en el manejo de pacientes con cáncer de próstata metastásico. Sin embargo, la evidencia actual afirma que agregar Acetato de Abiraterona (AA) o Docetaxel a la TDA en pacientes con Cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) mejora la sobrevida versus TDA sola. El objetivo de este estudio es analizar la supervivencia de pacientes con CPHSm manejados con AA o Docetaxel en un centro único.

**MATERIALES Y METODOS:** Cohorte retrospectiva donde se incluyeron todos los pacientes con CPSCm manejados con AA y Docetaxel entre el 2017 al 2019. La sobrevida libre de progresión (SLP) fue analizada mediante estimador de Kaplan-Meier.

**RESULTADOS:** Un total de 9 pacientes fueron tratados con AA+TDA según criterios de LATITUDE y STAMPEDE y 14 pacientes con Docetaxel+TDA según criterios CHARTED y STAMPEDE. La edad promedio fue  $77 \pm 9.3$  años para el grupo AA y  $69 \pm 4.46$  años para el grupo Docetaxel. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial, presente en el 88.9% del grupo AA y en el 57.1% del grupo Docetaxel. El 77.8% de los pacientes del grupo AA tenían un Gleason  $\geq 8$  vs un 57.1% del grupo Docetaxel. El 11.1% de los pacientes del grupo AA habían recibido previamente un tratamiento curativo vs un 14.3% del grupo Docetaxel. El 55.6% de los pacientes del grupo AA presentaban metástasis viscerales al diagnóstico vs el 14.2% del grupo Docetaxel. Se observó una reducción del PSA  $> 50\%$  en el 77.8% de los pacientes del grupo AA y en el 92.9% del grupo Docetaxel. La SLP fue de 10.2 meses para el grupo AA y 16.4 meses para el grupo Docetaxel, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p=0.701$ ).

**CONCLUSIONES:** En nuestro centro, el uso de AA o Docetaxel asociado a TDA en pacientes con CPHSm tienen resultados oncológicos comparables entre sí. A pesar de esto, existe una tendencia a menor sobrevida en el grupo de AA, lo cual podría explicarse por las características clínico-oncológicas más agresivas en el grupo de AA. Las diferencias en las tasas SLP respecto a la literatura probablemente esté dado por el corto periodo de seguimiento de nuestra cohorte.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Próstata, Abiraterona, Docetaxel

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## MARCADORES BIOMOLECULARES DIAGNÓSTICOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA: UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Claro, A<sup>(1)</sup>; Flores, O<sup>(1)</sup>; Escuder, J<sup>(1)</sup>; Galván, A<sup>(1)</sup>; Fiorella, D<sup>(1)</sup>; Domenech, F<sup>(1)</sup>; Martínez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

**Palabras clave:** cáncer de próstata, marcadores biomoleculares, biopsia de próstata.

### Introducción:

Los biomarcadores son una herramienta en la toma de decisiones diagnósticas en los pacientes con cáncer de próstata. Se analizarán 4 calicreínas (4Kscore), panel genético basado en ARNm (Select MDx) y estudios epigenéticos (Confirm MDx), PCA3 y Mi prostate score (MIPS) con los cuales se ha buscado disminuir el número de primeras biopsias y re-biopsias.

### Objetivo:

Definir el impacto en la práctica clínica de los marcadores biomoleculares en reducir la necesidad de primera biopsia prostática o re-biopsia en pacientes con biopsia previa negativa y PSA de riesgo.

### Materiales y métodos:

Los pacientes fueron evaluados en el período marzo 2016 a junio 2019.

Los datos se obtuvieron de 14 centros con un total de 23 especialistas tratantes.

Se contactaron los pacientes por vía telefónica y se les consultó acerca de la necesidad de biopsia luego del estudio.

Los pacientes incluidos debían tener más de 40 años y/o PSA de riesgo (superior a 2,0 ng/dL) y/o tacto rectal patológico. Se discriminó entre quienes tenían biopsia previa de los que no.

Criterios de exclusión: diagnóstico previo de cáncer próstata, abandono del seguimiento o que no se obtuvieran datos acerca de la conducta posterior al estudio.

### Resultados:

De 381 pacientes, se excluyeron seis por PSA menor a 2, uno por falta de datos y tres por muestras insuficientes. De 371 pacientes analizados, 39 % tenía biopsia previa y 61 % no.

Se incluyeron 121 pacientes con 4 calicreínas (31 tenían biopsia previa y 90 no), 56 con Select MDx (11 tenían biopsia previa y 45 no), 13 con Confirm MDx y 181 pacientes con PCA3/MIPS.

De los pacientes sin biopsia previa (n=227), se realizó biopsia en un 49,8%, evitando 50,2%.

De los que tenían biopsia previa (n=144), 52,1% realizaron una rebiopsia de acuerdo al riesgo obtenido con el test o según la valoración con su urologo tratante, evitando un 47,9 % de re-biopsias.

### Conclusiones:

En nuestra experiencia, los biomarcadores permitieron disminuir el número de primeras biopsias en pacientes con PSA de riesgo y de rebiopsias en pacientes con biopsias negativas previas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN PARA EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Olivares, R<sup>(1)</sup>; Pfeifer, J<sup>(2)</sup>; Roman, C<sup>(2)</sup>; Guerrero, P<sup>(2)</sup>; Elorrieta, V<sup>(2)</sup>; Sánchez, R<sup>(2)</sup>; Jofre, B<sup>(3)</sup>; Pinto, I<sup>(1)</sup>; Balbontin, F<sup>(1)</sup>; Marchetti, P<sup>(1)</sup>; Díaz, M<sup>(1)</sup>; Velasco, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Clínica Santa María. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Clínica Santa María/Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Servicio de Radiología, Clínica Santa María. Santiago, Chile.

**Introducción y Objetivos:** La resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) ha cambiado el diagnóstico actual en la detección del cáncer de próstata (PCa) y la clasificación de riesgo. El cambio de paradigma más claro es la incorporación de mpMRI como recomendación para pacientes sin biopsia previa en las últimas guías de la Asociación Europea de Urología. MpMRI, biomarcadores y nuevas plataformas para realizar biopsias fusionando ultrasonido- mpMRI han modificado la estrategia y proceder diagnóstico de esta enfermedad.

El despliegue de estas técnicas superó la fase de desarrollo de los primeros usuarios y se ha vuelto ampliamente disponible en el ámbito urológico.

**Metodología:** Se describe los resultados demográficos e histológicos de las biopsias por fusión realizadas entre diciembre 2015 y junio 2019. Todos los pacientes tenían una mpMRI clasificados mediante PIRADS v2 y luego se sometieron a una biopsia por fusión con Trinity® de Koelis y una Biopsia por sextantes en el mismo paciente. El procedimiento fue con anestesia local más sedación. Desde junio de 2017 se redujo el número de disparos en la biopsia por sextantes a 12 disparos.

**Resultados:** Se realizaron 225 biopsias. Edad promedio 65 años (25 – 85), promedio de Antígeno Prostático Específico (APE) de 6,06 ng/ml (0,45 – 34,3), volumen prostático de 45,5 cc (9,5-185) y la distribución de los PIRADS fue 1,11%, 29,03% y 69,86% para PIRADS 2, 3 y 4-5 respectivamente. El estudio patológico evidenció cáncer en el 59,4% del total de pacientes. Al disminuir el número de disparos, la tasa de detección global de cáncer fue de un 60,9%. Se observó una asociación positiva entre el valor de PIRADS y biopsias positivas para cáncer, de 26,7%, 64,4% y 92,9% para PIRADS 3, 4 y 5 respectivamente. En lesiones PIRADS 4-5 se observa una sensibilidad global de detección de cáncer del 87,7% y de 91,4% para cánceres clínicamente significativos. No se registraron complicaciones.

**Conclusiones:** La mpMRI entrega importante información sobre la localización de focos de cáncer significativos dentro de la glándula. Las plataformas de biopsia por fusión recogen estas imágenes posibilitando, reproduciblemente, altas tasas de detección de cáncer de próstata con un menor número de disparos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **INCIDENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA RESPECTO AL GRADO HISTOPATOLOGICO DE GLEASON SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN ÉTNICA EN LA POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2013-2014**

Guevara Subía, MS<sup>(1)</sup>; Guevara Subía, MS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROONCOLOGÍA, SOLCA. PORTOVIEJO, ECUADOR.

## **INTRODUCCIÓN**

Existe una relación entre la raza y el cáncer de próstata, puede afirmarse que el comportamiento y los factores histopatológicos del cáncer de próstata varían dependiendo del continente, el origen geográfico, y la raza. Parece apropiado considerar dentro de los factores de pronóstico la etnia como parámetro relevante para el diagnóstico del cáncer de próstata, motivo de la presente investigación que se realizó tomando en cuenta los registros de los pacientes con cáncer de Próstata de los Hospitales de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA de las principales provincias del Ecuador, como Pichincha, Guayas, Azuay y Manabí durante los años 2013-2014.

## **MÉTODO**

Observacional y Analítico investigando la incidencia de cáncer de próstata en pacientes de SOLCA-Ecuador según la distribución étnica, lo cual permitió realizar el análisis respectivo para obtener resultados óptimos.

## **MATERIALES:**

Registro de Tumores de SOLCA del Ecuador

Humanos: Investigador. Dr. Santiago Guevara Subía

## **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

La mestiza fue la más frecuente con 555 casos (81,62%).

El estadio Gleason intermedio donde ubicamos 6 (2+4) 6 (3+3) 6 (4+2) 7 (3+4) 7 (4+3), fue el más frecuente con 437 casos (64,3%).

En la raza mestiza, en el rango de edad 71 a 76 años presentaron la mayor frecuencia con valores bajos de PSA en 74 casos, seguido de 65 casos con valores altos.

La raza negra presentó el rango más frecuente casos entre 65 a 70 años con valores bajos de PSA en 9 casos, seguido de 6 casos valores altos.

La raza indígena presentó en el rango de edad 77 a 82 años la mayor frecuencia con valores bajos en 7 casos, seguido de 6 casos con valores altos.

La relación entre el grado de Gleason y la raza mestiza del paciente presentó la mayor frecuencia de casos y se evidenció que el grado 6 (3+3) en 198 casos.

## **PALABRAS CLAVE:**

Raza, Cáncer de Próstata, Gleason

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CIRUGIA DE CAMBIO DE SEXO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL EN BOGOTA, COLOMBIA

Riatiga Ibañez, DA<sup>(1)</sup>; Giraldo Rojas, MC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de San Jose. Bogota, DC, Colombia.

### INTRODUCCION

Incongruencia de género es el término establecido para la inconsistencia entre el género identificado y/o experimentado por un individuo y su sexo genital asignado desde el nacimiento. Desde el 2018 esta definición reemplazo al término transexualidad, acuñado hasta entonces dentro de las patologías de identidad sexual del CIE 10.

En el Hospital de San José de la ciudad de Bogotá, somos un centro de referencia para las cirugías de reafirmación de genital para todo el país. Las estadísticas del hospital están disponibles desde la implementación de la historia clínica digital, documentado inicialmente en el año 2011; el numero de casos viene en ascenso llegando aproximadamente a tener, hasta Diciembre de 2018, 144 pacientes con incongruencia de género en el programa, de los cuales 40 han terminado proceso y se han llevado a cirugía genital.

**Materiales y Métodos:** estudio observacional descriptivo, se evaluaron retrospectivamente los principales resultados posoperatorios de 13 pacientes llevadas a cirugía de reafirmación genital en el Hospital de San José desde el año 2015 - 2018

**Resultados:** el promedio de edad de los pacientes llevados a cirugía de cambio de sexo es 26 años. En este grupo de 13 paciente no se presento ninguna complicación intraoperatoria; 23% presentó complicaciones posoperatorias menores. El promedio de estancia hospitalaria fue 6 días. Después de 6 meses de cirugía, el 61.5% había iniciado actividad sexual, 100% reporto orgasmos y sensibilidad genital. El promedio de profundidad de la neovagina para los primeros 6 meses de cirugía fue 11 cm. La totalidad de pacientes indicaron sentirse satisfechas e identificadas con el género asignado posterior a la cirugía.

### Conclusiones:

- La adecuada escogencia de los pacientes llevados a cirugía de reafirmación genital favorece la satisfacción de los resultados posoperatorios.
- Los resultados funcionales y estéticos a 6 meses son favorables, con alto grado de satisfacción para las pacientes

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PREMATURA CON DAPOXETINA: RESPUESTA CLÍNICA Y GRADO DE SATISFACCIÓN REPORTADO POR LOS PACIENTES. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

Codas Villalba, G<sup>(1, 2, 3, 4)</sup>; Sánchez Curbelo, JR<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Santa Julia. Asunción, Paraguay. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Británico. Asunción, Paraguay. <sup>(3)</sup>Servicio de Urología, Clínica Migone Villa Morra. Asunción, Paraguay. <sup>(4)</sup>Servicio de Urología, Centro Médico Urológico. Asunción, Paraguay. <sup>(5)</sup>Servicio de Andrología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

**INTRODUCCIÓN:** La Eyaculación Prematura (EP) es aquella que ocurre siempre o casi siempre antes o dentro de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal, con incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales y con consecuencias personales negativas. Se clasifica en 4 tipos: primaria, adquirida, variante normal y eyaculación que simula ser prematura. Se cree que afecta a un 30% de la población masculina. El único tratamiento farmacológico aprobado y específico para la EP es la Dapoxetina.

**OBJETIVO:** Determinar la respuesta clínica y el grado de satisfacción en hombres con diagnóstico de EP tratados con Dapoxetina.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, de corte transversal en Población conformada por 46 hombres de entre 18-64 años de edad, con diagnóstico de eyaculación prematura que habían sido tratados con Dapoxetina en el periodo de Enero/2015 – Agosto/2017 en Asunción/Paraguay. Después de ser tratados, se les evaluó mediante un cuestionario general, uno de Impresión Global de Cambios (CGIC), Perfil de Eyaculación Prematura (PEP) y el Cuestionario sobre la Satisfacción con el tratamiento (TSQM) para establecer la respuesta clínica y el grado de satisfacción con el tratamiento.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de 39 años; el 26 % tenía EP primaria y el 74% con EP adquirida. Los que padecían EP adquirida tardaron en consultar a un profesional entre 3 y 120 meses. El 73,9 % de los pacientes respondieron al tratamiento con mejoría del tiempo eyaculatorio y el 26,1% no mejoró. Un 74% de los hombres se mostró satisfecho con el tratamiento y el 37% presentó algún efecto adverso a la Dapoxetina, siendo lo más frecuente: náuseas y cefalea (29% cada síntoma). A pesar de los efectos adversos, el 78% de la muestra manifestó buena tolerabilidad a dichos efectos.

**CONCLUSIÓN:** Un porcentaje considerable de los pacientes estudiados respondieron favorablemente a la dapoxetina y tuvieron alto grado de satisfacción con el tratamiento a pesar de los efectos adversos (manifestados por una mínima proporción de los mismos, siendo leves en todos los casos).

**PALABRAS CLAVE:** Dapoxetina, Eyaculación Prematura

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# **ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA CON INJERTO DE PERICARDIO BOVINO, SERIE DE CASOS**

Bollea Gaspa, ME<sup>(1)</sup>; Lescano, M<sup>(1)</sup>; Rasguido, A<sup>(1)</sup>; Rasguido, L<sup>(1)</sup>; Gonzalez, Y<sup>(1)</sup>; Diaz Ortiz, A<sup>(1)</sup>; Rasguido, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Urológico Rasguido. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad de La Peyronie se caracteriza por la aparición de una variedad de deformidades en el pene, las cuales son causadas por la fibrosis y contracción de la túnica albugínea. La cirugía está indicada en casos de deformidad en el pene que impida el coito, para lo cual se requiere que la enfermedad se encuentre en fase estable. El pericardio bovino en glutaraldehído ha sido ampliamente utilizado como injerto en diversas patologías, debido a sus numerosas ventajas funcionales, óptima resistencia, durabilidad y antigenicidad. El Objetivo de este trabajo es la presentación de una serie de casos de enfermedad de La Peyronie con tratamiento quirúrgico mediante injerto de pericardio bovino, basado en el principio geométrico de restitución anatómica.

**Materiales y métodos:** Se realizó un trabajo retrospectivo y descriptivo de corte transversal. Entre los meses de Mayo de 2015 y Agosto de 2017 se realizaron en nuestro servicio 5 cirugías para corrección de curvatura de pene en Enfermedad de La Peyronie, utilizando el principio geométrico para la restitución anatómica con colocación de un injerto de pericardio bovino.

**Resultados:** El seguimiento fue de entre 12 y 24 meses, se observó en todos los pacientes una ganancia de longitud peneana, se restableció el contorno normal del pene, no se registró sensibilidad orgásmica menor, se expresaron relaciones sexuales satisfactorias y no fueron necesarias re intervenciones.

**Conclusión:** consideramos que el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de La Peyronie es el método que mejores resultados logra, la técnica de incisión en la placa con injerto de pericardio bovino es una técnica compleja pero reproducible buena evolución post operatoria en pacientes correctamente seleccionados.

**Palabras clave:** enfermedad de La Peyronie, cirugía de placa con injerto, pericardio bovino

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN PRIAPISMO QUE NO RESUELVE CON TRATAMIENTO MEDICO**

Padial Tagliapietra, L; Cohen, M; Parra, L; Yirula, L; Estefan, J; Nuñez, M; Fulco, F; Alvarez, P; Rizzi, A; Becher, E; Bernardo, N

**INTRODUCCION**

Las medidas conservadoras suele ser el tratamiento en las etapas iniciales, cuando no funcionan, la cirugía de derivación es el tratamiento definitivo. Revisamos la serie de pacientes operados en nuestro hospital.

**MATERIALES Y METODOS**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el Hospital de Clínicas José de San Martín. Se analizó la base de datos de las Historias clínicas informatizadas de los pacientes que consultaron por Priapismo que requirieron tratamiento quirúrgico para su resolución. El tratamiento quirúrgico utilizado consistió en las técnicas de derivación distal, técnica de Winter o Al Ghorab y en la derivación proximal, técnica de Quackles.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 50 pacientes edad promedio 37, 5 años (rango 23 -61 años; mediana 38) que consultaron por guardia por Priapismo, tiempo de inicio con promedio de 60 hs (rango 8 – 240 hs; mediana 48), se realizó gasometría del pene con parámetros de priapismo isquémico, un 12% (n=6) presentó abuso de cocaína, un 4% (n=2) se diagnosticó síndrome linfoproliferativo agudo, un 4% (n=2) comenzaron durante la diálisis, un 4 % (n=2) con epilepsia en tratamiento con drogas anticomisiales. El tratamiento inicial se comenzó con la aspiración e irrigación de solución salina y la instilación de drogas vasoactivas, en 23 casos (46%) etilefrina, 2 (4%) adrenalina, fenilefrina en uno (2%) , 6 casos (12%) se combinó etilefrina con procedimiento de Winter, en la totalidad de los casos no se logró la detumescencia del pene, por lo que se realizaron procedimientos quirúrgicos de derivación, en 20 casos (40% ) se utilizó la técnica de derivación proximal de Quackles, en 6 casos (12%) la técnica distal de Al Ghorab, 19 casos (38%) se combinaron ambas técnicas (Quackles + Al Ghorab), en 3 casos (6%) se realizó el procedimiento de Winter y 2 combinaron Winter + Quackles .

**CONCLUSION**

Podemos afirmar que las técnicas quirúrgicas empleadas fueron eficientes para lograr el objetivo inicial de la terapéutica, ya que los pacientes tuvieron detumescencia completa sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES OPERADOS POR FRACTURA DE PENE**

Estéfano, J<sup>(1)</sup>; Grinstein, P<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Álvarez, P<sup>(1)</sup>; Cohen, M<sup>(1)</sup>; Becher, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

**Introducción**

La fractura de pene es una entidad poco frecuente, que requiere de una resolución quirúrgica idealmente dentro de las primeras 24 horas, para disminuir las complicaciones posteriores como pene corvo y disfunción sexual. El objetivo de este trabajo es describir la función sexual eréctil postquirúrgica de los pacientes operados en nuestro servicio y su autopercepción de cambios con respecto a su desempeño previo.

**Materiales y métodos**

Se presenta un estudio retrospectivo de análisis de calidad sexual posterior a corporoplastia. Para esto se analizó una serie de pacientes ingresados en nuestro servicio por fractura de pene, a quienes se le realizó el cuestionario de disfunción eréctil (IIEF-5), debiendo responder con respecto a su situación sexual posterior a la corporoplastia. Además se agregó una pregunta por fuera del cuestionario en relación a si referían cambios en su vida y calidad sexual antes y después de la cirugía por fractura de pene.

**Resultados**

De un total de 70 pacientes ingresados a nuestro hospital en los últimos 15 años por fractura de pene, habiéndose realizado en todos los casos corporoplastia dentro de las 24 horas, se logró contactar solo con 10 de ellos para realizar el cuestionario IIEF-5. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 6 pacientes tuvieron ausencia de disfunción eréctil con un score mayor o igual a 22; 2 pacientes tuvieron una disfunción leve (17 a 21) y 2 pacientes una disfunción moderada (12 a 16). En la pregunta anexada, 6 pacientes respondieron que no sintieron cambios posterior a la cirugía, aunque dentro de estos 1 refirió mayor temor, por lo que disminuyó su frecuencia sexual y 3 pacientes refirieron mayor sensibilidad en la región genital.

**Conclusión**

Destacamos la dificultad para el seguimiento de estos pacientes, haciendo probable referencia a nuestra población y su ingreso por guardia. En los pacientes que tuvieron seguimiento, se observa que la gran mayoría no encuentran dificultades para mantener relaciones sexuales posterior a la corporoplastia y las refieren satisfactorias. Con respecto a los cambios autopercebidos en el antes y después del evento traumático, el 60% no nota cambios y el 40% nota alteraciones en la sensibilidad peniana.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **ABDOMINAL FULL-THICKNESS MESH SKIN GRAFT FOR SECONDARY VAGINOPLASTY FOR MALE-TO-FEMALE TRANSSEXUALS.**

da Silva, GVM<sup>(1)</sup>; Rebello Horta Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Motta, GL<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

## **INTRODUCTION AND OBJECTIVE**

Gender dysphoria (GD) is an incompatibility between biological sex and personal gender identity and in this context, surgery is imperative to achieve a successful gender transition. In our institution, we perform the penile inversion vaginoplasty as first procedure for gender-affirming surgery, but when this technique has become impossible or has not led to functional results, alternative vaginoplasty techniques should be considered. For patients who presented stricture of the neovagina or inadequate length, we perform a secondary vaginoplasty applying full-thickness skin graft from the lower abdomen.

## **METHODS**

From September 2003 to July 2018, fifty-one patients underwent vaginoplasty using a full-thickness mesh graft from lower abdominal skin. Herein, we report the 15-years outcomes of surgery performed at a single Brazilian university centre, examining demographic data, intra and postoperative complications.

## **RESULTS**

Results demonstrates that the average age at the time of surgery was 34.03 years (range, 21 to 61 years); the average of operative time was 2.15 hours (range, 1 to 4 hours). The mean hospital stay was 4.3 days. There were no major complications or need for blood transfusions. The most relevant postoperative result was the functionality of the neovagina and satisfactory donor site results. At 6-month follow-up, all patients reported satisfactory sexual intercourse. The average depth of the vagina was 11.3 cm. There were no significant complications at donor site. The most commons minor postoperative complications were granulation tissue (19.7 percent) and introital stricture of the neovagina (11 percent); only two patients required reoperation in order to correct this stricture.

## **CONCLUSIONS**

It is a safety procedure, with a low incidence of serious complications. Otherwise, in our series, we obtained positive functional results with minimal donor site morbidity by performing vaginal reconstruction using a full-thickness mesh skin graft.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CALIDAD SEMINAL EN VARONES DE MENDOZA**

Malossi, AE<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Boretini, E<sup>(1)</sup>; Milones, S<sup>(2)</sup>; Di Francesco, V<sup>(2)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina. <sup>(2)</sup>Laboratorio de Endocrinología y Fertilidad, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

**Objetivo**

Conocer la calidad seminal, de los varones que consultan en el servicio de urología y laboratorio de endocrinología y fertilidad del Hospital Central de Mendoza. Para su clasificación se consideraron los límites de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010.

**Materiales y Métodos**

Estudio retrospectivo, que abarca los resultados de los espermogramas, obtenidos desde agosto de 2015 a mayo de 2019. Se evaluó volumen, motilidad, concentración, morfología y vitalidad. Se agruparon los resultados obtenidos en: normozoospermia, hipospermia, astenozoospermia, oligozoospermia, teratozoospermia, oligoastenoteratozoospermia y vitalidad.

**Resultados**

Se evaluaron 487 muestras durante 5 años. Dentro de los parámetros observados encontramos una edad media de 32,74 años (17-76), 31,8% (227) presentaron normozoospermia.

El 5,6% (29) registraron oligozoospermia, 5,1% (26) astenozoospermia y 6% (31) registraron teratozoospermia como únicos parámetros de calidad seminal encontrados alterados en las muestras observadas

El 22,3% (140 ) registraron oligoastenoteratozoospermia.

El 8,5% (45) registraron Azoospermia.

El 9,5% (51 pacientes) registraron hipospermia

**Conclusión**

Los parámetros seminales están en su mayor proporción alterados, siendo el más frecuente el de OAT.

Estos conocimientos nos permite el desarrollo de políticas sanitarias apropiadas para el manejo de estos pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ESCUELA DE LAPAROSCOPIA. PROYECTO DE FORMACIÓN ON LINE Y DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA

Castillón Vela, IT<sup>(1, 2)</sup>; Cadillo-Chavez, R<sup>(3)</sup>; Dominguez Beutell, A<sup>(4)</sup>; Hermida Gutierrez, J<sup>(5)</sup>; del Pozo Jimenez, G<sup>(1)</sup>; Cogorno Wasykowsky, L<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, H. Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España. <sup>(2)</sup>Hospital Nuestra Señora del Rosario. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Robotic Urology and Oncology Institute. San Juan de Puerto Rico, Puerto Rico.

<sup>(4)</sup>Servicio de Urología, Instituto Arnault Tzanck. Saint Laurent du Var, Francia. <sup>(5)</sup>Servicio de Urología, H. Clínico San Carlos. Madrid, España. <sup>(6)</sup>Servicio de Urología, H. Universitario La Princesa. Madrid, España.

### Introducción

La cirugía urológica vive tiempos exponenciales con ciclos tecnológicos cada vez más cortos. El aprendizaje ha adquirido un papel fundamental porque los ciclos de aprendizaje quirúrgicos son lentos y las curvas de aprendizaje tienen un impacto directo sobre la seguridad del paciente.

Existen barreras importantes en el acceso a la formación:

1. Barreras en el contenido
2. Barreras económicas
3. Barreras geográficas y estructurales

Presentamos nuestra experiencia con la enseñanza on line de la cirugía laparoscópica y robótica utilizando las herramientas de la web.

### Material y métodos

Desde 2014 hemos completado 14 cursos on line de cirugía laparoscópica y robótica: Nefrectomía (6), nefrectomía parcial (4), cirugía reconstructiva del TUS (3) y cistectomía (1).

Estamos creando una red internacional de conocimiento conectado, con expertos en laparoscopia-robótica y urólogos con necesidades formativas en este campo.

Los cursos se construyen en una página web LMS (learning management system) y combinan diferentes elementos y tecnologías de la web, aprovechando las nuevas TICs y adaptándolas a las necesidades individuales de cada urólogo. Estas herramientas incluyen Web, Chats, App, E mail y redes sociales.

Los contenidos son suministrados por una red colaborativa de urólogos españoles e internacionales (USA, Puerto Rico, Francia, UK, Turquía, Argentina)

En 2015 comenzamos un programa de becas para urólogos latinoamericanos que ha sido ampliado al nivel global en 2019 con el primer curso en inglés.

### Resultados:

Un total de 451 urólogos españoles y latinoamericanos han completado los cursos. Urólogos de más de 134 hospitales públicos españoles, prácticamente la totalidad de los hospitales de la red pública española.

Se han dado más de 90 becas a 66 urólogos de 14 países latinoamericanos.

La tabla 1 recoge los resultados de las encuestas de satisfacción de los cursos de 2018.

### Conclusiones:

La combinación de nuevas TICs permite ofrecer una educación on line de alto nivel contribuyendo a vencer las barreras para aquellos que tienen más dificultades para el acceso a la formación. La formación quirúrgica on line tiene un alto impacto en la práctica habitual de los urólogos en su ámbito local.

### Encuestas de satisfacción de los cursos 2018

	Nefrectomía	Nefrectomía Parcial	C.Reconstructiva	Cistectomía
Interés del tema del curso para su práctica habitual	9,41	9,24	9,00	9,48
Contenidos teóricos	9,11	9,14	8,50	8,38
Contenido de los casos prácticos	9,00	9,00	8,86	8,86
Utilidad para su trabajo habitual	8,71	8,86	8,29	9,24
Grado de aprendizaje conseguido	8,71	8,48	8,15	8,71

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## REVISIÓN Y ALGORITMO PARA EXTRAER SONDAS VESICALES ATASCADAS POR IMPOSIBILIDAD DE DEFLACIÓN DEL BALÓN EN HOMBRES.

Frias, EN<sup>(1)</sup>; González, GA<sup>(1)</sup>; Dalvit Serio, MA<sup>(1)</sup>; López Romero, FE<sup>(1)</sup>; Santomil, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

**Introducción:** Imposibilidad de retirar sonda vesical es un problema poco común, la mayoría de las veces se debe a la inviabilidad de deflación del balón el cual se puede explicar por diferentes mecanismos.

Se han descrito varias técnicas y maniobras para abordar esta complicación. **Objetivos:** Realizar una revisión sistemática sobre técnicas descriptas para extraer sondas vesicales con imposibilidad de deflación de balón en hombres. Proponer un algoritmo de trabajo para resolver esta situación.

**Materiales y métodos:** Búsqueda sistemática en inglés y español en Pub-med/Medline, Lilacs, Cochrane, usando combinaciones de las palabras clave: retained foley catheter, non-deflating balloon y crystallization balloon foley. Se analizaron artículos publicados hasta mayo de 2019. **Criterios de inclusión:** artículos completos, con resumen disponible que aborden temas de cateterismo urinario y manejo de sondas con imposibilidad de desinflar balón en hombres.

**Resultados:** Cumplieron criterios de inclusión 16 artículos publicados: 2 prospectivos in vitro, 2 review y 12 case report. **Procedimiento descripto con mayor frecuencia:** Punción suprapúbica de balón ecodirigido. seguido por: Sección del extremo valvular. Introducir guía por canal accesorio para ruptura del balón..Jeringa colocada en puerto de insuflado. Insuflar balón hasta estallido con agua/aire. Insuflado de balón con sustancias químicas: éter, cloroformo, aceite mineral. Aspiración continua del balón.. Punción transrectal ecodirigida. Cistoscopia rígida y Cistoscopia flexible. No hay ensayos aleatorizados in vivo.

Proponemos un algoritmo para este problema:

- 1 Aspiración continua: aspiración continua con una jeringa de 20 o de 60 cc con pico fino.
- 2 Llenado de balón hasta su ruptura: Se observó que luego de administrar 60 a 70 cc el balón estalla
- 3 Instilación de Éter: Llenar la vejiga previamente. Instilar 2 cc de éter por canal de insuflado. Lavado vesical profuso posterior.
- 4 Punción guiada por ecografía: Realizar en quirófano con sedación. Punzar balón con aguja 19G observándolo con ecografía.

**Conclusión:** No existen estudios prospectivos randomizados in vivo. La técnica más utilizada en los papers es punción ecodirigida. Creemos novedosa la propuesta de algoritmo a seguir para solucionar esta complicación.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**VALIDACIÓN EN ARGENTINA DEL AUA RESIDENTS CENSUS 2016 - 2018**

Cereghini, J<sup>(1)</sup>; Meo, MM<sup>(1)</sup>; Santillan, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

**Introducción:** La AUA realiza anualmente un censo para recopilar información demográfica y profesional de todos sus urólogos miembros y/o asistentes a su congreso anual. En nuestro estudio, comparamos las respuestas publicadas en su folleto respecto a la formación de residentes con una encuesta similar traducida al español y realizada entre residentes de Argentina. El objetivo de nuestro trabajo es comparar resultados y describir diferencias en el sistema de formación de residentes de Argentina con el del resto del mundo.

**Material y Métodos:** Tomando como modelo el AUA Residents Census 2016-2018 hicimos una encuesta análoga traducida al español y la distribuimos en las Jornadas de Residentes de Urología de la Sociedad Argentina de Urología. Analizamos información demográfica, motivación para desarrollar su actividad futura y participación en sus actividades diarias en cuanto al nivel de independencia.

**Resultados:** Se recopilaron 28 encuestas entre residentes de urología de Argentina. Similar a los resultados publicados en el AUA Census, la edad promedio fue de 30 años, la mayoría de los residentes de Urología son hombres (93%) y el principal factor que influye a la hora de decidir lugar de trabajo a futuro fue "Familia/Estilo de vida". También de acuerdo con lo publicado por el AUA, los residentes se consideran poco preparados (37%) para afrontar el lado administrativo profesional. El 75% planea hacer un fellow, de los cuales el 70% considera que el factor más importante al momento de elegir un fellow es el tipo de cirugías a realizar. Las subespecialidades más elegidas fueron Oncología y Endourología. Contrario a lo publicado en el AUA Census, el segundo factor que influye a la hora de elegir un lugar de trabajo no es lo académico sino la compensación económica. Además, observamos escasa participación en neuromodulación vesical y en inyección de colagenasa para Peyronie así como baja tasa de ecografía urológica entre los residentes.

**Conclusión:**

Los resultados obtenidos son muy valiosos para identificar oportunidades de mejora en los actuales programas de residencia de nuestro país. Las proyecciones hacia nuestro país del AUA Residents Census 2016-2018 son acertadas en general con escasas excepciones.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



**COMPLICACIONES DE 302 CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS RENALES**

Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Belisle, D<sup>(1)</sup>; Bertran, AM<sup>(1)</sup>; Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>; Juaneda, RA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

La cirugía laparoscópica es un gold standard en el tratamiento de diferentes patologías renales. El objetivo del presente trabajo es analizar las complicaciones postoperatorias de las cirugías laparoscópicas renales utilizando la clasificación de Clavien-Dindo.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional y descriptivo utilizando nuestra base de datos prospectiva entre enero de 2010 y marzo de 2019. Se analizaron todas las cirugías renales laparoscópicas consecutivas realizadas en nuestra institución en las cuales se realizó tratamiento o abordaje del pedículo renal. Se consideraron a las complicaciones postoperatorias surgidas hasta 90 días luego de la cirugía.

**RESULTADOS**

Se realizaron 302 cirugías renales laparoscópicas. El 49,7% fueron nefrectomías radicales, 32,8% parciales, 11,6% simples, 4,6% nefroureterectomías y 1,3% fueron donantes renales. Un total de 221 pacientes (73,2%) cursaron un postoperatorio sin complicaciones (Clavien 0), 75 pacientes (24,8%) sufrieron complicaciones menores (Clavien I y II) y 6 pacientes (2%) tuvieron complicaciones mayores. De los pacientes con Clavien 2, el 72% fueron transfusiones o se usó antibiótico por infección. Entre las complicaciones mayores se registraron 3 tipo IIIa: una colocación de doble j por urinoma, una fístula arteriovenosa y un pseudoaneurisma tratados en hemodinamia (las tres en nefrectomías parciales). Tuvimos una IIIb (reintervención por sangrado luego de nefrectomía radical) y dos IVa: un fallo de bomba cardíaca y un fallo respiratorio.

En un total de 6 pacientes (2%), se convirtió la cirugía laparoscópica a abierta convencional por dificultad técnica o sangrado (5 radicales y una simple). En dos nefrectomía radicales y una nefroureterectomía se convirtió a técnica "laparoscópica mano asistida" mientras que dos nefrectomías parciales se convirtieron a nefrectomía radical laparoscópica. Trece pacientes (4%) recibieron un total de 29 transfusiones de unidades de glóbulos rojos.

La tasa de complicaciones globales fue del 26,8%, mientras que en nefrectomías radicales fue del 24%, en las parciales y simples fue del 28%, en nefroureterectomías del 36% y en donantes del 25%.

**CONCLUSIÓN:** Las complicaciones en nuestra serie fueron predominantemente menores y consideramos a la cirugía laparoscópica renal una técnica segura en nuestro medio.

**PALABRAS CLAVE:** nefrectomía, laparoscopia, complicaciones

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA OPERADA POR RESIDENTES. SE PUEDE APRENDER SIN AFECTAR LOS RESULTADOS?**

Padial Tagliapietra, L; Sanguinetti, H; Grinstein, P; Yirula, L; Denis, M; Aguilar, J; Bernardo, N

### **INTRODUCCION**

La Pieloplastia laparoscópica es el tratamiento con mejores resultados para la estenosis de la unión pielouretral requiriendo habilidades laparoscópicas avanzadas para su realización. En nuestro centro esta cirugía es efectuada por residentes. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra casuística.

### **MATERIALES Y METODOS**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional evaluando las Historias clínicas informatizadas de los pacientes operados por estenosis de la unión pielouretral. Las variables analizadas fueron: las características demográficas, el grado de dilatación pielica medida por Tomografía computada, la función renal relativa por centellografía renal y la repuesta al Radiorrenograma con prueba de furosemida pre y post operatoria. Se analizó vía de abordaje, tiempo quirúrgico, las suturas utilizadas, la evolución postoperatoria y las complicaciones con el score de Clavien.

### **RESULTADOS**

Se operaron 40 pacientes en nuestro centro. Promedio de edad 37,3 años (rango de 17 – 68 años). 60 % (24) femeninos. El riñon mas afectado fue el izquierdo 62.5% (25) de los casos. El tamaño promedio de la pelvis renal fue de 39 mm (rango 15-97 mm) medido por tomografía computada, la función renal relativa en el centellograma fue de 38.9% (rango 7-51 %). El radiorrenograma preoperatorio resultó obstructivo en la totalidad de los casos. En 38 pacientes (95%) se realizó acceso transabdominal y en 2 se realizó un abordaje retroperitoneal, con tiempo quirúrgico de 160.3 min de promedio (rango 105-240 min). Las técnicas fueron pieloplastia de Anderson –Hynes en el 75% de los pacientes y 25% plástica Y-V. Las suturas fueron Poliglactina 910 en el 30% de los casos y 70% sutura barbada. Se convirtieron 4 cirugías (10,5 %) por fibrosis peripelica. La estadía promedio fue de 5,25 días (rango 3 – 12 días). En 4 casos (10%) se extendió el tiempo de internación por itu y tratamiento antibiótico endovenoso (Clavien). El radiorrenograma post operatorio mostró buena respuesta en 93% de los casos.

### **CONCLUSIONES**

La pieloplastia es una cirugía que puede ser realizada por residentes de una residencia postbasica con aceptables resultados y baja tasa de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESULTADOS EN CIRUGÍA RENAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT**

Jaber, S.<sup>(1)</sup>; Puente, R.<sup>(1)</sup>; Abarzua, F.<sup>(1)</sup>; Bertacchi, M.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cirugía Robotica, Hospital Británico. Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** La cirugía renal preservadora de nefronas se ha convertido en el Gold Estándar del manejo de las masas renales menores o iguales a 4 cm. El advenimiento de las nuevas tecnologías mínimamente invasivas como la cirugía robótica ha permitido el tratamiento de masas renales de difícil acceso a métodos tales como la Laparoscopia. En este trabajo se presenta la experiencia inicial del primer programa de cirugía robótica del Uruguay.

**Objetivo:** Evaluar los resultados de los procedimientos laparoscópicos asistidos por robot, en pacientes con carcinoma de células renales.

**Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos por patología renal en el Hospital Británico de Montevideo, Uruguay entre enero de 2011 y diciembre de 2018. Se realizaron 53 procedimientos (5 pieloplastias, 42 nefrectomías parciales (NP), 3 nefrectomías radicales, 1 nefroureterectomía y 2 enucleaciones) por un equipo formado por un cirujano principal y un cirujano tutor. En el análisis se incluyeron pacientes con diagnóstico imagenológico de CCR mediante TC o RM. Se excluyeron pacientes con patología benigna, tumor de cavidades, y pacientes con datos insuficientes. Se obtuvieron datos como la edad, función renal, cTNM; técnica, tiempo de clamp; presencia de márgenes positivos, anatomía patológica, complicaciones y función renal posterior al procedimiento. El robot utilizado fue Da Vinci Si de Intuitive. El abordaje utilizado fue transperitoneal.

**Resultados:** En total se incluyeron 42 pacientes con CCR. La edad promedio fue 63.8 años. El 78,5% correspondía a cT1a. El porcentaje de MP fue de 5.5% en las NP. Se registraron complicaciones en 7 pacientes, el 71.4% fueron Clavien 1. Se registró una reintervención por sangrado activo, culminando en nefrectomía.

**Conclusión:** La nefrectomía preservadora de nefronas se ha visto grandemente favorecida por el advenimiento de la cirugía robótica. Nuestros resultados aunque aún pequeños en número reflejan ampliamente aquellos descritos en la literatura por distintos autores (I. Gill), tanto desde el punto de vista oncológico, complicaciones y reintervenciones.

**Palabras Clave:** Carcinoma de células renales (CCR), Nefrectomía Parcial Robótica (NPR), márgenes positivos (MP)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EXPERIENCIA DE PIELOLITOTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**Escobar Gallardo, CM<sup>(1)</sup>; Pineda Murillo, J<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México.**INTRODUCCION**

La pielolitotomía laparoscópica (PLL) es una opción de tratamiento en el manejo de litiasis de vía urinaria superior, en pacientes con anatomía aberrante, riñón ectópico, pacientes con fracaso en el tratamiento endoscópico o en pacientes que necesitan una pieloplastía concurrente.

En el Hospital Juárez de México, el abordaje laparoscópico se inicia como opción de tratamiento a partir del año 2008, siendo la PLL una alternativa de tratamiento en litiasis de vía urinaria superior. El objetivo en este trabajo fue describir los resultados de la PLL como tratamiento de litiasis renal en el Hospital Juárez de México durante 5 años.

**MATERIAL Y METODOS**

Este fue un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, se incluyeron todos los pacientes con litiasis piélica sometidos a pielolitotomía laparoscópica entre el mes de enero de 2014 a diciembre del 2018.

**RESULTADOS**

Se sometieron a este tratamiento 38 pacientes, 8 pacientes fueron excluidos por registros incompletos, de los pacientes seleccionados 15 pertenecían al género femenino (50% ) y 15 al género masculino ( 50% ). Con un rango de edad de 21 - 77 años ( $48.3 \pm 14.2$  años). El 57 % y 43% de los pacientes tuvieron afectación del riñón derecho e izquierdo respectivamente. El promedio de carga litásica general fue de  $27.1 \pm 12.5$  mm. En tiempo quirúrgico fue de 3 horas, con sangrado de  $167.59 \pm 147.64$  cc y con estancia hospitalaria de 2.7 días. Tasa de complicaciones 13,3%, Clavien II (n=1) con hemotransfusión, Clavien IIIA (n=2) se requirió cistolitotricia por catéter JJ calcificado y ureteroscopía derecha por catéter JJ migrado, Clavien IIIB (n=1) por conversión a nefrectomía abierta por pionefrosis y absceso perirrenal.

**CONCLUSIONES**

Lo reportado en el presente trabajo nos da un panorama bastante amplio de la situación actual de la PLL en el Hospital Juárez de México como una excelente alternativa a los tratamientos endoscópicos habituales, con buenos resultados en un solo evento quirúrgico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### COMPLICACIONES DE LA NEFRECTOMÍA LUMBOSCÓPICA

González León, T<sup>(1)</sup>; Ortega Vega, EA<sup>(2)</sup>; Morera, M<sup>(3)</sup>; Sanchez Tamaki, R<sup>(4)</sup>; Quintana Rodríguez, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba. <sup>(3)</sup>Estadística, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

<sup>(4)</sup>Urología, Instituto de Nefrología. La Habana, Cuba.

**Introducción:** La nefrectomía mediante retroperitoneoscopia (lumboscopia) cuando se produce la pérdida de la función renal por enfermedades benignas ha sido llamada: nefrectomía simple. Pero la perinefritis que acompaña a muchos procesos benignos hacen de la misma una técnica laboriosa y compleja. Como se conoce las complicaciones de la cirugía laparoscópica están relacionadas con la complejidad de los procedimientos además de la experiencia del equipo quirúrgico. El objetivo de la investigación fue evaluar las complicaciones de la nefrectomía lumboscópica e identificar factores de riesgo para su aparición. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal en 186 pacientes nefrectomizados mediante retroperitoneoscopia. Se confeccionó una base de datos y empleó el programa SPSS, versión 21. Se emplearon frecuencias absolutas, relativas y pruebas estadísticas de comparación ( $p=0,05$ ). Se realizó un análisis de regresión logística binaria para identificar variables de riesgo de complicaciones, previo a un análisis univariado. **Resultado:** La edad media fue 50,4 años. Predominaron los femeninos (73,1%) y el 61,6% tenía un estatus físico ASA II. El 31,5% tenían cirugía renal previa a la nefrectomía y el 21,6% una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter JJ en el momento de la cirugía. La causa más frecuente de la nefrectomía fue la litiasis (58,06%) y el 20,45% tenía una litiasis renal coraliforme. Solo un paciente tuvo una complicación transoperatoria y 10,8% presentaron complicaciones postoperatorias. La mayoría grado I según Clavien Dindo. Se presentaron más complicaciones en los pacientes del sexo femenino ( $p=0,84$ ), de mayor edad ( $p=0,53$ ), con cirugías previas ( $p=0,43$ ), ASA III ( $p=0,12$ ) y presencia de derivación urinaria ( $p=0,08$ ) pero no fue estadísticamente significativo. Los pacientes con litiasis coraliforme tuvieron significativamente más complicaciones ( $p=0,036$ ). **Conclusiones:** La nefrectomía lumboscópica es segura, con un bajo índice de complicaciones. El riesgo de complicaciones aumenta en los pacientes femeninos, de más edad, que han tenido cirugía previas sobre esa unidad renal o tienen derivaciones urinarias en el momento de la nefrectomía. En los que tienen litiasis coraliforme el riesgo de complicarse durante la nefrectomía lumboscópica es estadísticamente significativo.

**Palabras claves:** nefrectomía, complicaciones, laparoscopia

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**NEFRECTOMIA POR RETROPERITONEOSCOPIA**

Parra, L; Sanguinetti, H; Padial, L; Yirula, L; Denis, M; Bernardo, N

**Objetivo:** Demostrar que la nefrectomía a pesar de ser cirugía mayor, a través del acceso por retroperitoneoscopia presenta buenos resultados, ya que es una vía quirúrgica reproducible, poco mórbida y con resultados postquirúrgicos satisfactorios. Presenta poco dolor postoperatorio y baja tasa de complicaciones, con estancias hospitalarias cortas y elevada seguridad.

**Material y métodos:** Desde 2009 se trató 11 pacientes mediante nefrectomía retroperitoneoscópica; Un total de 10 nefrectomías y 1 por absceso retroperitoneal. La edad promedio de 42,25 años (rango entre 21- 74 años); fueron hombres (n=4) y mujeres (n=6). El la nefrectomía fue derecho en 6 e izquierdo en 5 de los casos. Las patologías que indicaron nefrectomía: anulación funcional (n=3); quiste renal (n=2) pielonefritis crónica (n=1) carcinoma de células claras ( n=2) nefritis túbulo intersticial (n=1) tejido blando adiposos / fibroso ( n=1) absceso retroperitoneal ( n=1).

**Resultados:** En 10 casos la nefrectomía fue retroperitoneal pura, 1 caso presentó conversión a abierta por adherencias firmes que imposibilitaban el clampeo de pedículo renal. Ausencia de complicaciones inherentes al procedimiento intraoperatorio y postoperatorio. Como complicaciones secundarias se presentaron un seroma en el caso de la cirugía convertida. El sangrado durante el acto operatorio fue inapreciable, no se requirió transfusiones. La estancia media ha sido a 4,36 días siendo la mayor de 24 días por tratamiento antibiótico por absceso retroperitoneal. La incorporación a su vida cotidiana ha sido precoz en el 100% de los casos. Destacamos la ausencia de complicaciones secundarias al dolor (respiratorias) y a la inmovilización.

**Conclusiones:** Con la llegada y desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, desde la década de los 90, llevó a diversos centros de cirugía urológica a desarrollar la retroperitoneoscopia como vía de acceso para el tratamiento de múltiples patologías urológicas. Desde el aspecto quirúrgico nos aporta múltiples ventajas: excelente visualización del espacio retroperitoneal; identificación y acceso precoz al hilio renal, así como su control; es independiente de antecedente de cirugía abdominal previa; evita vísceras abdominales, caída de tejido renal a la cavidad abdominal; fácil conversión. Por los resultados positivos proporcionados por esta vía de abordaje, la retroperitoneoscopia, amplió sus indicaciones velozmente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# ADENOMECTOMÍA SIMPLE LAPAROSCÓPICA VERSUS ADENOMECTOMÍA SIMPLE ABIERTA: UN ESTUDIO COMPARATIVO.

Bergero, M<sup>(1)</sup>; Alvarez, JM<sup>(2)</sup>; Liyo, JC<sup>(3)</sup>; Dourado, L<sup>(3)</sup>; Menendez, N<sup>(2)</sup>; Dipatto, F<sup>(1)</sup>; David, C<sup>(1)</sup>; Tirapegui, SG<sup>(3)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica Colón. Mar del Plata, Argentina. <sup>(3)</sup>Urología, Hospital Italiano de San Justo. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Los avances en la cirugía laparoscópica urológica han permitido la realización de la adenomectomía simple laparoscópica (ASL) en adenomas prostáticos voluminosos. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la ASL y compararlos con la adenomectomía simple abierta (ASA).

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio comparativo de 41 pacientes sometidos a ASL [23 ASL con técnica de Millin (ASL-TM) y 21 con técnica transvesical (ASL-TV)] con 44 pacientes sometidos a ASA en adenomas de próstata > 100 gr. Los datos se registraron de modo prospectivo, en tres centros diferentes. Se evaluaron los resultados preoperatorios, operatorios, postoperatorios y complicaciones según la escala de Clavien-Dindo.

**Resultados:** El volumen prostático fue 165 (100-345) gr para ASL contra 170 (100-328) gr para ASA ( $p=0,669$ ). El IPSS preoperatorio fue de 3 (0-3) y Q máx de 7 (0-15) ml/seg para ASL contra 2 (0-3) y 7 (0-15,3) ml/seg para ASA ( $p=0,296$ ;  $p=0,316$ ). No hubo diferencia en el tiempo quirúrgico ( $p=0,069$ ). ASL tuvo menor sangrado operatorio, 100 (10-1000) ml que la ASA, 500 (100-1000) ml ( $p=0,0001$ ) y menor estadía hospitalaria, 3 (1-8) días contra 3,5 (3-10) días ( $p=0,0001$ ). El IPSS postoperatorio fue de 1 (1-2) y Q máx. 25 (17-45) ml/seg para ASL contra 1 (1-3) y 25,5 (12-44) ml/seg para ASA ( $p=0,889$ ;  $p=0,836$ ). No hubo diferencias en el requerimiento de transfusiones ni complicaciones.

**Conclusión:** La ASL presentó similares resultados funcionales a corto plazo que la ASA, con un menor sangrado operatorio y tiempo de hospitalización y una baja tasa de complicaciones a similares volúmenes prostáticos resecados.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## HEMOSTASIS DEL PARENQUIMA RENAL LUEGO DE LA NEFRECTOMIA PARCIAL OFF-CLAMP LAPAROSCOPICA O ROBOTICA CON XILOCAINA EN GEL

Andreotti Panico, V<sup>(1)</sup>; Machado, MT<sup>(1)</sup>; Suarez Besio, R<sup>(2)</sup>; Abreu, D<sup>(2)</sup>; Decia, R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urologia, Insituto de Cancer Dr. Arnaldo Vieira Carvalho. Sao Paulo, Brasil. <sup>(2)</sup>Servicio Urologia, Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introduccion. La cirugia preservadoras de nefronas es el padron oro para pequeñas masa renales, aquellas menores de 40mm. La nefrectomia parcial Laparoscopica o Robotica es una opcion mininamente invasiva para estas masas renales. La nefrectomia parcial minimamente invasiva incluye el clampeo del pediculo renal para reducir la hemorragia del lecho quir;urgico durante la reseccion del tumor, recientemente algunos autores han demostrado la factibilidad de la exceresis tumoral off-clamp siendo la hemostasis del lecho tumoral un desafio y muchas veces es obtenida con suturas o el uso de agentes hemsotaticos

Objetivo: demostrar el empleo de esta tecnica inovadora yde bajo costo luego de estudio preliminar en cerdos que demostro ser segura y eficaz.

Metodos: Se ha realizado nefrectomia parcial off-clamp en tumores T1 de baja complejidad (R.E.N.A.L. Scorer < 4) via laparoscopica o robotica con neumoperitoneo de 20mmhg, seguido de la instilacion de xilocaina en gel en el lecho quirurgico y electrocoagulacion en 50 W de potencia en modo spray.

Resultados: Ningun de los casos fueron re operados o re admitidos por sangrado, 90% de los casos fueron dados de alta en menos de 72hs del post operatorio, lamedia del gasto del drenaje en las primeras 24hs fue inferior a 150cc, 100% de los casos el tratamiento oncologico fue efectivo sin margenes comprometidos. Control tomografico postoertorio no preento ningun artefacto mimetizando residuo tumoral (pseudotumor)

Discucion:La aplicabilidad de esta tecnicaaun debe ser mejor desarrollda para comprobacion tecnica de su efectividad, mientras en la serie de 11 pacientes conseguimos resltados empiricos satisfactorios con bajo costo, menor tiempo quir;urgico y probable lesion renal inferior al clampeo del hilo renal y o sutura del parenquima.

Conclusiones:Buena eficacia en la hemostasis con bajo costo y sin artefactos en los examenes de control

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# **SISTEMA ROBÓTICO PUERTO ÚNICO ColubrisMX SPSR: EVALUACIÓN DE UNA NUEVA PLATAFORMA ROBOTICA EN UN MODELO PORCINO.**

Castillo, O<sup>(1, 2)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Abaloshi, I<sup>(1)</sup>; Rodriguez, A<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello (UNAB), Clínica Indisa. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN.** El sistema robótico (SR) ColubrisMX SPSR fue desarrollado para realizar cirugías por puerto único, resolviendo las dificultades del acceso laparoscópico y sumando las ventajas de la asistencia robótica (ColubrisMX, Inc., Houston USA).

El propósito de este protocolo fue evaluar la factibilidad y seguridad de su aplicación y validar su efectividad en cirugías urológicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** El sistema ColubrisMx para cirugía de puerto único es una plataforma robótica que consiste en un brazo robótico con un puerto único de acceso (Overtube), con tres instrumentos quirúrgicos y una cámara que se introducen por el tubo. La consola del cirujano consiste en una pantalla con visión HD y 3D, con controles manuales de instrumentos y óptica y pedales que permiten controlar el overtube y sistema de coagulación y corte.

Los porcinos fueron de raza Yorkshire, con peso entre 25 y 35 Kg. El ensayo pre clínico fue aprobado por el Comité de Bioética, Facultad de Ciencias de la Vida, Universidad Andrés Bello (UNAB) y las cirugías efectuadas en el Centro de Investigación de Medicina Veterinaria de la misma Universidad.

Se realizaron: Nefrectomía total, Nefrectomía parcial, Pieloplastia, Linfadenectomía pélvica y Anastomosis uretro-vesical. Se evaluó capacidad de disección fina y sutura de tejidos, manipulación de aguja en diversas direcciones, ligadura y sección de vasos sanguíneos, además de tiempo de docking y tiempos quirúrgicos.

**RESULTADOS.** Para cirugía renal el cerdo fue colocado en posición decúbito lateral y se realizó una incisión de 2.5 cm donde se coloca un GelPoint® Mini, a través del cual se introduce el overtube. En cirugía pélvica la posición fue Trendelenburg en 25° con una incisión en el ombligo.

Se operaron 10 cerdos en los cuales se realizaron 33 cirugías, todas completadas con éxito.

**CONCLUSIÓN.** El SR de puerto único ColubrisMX demuestra factibilidad y seguridad de aplicación en modelo porcino. La curva de aprendizaje es corta para la manipulación de instrumentos y controles manuales y pedales. El sistema espera su aplicación en humanos, pero creemos que será un importante aporte a la cirugía robótica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## DESTREZA CON EL SIMULADOR ROBÓTICO DA VINCI EN MÉDICOS CON Y SIN EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Villalba Bachur, RF<sup>(1)</sup>; Spagnuolo, JI<sup>(1)</sup>; Chemi, J<sup>(1)</sup>; Santarelli, M<sup>(1)</sup>; Koren, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Churruca- Visca. Caba, Argentina.

### Introducción:

Dada la necesidad de desarrollar habilidades quirúrgicas en un ambiente seguro, los cirujanos requieren un esfuerzo considerable para capacitarse en simuladores. El objetivo del trabajo es evaluar si la experiencia en cirugía laparoscópica mejora los resultados en el uso del simulador robótico.

### Materiales y Métodos:

Se seleccionaron 24 médicos cirujanos de distintas especialidades sin experiencia en simulación robótica. Se los dividió en 2 grupos iguales de 12 integrantes: Grupo A (con experiencia en laparoscopia) y Grupo B (sin experiencia). Se definió como experiencia previa en laparoscopia haber realizado un mínimo de 100 cirugías. Se realizó una breve introducción para la simulación. Se seleccionaron 4 ejercicios: Camera Targeting (CT), Ring Walk (RW), Suture Sponge (SS) y Energy Dissector (ED). Se realizaron 3 repeticiones de cada ejercicio. Las variables evaluadas fueron: Tiempo, errores cometidos y score total. Dichos resultados fueron valorados mediante el algoritmo de puntuación del sistema Da Vinci.

Se cargaron los datos en la herramienta IBM SPSS Statistics V23.0 y se corrió un t-TEST.

### Resultados:

El promedio de tiempo para los ejercicios CT, RW, ED y SS fue de 94 segundos; 333,8; 98,8 y 259,3 respectivamente para el grupo sin experiencia. Para el grupo con experiencia, fue de 106,9; 299,8; 106,1 y 250,6.

El promedio de errores cometidos para los ejercicios CT, RW, ED y SS fueron de 0,9; 4,1; 1,1 y 3,1 respectivamente para el grupo sin experiencia en laparoscopia. Para el grupo con experiencia fue de 1,2; 4,3; 1,3 y 2,3.

Las medias del Score total de los ejercicios CT, RW, ED, SS fueron de 73,3; 26,6; 78; 67,3 respectivamente para el grupo sin experiencia. Para el grupo con experiencia fue de 59,2; 24,3; 78; 74,3.

Se evidenció diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en los ejercicios Score CT, Score SS y Errores SS.

### Conclusión

En este trabajo, la experiencia en cirugía laparoscópica no evidencia diferencias a favor en la realización de simulación de cirugía robótica en comparación con médicos sin experiencia aunque no se puede determinar la fuerza de la relación en la inferencia estadística, la cual podría lograrse con la incorporación de una muestra mayor.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **TEN YEARS OF EXPERIENCE IN ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN BRAZIL: INDIRECT EVALUATION OF PERIOPERATIVE COSTS AND ONCOLOGIC PATIENT'S PROFILE**

Santos Amaral, B<sup>(1)</sup>; Budib Lourenço, D<sup>(1)</sup>; Carneiro, A<sup>(1)</sup>; Langer Wroclawski, M<sup>(1)</sup>; Camargo Tiseo, B<sup>(1)</sup>; Alfer Junior, W<sup>(1)</sup>; Colombo, JR<sup>(1)</sup>; Rojas Claros, O<sup>(1)</sup>; Vasconcelos, A<sup>(2)</sup>; Russo, F<sup>(2)</sup>; Nam Jim, K<sup>(2)</sup>; Alonso Araujo, SE<sup>(2)</sup>; Cendoroglo Neto, M<sup>(2)</sup>; Caserta Lemos, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brazil. <sup>(2)</sup>Cirurgia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brazil.

Key words: Robot-assisted prostatectomy, cost

## **Introduction**

Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy (RALP) has become widespread adopted to treat localized Prostate Cancer (PCa). Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) is a pioneer in the development of robotic surgery in Latin America. The aim of this study was to indirectly analyze the evolution of RALP related costs and the oncologic profile of patients who underwent RALP in ten years in a single institution (HIAE).

## **Patients and methods**

Retrospective analysis of prospectively collected data from patients who underwent RALP at HIAE from 2008 to 2018. In order to evaluate costs and oncologic profile, the first 500 cases (Group A) were compared to the last 500 cases (Group B). Group A procedures were performed before November 2012, with the last 500 cases being conducted between January 2017 and June 2018. Statistical analysis was performed with SPSS v.24.

## **Results**

During this period, 2777 RALP were performed, of which 1,000 cases were selected for analysis. Group B presented shorter operation time, lower blood typing and screening test rates, blood ordering and transfusion and also shorter hospital length of stay. There was no difference in ICU hospitalization ( $p = 0.12$ ). There was a reduction from 25.4% to 14% in the presence of the proctor during the surgery ( $p < 0.01$ ). Group A had a higher rate of postoperative complications (5.8% vs 3.2%  $p = 0.047$ ) as well as more severe complications (Clavien-Dindo  $> 2$ ). In group B, more lymphadenectomy (87.9%) than in group A (49%) ( $p < 0.01$ ) and with a higher mean number of resected lymph nodes were observed (Group B 11.04 vs Group A 3.7  $p < 0.01$ ). Extra prostatic extension was detected in 27.3% of patients in group B vs. 17.8% in group A ( $p < 0.01$ ). There was no difference between the positive surgical margins ( $p = 0.24$ ).

## **Conclusion**

There was a significant improvement in the variables that imply the cost of RALP, despite the fact that patients with more complex disease were submitted to surgery. Robotic surgery implementation programs tend to improve over time, presenting more positive results for both the patient and the institution.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA VERSUS ASISTIDA POR ROBOT EN RIÑONES INFLAMATORIOS**Banda Martínez, E<sup>(1)</sup>; Almeida Carrera, R<sup>(1)</sup>; Lema Rios, B<sup>(2)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador. <sup>(2)</sup>Urología, Carlos Andrade Marín/Universidad Central. Quito, Ecuador.**INTRODUCCION:**

La morbilidad de las complicaciones asociadas a la nefrectomía abierta a causa de patología benigna de riñón cambió con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva, de esta manera se logra disminuir los riesgos; no obstante la cirugía robótica brinda mejoras relacionadas con el campo operatorio además de ayuda para el cirujano. Sin embargo son pocos los trabajos que comparan el abordaje laparoscópico versus el robótico.

**OBJETIVO:**

Comparar resultados obtenidos al realizar nefrectomías laparoscópicas o asistidas por robot.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal en donde se analizaron las variables perioperatorias en pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica o asistida por robot para nefrectomía en riñones inflamatorios.

El promedio de edad para nefrectomía laparoscópica fue de 53 años, en el caso de nefrectomía asistida por robot 44 años, el tiempo quirúrgico promedio de 152 minutos para laparoscópica y 130 minutos para asistida por robot, tiempo de permanencia de drenaje fue de 3,3 días para laparoscópica y 3.8 días para asistida por robot, los días de hospitalización fue de 3.8 para laparoscopia y de 4.4 para asistida por robot. En cuanto a las complicaciones para la nefrectomía laparoscópica solo 3 (15%) presentaron complicaciones Clavien II y 17 (85%) pacientes presentaron curso postoperatorio sin complicaciones; en comparación con la nefrectomía asistida por robot 1 (7%) paciente presentó complicaciones Clavien IIIb y 14 (86%) pacientes presentaron un curso postoperatorio normal o sin complicaciones.

**CONCLUSIONES:**

En nuestro análisis podemos concluir que no existe una diferencia significativa al analizar los resultados obtenidos en las dos técnicas tanto en complicaciones y tiempo quirúrgico en el tratamiento quirúrgico de riñones inflamatorios ya sea por vía laparoscópica o asistida por robot.

**PALABRAS CLAVES:** Nefrectomía laparoscópica, Nefrectomía asistida por robot, Riñones inflamatorios

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **TÉCNICAS ABLATIVAS EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES RENALES DE PEQUEÑO TAMAÑO.**

Estigarribia Benitez, CA<sup>(1)</sup>; Oteo Manjavacas, P<sup>(1)</sup>; Aparicio Navarro, MA; Ines, HA<sup>(1)</sup>; Abadal Villayandre, JM<sup>(2)</sup>; Tellez Martinez Fornes, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid, España. <sup>(2)</sup>Radiología Intervencionista, Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid, España.

## **INTRODUCCION**

La utilización de alternativas terapéuticas mínimamente invasivas como la radiofrecuencia, terapia focal con microondas y la electroporación irreversible, sobre todo en pacientes ancianos y con importantes comorbilidades han aumentado considerablemente en los últimos años.

Presentamos nuestra experiencia con estas diferentes terapias ablativas.

## **MATERIALES Y METODOS.**

Desde junio del 2010 hasta diciembre del 2018 hemos tratado 39 pacientes (30 hombres y 9 mujeres) con diagnóstico por imagen de tumor renal sólido de diámetro menor a 4 cm (T1a). Las técnicas utilizadas fueron: radiofrecuencia en 26, electroporación irreversible en 6 y terapia focal con microondas en 7 pacientes respectivamente, todas respetando márgenes oncológicos.

Se realizaron en una sala de radiología intervencionista, vía percutánea, guiados bajo ultrasonidos con el paciente bajo sedación y en el caso de la electroporación irreversible, anestesia general. Para radiofrecuencia utilizamos un generador Cool-Tip Tm RF Ablation System E, accediendo con agujas de 16 – 18G. En la electroporación se utilizó un generador NanoKnife System con una sonda monopolar unida a una aguja rígida de 19G y la terapia con microondas fue aplicada mediante una aguja de 13G, con un generador EMPRINT. Los pacientes fueron dados de alta a las 24h. El seguimiento se realizó con TAC de control a los 3, 9 y 15 21 y 30 meses, y luego anualmente.

## **RESULTADOS**

El tamaño tumoral medio fue de 2.7 (1,5– 4cm). 8 pacientes presentaron complicaciones clasificadas como Clavien I (dolor lumbar) y 1 Clavien IIIb (fístula urinaria). Con una media de seguimiento de 32 meses, solo se detectó posible recidiva en 8 de los 39 pacientes, siendo sometido 1 a una nueva ablación y 7 permanecen en vigilancia activa.

Se calculó una supervivencia global del 88%.

## **CONCLUSION**

La ablación percutánea para tumores renales de tamaño pequeño son terapias alternativas con resultados positivos, seguros y eficaces.

Se necesitan estudios prospectivos para analizar los resultados oncológicos de las mismas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# ANALYSIS OF PARTIAL NEPHRECTOMIES IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE FOR RENAL LESIONS

Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Knijnik, PG<sup>(1)</sup>; Brum, PW<sup>(1)</sup>; Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Burtet, LM<sup>(1)</sup>; Cabral, RD<sup>(1)</sup>; Souza, PC<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Breitenbach, TC<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>; Berger, M<sup>(1)</sup>; Neto, BS<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, HCPA. POA, Brasil.

**Introduction:** Renal lesions are important from the epidemiological point of view and have been increasing in incidence over the last decades, with renal cell carcinoma being the third most frequent genitourinary cancer. Radical nephrectomy was the standard treatment for many years, but partial nephrectomy (PN) has become a viable treatment option for renal tumors and cystic lesions, as it offers acceptable surgical morbidity, equivalent cancer control and better preservation of renal function, with potential for better long-term survival. In T1a tumors PN is the gold standard. For tumors T1b e T2 (> 7cm), the use of nephron-sparing surgery should be more selective, and specific factors of patients and tumors should be considered. We intend to present the casuistry of partial nephrectomies done in Hospital de Clínicas Porto Alegre (HCPA).

**Materials and methods:** Cross-sectional study from January 2010 to March 2017 that included all patients who underwent partial nephrectomy at the Urology department of HCPA for the treatment of renal lesions.

**Results:** Of the 228 PN performed in this period, 157 were open (68,9%), 53 laparoscopic (23.2%) and 18 robotic (7.9%). 188 were malignant tumors, of which 149 were clear cell tumors, while 40 were benign lesions. Mean tumor size was 3.58. Average of RENAL Score was 6.9, 56.8% of the lesions were anterior to the kidney, 7.3% were central and 35.9% were posterior. Mean warm ischemia time 20,2 minutes. The conversion rate for open surgery was 2.7% and for radical nephrectomy was 1.7%. We have 9.9% of positive margins and 6.2% of complications  $\geq$  Clavien-Dindo III. When we analyzed the surgery for tumors T1a and T1b separately, there was no statistical difference between the surgical time, ischemia time, mean bleeding, complications and postoperative creatinine variation.

**Conclusions:** Our results are similar to the literature that has shown that NP is also safe for T1b tumors.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA IZQUIERDA POR TUMOR RENAL EN PACIENTE GESTANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Carral, LP<sup>(1)</sup>; Napole, H<sup>(1)</sup>; Vendrell, LM<sup>(1)</sup>; Diaz, FE<sup>(1)</sup>; Elizalde, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sección de urología, Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer durante el embarazo es un evento poco frecuente, con una incidencia de 1:1000. Los tumores que frecuentemente se diagnostican son el cáncer de cérvix, mama, linfomas, leucemias agudas y melanomas. El carcinoma de células renales es el tumor urológico más común en ésta etapa. Presentamos el caso clínico de un tumor de riñón en una mujer embarazada, destacando el dilema abordado por la paciente y el equipo médico, y el desafío de la decisión para un adecuado manejo terapéutico.

### MATERIAL Y METODOS

Paciente de 42 años, casada, con antecedentes clínicos de hipotiroidismo, síndrome depresivo, artritis reumatoidea, antecedentes gineco-obstétricos de 7 gestas y 6 partos quien presentó dolor lumbar y poliarticular, encontrándose de manera incidental tumor mesorrenal izquierdo de 56x40x61mm en TAC. En el contexto de retraso menstrual se confirma embarazo con subunidad B positiva con diagnostico tumoral a las 9 semanas de gestación.

### RESULTADOS

Se programó nefrectomía laparoscópica al inicio del segundo trimestre, con un tiempo operatorio de 70 min, mínimo sangrado y recuperación post operatoria adecuada con alta al 2° día postoperatorio. La anatomía patológica informó carcinoma de células claras Fuhrman 2, sin invasión de capsula ni vasculo-linfática. La paciente pudo tener posteriormente su parto sin complicaciones, con el beneficio de la cirugía laparoscópica en cuanto a la precoz recuperación post operatoria.

### CONCLUSIÓN.

Debido a la baja frecuencia de este tipo de condición, no existen guías de procedimientos terapéuticos. La decisión debe ser evaluada por un equipo multidisciplinario poniendo en consideración la biología tumoral, el bienestar de la madre y el feto, respetando los deseos maternos y preocupaciones respecto a la salud y desarrollo fetal.

El manejo quirúrgico es discutido en cuanto a si alguna etapa del embarazo es más o menos favorable para la intervención quirúrgica, pero se identifica al segundo trimestre como el ideal para realizar la cirugía oncológica. Durante el primer trimestre aumenta el riesgo de aborto y exposición a sustancias teratogénicas, mientras que el en tercer trimestre hay mayor riesgo de trabajo prematuro de parto debido a la irritación uterina.

### PALABRAS CLAVE

Embarazo, carcinoma renal, cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CIRUGÍA CONSERVADORA DE NEFRONAS: EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA EN CIRUGÍA ABIERTA.**Guevara Subía, MS<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urooncología, Solca. Portoviejo, Ecuador.**INTRODUCCIÓN**

La cirugía conservadora de nefronas es hoy en día , la primera elección quirúrgica , para cualquier tipo de tumor renal que permita realizarla.

El tamaño , la localización, la variable histopatológica, el estadio tumoral, e incluso la edad del paciente , no implican una determinante dominante para realizarla, sino mas bien la factibilidad de poderse efectuar.

Los resultados de este procedimiento representan un valor oncológico y clínico positivo y alentador en la evolución de nuestros pacientes, más aun cuando la técnica quirúrgica se va perfeccionando y se controla el tiempo libre de isquemia, el tiempo de hemorragia, la función renal posterior , y el seguimiento del paciente a corto mediano y largo plazo.

**MATERIALES:**

Cirugías conservadora de nefronas realizadas en SOLCA Manabí , Registro de Centro quirúrgico y Registro de Tumores

HUMANOS: Investigador: Dr. Santiago Guevara Subía

**MÉTODO**

Retro y prospectivo analítico lineal

**CONCLUSIONES Y RESULTADOS:**

- Se evaluaron más de 20 casos de Nefrectomías Parciales y Tumorectomías Renales con técnica "0 clamp".
  - Se realizó enucleación con cápsula en el 90% de los casos.
  - La función renal post quirúrgica no se alteró en ninguno de los casos
  - La hemorragia intraoperatoria fue menos a 200 cc.
  - El tiempo de resolución desde el inicio de extracción tumoral hasta la ligadura de vasos activos no superó los 2 minutos 30 segundos en promedio.
  - El promedio de tamaño tumoral fue 7.5 cm de diámetro.
  - La apertura de la vía excretora estuvo presente en el 30 % de los casos, sin filtración al espacio perirrenal.
  - Se presentaron márgenes positivos en el 10 % de los casos.
  - Tiempo de hospitalización en promedio 4 días
  - Hematoma retroperitoneal 0% de los casos (controles con TC a las 24 y 72 horas)
- PALABRAS CLAVE:**  
Nefrectomía Parcial, "0 Clamp", Enucleación

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## DISASSEMBLY URETHROPLASTY: INITIAL SERIES OF CASES OF THIS NOVEL TECHNIQUE FOR DISTAL URETHRAL STENOSIS

Menegola, C<sup>(1)</sup>; Gorgen, A<sup>(1)</sup>; Ovalle, J<sup>(1)</sup>; Ghissi, A<sup>(1)</sup>; Paludo, A<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Tavares, P<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

### Introduction

Despite evolution of the management of anterior and posterior urethral strictures, treatment of fossa navicularis and distal penile strictures remain challenging. Proposed techniques have poor cosmetic and functional results, with high recurrence rates, which is attributable to the unique and poorly understood causes of these strictures, including lichen sclerosus and other inflammatory processes. The management includes transurethral incisions, staged procedures, fasciocutaneous skin flaps and buccal mucosa free grafts. Described urethroplasties techniques with BMG includes incisionless ventral inlay (Nikolavsky, 2016), single stage ventral onlay (Chowdhury, 2014), transurethral with circular BMG (Onol, 2012), double buccal ventral and dorsal grafts (Goel, 2009). We describe a series of cases of a novel technique, that consists of a disassembly urethroplasty with a dorsal BMG.

### Materials and Methods

We retrospectively reviewed the cases of disassembly urethroplasties for fossa navicularis and distal penile strictures that were performed in Hospital de Clinicas de Porto Alegre between July 2018 and June 2019. The surgical technique consists of penile degloving, dissection and liberation of the urethra, ventral midline incision of the glans, dorsal buccal mucosa grafting up to the neomeatus, dorsal spatulation of the urethra and anastomosis to the graft.

### Results

Between October 2018 and May 2019, 7 disassembly urethroplasties were performed in Hospital de Clinicas de Porto Alegre. The mean age at surgery was 60 years (38 - 68). All patients had distal urethral stenosis, with a mean length of 3,17cm (1,4 - 5) and the main cause was balanitis xerotica obliterans (71%); the others had urethral strictures secondary to TURP. The mean operative time was 106 minutes, with labial mucosa being used in 71% and jugal mucosa in 29%. No perioperative complications occurred and none of the patients needed reoperation until now, with improvement of symptoms in all patients, but 2 remained with a hypospadiac meatus and 1 complained of worsening of penile curvature.

### Conclusion

Disassembly urethroplasty for distal urethral stenosis is a novel technique with good functional results, although more time of follow up and more cases are needed to understand if these results are sustained in the long term.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESULTADOS POST-OPERATORIOS DE URETROPLASTÍA CON INJERTO DE MUCOSA YUGAL.**Villasante, N<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Bujaldón, JM<sup>(1)</sup>; López, F<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.**Introducción**

La uretroplastía de sustitución es el procedimiento de elección para estenosis largas de uretra bulbar proximal o estenosis de cualquier longitud distales. La mucosa yugal tomada de la cara interna de la mejilla es un material ideal para esta cirugía. El objetivo de este trabajo es evaluar nuestros resultados en esta técnica.

**Materiales y métodos**

Estudio retrospectivo sobre una base prospectiva. Se incluyeron los pacientes con uretroplastía con injerto de mucosa yugal entre enero 2016 y diciembre de 2018. Se evaluaron resultados postoperatorios inmediatos, complicaciones, el éxito quirúrgico definido por flujometría con flujo máximo mayor a 15ml/seg y recidivas a corto plazo.

**Resultados**

De un total de 71 pacientes con plástica de uretra se incluyeron 21 pacientes a los que se les realizó uretroplastía con injerto de mucosa yugal. La edad media fue de 54.3 años. La etiología fue idiopática en el 62%, iatrogénica en el 33% e infecciosa en el 5%. A 8 pacientes se les había realizado uretrotomía interna con recidiva a corto plazo de los síntomas. La longitud media de la estrechez medida intraoperatoria fue de 3.04cm (1.5-4.5cm). 6 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, 5 de ellas infecciones del tracto urinario y 1 caso de hematoma perineal. Se evaluó flujometría pre y post operatoria en todos los paciente con un promedio de 7.7 y 23.2 ml/segundo respectivamente y una diferencia de 15.5 ml/segundo ( $p<0.005$ ). El seguimiento medio fue de 13.2 meses, sin recidivas a corto plazo.

**Conclusión**

La uretroplastía con injerto de mucosa yugal es una técnica con buenos resultados postoperatorios y una tasa de complicaciones aceptables, lo que lo mantiene como estándar de tratamiento en los casos presentados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## VALORACIÓN DE RESPUESTA A TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL COMO TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN DETRUSOR HIPERACTIVO.

López, FM<sup>(1)</sup>; Frascheri, MF<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva se define como urgencia, con o sin incontinencia, con frecuencia miccional diurna aumentada y nocturia, en ausencia de otra afección. La toxina botulínica es el tratamiento de tercera línea en pacientes refractarios al tratamiento conservador y farmacológico.

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre los factores de riesgo; tales como sexo, edad, flujo urinario máximo (Qmax), enfermedades neurodegenerativas y residuo postmiccional ecográfico, que podrían llevar a la necesidad de múltiples aplicaciones de toxina botulínica. Asimismo, analizar factores implicados en la necesidad de una nueva intervención temprana (antes de los 12 meses).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo sobre una base prospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de detrusor hiperactivo a los que se les realizó una cistoscopia con inyección de toxina botulínica intra-vesical entre 2015 y 2018. En todos los casos, esta fue indicación de tercera línea.

Se analizaron variables demográficas, estudios preoperatorios, dosis y cantidad de aplicaciones, intervalo y complicaciones de las mismas.

### RESULTADOS

Se analizaron 40 pacientes. La edad promedio fue 73 años, relación hombre-mujer 1:2. 32 pacientes presentaban detrusor hiperactivo de causa idiopática y 8 enfermedad de Parkinson. Entre estos últimos no se evidenció mayor tasa de necesidad de reaplicación (1 paciente, que recibió 4 aplicaciones). Dos pacientes tenían Qmáx <10 medida en estudio urodinámico previo a la aplicación de toxina. A 11 pacientes se le realizó una 2da aplicación con una media de tiempo entre aplicaciones de 12 meses (95% IC 7-17meses). El 20% de los pacientes (8) tuvieron complicaciones secundarias a la aplicación. Las mismas fueron: Retención urinaria 25% (2 pacientes), Infección urinaria 37,5% (3), infección+retención 25% (2) y el 12,5% (1) detrusor acontractil, que requirió cateterismos.

### CONCLUSIÓN

En nuestra serie, no se halló diferencia estadísticamente significativa en la necesidad de nueva aplicación de toxina botulínica previa al año. La tasa de complicaciones fue similar a otras series reportadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO FEMENINA MEDIANTE EL USO DE MALLAS SINTÉTICAS: NUESTRA EXPERIENCIA.

D Angelo, A<sup>(1)</sup>; Del Villar, M<sup>(1)</sup>; Cobreros, C<sup>(1)</sup>; Garcia Penela, E<sup>(1)</sup>; Bechara, A<sup>(1)</sup>; Zamitto, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Durand. CABA, Argentina.

**Introducción:** La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) femenina es una entidad con una prevalencia descripta de entre el 35 y el 28%. El uso de mallas de polipropileno libres de tensión, en uretra media, es el gold standard para su tratamiento en la actualidad. En 2016 la FDA prohibió la comercialización en USA de mallas sintéticas para corrección de prolapso de órgano pelviano (POP) por considerarlos “dispositivos de alto riesgo”. Este hecho sumado al creciente número de demandas contra los proveedores de las mallas sintéticas tanto por casos de corrección de POP como para casos de IOE, genera confusión entre especialistas respecto al uso de estas últimas.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia con el uso de dispositivos de malla sintética (SLING) para corrección de casos de IOE.

**Materiales y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de mujeres a las que se le realizó la colocación de SLING por IOE sin POP en el periodo 2009-2019.

**Resultados:** Durante estos 10 años se han operado un total de 152 pacientes con una edad promedio de 61 +/- 10 años (39-81 años). En 70 (46%) casos se realizó procedimiento retropúbico (TVT) y 82 (54%) casos se abordaron con procedimiento transobturatriz (TOT). Las complicaciones de nuestra serie fueron 14% para TVT (N=22) y 6% para TOT (N=10), de las cuales 2,6% (n=4) fueron por dolor crónico, dispareunia 3,9% (n=6), recidiva 7,8% (n=12), sangrado con requerimiento de transfusión 0,6% (n=1), RAO 3,2% (n=5), infección 5,9% (n=9), extrusión 7,2% (n=11), perforación vesical 4,6% (n=7). La evaluación post tratamiento fue satisfactoria con una escala EVA de 9 (6-10), realizándose controles periódicos hasta la fecha en 113 casos con una media de seguimiento de 6 años.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, la utilización de SLING para corrección de IOE resultó ser un procedimiento seguro, con buenos resultados funcionales y una baja tasa de complicaciones.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**TRASPLANTECTOMÍA RENAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.**

García Marchiñena, P; Hosman Basto, R; Tobía González, I; Nolasco, JI; González, MI; Martínez, PF

**INTRODUCCIÓN:** En la actualidad la trasplantectomía renal es un tema controversial con respecto a su indicación. El objetivo de este trabajo es describir las principales indicaciones y describir la frecuencia y tasa de prevalencia de trasplantectomía renal, asociado a los factores que influyen en sus indicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal con inclusión de todos los pacientes con trasplante renal adulto entre junio de 2014 y enero de 2018, registrándose en el mismo período casos con fallo del graft renal que indique trasplantectomía renal. Fueron analizados los siguientes datos protocolares: Edad, Sexo, Causa de IR, Tipo de trasplante, Motivo de explante, tiempo de cirugía, evolución postoperatoria y complicaciones asociadas.

**RESULTADOS:** Durante el período evaluado se realizaron 290 trasplantes y 53 ectomías con una tasa del 18,3%. La edad promedio de los 53 pacientes fue de 38 años (de 14,2), de los cuales 32 (60,4%) fueron de sexo femenino. El tipo de trasplante recibido fue cadavérico en 36 (59,8%), siendo el resto proveniente de donantes vivos relacionados. Un 32% fue del lado derecho.

Las tres causas principales de explante fueron síndrome de intolerancia, fallo precoz de injerto y rechazo crónico ocurridas cada una en 13 pacientes (24,5%) pacientes. Las restantes causas fueron generar espacio para un tercer trasplante en 8 (15,1) e infecciosa en 6 (11,3%). No hubieron complicaciones intraoperatorias y el resultado histológico más frecuente fue rechazo crónico en 33 (62,3%) pacientes, seguido por necrosis en 6 (11,3%) y otras causas en los restantes. Sólo 5 pacientes (9,4%) requirieron transfusión durante la internación. Un total de 15 casos (28,4%) presentaron complicaciones Clavien III o superior. La mortalidad en la etapa post cirugía fue del 9,4% (5 pacientes) dentro de la cual 4 pacientes fueron por explante en agudo.

**CONCLUSIÓN:** La trasplantectomía tiene su indicación precisa en casos puntuales de pérdida de la función del graft ya que se trata de un procedimiento que con importante morbilidad asociada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PRE-TRANSPLANTATION LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY IN POLYCYSTIC KIDNEYS AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL**

Fernandes, AS<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Gorgen, ARH<sup>(1)</sup>; Duarte, RG<sup>(2)</sup>; Lobato, NR<sup>(2)</sup>; Burttet, LM<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Knack, M<sup>(1)</sup>; Souza, PC<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Santos, EB<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

In the present study, patients with autosomal dominant polycystic kidney disease required renal replacement therapy in 50% of cases at the age of 60 years

Many of these patients are undergoing hemodialysis and are indicated as candidates for renal transplantation.

However, polycystic kidneys often have massive dimensions and reduce the space for renal implantation in the iliac fossa requiring a pre-transplant nephrectomy.

The aim of this study is to demonstrate that nephrectomy for these kidneys is a feasible procedure, even in a service where procedures are almost entirely performed by resident physicians.

We reviewed all videolaparoscopic nephrectomies in polycystic kidneys performed at Hospital de Clínicas, Porto Alegre. A total of 10 nephrectomies in 9 patients were found. 9 of the 10 nephrectomies were performed by urology residents in the last year of their training.

Data analysis shows a population with mean age of 58.5 years (+ - 8.25), 100% of them ASA III. The duration of the surgical time was on average 210.5 minutes (+ -42.39), with a median of 217.5 minutes. The mean length of hospital stay was 5.44 days (+/- 2.3 days), with a median of 5 days. No patient presented intraoperative bleeding above 300ml. The conversion rate for open surgery was 20% of the nephrectomies, both due to technical difficulty in accessing the renal wire. Regarding postoperative complications, only 1 patient had Clavien-Dindo > 3 complications, one episode of mesenteric ischemia that led the patient to death.

Except for the two surgeries converted where a subcostal incision was performed, 7 patients used a medial infra and transumbilical incision (in 4 of them a concomitant correction of umbilical hernia was performed) and 1 incision of Pfannestiel.

Polycystic kidney nephrectomy due to laparoscopic access is a feasible procedure, even for urologists under supervised training. The conversion rate for open surgery was within the literature estimate (20% x 5-22%) ). The Clavien-Dindo complication rate was low, with only one patient presenting a Clavien-Dindo > 2, but this patient died in the postoperative period.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y TIEMPO DE USO DE CATÉTER URETERAL Y SU ASOCIACIÓN AL DESARROLLO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADAVERÍCO EN UN HOSPITAL PERUANO

Arias Nolasco, JR<sup>(1)</sup>; Cordier Mariaca, A<sup>(1)</sup>; Salas Yaro, V<sup>(1)</sup>; Caballero Linares, M<sup>(2)</sup>; Campos Santolalla, J<sup>(1)</sup>; Vásquez Quiroz, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Lima, Perú. <sup>(2)</sup>Nefrología, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Lima, Perú.

**Introducción:** Las infecciones de tracto urinario (ITU) son las infecciones más frecuentes en los receptores de trasplante renal.

**Objetivo:** Determinar si la profilaxis antibiótica y el tiempo de uso de catéter ureteral están asociados al desarrollo de ITU en el trasplante renal de donante cadavérico (TRDC).

**Métodos:** Estudio longitudinal y analítico en 72 pacientes post operados de TRDC del 2012 al 2018. Se analizó la asociación de la profilaxis antibiótica con cefuroxima 750mg previo al TRDC y el tiempo de uso de catéter ureteral con el desarrollo de ITU dentro del primer, segundo y tercer mes de evolución mediante el test de chi cuadrado y U de Mann-Whitney. Se utilizó el programa estadístico SPSS 25.0.

**Resultados:** Previo al TRDC, 44 pacientes (61%) recibieron profilaxis con cefuroxima 750mg. 25 pacientes tuvieron al menos un episodio de ITU por bacterias con betalactamasa de espectro extendido (BLEE). Los cultivos positivos fueron 15 (61%) *Escherichia coli* BLEE y 10 (39%) *Klebsiella pneumoniae* BLEE.

En el primer mes posterior al TRDC, 20 pacientes desarrollaron ITU, el 29.5% (13/44) de los pacientes que recibieron profilaxis antibiótica desarrolla ITU frente el 25% (7/28) de pacientes que no la reciben ( $p=0.675$ ).

En el segundo mes, 11 pacientes desarrollaron ITU, todos estos pacientes recibieron profilaxis antibiótica, no hubo casos de ITU entre los pacientes que no recibieron profilaxis ( $p=0.005$ ).

En el tercer mes, 10 pacientes desarrollaron ITU, el 15.9% (7/44) de los pacientes que recibieron profilaxis antibiótica desarrolla ITU frente el 10.7% (3/28) de pacientes que no la reciben ( $p=0.534$ ).

Todos los pacientes trasplantados utilizaron catéter ureteral, la media de uso de catéter ureteral fue de 26 días. El tiempo de uso de catéter ureteral no incrementa el riesgo de ITU al primer mes ( $p=0.869$ ), segundo mes ( $p=0.109$ ) y tercer mes ( $p=0.868$ ).

**Conclusión:** La profilaxis antibiótica no previene el desarrollo de ITU, los resultados obtenidos indican que aumenta el riesgo de ITU en el segundo mes posterior al TRDC. El tiempo de uso de catéter ureteral no incrementa el riesgo de ITU en los primeros tres meses posteriores al TRDC.

**Palabras clave:** trasplante renal, infección urinaria, catéter ureteral

**TABLA 1:** Desarrollo de infecciones de tracto urinario y su asociación a uso de profilaxis antibiótica en pacientes receptores de trasplante renal de donante cadavérico

		RECIBIERON PROFILAXIS N=44	NO RECIBIERON PROFILAXIS N=28	P
DESARROLLO DE ITU	PRIMER MES	13 (29.5%)	7 (25%)	0.675
	SEGUNDO MES	11 (25%)	0	<0.005
	TERCER MES	7 (15.9%)	3 (10.7%)	0.534

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

## COMPARACIÓN DEL CATÉTER ESTÉRIL DE USO ÚNICO Y EL CATÉTER LIMPIO REUTILIZADO DE CLORURO DE POLIVINILO PARA EL CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE EN EL MANEJO DE VEJIGA NEUROGÉNICA

Madero Morales, PA<sup>(1)</sup>; Robles Torres, JI<sup>(1)</sup>; Garza González, E<sup>(1)</sup>; Vizcarra Mata, G<sup>(1)</sup>; Guillén Lozoya, A<sup>(1)</sup>; Garza-Cortés, R<sup>(1)</sup>; Gutiérrez González, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario. Monterrey, México.

### Introducción:

El cateterismo vesical intermitente (CI) es el tratamiento de elección para la vejiga neurogénica. Se han descrito dos modalidades de CI: catéter reutilizado, el cual consiste en usar en múltiples ocasiones un mismo catéter lavando con agua y jabón posterior al cateterismo por un periodo de tiempo específico; y el catéter estéril de uso único, en el que se utiliza el una ocasión y se desecha. No existe evidencia que sustente la superioridad de un método en relación a la prevención de infecciones del tracto urinario (ITU).

### Objetivo:

Determinar si los catéteres de uso único reducen las ITU en comparación con los catéteres reutilizados para pacientes con CI por vejiga neurogénica debido a espina bífida.

### Material y métodos:

Realizamos un ensayo clínico aleatorizado con un seguimiento de 8 semanas que comparó el CI de estéril de uso único y reutilizado (lavado con agua y jabón, y almacenado en un recipiente con antiséptico). Las evaluaciones se establecieron en los días 0, 7, 14, 28, 42 y 56. Los participantes informaron los síntomas y los resultados del cultivo de orina obtenido por catéter con técnica estéril. La evaluación primaria fue la frecuencia de ITU, definida como cultivo de orina positivo más fiebre, dolor de flanco, malestar general, orina turbia u olorosa. Los criterios de elegibilidad fueron edad  $\geq 2$  años, diagnóstico de espina bífida con cateterismo intermitente regular sin ITU al inicio del estudio.

### Resultados:

Más de 165 pacientes fueron evaluados, de los cuales 83 fueron aleatorizados y 75 completaron el seguimiento. La edad promedio fue de 12.7 años, de los cuales 29 eran hombres y 46 mujeres. No hubo diferencias estadísticas en la frecuencia de bacteriuria e ITU durante el seguimiento entre el grupo de catéter de un solo uso (32.4% y 35.2%, respectivamente) y el grupo de catéter reutilizado (18.4% y 36.8%, respectivamente) con  $p=0.199$  para bacteriuria y  $p=0.877$  para ITU.

### Conclusiones:

Los catéteres de uso único no demostraron disminuir la frecuencia de ITU en pacientes con vejiga neurogénica con CI en comparación con los catéteres reutilizados. La utilización del catéter limpio reutilizado parece ser el método más costo-efectivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**COMPLICACIONES DE LAS BIOPSIAS SOBRE RIÑONES NATIVOS Y SU REPERCUSIÓN ANALÍTICA.**

Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Molina Hernandez, O<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Romero Bobadilla, ER<sup>(1)</sup>; García Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Guzman Martínez- Valls, P<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Andreu García, A<sup>(1)</sup>; Oñate Celdrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>UROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. MURCIA, España.

**Introducción**

La biopsia renal percutánea (BRP) es una herramienta determinante en el diagnóstico de enfermedades renales parenquimatosas. Las complicaciones van desde pequeños hematomas perirrenales a hemorragias que requieren transfusiones. El objetivo es describir las complicaciones, y analizar la repercusión de la biopsia renal sobre los valores de hemoglobina.

**Materiales y métodos**

Realizamos un estudio retrospectivo que incluye 102 pacientes a los que se les realizó BRP ecodirigida desde enero de 2010 a noviembre de 2016. La edad promedio fue 51,17 +/- 17,01, de los cuales 58 (56,9%) fueron hombres y 44 (43,1%) mujeres. Se registraron las complicaciones en función de la clasificación de Clavien-Dindo modificada, además los niveles de hemoglobina prepunción y a las 24 horas posteriores. El análisis estadístico se realizó mediante comparación de medianas con pruebas no paramétricas con el programa SPSS Statistics versión 20.

**Resultados**

En los 102 pacientes se recogieron muestras suficientes para el análisis histológico. Encontrando diferencias estadísticamente significativas (IC 95%;p<0,05) entre la hemoglobina prepunción y la postpunción, un descenso de 12,15 a 11,45.

**Conclusiones**

Las complicaciones surgidas en nuestro medio además de ser poco habituales, evolucionaron favorablemente con tratamiento conservador. Tanto en la indicación del procedimiento como en la selección de los pacientes debemos tener en cuenta que se relacionan de forma significativa, con un descenso en los niveles de hemoglobina, siendo ésta clínicamente no relevante.

**Descriptivo**

	N	%, Media (DT)
Edad	102	51,17 (17,01)
Sexo: Hombres	58	56,9
Mujeres	44	43,1
Clavien Dindo I	7	6,86
Clavien Dindo II	2	1,96
Hematoma perirrenal	5	4,9
Hematuria macroscópica	2	1,96

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EL RETO DE LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL PARAFINOMA PENEANO.**

Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Romero Bobadilla, ER<sup>(1)</sup>; García Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Guzmán Martínez- Valls, P<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Andreu García, A<sup>(1)</sup>; Oñate Celdrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

El parafinoma peneano es una reacción cutánea que aparece tras la inyección de parafina o aceites minerales en el pene. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.

**Objetivo:** el objetivo de nuestro trabajo es presentar una técnica quirúrgica, sus resultados estéticos y funcionales.

**Métodos:** Presentamos una serie retrospectiva de 3 pacientes diagnosticados de parafinoma peneano por inyección de sustancias extrañas (vaselina, parafina), tratados con técnica reconstructiva en dos tiempos: primer tiempo con escisión de parafinoma más enterramiento escrotal de pene. Se dejan transcurrir 4 meses para el correcto prendimiento del flap escrotal. En un segundo tiempo se realiza individualización peneana y faloplastia con piel escrotal. Describimos los resultados estéticos y funcionales según el International Index of Erectile Function (IIEF-5).

**Resultados:** la mediana de edad de los pacientes fue 31 años. La estancia hospitalaria fueron 4 días tras el primer tiempo y 2 tras el segundo. No hubo complicaciones postoperatorias en ninguno de los casos. El intervalo entre cirugías fue de 4 meses. La puntuación del IIEF-5 fue de 23, 25 y 25 puntos

**Conclusiones**

La escisión de parafinoma más enterramiento escrotal del pene y faloplastia con piel escrotal en dos tiempos es una técnica fiable y reproducible que se debe tener en consideración cuando exista afectación extensa de la piel peneana y se precise resección amplia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **EL RETO DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA EN EL CARCINOMA CORTICO ADRENAL, REPORTE DE UN CASO MANEJADO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1 QUITO.**

Paredes, K<sup>(1)</sup>; Nuñez, F<sup>(1)</sup>; Reyes, H<sup>(1)</sup>; Silva, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1. Quito, ECUADOR.

## **Introducción**

El Carcinoma Cortico Adrenal es poco frecuente y tiene un mal pronóstico, incluso en pacientes con tumores resecaados con una incidencia reportada en la literatura de 0,5 a 2 casos por millón de habitantes por año. Posterior a la cirugía ya sea laparoscópica o abierta este tipo de cáncer tiene una alta probabilidad de recaída y una supervivencia a 5 años que no supera el 60%.

Este tipo de cánceres son funcionales en un 50% de los casos y su diagnóstico es más temprano por los signos clínicos que presentan, a diferencia del 50 % restante que suele ser silencioso con hallazgos incidentales de metástasis al momento de su diagnóstico.

Si se sospecha de carcinoma cortico adrenal deben tenerse en cuenta criterios clínicos, bioquímicos y radiológicos para un diagnóstico adecuado y posterior tratamiento.

## **Materiales y métodos**

El presente trabajo es un caso clínico sobre Carcinoma Cortico Adrenal en una paciente femenina de 29 años que presento sin causa aparente aumento de peso, aumento de bello facial, incremento del tamaño del clítoris, cefaleas holocraneanas, entre otros síntomas y signos que la llevaron a buscar ayuda médica. Además, se realizó la revisión bibliografía exhaustiva del tema.

## **Palabras clave**

Carcinoma cortico adrenal, cirugía urológica, tumores en urología

## **Resultados**

Se concluyó que la cirugía de carcinoma cortico adrenal represento un verdadero reto para el equipo quirúrgico puesto que este tipo de patología suele ser poco frecuente y suele ser diagnosticada en etapas avanzadas. Por lo que la practica quirúrgica está limitada por la escasa presencia de este tipo de cáncer en etapas tempranas.

## **Objetivo**

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso clínico quirúrgico poco frecuente y de alta complejidad que representó un reto quirúrgico para el equipo urológico.

## **Declaración**

Los autores declaráramos que es un trabajo con fines educativos, original e inédito y no ha publicado ni presentado con anterioridad en otros medios científicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ESTUDIO DE COSTO-BENEFICIO EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA: UNA DEUDA CON EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

Castro, E<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Aguirre, M<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Félix Bulnes. Santiago, Chile.

### Introducción

El creciente número de pacientes en lista de espera quirúrgica en el sector público ha evidenciado la necesidad de optimizar recursos para la asistencia de la población y la resolución de sus patologías, de la forma más eficiente posible. En un contexto sanitario donde los recursos son escasos, los estudios de costo-beneficio ayudan a distribuir los recursos en salud de forma equitativa y justa a la realidad local de cada servicio de salud.

### Objetivos

Realizar un estudio de costo-beneficio de los pacientes en lista de espera quirúrgica urológica, que presentaron hospitalización en los servicios de UCI, UTI, Cirugía adulto y Sala de medicina del Hospital Félix Bulnes, por complicación de patología urológica no resuelta.

### Metodología

Se conformó una base de datos del Hospital Félix Bulnes mediante el programa ORACLE business intelligence y el registro electrónico del hospital, procesamiento de datos con software "R" y Excel. Se analizaron casos egresados de servicios de UPC, Cirugía adulto y Medicina desde Enero/2014 hasta diciembre/2018. Se analizaron los costos de las intervenciones, diagnóstico y procedimientos mediante Grupo diagnóstico relacionado (GRD) y codificación CIE-10, y el costo día/cama fue reportado por la dirección del establecimiento ajustado por IPC (pesos chilenos). La comparación se basó en estimar los costos de la intervención en el percentil al 5% versus el costo real que fue calculado con el percentil al 50%.

### Resultados

PERCENTIL 5%

Operados 225

Días Cama (\$) 27.899.499

Costo intervenciones (\$) 605.275.426

PERCENTIL 50%

Total Pacientes 6424

Lista de espera quirúrgica 820

Operados 225

Mediana espera (días) 109

Días Cama (\$) 31.596.211

Costo intervenciones (\$) 658.649.279

### Conclusión

En nuestro análisis, podemos decir que en 225 pacientes, el percentil del 5% representa el escenario ideal en cuanto a comorbilidades y costos versus el resto de los pacientes representados por el percentil del 50% los cuales mostraron complicaciones (alguno de ellos con 2 a 3 cirugías posteriores) con un delta en costos para el hospital de \$ 53.373.853. Es por ello, que una forma de reducir costos globales para un hospital del servicio público es invertir presupuesto en agilizar la resolución de la lista de espera quirúrgica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EXENTERACIÓN PELVIANA UNA ALTERNATIVA PARA NEOPLASIAS DE ORIGEN GINECOLÓGICO.**

Cabrera Bustamante, CA<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MI<sup>(1)</sup>; Zubieta, ME<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Favre, G<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción**

La exenteración pelviana es una cirugía compleja indicada en pacientes con alta morbilidad por su patología de base. El objetivo del trabajo es evaluar resultados oncológicos y complicaciones de exenteraciones pelvianas en el tratamiento de tumores de origen ginecológico.

**Material y Método:**

Estudio retrospectivo, analizando las historias clínicas del Hospital Italiano de Buenos Aires, de pacientes a quienes se les realizó exenteración pelviana entre enero 2008 y diciembre 2018. Se evaluaron resultados quirúrgicos, complicaciones postoperatorias, recurrencia y sobrevida.

**Resultados:**

Fueron incluidos 45 pacientes. La edad media fue 53,8 años (DE 13.9).

Se realizó exenteración total en 21 pacientes (46.7%), en 21 (46,7%) exenteración anterior completa y 3 (6.6%) exenteración anterior parcial. A 31 pacientes (68.9%) se le realizó Bricker, 7 pacientes (15.5%) neovejiga, y 4 (8.9%) ureterostomía cutánea. Se dividieron las complicaciones postoperatorias en: tempranas, <30 días (68.9%) y tardías, >30 días (68.9%) siendo las tempranas: fiebre 21 pacientes (46.7%), 3 (6.7%) insuficiencia renal aguda, 2 (4.4%) estenosis uretero pouch, 1 uronefrosis (2.2%), 4 fístulas recto- vaginales y 1 fístula vesicovaginal (2.2%). Las tardías fueron: fiebre 15 pacientes (33.3%), 8 (17.8%) uronefrosis, 5 (11.1%) estenosis uretero-pouch, 5 (11.1%) insuficiencia renal aguda, 4 (8.9%) fístula recto vaginal y 1 (2.2%) fístula enterocutánea.

Un total de 34 pacientes (75,6%) presentaron márgenes libres de resección.

La mediana de tiempo de seguimiento fue 27 meses (r 1-108), 26 pacientes (57.8%) permanecieron libres de enfermedad. Hubo recaída en 19 casos (42.5%), 10 pacientes (22,2%) murieron debido progresión de su enfermedad. No hubo muertes relacionadas a la cirugía.

La sobrevida estimada libre de recaída a 3 años fue de 45.8% (IC 95% 28.6 - 63). La sobrevida cáncer específica estimada a 3 años fue del 73% (IC 95% 57.6-88.4).

**Conclusión:**

La exenteración pelviana representa una oportunidad curativa en pacientes con tumores ginecológicos recidivados. Este tipo de cirugías presenta tasa de complicaciones importante, debiendo ser realizadas por un equipo experimentado con componente multidisciplinario para resolución de las mismas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ESCLEROTERAPIA PERCUTÁNEA CON POLIDOCANOL AL 2% COMO TRATAMIENTO PARA QUISTES RENALES SIMPLES**

Recalde Lara, C; Fariña Agüero, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay.

**Introducción**

Los quistes renales simples son las masas renales más comunes. El tratamiento puede ser necesario si el crecimiento del quiste conduce a síntomas como dolor, hematuria, infección o compresión del sistema pielocalicial. La terapéutica gold estándar es la decorticación. Comparativamente, la aspiración percutánea y la escleroterapia han sido descritos como métodos seguros y efectivos de manejo de los quistes renales simples sintomáticos, sin el costo y la morbilidad asociados a la cirugía convencional y laparoscópica.

**Materiales y Métodos**

Estudio descriptivo de serie de casos. Se incluyen casos con diagnóstico de quiste renal simple sintomático tratados mediante punción percutánea y esclerosis con polidocanol al 2% desde enero del 2016 a enero del 2018. El procedimiento se realizó en todos los casos bajo guía ecográfica, con anestesia local y en régimen ambulatorio. La proporción de polidocanol utilizada fue de 80mg por 100ml de líquido quístico aspirado. Se define éxito del tratamiento a un volumen quístico residual menor al 20%, con completa desaparición de síntomas, a los 12 meses de seguimiento.

**Resultados**

Se presentan 15 casos. 100% del sexo femenino, media de edad 55 años. Volumen de líquido evacuado media de 338ml. Tratamiento exitoso en un 100% de los casos. Solo 20% de los casos requirió analgesia con AINES (diclofenaco 150mg/día) por 24hs al alta. No se reportaron complicaciones, reingresos ni reintervenciones dentro de los 12 meses del seguimiento.

**Conclusiones**

Se evidencia una alta tasa de éxito del tratamiento de quistes renales simples por punción percutánea y esclerosis con polidocanol al 2%. Además, los datos sugieren una buena tolerancia al procedimiento bajo anestesia local y en régimen ambulatorio.

Se necesitan estudios prospectivos randomizados para determinar la equivalencia a otros métodos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PERFIL DE SENSIBILIDADE ANTIMICROBIANA DAS BACTÉRIAS ISOLADAS EM UROCULTURAS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

Gorgen, ARH<sup>(1)</sup>; Anzolch, KMJ<sup>(2)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; de Oliveira, OLM<sup>(2)</sup>; Brum, PW<sup>(3)</sup>; Knijnik, PG<sup>(4)</sup>; Fornari, A<sup>(2)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Porto Alegre. <sup>(3)</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. <sup>(4)</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

**Introdução:** ITU é considerada a infecção bacteriana mais comum. A prevalência geral em mulheres é estimada em 3,5%, aumentando com a idade, sendo que quase 50% irão ter uma ITU durante a vida. Em gestantes a prevalência e frequência de ITU recorrente é a mesma, porém progridem para pielonefrite aguda mais frequentemente (1-4% das gestantes, 20-40% das com bacteriúria assintomática). Não ocorre resolução espontânea da bacteriúria assintomática nessas pacientes, a menos que tratadas, e tornam-se sintomáticas mais frequentemente. Gestantes com ITU sintomática e pielonefrite tem maior incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte. Deve-se tratar toda bacteriúria assintomática nessas pacientes.

**Objetivos:** Primário: Identificar bactérias mais prevalentes e o perfil de sensibilidade antimicrobiana entre uroculturas de pacientes femininas em idade fértil de uma capital do sul do Brasil. Secundário: Definir antibiótico mais adequado para tratamento empírico de ITU nessas pacientes.

**Métodos:** Foram analisadas uroculturas coletadas no período de 2014 a 2018 por pacientes femininas em idade fértil em um laboratório da cidade de Porto Alegre (Brasil). Realizados os cálculos de prevalência das bactérias isoladas e dos seus perfis de sensibilidade antimicrobiana.

**Resultados:** Foram analisadas 9909 uroculturas, das quais 1979 (20.0%) foram positivas. Dessas, 1064 foram em mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos). As bactérias encontradas foram E. coli em 65,5% (n = 697), Enterococcus em 14,1% (n = 150), Staphylococcus em 13,8% (n = 147), Proteus em 1.7% (n = 18) e Klebsiella em 1.2% (n = 13). Os antibióticos com maior sensibilidade foram fosfomicina-trometamol em 99.7%, gentamicina em 95.8%, amoxicilina-clavunato em 95,2%, nitrofurantoína em 94%, norfloxacino em 92.9%, doxiciclina em 89.7% e sulfametoxazol-trimetoprim em 75.6%.

**Conclusões:** É importante a identificação do perfil local de sensibilidade antimicrobiana das bactérias mais prevalentes nas uroculturas para melhor guiar o tratamento empírico das ITUs, ou mesmo bacteriúrias assintomáticas nas gestantes. Considerando um número limitado de antimicrobianos disponíveis para uso durante a gestação (risco de teratogênese), o seu uso baseado em dados de prevalência local levam à um tratamento mais efetivo e precoce, evitando complicações graves como parto prematuro, baixo peso ao nascer, sepse urinária e até mesmo morte perinatal.

**Financiamento / conflicto de intereses:** No

# **PERFIL MICROBIANO DAS UROCULTURAS DE PACIENTES ACIMA DE 65 ANOS DE UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Anzolch, KMJ<sup>(2)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; de Oliveira, OLM<sup>(2)</sup>; Brum, PW<sup>(2)</sup>; Knijnik, PG<sup>(2)</sup>; Fornari, A<sup>(2)</sup>; Bortolini, T<sup>(2)</sup>; Menegola, C<sup>(2)</sup>; Diaz, JO<sup>(2)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Porto Alegre.

**Introdução:** ITU é a segunda maior causa de infecções bacterianas no idoso (primeira em institucionalizados). A diferenciação entre ITU e bacteriúria assintomática nesses pacientes ainda é controversa, devido à dificuldade para avaliação de sintomas e na interpretação dos exames. O espectro do quadro clínico varia desde sintomas clássicos até letargia, delirium e anorexia. Quando da escolha do antimicrobiano ideal, deve-se levar em conta a severidade da doença, condições de vida, comorbidades, uso de cateteres e a resistência bacteriana local.

**Objetivos:** Primário: Identificar bactérias mais prevalentes e o perfil de sensibilidade antimicrobiana entre uroculturas de pacientes acima de 65 anos de uma capital do sul do Brasil. Secundário: Definir antibiótico mais adequado para tratamento empírico de ITU nesses pacientes.

**Métodos:** Foram analisadas uroculturas positivas coletadas no período de 2014 a 2018 por pacientes acima de 65 anos em um laboratório da cidade de Porto Alegre (Brasil). Realizados os cálculos de prevalência das bactérias isoladas e dos seus perfis de sensibilidade antimicrobiana.

**Resultados:** Foram analisadas 9909 uroculturas, das quais 1979 (20.0%) foram positivas. Dessas, 343 eram em pacientes com mais de 65 anos, sendo 262 (76,4%) do sexo feminino. As bactérias encontradas foram E. coli em 66,5% (n = 228), Enterococcus em 10,2% (n = 35), Staphylococcus em 6,7% (n = 23), Pseudomonas em 5,2% (n = 18), Klebsiella em 1,2% (n = 12) e Proteus em 2,0% (n = 7). Os antibióticos com maior sensibilidade foram fosfomicina-trometamol em 99,0%, gentamicina em 92,8%, amoxicilina-clavulanato em 89,7%, nitrofurantoína em 85,3%, norfloxacin em 71,9%, sulfametoxazol-trimetoprim em 60,8% e doxiciclina em 52,2%.

**Conclusões:** Tendo em vista a dificuldade diagnóstica e a potencial gravidade da ITU em pacientes idosos, a identificação dos patógenos locais mais prevalentes e suas correspondentes sensibilidades antimicrobianas é de fundamental importância para um tratamento eficaz e precoce. Sugerimos que, no sul do Brasil, seja optado o antibiótico fosfomicina-trometamol como tratamento empírico nessa população de pacientes.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



**FEMALE URETHRAL MELANOMA: A CASE REPORT.**

Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, MDC<sup>(1)</sup>; Flores Martín, JF<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, AJ<sup>(1)</sup>; Ramos Alaminos, CI<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén, España.

Primary malignant melanoma of the genitourinary tract is an extremely uncommon pathology. It is three times more common in females. Most of them are located at the distal urethra. There is frequently a delay in diagnosis and, in spite of the treatment, prognosis remains poor.

Our patient is a 59-years-old woman, who was evaluated for genital bleeding and a painful mass in distal urethra. We decided to do a wide local excision to remove the mass. Histopathological and immunohistochemical analysis was compatible with a primary melanoma. A later image test showed a right inguinal adenopathy suspicious for malignancy. It was decided to perform a biopsy, which confirmed the existence of regional tumor spreading. So we opted for a right inguinal lymphadenectomy. The patient is being followed by Oncologists, with immunotherapy due to the existence of multiple metastasis.

The incidence of primary malignant melanoma of female urethra is extremely low, so there aren't many recommendations on the right treatment. The standard initial management for locoregionally disease is complete wide local resection if possible. There are small series than suggest a survival benefit for elective regional lymphadenectomy in patients with urethral melanoma and positive metastasis in the sentinel lymph node.

Adjuvant therapy is needed because of the overall high risk for cancer specific death. Immunotherapy is an adjuvant treatment option, but there are only limited data in patients with mucosal melanoma. On the other hand, in spite of early clinical experience suggested that melanoma was a radioresistant tumor, some clinical studies indicate that the radiotherapy may have a role as adjuvant therapy.

About metastatic disease, the approach to management it is based on the treatment of metastatic cutaneous disease. Advances in immunotherapy may offer important treatments options as more data become available.

Female urethral melanoma is extremely rare, leading to paucity of literature and any definite recommendations regarding management. Surgery with adjuvant treatment like immunotherapy appears to provide some response in an otherwise very poor prognostic scenario. An early and accurate diagnosis is one of the most important aspects when we talk about the malignant melanoma in the genitourinary tract.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TRAUMATISMO TESTICULAR CON PRESERVACIÓN DE PARENQUIMA**

Nuñez, M<sup>(1, 2)</sup>; Avarez, P<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Gregoris, F<sup>(1)</sup>; Denis, M<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>CABA.

**Introducción:**

La ruptura testicular es una emergencia quirúrgica y la exploración temprana maximiza las posibilidades de conservación parenquimatosa del testículo afectado. El objetivo es preservar la mayor cantidad de tejido viable.

**Material y Métodos:**

Se realizó una revisión retrospectiva, en nuestro centro, de pacientes explorados quirúrgicamente por traumatismo testicular, entre Junio de 2011 y Junio de 2019. En ese período fueron atendidos 48 pacientes con traumatismo testicular (3 por arma de fuego, 6 por caída en horcajadas, 1 por traumatismo cerrado con una amoladora, 18 por traumatismos directos al chocar con moto/autos, 10 traumatismos por prácticas deportivas, 10 por traumatismo directo de causa banal). A 20 pacientes se les realizó orquiectomía total y a los otros 28 se les realizó tratamiento conservador de parénquima testicular.

**Resultado:**

Se realizó exploración quirúrgica testicular por vía escrotal, previa realización de ecografía con doppler donde en, 14 pacientes se observó discontinuidad de la tunica albuginea con flujo conservado o levemente disminuido; en el resto de los casos, fueron hallazgos intraoperatorios: discontinuidad de la albuginea, extrusión de la pulpa testicular y hematocele. Para realizar tratamiento conservador, se tuvo en cuenta la vitalidad del parénquima, el grado de compromiso del mismo y el tiempo evolutivo.

**Conclusión:** El tratamiento conservador, de ser factible, debe intentarse en pacientes con traumatismo testicular de menos de 72 hs de evolución.

Además tener en cuenta los stress emocional y psicológico del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMA RENAL DE ALTO GRADO**

Aguino, A<sup>(1)</sup>; Lara, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Clínico Viedma. Cochabamba, Bolivia.

**Introducción:** De los traumatismos abdominales significativos, los renales representan cerca del 1%-5 %. En forma global, alrededor del 65% de las lesiones del aparato urogenital comprometen al riñón. La decisión del tratamiento conservador o quirúrgico dependerá del tipo de lesión que encontremos en la unidad renal afectada y las condiciones clínicas del paciente.

**Objetivo:** Los objetivos del estudio son determinar la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento conservador en traumas renales de alto grado y evaluar la aparición de complicaciones.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 25 casos de traumatismos renales manejados por nuestro Servicio en el período de tiempo comprendido entre Enero 2015 y Junio de 2019, estudiando variables como: edad y sexo, etiología del trauma, lesiones asociadas en otros órganos, actitud terapéutica adoptada y presencia de complicaciones tanto a largo como a corto plazo, mortalidad.

**Resultados:** De los 25 casos analizados, 24 casos (96%) fueron traumatismos renales cerrados. Edad entre 6 y 65 años. Género masculino 60%. La distribución por grados: Grado I: 4 casos (16%), grado III: 12 casos (48%) Grado IV: 8 casos (32%) y grado V: 1 caso (4%). Se realizó tratamiento conservador en 80% de los casos de grados III y grado IV (15 casos en total). Se practicaron 5 nefrectomías de urgencia en grado IV por inestabilidad hemodinámica, diferidas a las 24 horas del traumatismo. Un paciente fallecido posterior a manejo conservador por inestabilidad hemodinámica.

**Conclusiones:** en nuestra experiencia y resultados obtenidos, consideramos adecuado el manejo conservador en los traumatismos renales de alto grado cuando las condiciones hemodinámicas del paciente lo permitan.

**Palabras clave:** Traumatismo. Renal. Conservador.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CORRELACIÓN ENTRE ALOPECIA ANDROGÉNICA TEMPRANA E HIPERPLASIA PROSTÁTICA**Vicente, S<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Hospital Aeronautico Central. CABA, Argentina.

**OBJETIVO:** Dilucidar si la alopecia androgénica temprana (AAT) es un factor pronóstico de hiperplasia prostática (HP).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional en un total de 196 pacientes de sexo masculino mayores de 65 años de edad en los que se buscó la presencia HP y su asociación con la AAT. El periodo de observación estuvo comprendido entre Junio 2017 y Junio del 2019 en el servicio de Urología del Hospital Aeronáutico Central. Se recopilaron datos de las historias clínicas y se confeccionó una encuesta telefónica para determinar en qué periodo de su vida comenzó la caída del cabello y presencia o ausencia de sintomatología urinaria obstructiva. Se tomaron en cuenta el tamaño prostático medido por ecografía transrectal, PSA, Uroflujometría y el IPSS. Para el diagnóstico de alopecia se tomaron en cuenta el patrón de aumento del adelgazamiento del cuero cabelludo a nivel frontal, parietal y la clasificación de alopecia según escala de Ebling. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad prostática, alteración vesical de tipo neurógeno, tratamiento con alfabloqueantes, inhibidores de la 5 alfa reductasa o cualquier terapia hormonal. Así mismo se excluyeron pacientes hipertensos, diabéticos o con cualquier otro tipo de comorbilidad.

**RESULTADOS:** De los 196 pacientes analizados, el 45,9% presentó alopecia androgénica temprana, presentando HP el 70% de los mismos. La edad de aparición de alopecia que mayor porcentaje de asociación mostró fue la de 20 a 30 años con un total de 31 pacientes (49,2%); un 28,5 % correspondió al grupo etario entre 30 y 40 años y el 22,2% al grupo de mayores de 40 años. En el resto de los 106 pacientes no alopécicos (58%), la HP se demostró en el 20% solamente, siendo el 80% restante no alopécicos y sin diagnóstico de HP. Mediante la escala de Ebling se pudo observar que el tipo de alopecia más frecuente sin discriminar en aquellos con o sin HP asociada.

**CONCLUSIÓN:** Existe relación entre la alopecia androgénica temprana y la hiperplasia benigna de próstata, en este estudio se propone que el inicio precoz de AAT es un marcador predisponente temprano de HP

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CANCER DE PENE TRATAMIENTO CONSERVADOR NUESTRA EXPERIENCIA EN SOLCA MANABÍ 2009-2019**

Guevara Subía, MS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urooncología, Solca. Portoviejo, Ecuador.

### **INTRODUCCIÓN:**

El Cáncer de Pene , es una patología oncológica poco abordada en relación a el tratamiento quirúrgico, y combinado , la evolución y progresión de la misma, el manejo en busca de mantener control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida del paciente y lograr resultados óptimos a corto , mediano y largo plazo, y en países en desarrollo se presenta como una patología prevalente en los grupos sociales económica y culturalmente bajo. Este trabajo busca demostrar con resultados el manejo multidisciplinario de ésta patología y sus resultados positivos.

### **MATERIALES :**

Datos de Registro de tumores de SOLCA Manabí

### **MÉTODO:**

Retrospectivo , analítico , incidental.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

- El Cáncer de Pene tiene una prevalencia importante en la población de la provincia de Manabí y Esmeraldas
- Se analizaron más de 50 casos entre julio de 2009 a julio 2019
- Se realizó Penectomía Parcial en la mayoría de los casos con resultados óptimos a más de 5 años
- Los estadios tumorales más frecuentes fueron T2 y T3
- La presentación con invasión ganglionar estuvo presente en menos del 15%
- No se encontraron metástasis a distancia
- Se realizó RT adyuvante en el 20 % de los casos

### **PALABRAS CLAVE:**

Cáncer de Pene, Penectomía, Radioterapia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SÍNTOMAS ASOCIADOS A CATÉTERES URETERALES. INFLUYE EL DIÁMETRO DEL CATÉTER?  
RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO RANDOMIZADO**

Contreras, P<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Frasccheri, F<sup>(1)</sup>; López, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo**

Comparar los síntomas relacionados al cateter ureteral (SRC) entre distintos diámetros de catéter JJ y evaluar el impacto en la calidad de vida utilizando un cuestionario validado.

**Método**

Se inició en Junio de 2016 un estudio prospectivo seleccionando pacientes que por litiasis ureteral única requirieron de la colocación de un catéter ureteral doble J. Se randomizó el calibre entre 4.7, 6 y 7 Fr. Se utilizaron catéteres Universa® de 26 cm. Se solicitó la respuesta del cuestionario de síntomas ureterales (USSQ) entre los 7 y 14 días del posoperatorio. Se calculó un tamaño de muestra mínimo de 180 pacientes para detectar una diferencia del 15% entre las puntuaciones medias de los distintos dominios del cuestionario, con un 80% de potencia. Los promedios de las respuestas de los dominios del USSQ fueron comparados con el test de ANOVA unidireccional. Se presentan los resultados preliminares.

**Resultados**

Se randomizaron 123 pacientes. Se excluyeron 14 pacientes que no entregaron cuestionario y 3 a los que se les retiró el catéter a las 48 horas de la colocación. Se incluyen en el análisis preliminar 109. La edad promedio fue de 47 años (DE 15.7). La relación hombre/mujer fue de 3.6/1. La mayoría de los pacientes refieren dolor asociado al catéter. 75% refiere que no podría vivir con los síntomas y 50% se sentiría muy descontento de requerir nuevamente un catéter ureteral. Se reportaron mejores resultados de tolerancia con catéter 4.7, aunque, en este corte preliminar no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusión**

Los síntomas relacionados al catéter ureteral alteran la calidad de vida en la mayoría de los casos. Al comparar distintos diámetros de catéter, no se observaron diferencias significativas

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## OBSTRUCCIÓN URETERAL MALIGNA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA CON CATÉTER URETERAL METÁLICO

Contreras, P<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Lopez, F<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

La obstrucción ureteral maligna (OUM) se presenta en estadios avanzados de la enfermedad de base anunciando un mal pronóstico. Nuestro objetivo fue analizar los resultados del empleo de catéteres ureterales metálicos en nuestra institución.

### Materiales y Métodos

Se analizó de forma retrospectiva una serie de pacientes con OUM tratados con colocación de catéter ureteral metálico RESONANCE<sup>®</sup> desde 2008 hasta 2018. Se evaluó el grado de dilatación del sistema colector (DSC) por ecografía o tomografía. Se definió dilatación leve (DL) como un diámetro anteroposterior de la pelvis renal 10 a 20 mm, moderada (DM) 20 a 25 mm y severa (DS) > 25 mm. Todos los pacientes se realizaron al menos un estudio de imágenes (ecografía o tomografía) dentro de los 3 meses del pos operatorio. Se definió como fallo a la persistencia o el aumento de DSC así como a la aparición de complicaciones que requirieron una intervención.

### Resultados

Se analizaron los datos de 42 pacientes con OUM, 8 de los cuales fueron bilaterales. Edad promedio 61,2 años (DE 11.7). Relación hombre/mujer 1/2. Mediana de creatininemia preoperatoria 1.06 ng% (IQR 0.82-1.42). DSC: 13 pacientes presentaban DL y 29 pacientes presentaban DM o DS. No se registraron complicaciones intraoperatorias.

Al momento del analisis, 3 pacientes se encontraban en seguimiento. Mediana de seguimiento 6.5 meses (P25-P75 2-15 meses). Veinte pacientes presentaron complicaciones durante el seguimiento (47.6%), 10 se trataron de forma conservadora, 10 (23% del total) requirieron de una intervención de urgencia. A 8 pacientes (19%) se les realizó una nefrostomía de urgencia con retiro de catéter. La falla de tratamiento (FT) fue de 35% (15 pacientes). Mediana de tiempo a la falla 15 meses. En el análisis multivariado, la presencia de DM o DS, así como creatininemia mayor a 2 ng% aumentaron el riesgo de FT ( $p < 0.05$  HR de 4.2 y 9.0).

### Conclusión

El tratamiento de la obstrucción ureteral maligna mediante la utilización de catéteres ureterales metálicos fue exitoso en dos tercios de los pacientes. La presencia de dilatación moderada o severa así como el fallo renal al momento de la colocación del catéter aumentaron el riesgo de fracaso.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## FACTORES DE PREDICTORES DE ÉXITO EN LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN UN HOSPITAL PERUANO

Arias Nolasco, JR<sup>(1)</sup>; Moyano Avendaño, C<sup>(1)</sup>; Córdova Guizado, F<sup>(1)</sup>; Campos Santolalla, J<sup>(1)</sup>; Vásquez Quiroz, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Lima, Perú.

**INTRODUCCIÓN:** La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOCH) es el tratamiento efectivo menos invasivo de la litiasis urinaria.

**OBJETIVO:** Identificar los factores predictores de éxito de la LEOCH en pacientes peruanos.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio transversal, analítico, efectuado en 131 pacientes con diagnóstico de litiasis urinaria, atendidos en el servicio de Urología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el período de junio del 2018 a mayo de 2019 que recibieron LEOCH. Se consideró "éxito" a la definición de stone free según la Guía Europea de Litiasis 2019 (litiasis  $\leq 4\text{mm}$ ) y "fracaso" a la identificación de un fragmento litiásico residual  $>4\text{mm}$ . Se utilizó el modelo de regresión logística binaria para establecer la asociación entre el éxito de la LEOCH y las variables de estudio. Se utilizó el programa estadístico SPSS 25.0.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Se incluyeron 131 pacientes, 57,4% fueron varones, la media de edad fue 53 años. Se administró LEOCH entre 2500-3500 golpes, a una frecuencia entre 60-100 golpes por minuto con ascenso progresivo, con una intensidad entre 3-5, ninguna de estas variables estuvo relacionado a éxito posterior a la LEOCH ( $p=0.477$ ,  $p=0.693$  y  $p=0.616$ , respectivamente). 39 (29%) pacientes presentaron stone free posterior al procedimiento. El análisis de regresión lineal con método de eliminación para atrás, demostró que la ubicación del lito en pelvis renal (OR 0.79; IC95% 0.65-0.94,  $p=0.010$ ) comparado contra lito en cáliz inferior, densidad del lito en unidades Hounsfield (por cada 100 unidades) (OR 0.97; IC95% 0.95-0.99;  $p=0.006$ ) y el tamaño de litiasis (OR 0.96; IC95% 0.94-0.98;  $p<0.001$ ) son factores predictores de éxito para LEOCH. Las variables distancia piel-cálculo, lado renal, grado de hidronefrosis y presencia de catéter ureteral no fueron factores predictores de éxito de LEOCH.

**CONCLUSIONES:** La LEOCH representa un tratamiento efectivo para el tratamiento de pacientes con litiasis renal. La identificación de variables predictivas permitiría una mejor selección de pacientes para practicar esta técnica. La ubicación del lito en pelvis renal, la densidad del lito y el tamaño del lito fueron factores predictores de éxito.

**PALABRAS CLAVE:** Litotricia, Litiasis, Litotricia extracorpórea

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**VALOR PREDICTIVO DE PROTEÍNA C REACTIVA Y ALBÚMINA EN LA EXPULSIÓN DE LITOS URETERALES DE 6-10 MM DEL TERCIO INFERIOR.**

Piñón Solís, EO<sup>(1)</sup>; García Ramírez, J<sup>(1)</sup>; Noyola Guadarrama, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Centro Médico Adolfo López Mateos. Toluca, México.

**Introducción:** La litiasis ureteral es responsable del 20 % de casos de urolitiasis, el cólico renal afecta negativamente la calidad de vida, el mayor dilema es el elegir entre medidas conservadoras y cirugía. La mayoría litos ureterales de tercio distal menor de 6 mm pueden pasar espontáneamente con terapia conservadora. Sin embargo esta se asocia a incomodidad, infecciones y ausencia laboral. La proteína C Reactiva (PCR) se ha utilizado como predictor en la expulsión de estos litos, además se introduce el uso de la albúmina como nuevo marcador de predicción.

**Métodos:** El objetivo es analizar el valor predictivo de PCR y albúmina para la expulsión de litos ureterales de tercio inferior de 6-10 mm. Se realizó un estudio prospectivo en pacientes que presentaron cólico renal secundario a litiasis ureteral distal 6- 10 Mm y los cuales recibieron tratamiento médico expulsivo durante 4 semanas, hasta la expulsión del lito o la necesidad de tratamiento quirúrgico se determinó punto de corte de PCR y albúmina por medio de una curva

COR.

**Resultados:** 78 pacientes se enrolaron en el estudio, el paso espontáneo fue de 55.1 % y el restante requirió de intervención quirúrgica, el punto de corte para PCR fue 5.95 mg/L y de 2.75 g /dl para albúmina.

**Conclusión:** PCR es un parámetro predictivo en la expulsión de litos ureterales de tercio inferior en pacientes muy seleccionados. Se obtiene el siguiente punto de corte para predecir la eliminación del lito (5.95 mg/L) y se propone la albúmina como un nuevo parámetro bioquímico.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**LITOTRICIA RENAL PERCUTÁNEA AMBULATORIA EN PACIENTES CON LITIÁSIS CORALIFORME**

Billordo Peres, N<sup>(1)</sup>; Macias, FR<sup>(1)</sup>; Centurion, MA<sup>(2)</sup>; Bengoa, N<sup>(2)</sup>; Tobia, I; Billordo Peres, CA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina. <sup>(2)</sup>Anestesia, Clínica de Cirugía Miniinvasiva. Corrientes, Argentina.

**Objetivos:** Analizar y presentar nuestros resultados en el tratamiento de la litiasis renal coraliforme mediante nefrolitotricia percutánea ambulatoria (NLPA) en un centro de cirugía ambulatoria.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohortes prospectivo de 204 pacientes sometidos a una NLPA entre Agosto de 2013 y Marzo de 2019. Se incluyeron pacientes con litiasis coraliforme. Se analizaron los datos preoperatorios, intra y postoperatorios. Se clasificaron las complicaciones de acuerdo al sistema de Clavien modificado. Se compararon los valores de hematocrito, hemoglobina, creatinemia y uremia pre y post operatoria a las 48 horas.

**Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes con litiasis coraliforme a los cuales se les realizó NLPA siendo dados de alta el mismo día de la cirugía. La edad promedio fue de 50 años (rango 72-25). El score de ASA más frecuente fue el 2, mientras que 3 pacientes fueron ASA 3. El índice de masa corporal promedio fue 24, hubieron 6 pacientes obesos. La suma de los diámetros máximos de las litiasis en promedio fue de 54mm (rango 110-25mm) La posición más utilizada fue la ventral con un tiempo promedio de cirugía de 79 minutos (rango 160-30 min.). Se realizó NLP tubeless en 36 pacientes. A 16 pacientes se les colocó un tapón de surgicel en el tracto de acceso percutáneo. La tasa libre de cálculos fue del 45%. No hubieron complicaciones intraoperatorias y el 84% de los pacientes no presentaron complicaciones, un paciente requirió reinternación.

Si bien se hallaron diferencias significativas entre los valores pre y post operatorios de hematocrito y hemoglobina (40,5% vs. 38,5%  $p=0,007$  y 13,4 g/dl vs. 12,5 g/dl  $p=0,001$ ), estas no fueron clínicamente significativas y ningún paciente requirió de transfusiones de sangre.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la NLP para el tratamiento de la litiasis coraliforme en un centro de cirugía ambulatoria fue segura, con tasas libres de cálculos y complicaciones similares a las realizadas con internación.

**Palabras Clave:** Nefrolitotricia percutánea Ambulatoria, Tubeless NLP, Litiasis Coraliforme.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA EL ACCESO RENAL DIFÍCIL DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA**

Sewell Araya, J<sup>(1)</sup>; Ng Yep, J<sup>(1)</sup>; López Arias, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Calderón Guardia. San José, Costa Rica.

**Introducción**

El acceso renal durante la nefrolitotomía percutánea (NLPC) puede convertirse en un reto urológico cuando no es posible colocar el catéter con balón de oclusión de NLPC.

En este caso de NLPC fue necesario un abordaje laparoscópico para lograr la colocación del catéter con balón de oclusión de NLPC.

**Métodos**

El procedimiento fue realizado por uno de los autores (RLA). Se realizó una revisión exhaustiva del caso por parte de los autores.

**Resultados**

Masculino 28 años monorrore izquierdo con antecedente de válvulas uretrales posteriores, vesicostomía, ablación de las válvulas uretrales posteriores, vesicoplastia, uretero-neocistostomía izquierda y nefrectomía derecha.

El paciente inicialmente presentó un lito de 25mm en el polo inferior del riñón izquierdo único (Figura 1) asociado a una estenosis ureteral distal (figura 2). La colocación del balón de oclusión de NLPC no fue posible por métodos convencionales debido a que la vejiga presentaba una hipotonía neurogénica, el meato ureteral izquierdo se encontraba ectópico en la pared anterior de la vejiga y presentaba una estenosis ureteral distal que impedía el paso de la guía ureteral (Figura 2). El Acceso percutáneo guiado por ultrasonido no fue posible.

Por lo anterior, se hizo un abordaje laparoscópico de 3 puertos, en el cual se realizó ureterolisis de la porciónestenótica del uréter izquierdo, seguido por una incisión ureteral que permitiera el paso de una guía ureteral (Figura 3). Se insertó la guía ureteral retrógradamente hasta alcanzar el sistema colector del riñón izquierdo y anterógradamente hasta alcanzar la vejiga (Figura 4). A continuación se utilizó esta guía ureteral para ascender el balón de oclusión de NLPC hasta la unión uretero-piéllica y realizar la NLPC de manera rutinaria. Al finalizar se colocó un catéter ureteral, y de manera laparoscópica se suturó la incisión del uréter. La litiasis renal del paciente fue resuelta en un 100%.

El paciente cursó sin eventualidades en el postoperatorio con gasto mínimo por el dreno. Fue dado de alta hospitalaria sin drenaje en el post-operatorio tres.

**Conclusiones**

La laparoscopia es una herramienta valiosa y segura en procedimientos de NLPC en los cuales el acceso renal no es posible mediante métodos convencionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **RADIACIÓN ACUMULADA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR NEFROLITIASIS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, CHILE.**

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>urología, felix bulnes. santiago, chile.

### **INTRODUCCIÓN**

La urolitiasis afecta al 10% en la población general, con una incidencia en aumento y asociado a esto el número de exámenes imagenológicos, que son claves en su diagnóstico y seguimiento, siendo el TAC Abdomen y Pelvis no contrastado (TACAPNC) el goldstandar, pero es a la vez la principal fuente de exposición a radiación ionizante en el ámbito médico, y su uso en urología se ha triplicado en los últimos años, a pesar de reportarse una mortalidad por cáncer acumulada de 1/100.000 asociado a radiaciones acumuladas tan bajas como 100 milisieverts/año (mSv). Por lo tanto, se debe considerar el riesgo/ beneficio que aporta de los estudios imagenológicos, y como minimizar la radiación a la que se ven expuestos los pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de cohorte retrospectivo, se revisaron a los pacientes tratados por Litotricia extracorpórea (LEC) entre Enero/2014 y diciembre/2018, y se registró el examen utilizado para el seguimiento, ya sea, TACAPNC, Rx renal y vesical o Ecografía, registrando la radiación acumulada en milisieverts acorde al protocolo local.

### **RESULTADOS**

Se revisaron 105 pacientes sometidos a LEC, rescatando de 46 pacientes la información necesaria. De los pacientes evaluados, la radiación acumulada promedio fue de 15,42 mSv (10-30) en un periodo de seguimiento promedio de 3 años (1 -5 años), con una dosis promedio anual de 8,54mSv/año y sólo en el 54% de los casos se optó por utilizar un examen no ionizante para el seguimiento.

### **CONCLUSIÓN:**

En nuestro estudio, ninguno de los pacientes se sometió a dosis de radiación mayores a las recomendadas por las entidades internacionales que sugieren un máximo de 20-50mSv/año. Según las guías del AUA, sólo en el 1°er episodio de cólico renal y seguimiento de 1° año, el examen de elección es el TACAPNC, y desde el 2° año, se recomienda evaluar otras alternativas.

Por lo tanto, es perentorio reevaluar los protocolos de seguimiento en pacientes con nefrolitiasis, con el fin de minimizar la dosis de radiación a la cual se exponen los pacientes, teniendo alternativas como TAC de baja dosis, Rx y Ecografías con el fin de otorgar la mayor seguridad posible al paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ¿SIGUE SIENDO ÚTIL LA LEC EN LA ACTUALIDAD? . EXPERIENCIA DE SU USO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, CHILE, ENTRE 2014 -2019

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La urolitiasis afecta al 10% de la población general, y con un aumento explosivo del 70% en los últimos 20 años, relacionado principalmente al cambio de dieta y estilo de vida. En las opciones de tratamiento, la litotricia extracorpórea (LEC), ha quedado relegada en contexto del auge del manejo endoscópico con mejorías significativas en instrumental, logrando tasas promedio de éxito significativamente mejores de Stone free 98% vs 60-80% en LEC.

A continuación, presentamos la experiencia de un centro hospitalario público, en el cual inicialmente sólo se contaba con LEC como opción de manejo para litiasis y nuestros resultados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo, en el cual se revisaron a los pacientes tratados por LEC entre Enero/2014 y Abril/2019, registrándose sexo, edad, presencia de pigtail previo, hidronefrosis, distancia lito-piel, unidades hounsfield, ubicación del lito, diámetro mayor, volumen, Stone free (<5mm residual).

### RESULTADOS

Se revisaron 105 LEC, en el periodo Enero/2014-Abril/2019, con una edad promedio de 52 años (17-78años), 65 hombres, 40 mujeres, promedio de golpes 2300 (2000-3500), 16% con pigtail previo, 28% presentaban HUN, ubicación : 6% uréter distal, 9% uréter proximal, 45% pelvis renal, 40% renal (10% cáliz inferior), diámetro mayor promedio 13mm ( 6-36mm) , volumen promedio 1600 mm<sup>3</sup> , 40% presentaban distancia lito-piel > 10cm y 33% de los casos > 1000UH ,resultando en una tasa Stone free de 52%.

### CONCLUSIÓN:

Al evaluar los datos, destaca 1/3 casos con dureza > 1000UH, diámetro máximo promedio de 13 mm y un 40% pacientes con distancia lito-piel > 10cm, lo que repercute directamente en una tasa de Stone free menor a lo reportado en la literatura.

En nuestra experiencia, la LEC debe mantener un lugar vigente en el tratamiento de urolitiasis, ya que es un procedimiento no invasivo, con baja tasa de complicaciones y una proporción importante de los cálculos pueden ser resueltos, siempre que se elija al caso óptimo: litiasis no duras, con distancias piel-cálculo cortas, bajo IMC y anatomía favorable del sistema colector.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## MANEJO DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO FECal GRADO V VIA URINARIA DERECHO + COLOCACION CATETER TIPO METALICO RESONANCE

Guevara, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Umin, Urologia Minima Invasiva y Nefrologia. Portoviejo, Ecuador.

**Introduccion:** Las indicaciones actuales de colocacion cateter doble J incluyen la prevencion y el tratamiento de la obstruccion ureteral secundario a causas intrinsecas, extrinsecas o iatrogenias.

Los stents ureterales modernos se diseñan generalmente en una configuración de doble coleta (Double-J) y están compuestos de compuestos poliméricos sintéticos (poliuretano = polietileno) siendo permanencia entre 3 a 6 meses(3). El material ideal para la composición del stent es biocompatible, es radiopaco, resistente a la corrosión. La infección, previene la infección, causa poca molestia, está ampliamente disponible a un costo razonable y alivia efectivamente la obstrucción del tracto urinario.

La Clasificación con el término (FECal) "olvidado, incrustado, calificado" Doble-J endoprótesis ureteral en referencia a la endoprótesis retenida y incrustada. El manejo puede representar una de las afecciones quirúrgicas más difíciles y desafiantes para el urólogo, intervenciones quirúrgicas múltiples, comorbilidades asociadas como la urosepsis, la falta de criterios definidos, como el grado de calcificación del stent, el tamaño y la localización del cálculo, y la ausencia de guías terapéuticas para el tratamiento de acuerdo con estas características. Las opciones de tratamiento incluyen abordajes quirúrgicos endoscópicos, percutáneos, laparoscópicos o abiertos, o una combinación de ellos.

**Antecedentes:** Colocacion cateter doble J bilateral para preservacion de la via urinaria previo a terapias pelvicas (radioterapia, braquiterapia, ooforectomia, histerectomia o exenteracion) por tumor.

**Objetivos:** Presentar un caso de retiro de cateter doble J calcificado FECal Grado V.

**Material y Metodos:** Retiro de cateter doble J calcificado Minimo Invasivo.

**Resultado:** Retiro cateter doble J calcificado FECal Grado V por Endourologia Litotripsia Balistica Neumatico + colocacion cateter tipo metalico.

**Palabras claves:** Cateter ureteral doble J. Calcificacion. Endourologia. Litotripsia Energia Neumatica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN DECÚBITO DORSAL TOTAL. EXPERIENCIA INICIAL EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ, PARAGUAY.**

Jara Alegre, RA; Pusineri, H

**Introducción:** En 1987 Valdivia describió por primera vez la nefrolitotomía percutánea en posición supina demostrando su eficacia, en la actualidad se implementaron modificaciones basadas en la técnica desarrollada por el Dr. Edilbert Melchert.

**Objetivos:** Demostrar la seguridad y la eficacia de la técnica de Nefrolitotomía percutánea (NLPC) en posición supina para litiasis renal.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en todos los pacientes con litiasis renal durante el periodo de octubre del 2018 y marzo del 2019 con un total de 18 casos en el Hospital Nacional de Itauguá. Todas las intervenciones fueron realizadas bajo anestesia general, predominando los abordajes de cáliz inferior sobre el medio.

**Resultados:** Tiempo quirúrgico promedio; 105 minutos, 88% libre de litiasis, 5% litiasis residual; 5% cirugía en dos tiempos, acceso único en todos los casos.

**Conclusión:** Técnica segura, eficaz, con alta tasa de éxito y reproducible.

**Palabras claves:** NLPC, decúbito dorsal total.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **VESICOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA LITIASIS VESICAL EN PACIENTE CON AMPLIACIÓN VESICAL**

Lopez, FM<sup>(1)</sup>; Butori, S<sup>(1)</sup>; Bujaldón, JM<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **INTRODUCCIÓN**

La litiasis vesical es una patología infrecuente, presentando una prevalencia del 5%. Sus principales causas son: obstrucción infra-vesical, infección urinaria, vejiga neurogénica, ampliaciones vesicales o neo-vejigas. Los principales factores de riesgo involucrados en la formación de litiasis en pacientes con neo-vejigas o ampliaciones vesicales son: estasis urinaria por mal vaciado vesical, colonización bacteriana propia de la flora intestinal (*Escherichia Coli*) y la alcalosis urinaria que produce precipitación de cristales de amonio y Mg++ que inducen la formación de cálculos de estruvita.

### **CASO CLÍNICO**

Se presenta una paciente de sexo femenino de 32 años con antecedentes de extrofia vesical con requerimiento de múltiples cirugías reconstructivas; con posterior ampliación vesical, derivación urinaria tipo Mitrofanoff y cerclaje de cuello vesical. Realiza cateterismo intermitente limpio cada 3hs por catéter de Mitrofanoff.

Intercurre con diagnóstico de litiasis vesical requiriendo cistolitotomía convencional en 2 oportunidades. Desarrolló fistula vesico-cutánea en el postoperatorio de ambas cirugías y resolución espontánea de las mismas. En controles urológicos posteriores, se realizó ecografía que evidenció nuevos litos vesicales de 38 y 37 mm.

### **RESOLUCIÓN**

Por antecedente de fístula vesico-cutánea, y por la imposibilidad de utilizar el ostoma de Mitrofanoff para instrumentar la vejiga (probable compromiso del mecanismo de continencia); se decide realizar tratamiento percutáneo. Se realizó punción vesical guiada por ecografía, con posterior dilatación del trayecto hasta 30Fr. Con nefroscopio rígido y fibra de holmium se realizó la fragmentación litiasica, permitiendo extraer los mismos por ostoma de Mitrofanoff. Tiempo total de cirugía: 120 minutos.

### **CONCLUSIÓN**

El abordaje percutáneo es considerado de mayor efectividad por el menor porcentaje de infecciones asociadas al procedimiento; menor tasa de fistulas vesico-cutaneas dada la incisión mínima que se realiza; y a su vez, menor tiempo de sondaje vesical. Así mismo, la cirugía percutánea se relaciona con menor tiempo operatorio y menor estadía hospitalaria. En nuestro caso, la principal desventaja fue el tiempo quirúrgico prolongado, que se podría haber evitado utilizando algún dispositivo para facilitar y minimizar el tiempo en la extracción de los fragmentos litiasicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **FRACASO RENAL SECUNDARIO A LITIASIS CORALIFORME BILATERAL OBSTRUCTIVA. NUESTRO MANEJO**

Gutiérrez Carrillo, G<sup>(1)</sup>; Alonso Prieto, MA<sup>(1)</sup>; De Arriba Alonso, M<sup>(1)</sup>; Farrés Rabanal, A<sup>(1)</sup>; López Martínez, P<sup>(1)</sup>; Fernández-Samos Fernández, D<sup>(1)</sup>; Lombardía González de Lera, C<sup>(1)</sup>; Molina Bravo, M<sup>(1)</sup>; García Sanz, M<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Complejo Asistencial Universitario León. León, España.

### **INTRODUCCIÓN**

Las litiasis coraliformes son, por definición, cálculos que forman un molde con el sistema colector renal, incluyendo la pelvis renal y grupos caliciales y tienen forma de coral o de cuerno de ciervo. Según el volumen se clasifican en completas, incompletas o pseudocoraliformes y coraliformes simples o pielocaliciales. Suelen ser cálculos de estruvita (magnesio-amonio-fosfato). Se denominan con frecuencia litiasis infectivas por la fuerte asociación con infección por gérmenes productores de ureasa, como el proteus. En un porcentaje pequeño, las litiasis coraliformes se comportan como obstructivas y precisan de derivación urinaria previa a la intervención quirúrgica.

### **OBJETIVO**

Presentar el manejo de un caso de un paciente con litiasis coraliforme bilateral obstructiva en nuestro servicio (Complejo Asistencial Universitario León, España)

### **MATERIAL Y MÉTODOS: CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de un varón de 69 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias tras ser encontrado inconsciente en el suelo y con herida inciso-contusa en cuero cabelludo. La exploración neurológica fue normal, y las pruebas de imagen craneales sin hallazgos patológicos. Como único hallazgo en prueba complementaria fue en analítica de sangre una creatinina de 6.59 y un IFG 8ml/min, por lo que se decide realizar una Eco abdominal en urgencias y una rx de abdomen donde se diagnostica de litiasis coraliforme bilateral. Se decide colocación de catéter doble J bilateral de urgencia y a las 24h se realiza colocación de nefrostomías bilaterales. La gammagrafía ósea muestra severa afectación renal bilateral. Se decide nefrectomía izquierda retroperitoneoscópica, nefrolitotomía abierta derecha e inclusión en lista de espera de programa de trasplante renal.

### **DISCUSIÓN**

La presencia de litiasis coraliforme bilateral, con afectación severa de la función renal, conlleva una actuación urgente, como la derivación de la vía urinaria mediante nefrostomías cutáneas bilaterales, pero sobretodo conlleva un manejo multidisciplinar. Actualmente el tratamiento establecido para el tratamiento de las litiasis coraliformes es la nefrolitotomía percutánea +/- combinada con cirugía intrarenal retrograda (CIR) o varios tiempos de CIR.

Las guías clínicas recomiendan el abordaje abierto o laparoscópico, en casos raros en los que la nefrolitotomía, litotricia o acceso endoscópico no sea satisfactorio.

### **PALABRAS CLAVE**

Litiasis  
 Coraliforme  
 Nefrolitotomía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRATADOS POR LITIASIS URINARIA EN NUESTRO SERVICIO

Fuentealba, JA<sup>(1)</sup>; Ramirez Ibarra, F; Mingote, P; Cordoba, A; Ginestar, N

<sup>(1)</sup>Urología, Policlínico Neuquén. Neuquén, Argentina.

### OBJETIVOS:

Conocer la incidencia de Complicaciones y la evolución de pacientes pediátricos en nuestro servicio que fueron sometidos a instrumentación por litiasis urinaria. Compararla con la bibliografía y estudiar pautas de mejora.

### MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo. Se estudiaron 17 pacientes pediátricos instrumentados por litiasis urinaria entre 05-2013 y 05-2019. (Derivación urinaria por stent ureteral tipo doble jota, Litotricia endoscópica ureteral, Litotricia extracorpórea, Pielolitotomía por videolaparoscopia y Litotricia percutánea renal. Se realizaron un total de 33 Procedimientos: 15 Derivación urinaria por stent ureteral tipo doble jota (45.45%). 13 Litotricia endoscópica ureteral con Ureteroscopia (39.39%). 6 Litotricia extracorpórea. (18.18%). 1 Litotricia percutánea renal (3%). 1 Pielolitotomía por videolaparoscopia (3 %).

Criterios de inclusión: Todos los pacientes pediátricos expuestos a los procedimientos mencionados.

Fueron 17 pacientes, 41.17% mujeres y 58.82% varones. El rango de edades: 1-16 años. Promedio: 11.29 años.

Criterios de exclusión: pacientes fuera de criterios de inclusión.

Variables de control, clínicas: Dolor al momento del alta. Fiebre. Disuria. Variables de Laboratorio: Urea. Creatinina. Clearance de Creatinina. Urocultivo. Sedimento de orina. Variables de internación: Manejo internado o ambulatorio. Días de internación. Variables Imagenológicas: Urotomografía con y sin contraste. Ecografía Reno vesical. Radiografía de árbol urinario. Periodo de control: 1-7 días posterior al procedimiento. Resultados: ITU: 3 procedimientos (9.09 %). Recolocación de stent (litiasis residual, Hematuria): 3 procedimiento (9.09%). Calcificación de stent (imposibilidad de extracción): 1 procedimiento (3.03%). Urinoma: 1 procedimiento (3.03%).

### CONCLUSIONES:

Nuestra Incidencia de complicaciones (independientemente de ser el mismo paciente o en el mismo procedimiento) fue un total de 24.24% (ITU: 9.09 %, Recolocación de stent 9.09%, Calcificación de stent 3.03%, Urinoma 3.03%. Similar a lo descrito en la bibliografía, así como la tasa de resultados positivos, en 29 procedimientos se logró eliminación de litiasis completa sin tener que reinstrumentar al paciente.

Esto nos permite planificar un nuevo modelo de estudio prospectivo para discriminar poblaciones específicas y evaluar procedimientos relacionados, para mejorar la eficiencia de los tratamientos y disminuir las complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LITIASIS RENAL: ¿PUEDE EL ABORDAJE PERCUTÁNEO RESOLVER TODOS LOS CASOS?**

Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Consoli, M<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Malossi, E<sup>(1)</sup>; Boretini, E<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

**Introducción**

La prevalencia de la patología litiasica en Argentina es de 3,96%. La nefrolitotomía percutánea (PNL) es uno de los procedimientos factibles para la resolución de litiasis renales. Si bien las guías nacionales e internacionales tienen indicaciones precisas sobre qué método terapéutico utilizar según las características del lito y las variables anatómicas del paciente. Durante Durante muchos años nuestro servicio sólo contaba con NLP para resolución de litiasis renales.

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la PNL como única herramienta terapéutica disponible para el manejo de la litiasis renal.

**Material y método**

Estudio prospectivo descriptivo. Se recopilaron los datos peri y postoperatorios de 139 PNL realizadas desde enero de 2015 a mayo de 2019. Las variables principales analizadas fueron: tamaño, localización y Unidades de Hounsfield (HU) del lito, tiempo de cirugía, stone-free intraoperatorio (ausencia de fragmentos residuales por nefroscopía y por pielografía ascendente), tubeless, complicaciones según Clavien-Dindo y días de estancia hospitalaria en el postoperatorio.

**Resultados**

La media del tamaño de las litiasis fue de 2,9 cm, el 54.67% tenía ubicación piélica y la media de HU fue de 952,5. La media de tiempo quirúrgico fue de 1,7 hs, la tasa de stone-free intraoperatoria de 80,58%, en tanto que el 14,38% de los procedimientos finalizaron tubeless. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 30,21%, 25 fueron grado I, 12 grado II, 4 grado III, 1 IV. La media de estancia hospitalaria fue de 2,2 días.

**Conclusiones**

La PNL es un procedimiento efectivo y seguro, inclusive en casos en los que no está recomendado como primera línea terapéutica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **ANGIOMIOLIPOMA: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN CASO ATÍPICO**

Politi, E<sup>(1)</sup>; Belisle, D<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Bertran, M<sup>(1)</sup>; Colucci, G<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Orbe, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Santorio Allende. Cordoba, Argentina.

## **Introducción:**

Los angiomiolipomas (AML) son neoplasias benignas compuestas por cantidad variable de tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos. Representan entre el 1-3% de tumores renales. La mayoría son asintomáticos, más frecuentes en mujeres y de diagnósticos incidental. Su presentación típica es de una lesión focal, única, bien definida, ecogénica por ecografía y con densidad grasa por TC.

## **Objetivo:**

Presentación atípica de un angiomiolipoma renal diagnosticado por ecografía, en una mujer de 28 años sin antecedentes patológicos ni tóxicos.

## **Caso Clínico (Materiales y Métodos - Resultado):**

Mujer estudiada por hematuria, que en ecografía presentó una lesión ecogénica perirrenal izquierda. Se realiza TC y posteriormente RMN multiparamétrica donde se observó lesión de aspecto lipomatosa que rodeaba en forma subtotal al riñón, con un pedículo de anclaje a nivel del meso renal. Debido a la heterogeneidad de la lesión tumoral se planteó el diagnóstico presuntivo de un proceso neoproliferativo con sospecha inicial de liposarcoma retroperitoneal, por lo que se decidió resección de la masa tumoral. Se optó un abordaje mínimamente invasivo, así se realizó por vía laparoscópica la resección de la tumoración grasa perirrenal junto con el paquete de ganglios paraaórticos y del pedículo de anclaje en el parénquima renal. Paciente cursó postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica junto con la inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico de angiomiolipoma renal.

## **Conclusión:**

Podemos concluir que ante la presentación de una tumor perirrenal que deja dudas diagnósticas a través de los métodos complementarios (TC y RMN), se debe optar por resección de la misma debido a que puede tratarse de una lesión maligna y por las posibles complicaciones que pudiese llegar a tener en relación con su tamaño.

Palabras claves: angiomiolipoma renal, laparoscopia, tumor perirrenal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **METÁSTASIS DEL PUERTO QUIRÚRGICO EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA UROLÓGICA. UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

### **Introducción:**

Las metástasis del puerto en cirugías laparoscópicas son lesiones que se desarrollan de manera temprana en el tejido cicatricial de acceso de los trócares. En urología son poco frecuentes, habiéndose notificado una incidencia de 0,09% a 0,73%.

Se han propuesto mecanismos para explicar este fenómeno, donde se incluyen la inoculación directa (durante la extracción), derrame de células tumorales, diseminación hematógena y aerosolización de células tumorales. Dentro de estos, el que tiene mayor relevancia es la manipulación inadecuada (extracción con bolsa no cerrada, contaminación del material, etc)

### **Objetivo:**

Reportar un caso de metástasis del puerto quirúrgico en una nefrectomía radical laparoscópica, en la que no se pudo utilizar bolsa en la extracción de la pieza quirúrgica por falta de insumos médicos.

### **Caso Clínico:**

Paciente de 42 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en abril de 2017 por hematuria. En el estudio etiológico, el TAC evidenció una lesión tumoral del riñón derecho de 7x7x5 cms.

En junio/2017 se somete a nefrectomía radical derecha laparoscópica, en la cual se extrajo la pieza quirúrgica sin bolsa por falta de insumos médicos.

La biopsia posterior confirma un carcinoma de células claras, Fuhrman 3, con invasión de la vena renal.

Inicialmente sus controles imagenológicos no mostraban signos de recidiva, sin embargo, en TAC de control realizado en Diciembre/ 2017 se identifica una lesión sólida de 4x3x3 cms que infiltra el músculo transversal, compatible con implante tumoral.

En Julio/2018 es hospitalizado por un síndrome ascítico, se realiza un nuevo TAC que evidencia lesiones focales hepáticas compatibles con metástasis, abundante líquido libre en la cavidad abdominal asociado a carcinomatosis peritoneal, falleciendo un mes después.

### **Conclusión:**

A pesar de que, en cirugías urológicas laparoscópicas, las metástasis del puerto son poco frecuentes, existen casos reportados, y se deben principalmente a la manipulación inadecuada de la pieza operatoria, o al mal uso de las bolsas de extracción.

Por lo tanto, es fundamental, para evitar posibles implantaciones de células tumorales en los puertos operatorios el cumplimiento de las pautas quirúrgicas y la extracción en un contenedor adecuadamente sellado de la pieza quirúrgica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN FEOCROMOCITOMAS GRANDES EN EL EMBARAZO: REPORTE DE 2 CASOS.**Borgna, V<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.**Introducción**

El feocromocitoma asociado al embarazo es una causa muy rara de hipertensión. Es una patología de alta morbilidad tanto para la madre como para el feto si no es tratada de forma adecuada y oportuna. A pesar de los escasos reportes existentes, la resección laparoscópica de este tumor es considerada como el abordaje quirúrgico de elección. Presentamos dos casos de Adrenalectomía laparoscópica (AL) de Feocromocitomas grandes en el embarazo.

**Materiales y Métodos**

Se presentan dos pacientes mujeres, de 22 y 25 años, con diagnóstico de Feocromocitoma en el segundo trimestre del embarazo. En ambos casos se detectaron durante el estudio por síndrome hipertensivo. Se midieron concentraciones de metanefrinas en orina y se realizó estudio imagenológico. El tumor suprarrenal era de 14 cm izquierdo y 8.5 cm derechos, respectivamente. Un caso con mortinato fetal de 22 semana. En ambos casos se realizó una adrenalectomía laparoscópica transperitoneal.

**Resultados**

La media de tiempo operatorio fue de 87,5 minutos (55-120). La media de pérdida sanguínea estimada fue de 60mL (20-100). No hubo requerimiento de transfusiones sanguíneas. No se registraron complicaciones. La media de estadía hospitalaria fue de 4,5 días (3-6). La anatomía patológica final fue feocromocitoma benigno en ambos casos. En ambos casos no fue necesaria medicación antihipertensiva post-parto.

**Conclusiones**

El presente trabajo apoya el rol de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico del feocromocitoma en el embarazo. En grupos con experiencia la resección de masas grandes suprarrenales es una opción factible y segura aún en casos excepcionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN PROSTATITIS AGUDA RECURRENTE: CASO CLÍNICO**

Petros, A<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**Introducción.** El síndrome clínico prostatitis incluye 4 categorías según el NIH, siendo la categoría 1 la correspondiente a la prostatitis aguda bacteriana. En esta entidad el tratamiento adecuado es terapia antimicrobiana y eventualmente drenaje de la vía urinaria. La necesidad de un tratamiento quirúrgico agresivo es de rara ocurrencia y poco reportado en la literatura.

**Material y métodos.** Paciente de 55 años, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2. Tiene el antecedente de prostatitis aguda recurrente febril desde los 40 años, con múltiples hospitalizaciones desde 2 años antes, entre 2 a 4 episodios por años, con requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos por cuadros sépticos de origen prostático, con germen BLEE (+) en la mayoría de los casos. Trae una resonancia prostática multiparamétrica que muestra una próstata de 30 cc, solo con cambios inflamatorios crónicos y agudos, calificada como PIRADS 2. Tiene un antígeno prostático reciente de 3.5 ng/ml.

Dado el cuadro infeccioso recurrente de alta severidad y marcado compromiso del estado general se decide, en conjunto con infectología, realizar una prostatectomía radical robótica.

**Resultados.** Se efectúa una prostatectomía radical robótica, sin linfadenectomía, con un tiempo de consola de 120 minutos y un sangrado estimado de 200 ml. Su evolución postoperatoria es sin incidentes, con retiro de sonda al 7º día y continencia completa inmediata. La biopsia es informada como próstata de 51.2 cc, con el hallazgo incidental de un Adenocarcinoma Gleason 6 (3+3), micro foco de 4 mm, volumen tumoral de 0.18 cc.

El paciente tiene 24 meses de control sin cuadros infecciosos y buen estado general, con continencia completa y vida sexual normal.

**Conclusión.** En la revisión de la literatura relacionada al tratamiento quirúrgico de la prostatitis, hemos encontrado solamente 21 casos de prostatectomía radical, de los cuales solo 2 casos fueron por prostatitis bacteriana recurrente (NIH 1). El resto de los pacientes eran categoría 3 según NIH (síndrome de dolor pelviano crónico). En este paciente la prostatectomía radical solucionó un serio problema de sepsis urinaria recurrente, aunque debe enfatizarse que fue una solución extrema y derivada de una indicación multiespecialidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA Y CONDUCTO ILEAL TOTALMENTE INTRACORPÓREO EN CISTITIS ACTÍNICA GRAVE

Arribas, D<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**Introducción.** La cistitis actínica corresponde a la manifestación de síntomas y signos de daño vesical secundarios a radioterapia pélvica. La radioterapia produce daño agudo y crónico, los cuales pueden llegar a ser devastadores con gran impacto en la calidad de vida y en ocasiones con riesgo vital. Nuestro objetivo fue evaluar nuestra experiencia inicial en pacientes que requirieron de un tratamiento quirúrgico agresivo.

**Material y métodos.** En un período de 2 años hemos realizado una cistectomía radical con derivación urinaria totalmente intracorpórea en 3 pacientes con cistitis actínica grave con hemorragia vesical. Todos ellos fueron evaluados en forma clínica y radiológica completa y la decisión quirúrgica se tomó luego de falla a tratamientos conservadores habituales.

**Resultados.** Se trató de 3 pacientes de sexo masculino con una edad promedio de 74 años, todos ellos con un cáncer de próstata tratado con cirugía radical abierta y radioterapia complementaria. El tiempo medio desde la radioterapia fue de 48 meses. Todos los pacientes presentaban hemorragia vesical severa con múltiples hospitalizaciones para lavado vesical, transfusiones y cirugía endoscópica.

En todos ellos se realizó una cistectomía radical robótica con conducto ileal totalmente intracorpóreo. El tiempo quirúrgico promedio fue de 290 minutos, con un sangrado promedio de 100 cc. No hubo complicaciones postoperatorias y el tiempo promedio de hospitalización fue de 9 días. Todos los pacientes mejoraron considerablemente su calidad de vida.

**Conclusión.** El tratamiento de la cistitis actínica, complicación poco frecuente en la actualidad, es complejo y generalmente con buena respuesta a tratamientos conservadores. La cirugía es un tratamiento de rescate agresivo en aquellos pacientes que no responden a otros tratamientos y tienen una evolución grave. La cistectomía radical robótica con derivación urinaria intracorpórea, asociado a un protocolo ERAS, es una buena alternativa a la cirugía abierta con aparentes mejores resultados, menos complicaciones y alta precoz.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# **DIAGNÓSTICO TARDÍO DE UNA RUPTURA ESPONTANEA DE VEJIGA LUEGO DE UN PARTO: REPORTE DE CASO**

Modina, P<sup>(1)</sup>; Dipatto, F<sup>(1)</sup>; Escowich, R<sup>(2, 3)</sup>; Vidal, L<sup>(4)</sup>; Leal, C<sup>(2)</sup>; David, C<sup>(1)</sup>; Bergero, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe, Argentina. <sup>(2)</sup>Cirugía, Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe, Argentina. <sup>(3)</sup>Santa Fe. <sup>(4)</sup>Ginecología, Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe, Argentina.

**Introducción:** La incidencia de ruptura espontanea de vejiga postparto es del 1:126000 con una alta mortalidad materna debido a la demora en su diagnóstico.

**Caso Clínico:** Se presenta una mujer de 32 años que ingresa de urgencia con un cuadro de dolor abdominal y anuria de 10 horas de evolución el contexto de un parto vaginal distócico con un desgarro vaginal 4 días previos. Al examen físico la paciente se presenta afebril, eucárdica y normotensa con un abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda. El analítico de sangre evidenció una Hb 12.5 g/dl, leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal aguda con una Cr 4.5 mg/dl.

Se realizó una ecografía sin alteraciones de la vía urinaria con liquido libre en cuatro cuadrantes y una tomografía computada donde se evidenció liquido libre abundante, por lo que se decide realizar una laparoscopia exploradora en la que se evidencia una solución de continuidad en el domo vesical. Se efectúa una cistografía laparoscópica si complicaciones. La paciente evoluciona favorablemente en la internación por lo que se le otorga el alta sanatorial a los 5 días de la cirugía con una función renal normal. La paciente evoluciona favorablemente durante el seguimiento y se retira la sonda vesical a las 2 semanas de la cirugía previa una cistografía sin fugas de contraste.

**Conclusión:** Ante la presencia de líquido libre abdominal e insuficiencia renal después del parto un diagnóstico diferencial debería ser la ruptura espontánea de vejiga. La exploración y la reparación quirúrgica de esta es el tratamiento de elección.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

# **MINIMALLY-INVASIVE RADICAL CYSTECTOMY: ALGORITHM FOR URINARY RECONSTRUCTION IN A HIGH-VOLUME ONCOLOGICAL CENTER IN LATIN AMERICA**

Villamil, W<sup>(1)</sup>; Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Zubietta, ME<sup>(1)</sup>; Favre, G<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

## **Introduction**

Open radical cystectomy (ORC), extended pelvic lymph node dissection (PLND), and urinary diversion have been established as the gold standard for muscle invasive bladder cancer (MIBC). In the last few years, growing attention has been set on minimally invasive approaches such as laparoscopic (LRC) and robotic-assisted radical cystectomy (RARC), being its incorporation in developing countries a real challenge because of its high costs. Our objective is to show how to optimize resources by using our algorithm in minimally invasive cystectomy (laparoscopic o robot assisted).

## **Materials and Methods**

For the creation of the algorithm, a panel of experienced surgeons from a laparoscopic and robotic background in prostatic cancer and expert surgeons in ORC was formed and created recommendations for best practice by optimizing resources in our hospital.

-Recommendation for Bricker Ileal conduit in men: We used a hybrid technique (minimally invasive and open) by isolating the small bowel segment for reconstruction with mechanical staplers and reimplanting the ureters intracorporeally and then through the abdominal incision for the specimen extraction and the enteric anastomosis.

-Recommendation for neobladder in men: We used a hybrid technique (minimally invasive and open) by using an abdominal incision for specimen extraction and the neobladder reconstruction, and then performing the urethra-neobladder anastomosis intracorporeally, by re-docking the robot or by standard laparoscopy.

-Recommendation for Bricker ileal conduit in women: Intracorporeal complete reconstruction is preferred to avoid abdominal incisions and using the vagina as a via of extraction for the specimen using the principles of natural orifice surgeries.

-Recommendation for neobladder technique in women: In this cases we always use robot assisted techniques.

## **Conclusion**

To lower costs by using less staplers or barbed sutures is possible and still having the advantages of minimally invasive surgery (LRC or RARC). In all cases we perform uretero ileal anastomosis in situ with minimal ureteral mobilization, except for neobladder reconstruction in men.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**REPARACION DE HERNIA DURANTE PROSTATECTOMIA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT**

Arribas, D<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, O<sup>(1, 2)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Clínica INDISA. Santiago, Chile.

Las hernias inguinales son una entidad común, con potenciales complicaciones y pueden coexistir en una proporción significativa de pacientes que se van a someter a una prostatectomía radical. Presentamos nuestra serie de 35 reparaciones de hernias inguinales durante prostatectomía radical asistida por robot.

**Materiales y métodos:**

Desde mayo de 2012 a Julio de 2019 se realizaron 396 prostatectomías radicales asistidas por robot en forma consecutiva realizadas por un mismo cirujano. En 29 pacientes se realizó hernioplastia intraperitoneal con malla en el mismo procedimiento. Se analizan variables demográficas, perioperatorias y complicaciones (de acuerdo con sistema Clavien). Para comparación de variables cuantitativas se utilizó Test de Kruskal Wallis.

**Resultados:**

Todas las cirugías se realizaron sin necesidad de conversión. Se incluyeron 29 pacientes y se repararon 35 hernias. Izquierda: 17 (48.6%), Derecha: 13 (51.4%), de las cuales en 5 pacientes (17.2%) fueron bilaterales. La edad promedio fue de 63.4 años (49-80), índice de masa corporal promedio 27,1%(19,8-31,8). El tipo de hernia más frecuente fue inguinal indirecta 82.7% (24 pacientes). El diagnóstico se realiza previo a la cirugía en 5 pacientes (17.3%), dos de ellos presentaban hernias recidivadas y en 24 pacientes resultó hallazgo intraoperatorio (82,4%). No encontramos diferencias estadísticas en tiempo operatorio promedio (186 min p=0.18), volumen promedio de sangrado (200cc p=0.5), estadía hospitalaria (2,5 días P=0.4), ni tiempo de sonda Foley (7,3 días P=0.2) con respecto a nuestra serie general. Se presentaron dos complicaciones Clavien  $\geq$  III (5.7% p=0.09), tracción de uréter con la malla y dehiscencia de anastomosis uretrovesical posterior a braquiterapia.

No hubo ninguna recurrencia. El promedio de seguimiento es de 24 meses.

**Conclusión:**

La reparación concurrente de una hernia inguinal durante la prostatectomía radical robótica es un procedimiento seguro, factible de realizar y asociado a baja tasa de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## DIABETES MELLITUS REVERSIBLE LUEGO DE SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dumas Castro, S<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Scherñuk Schroh, JC<sup>(1)</sup>; Abril Piedra, JR<sup>(1)</sup>; Nolazco, JI<sup>(1)</sup>; Paissan, AL<sup>(2)</sup>; De Miguel, V<sup>(2)</sup>; Isola, MC<sup>(3)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MGC<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <sup>(3)</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

Los feocromocitomas pueden alterar la tolerancia a la glucosa y, excepcionalmente, precipitar diabetes mellitus. Su presentación clínica demuestra la necesidad de considerar esta etiología en pacientes con hipertensión y resistencia a la insulina de inicio reciente.

### Objetivo:

Presentar un caso de feocromocitoma con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que resultó difícil de controlar a pesar de la terapia de insulina en altas dosis y que tuvo una resolución completa de su hiperglucemia después de una adrenalectomía.

### Caso clínico:

Paciente femenina de 36 años, médica, diagnóstico reciente de diabetes mellitus. Consultó en el Servicio de Urgencia por cefalea de frecuencia e intensidad creciente, asociadas a palpitaciones, sofocos, fotofobia y náuseas. Al examen físico presentaba una tensión arterial de 240/120.

Se le realizó ecografía abdominal y posterior tomografía computada que mostró lesión de 52 x 49 x 46 mm a nivel de glándula suprarrenal izquierda.

Gammagrafía con MIBG que mostró captación de la glándula suprarrenal y test de metanefrinas plasmáticas y urinarias positivos.

Se planificó suprarrenalectomía izquierda, con alfabloqueo seis meses previos con doxazosina.

La anatomía patológica evidenció reemplazo de la glándula por tumor duro elástico, con centros hemorrágicos. Microscopía con nidos de células basófilas con nucleolo prominente.

Al mes de la cirugía la paciente presentó mejoría clínica sin requerimientos de insulina para el manejo de glucemias.

### Conclusión:

La diabetes secundaria a un feocromocitoma puede ser reversible luego de una suprarrenalectomía. La presentación clínica obliga a sospecharlo, para llegar al tratamiento lo más tempranamente posible.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOPERITONEO MASIVOS EN EL POSTOPERATORIO TARDÍO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Otaola-Arca, H.<sup>(1)</sup>; Petros-Franco, A.<sup>(1)</sup>; Rodríguez-Carlin, A.<sup>(1)</sup>; Moraga-Sanz, Á.<sup>(2)</sup>; Arribas-Gómez, D.<sup>(1)</sup>; Vidal-Mora, I.<sup>(1)</sup>; Borgna-Christie, V.<sup>(1)</sup>; Castillo-Cádiz, O.<sup>(1,3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La presencia de gas en la cavidad abdominal (neumoperitoneo) tras una cirugía —tanto abierta (CA) como laparoscópica (CL)— son hallazgos habituales, permaneciendo éste más tiempo tras la CA, debido a la diferente solubilidad en la sangre de los gases utilizados (aire ambiental en la CA (78,09%N<sub>2</sub>, 20,95%O<sub>2</sub>, 0,04%CO<sub>2</sub>, 0,92% otros), y CO<sub>2</sub> puro en CL). Adicionalmente, en la CL se puede acumular gas en el tejido subcutáneo (enfisema), debido a su propagación a través de los orificios de los trócares.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 64 años, fumadora, sin antecedentes médicos relevantes, que consulta por hematuria macroscópica monosintomática. La tomografía computarizada (TC) revela tumor de 5 cm en la pelvis renal izquierda por lo que se realiza una nefroureterectomía radical izquierda laparoscópica, seguida de la escisión del rodete vesical a través de una incisión de Gibson. En el mismo acto, se realiza una linfadenectomía lumboaórtica izquierda laparoscópica. Tiempo operatorio: 180 minutos, sangrado estimado: 50 mL. En el postoperatorio inmediato se instiló mitomicina C endovesical (40mg).

En el postoperatorio destaca, desde la sala de operaciones, la presencia de enfisema en la pared abdominal, cerca de los puertos laparoscópicos. En los días sucesivos, éste progresa hacia la espalda, tercio superior del muslo y genitales externos. Debido a tal progresión, al quinto día se realiza una analítica general (resultado normal) y una TC con contraste intravenoso, oral y rectal (que muestra neumoperitoneo y enfisema subcutáneo masivos, sin líquido libre intraabdominal ni fuga de contraste).

Debido al excelente estado general de la paciente, se optó por una actitud conservadora (monitorización de la temperatura y constantes vitales, cuantificación de diuresis, exploración física y anamnesis dirigida). Al sexto día se da de alta y retorna a su vida basal sin incidentes.

### CONCLUSIONES

El neumoperitoneo y enfisema masivos en el postoperatorio tardío de la CL son hallazgos muy raros pero alarmantes, pues plantean diagnósticos diferenciales potencialmente mortales. Sin embargo, a pesar de que las pruebas complementarias induzcan a tomar actitudes más agresivas, como una eventual laparoscopia exploradora, creemos que la situación clínica del paciente debe prevalecer por encima de las pruebas complementarias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RABDOMIÓLISIS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE FACTORES ASOCIADOS

Otaola-Arca, H<sup>(1)</sup>; Rodríguez-Carlín, A<sup>(1)</sup>; Petros-Franco, A<sup>(1)</sup>; Herranz-Yagüe, JA<sup>(2)</sup>; Arribas-Gómez, D<sup>(1)</sup>; Vidal-Mora, I<sup>(1)</sup>; Borgna-Christie, V<sup>(1)</sup>; Castillo-Cádiz, O<sup>(1,3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La rabdomiólisis (RML) es un síndrome caracterizado por necrosis del músculo esquelético que puede causar alteraciones hidroelectrolíticas e insuficiencia renal aguda (IRA). La literatura sólo ha reportado cerca de treinta casos tras nefrectomía parcial laparoscópica (NPL). Sin embargo, no hay reportes tras nefrectomía parcial robótica (NPR).

Nuestro objetivo es describir la casuística de la RML posterior a NPR así como revisar los datos clínicos y analíticos de su presentación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre 2011 y 2017 se realizaron 136 NPR en pacientes con diagnóstico tumor renal. El diagnóstico de RML se confirmó mediante la elevación de la creatin-fosfoquinasa (CPK). Se analizaron las características basales de los pacientes, resultados perioperatorios, análisis histológico y la caracterización de la RML desde el punto de vista clínico y analítico.

### RESULTADOS

Cinco pacientes (3,6%) presentaron RML en el postoperatorio. La relación por género fue 4:1, siendo más frecuente en varones. La edad media fue de  $42 \pm 14,7$  años (rango 26-65), el IMC de  $36,07 \pm 7,3$  Kg/m<sup>2</sup> (rango 30,3-48,6), el tiempo operatorio de  $194 \pm 35$  min (rango 150-230) y el sangrado estimado de  $260 \pm 181,6$  mL (rango 100-500). El síntoma clave para su sospecha fue el dolor en cadera/glúteo contralateral al sitio operatorio en el postoperatorio inmediato en todos los casos. La mediana de tiempo postoperatorio al diagnóstico fue de 6 horas (rango 6-48), siendo el promedio de CPK de  $7.671,3 \pm 2.586,3$  UI/L (rango 5.170-10.335), alcanzando un nivel máximo el primer día tras la cirugía (media de  $28.766,7 \pm 25.682,7$  UI/L, rango 4.170-54.544). El tratamiento se basó en la hidratación parenteral asociado al uso de diuréticos y bicarbonato. Un paciente presentó insuficiencia renal aguda (IRA) transitoria. Los pacientes fueron dados de alta con dolor EVA < 2. El tiempo de ingreso medio fue de  $5,2 \pm 1,3$  días (rango 3-6). Un paciente presentó limitación funcional para deambular transitoriamente. Ningún paciente presentó secuelas a largo plazo.

### CONCLUSIONES

La RML posterior a NPR es una complicación poco frecuente que debemos sospechar en un paciente con dolor en las zonas de presión en el postoperatorio inmediato. Su identificación y tratamiento precoz, así como la prevención, permiten disminuirla e incluso evitar sus complicaciones y secuelas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## LESIONES VASCULARES EN LA LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT EN CÁNCER DE PRÓSTATA. ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS

Otaola-Arca, H.<sup>(1)</sup>; Rodríguez-Carlín, A.<sup>(1)</sup>; Petros-Franco, A.<sup>(1)</sup>; Arribas-Gómez, D.<sup>(1)</sup>; Vidal-Mora, I.<sup>(1)</sup>; Castillo-Cádiz, O.<sup>(1,2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía pélvica (LNP) es el procedimiento de estadificación más preciso para la enfermedad ganglionar. A pesar de sus potenciales beneficios oncológicos, no es un procedimiento exento de complicaciones. Nuestro objetivo es analizar los factores predictivos de complicaciones intraoperatorias (CIO) de la LDP superextendida y retroperitoneal (LDPRP) en pacientes con cáncer de próstata (CP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a LDPRP robótica (DaVinci S-HD y Si, Intuitive Surgical Inc) con diagnóstico de CP: **(1)** de alto riesgo ( $\geq$ cT2c, PSA $>$ 20 ng/mL y/o Gleason $\geq$ 8) (**CPAR**) o, **(2)** con recidiva bioquímica (**CPRB**) ganglionar oligometastásica ( $\leq$ 5ganglios).

La LDPRP incluyó ganglios obturadores, iliacos externos/internos/comunes, presacros, bifurcación aórtica, pre/para-aórticos y pre/para-cavos hasta la arteria mesentérica inferior.

Se registraron características demográficas y del tumor, datos quirúrgicos y complicaciones.

Se realizó un análisis univariante de los factores predictivos con el test de la Chi-cuadrado/Fisher y la T de Student. Asimismo, se construyó un modelo de regresión logística binaria múltiple.

### RESULTADOS

Se realizaron 31 LDPRP (11 casos por CPAR, 20 por CPRB). No hubo lesiones vasculares mayores. Siete pacientes presentaron lesiones vasculares puntiformes en el grupo CPRB ( $p=0,033$ ), que fueron reparadas con sutura intracorpórea durante el mismo acto quirúrgico, y no alteraron el curso postoperatorio. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que sí presentaron lesiones vasculares y los que no en cuanto a las características demográficas o del tumor, ni a los datos quirúrgicos. Tan sólo el antecedente de prostatectomía radical constituyó un factor predictivo ( $p=0,033$ ). Cabe destacar que la comorbilidad del paciente, el estadio tumoral prequirúrgico, los antecedentes de linfadenectomía, radioterapia u hormonoterapia, el tiempo quirúrgico ni el número de ganglios extirpados, no constituyeron factores predictores de lesiones vasculares. Se intentó crear un modelo predictivo multivariante pero no se consiguió ninguno con significación estadística.

### CONCLUSIONES

En nuestra serie, el antecedente de haber sido sometido a prostatectomía radical se muestra como el único factor predictor de lesiones vasculares. Por el contrario, la comorbilidad del paciente, el estadio tumoral prequirúrgico, los antecedentes de linfadenectomía, radioterapia u hormonoterapia, el tiempo quirúrgico y el número de ganglios extirpados, no parecen influir.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**METÁSTASIS PENEANA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Orlandi Oliveira, W<sup>(1)</sup>; Sanz Del Pozo, M; Ezquerro Sáenz, S<sup>(1)</sup>; Gareta Alquézar, C<sup>(1)</sup>; Galve Lahoz, V<sup>(1)</sup>; Corbatón Gomollón, D<sup>(1)</sup>; Enguita Arnal, L<sup>(1)</sup>; Salas Trigo, EM<sup>(1)</sup>; Sánchez Izquierdo, E<sup>(1)</sup>; Soto Palacin, M<sup>(1)</sup>; Gil Sanz, MJ<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

**Introducción**

El CCR representa el 2-3% de todos los tumores, con una mayor incidencia en los países desarrollados. Es la lesión sólida más frecuente en el riñón. Hay un predominio de los hombres sobre las mujeres, con un pico de incidencia entre los 60 y los 70 años de edad. El órgano en el que metastatiza con mayor frecuencia es el pulmón.

**Caso clínico:**

Paciente varón de 58 años de edad, sin antecedentes médicos de interés. Consulta por hallazgo incidental en ecografía de masa renal derecha con ocupación de pelvis renal y cálices. Se solicitan citologías (negativas para malignidad) y UroTAC, con hallazgo de masa renal derecha de 5x5cm que invade la pelvis renal hasta la unión pieloureteral derecha y adenopatía interaortocava de 1,5cm. Se decide llevar a cabo nefrectomía radical derecha abierta (subcostal anterior) con linfadenectomía interaortocava (AP: Carcinoma de células renales papilar tipo 2, con 90% de diferenciación sarcomatoide). Durante el transcurso de postoperatorio presenta nódulos en dorso de pene, no dolorosos y adheridos a planos profundos. Se solicita ecografía peneana que describen nodulaciones sólidas, por lo que se completa estudio con RMN que confirman dichas lesiones en cuerpo cavernoso izquierdo sugiriendo como probable origen metastásico tumoral. Se lleva a cabo PAAF con resultado de citología positiva para células malignas. Se completa estudio de extensión con TAC Toracoabdominal con hallazgo de múltiples nódulos pulmonares sugestivos de metástasis y adenopatías mediastínicas. Valorado por oncología médica se inicia tratamiento con Gemcitabina y sunitinib sin respuesta clínica favorable con posterior fallecimiento.

**Discusión**

El carcinoma de células renales es el tercer tumor urológico en frecuencia después del cáncer de próstata y del cáncer de vejiga y supone el 2- 3% de los tumores malignos del adulto. Entre los factores etiológicos se incluye el tabaquismo , la obesidad y la hipertensión. Alrededor del 30% de los pacientes presentan metástasis en el momento del diagnóstico, siendo las pulmonares, óseas y cerebrales las más frecuentes.

**Conclusión**

La diseminación tumoral a pene por una neoplasia renal es un hecho poco habitual, ocurriendo generalmente en estadios muy avanzados, tal como sucedió en el enfermo comunicado, y lleva asociado un mal pronóstico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## DIAGNÓSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO DEFINITIVO DE MASAS RENALES SÓLIDAS. EXPERIENCIA A 10 AÑOS.

Neffa, F<sup>(1, 2)</sup>; Iglesias, MJ<sup>(2)</sup>; Varela, M<sup>(1)</sup>; Zamora, C<sup>(2)</sup>; Clavijo, J<sup>(1, 2)</sup>; Martínez, L<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Central de Las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital de Clinicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** El cáncer renal se ubica dentro de las primeras 10 neoplasias en el mundo. Desde el 2006 se ha registrado un aumento de incidencia del 0,6%, con una disminución de la mortalidad de 0,7% anual, debido principalmente al desarrollo y accesibilidad de estudios imagenológicos. Estimándose un 60% de hallazgos incidentales. En este trabajo descriptivo, presentamos los resultados de las anatomías patológicas definitivas de las masas renales predominantemente sólidas, con diagnóstico presuntivo de cáncer renal.

**Materiales y métodos:** Se seleccionaron los casos de: nefrectomías radicales y parciales, y tumorectomías, por tumores renales sospechosos de malignidad del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay, en el período comprendido entre 2008 Y 2018. Se consideraron criterios de inclusión excluyentes: a) historia clínica completa, b) masa renal predominantemente sólida por tomografía, c) consentimiento informado y d) informe de anatomía patológica.

**Resultados:** Se registró un total de 80 pacientes en 10 años, intervenidos con diagnóstico presuntivo de cáncer de riñón único y unilateral. El promedio de edad fue de 60,4 años, considerando 44 hombres y 36 mujeres. Con 64/80 (80%) diagnosticados como hallazgos imagenológicos. En cuanto al tamaño: 47 presentaban ≤ 4 cm (cT1a), 19 entre 4 y 7 cm (cT1b), y 14 presentaban > 7 cm (mayores a cT2). Del total de casos, (12/80) debutó con enfermedad sistémica cN1 y/o cM1. El informe de anatomía patológica reportó la siguiente distribución: 70/80 (88%) carcinoma a células claras (3/70 asociados a carcinoma papilar); 4/80 (5%) carcinoma papilar; 4/80 (5%) oncocitomas; 1/80 (1%) carcinoma urotelial; y 1/80 (1%) linfoma renal.

**Conclusión:** El cáncer de riñón es responsable de hasta 3,8% de todos los casos nuevos de cáncer. El aumento de la incidencia es global, reportando en nuestra serie un 80% de incidentalomas, con predominio de carcinoma a células claras de 88%. Continúa siendo un desafío imagenológico valorar la naturaleza de las masas renales sólidas, debiendo considerar los posibles diagnósticos diferenciales en cuanto a etiología y subtipo histológico. Generando un impacto indiscutible a nivel pronóstico y terapéutico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CIRUGÍA ONCOLÓGICA RENAL. EXPERIENCIA A 10 AÑOS.**

Neffa, F<sup>(1, 2)</sup>; Iglesias, MJ<sup>(1)</sup>; Varela, M<sup>(2)</sup>; Zamora, C<sup>(1)</sup>; Clavijo, J<sup>(1, 2)</sup>; Martínez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Central de Las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** El cáncer renal se ubica dentro de las primeras 10 neoplasias en el mundo. Desde el 2006 se ha registrado un aumento de incidencia del 0,6%. En este trabajo retrospectivo y descriptivo, presentamos los principales resultados relacionados con características clínicas; scores de PADUA y RENAL; y modalidad de cirugía de tumores renales presuntivamente malignos.

**Material y Métodos:** Los pacientes fueron seleccionados del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay, en el período comprendido entre 2008 Y 2018. Se consideraron criterios de inclusión excluyentes: a) historia clínica completa, b) masa renal predominantemente sólida por tomografía, c) consentimiento informado firmado; d) descripción operatoria de nefrectomía radical o parcial.

**Resultados:** Se registró un total de 92 pacientes, de donde 54% fueron incidentalomas. Los pacientes sintomáticos (42/92) presentaron: hematuria (57%), dolor (39%), repercusión general (2%) y fiebre (2%). El 84/92 fueron unilaterales, 8/92 bilaterales. Durante la valoración inicial, 78/92 fueron valorados por tomografía de abdomen y pelvis con contraste, mientras 14/92 con resonancia magnética con gadolínio. Todos se realizaron ecografía de aparato urinario previa. En etapa de diseminación sistémica se intervinieron 12/92 pacientes con criterio de citoreducción o paliación. En cuanto al R.E.N.A.L. score y al PADUA, los mismos fueron calculados en el preoperatorio en 76 y 75 de los 92 casos respectivamente. El score sobre los riesgos de nefrectomía parcial para cada uno fueron: 31 y 28 pacientes de riesgo bajo; 7 y 19 de riesgo moderado; 38 y 28 de riesgo alto. Los pacientes sometidos a nefrectomía radical (56/92) se categorizaron en: incisión laparotómica (28/56); laparoscópica (17/56) y lumboscópica (11/56). Los pacientes sometidos a nefrectomías parciales (36/92) se distribuyen en: incisión laparotómica (12/36); laparoscópica (14/36) y lumboscópica (10/36). Se registraron 6 casos de conversión. No se registraron muertes en el primer mes post operatorio.

**Conclusión:** El cáncer renal exhibe una incidencia en ascenso. Presentamos los principales resultados relacionados con características clínicas; scores de PADUA y RENAL; y modalidad de cirugía, de 92 casos sospechosos para cáncer renal del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay, en el período comprendido entre 2008 Y 2018.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SÍNDROME DE WUNDERLICH POR ANGIOMIOLIPOMA. HEMORRAGIA MASIVA**

Russo, R; Vigil, S; Marengo, R; Rocchia, G; Battezzati, O; Seeber, J; Pautasso, A; Pautasso, S; Paradelo, M; Pautasso, O

**Introducción:** la hemorragia renal o perirrenal espontánea conocida también como síndrome de Wunderlich es una entidad rara que puede poner en peligro la vida del paciente. El angiomiolipoma es una neoplasia renal benigna que comprende menos del 10% de los tumores renales, después del carcinoma renal, el angiomiolipoma constituye la segunda causa de sangrado retroperitoneal (15 % de los casos)

**Caso Clínico:** paciente sexo femenino de 36 años de edad sin antecedentes patológicos, que ingresa por guardia en febrero de 2018 por presentar dolor abdominal súbito a nivel de flanco izquierdo y palidez progresiva, se acompaña de taquicardia e hipotensión, se realiza laboratorio completo, tac de abdomen y pelvis con contraste ev. Exámenes complementarios: HB: 5 Hto: 22 Leuco: 22.000 Vsg: 101 Urea: 45 Cr: 1.03 Tac: imagen tumoral izquierda heterogénea con respuesta de – 30 UH al administrar medio de contraste lo que aumenta la sospecha de angiomiolipoma.

Se decide pase a Uti, reposición de volumen e ingreso urgente a quirófano . Se realiza nefrectomía radical, se envía material a anatomía patológica y se confirma diagnóstico de angiomiolipoma.

**Conclusiones:** este síndrome es una entidad rara cuyas manifestaciones van desde solo hematuria y dolor hasta choque hipovolémico y muerte. El diagnóstico diferencial se debe hacer con ca de celulares claras. Su manejo va desde nefrectomía radical hasta incluso la embolización. Con respecto al caso clínico, la paciente evolucionó favorablemente, cumpliendo 10 días de internación sanatorial y se dio alta en perfectas condiciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR RENAL NEUROECTODERMICO PRIMITIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

de Oliveira, LG<sup>(1)</sup>; Rodriguez, D<sup>(1)</sup>; Billet, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Presidente Perón. Avellaneda, Argentina.

-Objetivos: presentación de un caso poco frecuente.

-Introducción: El tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET) o neuroepitelioma periférico es una neoplasia maligna de células pequeñas. La tasa de proliferación del tumor en general es media y la necrosis es frecuente y sectorial. Es necesario su diferenciación de otros tumores similares como linfomas o carcinomas anaplásicos de células pequeñas. El tumor es morfológicamente indistinguible del sarcoma de Ewing, tanto en la morfología convencional como en la inmunohistoquímica. Afecta principalmente a niños mayores y adolescentes, aunque también se ha descrito en pacientes > 40 años de edad. El sistema urinario rara vez se compromete por este tumor.

-Caso Clínico: Paciente de 32 años de edad que ingresa por consultorio de Urología con cuadro de lumbalgia, hematuria de días de evolución. Laboratorio con aumento de ERS, anemia Moderada. TAC se observa gran masa tumoral renal derecha, adenopatias retro peritoneales.

Se realiza Nefrectomía Radical Derecha, no se logra resección de dichas adenopatias retroperitoneales debido a su adherencia y compromiso de grandes vasos. Evolución postoperatoria favorable.

Anatomía patológica con marcadores tumorales diagnostico de tumor neuroectodermico primitivo(ES/PNET) keratina y TLE1 Negativos; CD99, BCL2 y FLI1 positivos

A posterior realiza tratamiento quimioterapico con una sobrevida de 8 meses.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RECURRENCIA EN FOSA RENAL POSTERIOR A NEFRECTOMÍA RADICAL

de Oliveira, LG<sup>(1)</sup>; Rodriguez, D<sup>(1)</sup>; Billet, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Presidente Perón. Avellaneda.

-Objetivo: presentación de un caso poco frecuente.

-Introducción: El CCR constituye el 3% de las neoplasias malignas del adulto, siendo el tercer tumor, en cuanto a prevalencia, de los tumores urológicos. El CCR es más frecuente en medio urbano que rural con una relación entre sexos (varón/ mujer) de 3:2, su incidencia aumenta con la edad. Después del tratamiento quirúrgico, en pacientes con tumores localizados, se producen un 20- 30% de recidivas o metástasis, siendo el pulmón el órgano más frecuentemente afectado. La recidiva local de un CCR tras una nefrectomía radical consiste en la aparición de una metástasis del CCR en la fosa renal. Dicha recidiva del CCR en la fosa renal en ausencia de metástasis en otra localización es una eventualidad rara, su prevalencia va del 0,7 al 1,8%.

-Caso Clínico: Paciente femenino de 61 años de edad, tbq, que consulta por hallazgo ecografico de tumoración renal posterior a lumbalgia que consulta por guardia. Se realiza TAC donde se observa Tumor renal Izquierdo de 120-95 mm en polo inferior y otro de 17-16mm en riñon derecho. Laboratorio conservado.

Se realiza Nefrectomia radical laparoscopica Izq con buena evolución(Bx: Carcinoma renal de celulas claras ISUP 2, margenes e hilio conservados).

A los 45 días se realiza nefrectomia parcial derecha con buena evolución(carcinoma renal celulas claras Furhman III, margenes conservados).

Se controla postoperatorio según guias de control. A los 16 meses presenta lesión por tac con realce en fosa renal izquierda. Se realiza PET/CT FDG-f18 con hallazgo de imagen con consumo anormal de fdg f18 de 20mm latero aortica izquierda sugerente de adenomegalia.

Se realiza exeresis de dicha tumoración por Lumbotomia, con buena evolucion.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **METÁSTASIS DE PSOAS POSTERIOR A NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA, REPORTE DE UN CASO Y SU SEGUIMIENTO A DOS AÑOS**

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes nefrectomizados por cáncer renal, ya sea parcial o radical, tienen riesgo de evolucionar con metástasis, cuyos focos más frecuentes son pulmón, hueso, hígado, suprarrenales y cerebro.

La metástasis musculoesquelética es poco frecuente y una lesión aislada del psoas lo es aún más.

Del total de metástasis reportadas por cáncer renal, las metástasis solitarias representan el 1,6 - 3,6%.

Sólo se han reportado 9 casos de metástasis solitarias musculoesqueléticas y de ellas sólo 3 son del psoas.

### **OBJETIVO**

Presentar el caso de un paciente que presentó una lesión metastásica en psoas izquierdo, 15 meses posterior a una nefroureterectomía izquierda y su seguimiento a dos años libre de recidiva.

### **CASO**

Paciente masculino de 53 años con antecedentes de HTA y tumor renal izquierdo, sometido a nefroureterectomía izquierda laparoscópica más linfadenectomía lumboaórtica e intercavo-aórtica en diciembre de 2015. La histología fue compatible con carcinoma renal de células claras, Fuhrman 3.

En seguimiento con TAC TAP contrastado en Marzo de 2017, que evidenció “pequeña lesión ovoidea hipervascular de 2.2 x 1.4 cm adyacente al aspecto lateral del psoas a izquierda”. En julio de 2017 se realizó tumorectomía laparoscópica, cuya biopsia era concordante con el cáncer primario. Posteriormente se controló con TAC TAP cada 6 meses, el último de ellos realizado en Mayo/ 2019 en los cuales no se evidenciaron signos de recidiva, solo unos pequeños nódulos de aspecto indeterminado en el lóbulo inferior derecho, que en el seguimiento no tuvieron evolutividad.

### **CONCLUSIÓN:**

Al evaluar la literatura, La tumorectomía se presenta como la única terapia potencialmente curativa conocida para las metástasis del cáncer renal, cuya sobrevida a 5 años es de 35-50%. La evidencia no ha demostrado que la radioterapia o quimioterapia adyuvante pudieran tener un rol en el manejo de estos casos y aunque las metástasis solitarias musculoesqueléticas son muy infrecuentes, y su pronóstico incierto, reportamos el caso de un paciente que con seguimiento a dos años post tumorectomía se encuentra libre de recidiva

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## REPORTE DE UN CASO: COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA CON PRESENCIA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL BILATERAL.

Magaña González, JE<sup>(1)</sup>; Sánchez Núñez, JE<sup>(1)</sup>; Jaspersen Gastélum, J<sup>(1)</sup>; Rosas Nava, JE<sup>(1)</sup>; Madero Arteaga, A<sup>(1)</sup>; Hernández Farías, MÁ<sup>(1)</sup>; Aguilar Aizcorbe, S<sup>(1)</sup>; Bravo López, MG<sup>(1)</sup>; Reyes Sánchez, AE<sup>(1)</sup>; Ruiz Ortuño, A<sup>(1)</sup>; Mucientes Avellaneda, VM<sup>(1)</sup>; Medrano-Urtecho, HM<sup>(1)</sup>; González Cuenca, E<sup>(1)</sup>; Cabrera Mora, NA<sup>(1)</sup>; Hernández Hernández, RA<sup>(1)</sup>; Rodríguez Valle, ED<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. CDMX, México.

### INTRODUCCIÓN.

Los angiomiolipomas renales son neoplasias benignas de origen mesenquimal, representan hasta el 3% de todos los tumores renales. Su incidencia en la población general es del 0.3 al 3% y la mayoría son asintomáticos. Existen dos subtipos histológicos, uno clásico (AMLC) – también llamado tifásico – y otro epiteliode (AMLE). Los angiomiolipomas epitelioides se asocian con mayor frecuencia al complejo esclerosis tuberosa; poseen un componente infiltrativo por su naturaleza agresiva por lo que se recomienda que toda lesión mayor de 4cm sea tratada.

### MATERIAL Y MÉTODOS (PRESENTACIÓN DE CASO).

Paciente femenino de 36 años, con antecedente quirúrgico de excéresis de angiofibromas de extremidad superior. Inició padecimiento actual 1 mes previo a su internamiento con aparición de hematuria macroscópica, holomiccional, no formadora de coágulos, intermitente y dolor lumbar izquierdo cólico, intensidad 8/10, irradiado a flanco, acompañado de náuseas sin vómito. A la exploración física dirigida abdomen con aumento de volumen secundario a tumoración en flanco izquierdo de 6 x 5 cm no dolorosa, fija, maniobras de Guyón, Israel y Montenegro positivas.

Se realizó TAC abdomen y pelvis: riñones con morfología alterada por imágenes heterogéneas densidades en rango graso (-33 a -64 UH), zonas isodensas con reforzamiento al medio de contraste (35 a 50 UH).

Se realizó nefrectomía abierta izquierda, con abordaje paramedial izquierdo, como hallazgos se reportó: riñón izquierdo de 4 x 3 x 3 cm con tumoración polo inferior de 14 x 13 cm.

Reporte histopatológico: angiomiolipoma renal epiteliode.

### DISCUSIÓN.

La triada clásica descrita se presenta hasta en 40% de los casos y consiste en: dolor abdominal agudo, masa palpable y hematuria.

En los casos de AML con bajo contenido graso y epitelioides es difícil la diferenciación con CCR, en los cuales la presencia de grasa es muy poco frecuente y se asocia principalmente a respuesta local por necrosis. Los AML que se asocian a CET tienden a ser lesiones múltiples, siendo más comunes también en mujeres manifestándose en edades más tempranas (tercera y cuarta década de la vida), así mismo presentan una tendencia mayor a presentar rotura y hemorragia, como se presentó nuestro caso.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB Y CABOZANTINIB EN CÁNCER RENAL METASTÁSICO (CCRm) EN NUESTRO SERVICIO

Ramos Alaminos, C<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, M<sup>(1)</sup>; Flores Martín, J<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, A<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, A<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>U.G.C. de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Jaén, España.

### INTRODUCCIÓN

En el año 2017, se aprobaron dos nuevos fármacos para el tratamiento de pacientes con CCRm, Nivolumab y Cabozantinib. Comunicamos nuestra experiencia en el manejo del CCRm con estas terapias. Presentamos 1 paciente en 1º línea, 11 pacientes en 2º línea y 3 pacientes en 3º línea de tratamiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a 10 hombres con diagnóstico de CCR células claras y una mujer con CCR no células claras que reciben tratamiento entre junio de 2017 y junio de 2019 en nuestro servicio. Edad media de 58 años (40-77). Metástasis múltiples en 54.5% (6) y ninguna metástasis cerebral. El 54.5% del grupo pronóstico de Heng intermedio, el 36.4% favorable y 9,1% poco favorable.

### RESULTADOS

En 1º línea: 1 paciente con Nivolumab (no tolera ingesta de antiangiogénicos). En 2º línea: 6 pacientes con Nivolumab (uno por efectos secundarios grado III con Cabozantinib) y 5 pacientes con Cabozantinib. Mediana de tratamiento para Nivolumab 8 meses (2-24) y Cabozantinib 5 meses (1-11).

Nivolumab se administra con buena tolerancia y sin complicaciones inmediatas, y efectos secundarios: urticaria grado 1, hipotiroidismo grado 1, anemia grado 3 e insuficiencia renal grado 1-2. Presentan dos respuestas completas; una estabilización, y 2 progresiones.

Cabozantinib presenta efectos secundarios grado I-II: diarrea, náuseas/vómitos, hipertensión, hipotiroidismo y síndrome mano-pie con buen control. Efectos secundarios grado III-IV: anorexia grado III en dos pacientes con mejoría tras reducción de dosis; y una suspensión por síndrome nefrótico con quilotorax. Presentan una respuesta parcial, una estabilización y una progresión.

En 3º línea un paciente con Nivolumab que tras progresión continua cuidados paliativos; y dos pacientes con Cabozantinib, uno fallece un mes después por una neumonía bilateral y otro inicia su tratamiento en el mes de junio.

### CONCLUSIONES

Tanto Nivolumab como Cabozantinib son opciones de tratamiento de 2º línea en CCRm, con efectos secundarios tolerables y manejables por el urólogo, así como buena respuesta clínica de los pacientes; siendo necesario en el seguimiento un control estrecho de los mismos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA**

Soliz Burgos, W<sup>(1, 2)</sup>; Esquivel, J<sup>(1)</sup>; Salas, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>CABA.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 65 años diabética e hipertensa que refiere cuadro clínico de lumbalgia derecha intermitente de un año de evolución sin otro síntoma asociado.

TAC abdomino pélvica: Riñón derecho aumentado de tamaño con densidad predominantemente adiposa. Algunas de las mismas con crecimiento exofítico. Llega al flanco y alcanza la fosa iliaca ipsilateral. En su interior se observa imágenes cálcicas y múltiples estructuras tubulares que corresponderían a formaciones vasculares, en su posición lateral e inferior se observa componente sólido.

Se decide realizar angioembolización selectiva de arteria renal derecha y nefrectomía derecha 24 horas post embolización.

La paciente presenta un post operatorio inmediato y alejado sin complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SÍNDROME DE BIRT HOGG DUBÉ**

Orbe Villota, PM<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>; Colucci, G<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Birt Hogg Dubé (SBHD) es un trastorno autosómico dominante que se caracteriza por la formación de tumores cutáneos (fibrofoliculomas), tumores renales (que varían desde oncocitomas a carcinomas de células claras, papilares y cromófbos) y quistes pulmonares que se asocian a neumotórax espontáneos recurrentes.

Es causado por una mutación en el gen de la foliculina (FLCN) localizado en el cromosoma 17.

Los pacientes con SBHD tienen un alto riesgo de desarrollar carcinomas renales por lo que se debe realizar exámenes de rutina para detectarlos en todos los pacientes adultos.

**OBJETIVO**

Presentación de un caso clínico con tumores renales bilaterales y quistes pulmonares con neumotórax asociado.

**CASO CLÍNICO**

Mujer de 35 años cursando embarazo de 5 meses que consulta por tumor renal izquierdo asintomático detectado por imágenes.

Luego de finalizar embarazo se realiza TC y RMN en donde se observa lesión tumoral mesenquimática de 22 mm de diámetro en valva anterior de riñón derecho (R.E.N.A.L. Score: 8a) y un tumor sólido en polo superior de riñón izquierdo de 4 cm de diámetro con crecimiento exofítico/endofítico (R.E.N.A.L. Score: 8p).

En la TC de tórax se observaron múltiples quistes pulmonares y neumotórax espontáneo a nivel del sector antero lateral del lóbulo medio del pulmón derecho sin observarse signos de metástasis.

Se decide realizar nefrectomía parcial izquierda laparoscópica en un primer tiempo y luego de 3 meses nefrectomía parcial derecha laparoscópica.

La paciente curso postoperatorio sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico nos confirmó en riñón izquierdo un tumor híbrido (carcinoma de células claras + carcinoma cromófbico) y en el riñón derecho carcinoma cromófbico. Ambas piezas resecaas con márgenes negativos.

**CONCLUSIÓN**

El caso todavía está en estudio debido a que se encuentra pendiente el resultado genético por lo que se llega a la conclusión de sospecha de SBHD por la clínica que presenta la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Tumores renales, neumotórax, nefrectomía parcial laparoscópica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# NEFRECTOMIA RADICAL ABERTA VERSUS NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA – UMA AVALIAÇÃO DA MORBIDADE PÓS-OPERATÓRIA

Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Rebello Horta Gorgen, A<sup>(1)</sup>; Sobreiro Fernandes, A<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Davila Salamea, F<sup>(1)</sup>; Consul Ferreira, D<sup>(1)</sup>; Schwenger, VH<sup>(1)</sup>; Baldino Nabinger, G<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Urologia, Hospital Ernesto Dornelles. Porto Alegre, Brasil.

## Introdução:

O câncer renal possui uma incidência ainda em crescimento. O maior acesso aos exames de imagem possibilitou o diagnóstico e o tratamento de doenças em estágios mais precoces. O carcinoma de células renais (CCR) é uma doença essencialmente cirúrgica, visto que a nefrectomia é considerada o tratamento padrão-ouro.

A lesão pode ser tratada pela técnica aberta ou laparoscópica sem prejuízo do desfecho oncológico. Estudos demonstram redução da morbidade pós-operatória no grupo submetido à técnica laparoscópica, como menores índices de trombose venosa profunda, de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) e de complicações respiratórias.

Este estudo pretende comparar as taxas de morbidade pós-operatória em pacientes que foram submetidos à Nefrectomia Radical Aberta (NRA) versus Nefrectomia Radical Laparoscópica (NRL).

## Materiais e métodos:

Foi realizada uma análise retrospectiva nos prontuários dos pacientes submetidos à NRA e NRL por neoplasia renal no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017 em um hospital de Porto Alegre-RS, Brasil.

## Resultados:

Foram selecionados 120 pacientes. Dentre eles, 74 foram submetidos à NRA e 46 submetidos à NRL. Por não preencherem os critérios de seleção, 9 pacientes foram excluídos do grupo NRA e 4 do grupo NRL.

Em ambos os grupos, não foram encontrados casos de trombose venosa profunda, infarto do miocárdio ou de mortalidade intra-hospitalar. No grupo NRA, houve 3 casos que necessitaram de internação em UTI (NRA vs NRL: 4,6% vs 0,0% p=0,278), 3 casos que apresentaram complicações respiratórias (NRA vs NRL: 4,6% vs 0,0% p=0,278) e 6 casos de complicações infecciosas (NRA vs NRL: 9,2 vs 2,4% p=0,242).

Os pacientes submetidos à NRL tiveram alta hospitalar em menor espaço de tempo (NRA vs NRL: 5 vs 3 dias, p=0,001).

## Conclusão:

Os pacientes submetidos à NRL por CCR apresentaram menores taxas de complicações pós-operatórias. Os mesmos pacientes também tiveram internações hospitalares mais breves que os pacientes submetidos à técnica aberta com diferença estatística. Esses resultados amparam a tendência da utilização de métodos menos invasivos para o tratamento do CCR.

Financiamento / conflito de interesses: No

## NEFRECTOMÍA BILATERAL Y TRASPLANTECTOMÍA EN UN CASO DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES SINCRÓNICO EN RIÑONES NATIVOS Y EN INJERTO

Scherñuk Schroh, JC<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Dumas Castro, S<sup>(1)</sup>; Abril Piedra, JR<sup>(1)</sup>; Nolazco, JI<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MG<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>; Martínez, PF<sup>(1)</sup>; García Marchinena, PA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN:

Hay mayor riesgo de carcinoma de células renales (CCR) en trasplantados renales que en la población general, debido a enfermedad renal crónica y hemodiálisis crónica.

Es más probable que se desarrolle en riñón nativo y la variante papilar es más frecuente que en la población general.

El objetivo de este trabajo es presentar el abordaje terapéutico elegido en un caso de CCR sincrónico en riñones nativos y en el graft.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentar el caso de un paciente trasplantado renal con tumores renales sincrónicos en ambos riñones nativos y graft y describir la terapéutica elegida.

### RESULTADOS:

Masculino de 44 años, trasplantado renal con donante vivo relacionado por glomerulopatía IgA, con hallazgo incidental de tumores sólidos en ambos riñones nativos y quiste sospechoso en injerto por ecografía 14 años post trasplante. Creatininemia habitual 2 mg/dl. Se realizó nefrectomía radical izquierda (estudio diferido informó CCR variante células claras pt1b ISUP 1) y punción de lesión en graft (positiva para atipias) en otro centro.

Es derivado. Se realizó resonancia magnética sin contraste (por creatininemia 3,2 mg/dl) que evidenció quiste Bosniak 4 y tumor sólido en riñón derecho y quistes de contenido proteico y tumor sólido de 33 mm en injerto.

Se realizó nefrectomía radical derecha, resultando CCR variante células claras pT2 (ISUP 3).

Se planteó explante y trasplante luego de tiempo libre de enfermedad oncológica versus vigilancia activa.

Por empeoramiento de la función renal se realizó trasplantectomía, resultando carcinoma papilar tipo 2 pT1a (ISUP 3) y papilar/tubular tipo 1 pT1a (ISUP 2).

Se controló con tomografía de tórax y abdominopelviana a los 6 y 12 meses del explante, sin evidenciar signos de recurrencia ni progresión de enfermedad. Queda pendiente control al cumplirse 18 meses del explante para definir aptitud para el retrasplante.

### CONCLUSIONES:

Los tratamientos propuestos para pacientes trasplantados con tumores renales son similares a los ofrecidos a la población general.

Realizar nefrectomía radical cuando el tumor afecta a riñón no funcionante (injerto o nativo) constituye una terapéutica válida.

El tratamiento de tumores del injerto debe individualizarse según características del tumor y del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** trasplante renal, tumor renal, tratamiento

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# NEFRECTOMÍA PARCIAL CON LINFADENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR TUMOR RENAL PEQUEÑO DE TAMAÑO ESTABLE DURANTE VIGILANCIA ACTIVA, CON DISCREPANCIA ENTRE AMBOS PATRONES HISTOLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Abril Piedra, JR<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Dumas Castro, S<sup>(1)</sup>; Scherñuk Schroh, JC<sup>(1)</sup>; Nolzco, JI<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MG<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

La vigilancia activa una opción válida en pacientes con masas renales pequeñas, con una baja incidencia de progresión y metástasis, en pacientes seleccionados correctamente.

No hay reportes de metástasis ganglionares en tumores pequeños con un variedad histopatológica distinta al tumor original. Se plantea como objetivo presentar la nefrectomía parcial con linfadenectomía laparoscópica como alternativa quirúrgica frente a un tumor renal pequeño con adenopatía en un paciente con múltiples comorbilidades, resaltando que a pesar de ser no presentar crecimiento durante la vigilancia activa, evoluciona con una metástasis.

## Materiales y Métodos:

Se presenta un caso clínico, de una metástasis ganglionar en un tumor renal pequeño que se encontraba en vigilancia activa tratado con nefrectomía parcial izquierda con linfadenectomía laparoscópica.

## Resultados:

Se reporta un paciente varón de 75 años con antecedentes de Enfermedad de Parkinson, Insuficiencia mitral severa, insuficiencia adrenal y creatininas habituales cercanas a 1,2 mg/dL; que presenta como hallazgo una formación exofítica localizada en la valva anterior del riñón izquierdo que presenta realce tras la administración de contraste endovenoso sin presencia de secundarismo. Dadas las múltiples comorbilidades del paciente y el tamaño tumoral, se indica vigilancia activa. Un año y medio después, luego de 3 controles sin cambios por tomografía, se observa lesión lateroaórtica de 20 mm. compatible con adenomegalia sin crecimiento del tumor primario. Se realizó punción biopsia percutánea del ganglio lateroaórtico en la que reporta Lesión proliferativa epitelial con escasa celularidad para realizar un diagnóstico de certeza. Se decide realizar Nefrectomía Parcial izquierda Laparoscópica con linfadenectomía lateroaórtica. Procedimiento sin complicaciones con alta hospitalaria después de 3 días.

El estudio anatomopatológico diferido del tumor renal informó carcinoma de células renales variedad células claras (ISUP-GRADO NUCLEAR 2) pT1a con márgenes libres, y el ganglio lateroaórtico, metástasis de carcinoma con arquitectura papilar

Luego de 2 años de la cirugía el paciente se encuentra en buen estado general, sin evidencia de enfermedad

## Conclusión:

Existe la posibilidad de aparición de metástasis en tumores renales pequeños que no presentan crecimiento durante la vigilancia activa. La nefrectomía parcial con linfadenectomía laparoscópica podría ser alternativa factible en casos seleccionados, como el presentado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **CANCER DE PROSTATA RESISTENTE A LA CASTRACION METASTASICO (CPRCm) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA**

Smolje, LA<sup>(1)</sup>; Lapman, S<sup>(2)</sup>; Godoy, E<sup>(1)</sup>; Martín Reinas, G<sup>(2)</sup>; Niewiadomski, D<sup>(2)</sup>; Acuña, C<sup>(2)</sup>; Morgenfeld, E<sup>(2)</sup>; Rivarola, E<sup>(2)</sup>; Gil Deza, E<sup>(2)</sup>; Gercovich, FG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Uro-oncología, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>Oncología Clínica, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina.

**INTRODUCCION:** El aumento en la expectativa de vida de la población, provoca que entidades como el cáncer y la enfermedad renal crónica, estén más frecuentemente conectadas. Aproximadamente el 6% de los pacientes en hemodiálisis tienen cáncer. Frente a la escasez de información disponible, es un verdadero reto definir el mejor tratamiento, tiempo de duración, ajuste de dosis y método dialítico. Presentamos el caso clínico de un paciente con CPRCm con IRC en hemodiálisis y nuestro manejo terapéutico inicial.

**CASO CLINICO:** Paciente de sexo masculino de 71 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata gleason 3+4=7 en 2012. PSAi 106 ng/ml. TAC y COCT (-) para secundarismo, pero evidencia de uronefrosis bilateral leve. Sondado crónico por IRC post-renal (obstruktiva). Inició BAT con bicalutamida 50 mg/día + análogos LHRH. PSA nadir: 0,8 ng/ml. Al año presentó progresión bioquímica y se decidió aumentar la dosis de bicalutamida a 150 mg/día (AA a dosis máxima). En agosto de 2014 comienza hemodiálisis trisemanal y dos meses después se rota el antiandrógeno a ciproterona 200 mg/día. En febrero de 2015 frente a un nuevo aumento de PSA se interpreta como progresión a CPRCnm. Comienza tratamiento con dietilestilbestrol con adecuada respuesta al tratamiento. Tres años después progresa a CPRCm y se decide iniciar abiraterona 1000 mg/post-diálisis (solo 3 veces a la semana) + prednisona a bajas dosis. En febrero de 2019 presenta PSA: 17,35 ng/ml (previo 12,71 ng/ml) y Testosterona: 0,07 ng/ml. TAC y COCT pendientes. Se decide comenzar con abiraterona 1000 mg/díarios + prednisona a bajas dosis.

**CONCLUSIONES:** Representa un gran problema para los profesionales elegir el tratamiento adecuado en pacientes con enfermedad renal crónica y CPRCm, sobre todo a la hora de evaluar la seguridad de los fármacos, el tiempo y la secuencia terapéutica. Creemos que la terapia adecuada depende de cada paciente en particular, de su historia clínica, tolerancia y estado general. Son opciones válidas para tratar a este tipo de pacientes, la abiraterona, la enzalutamida y el docetaxel adecuando el esquema a la farmacocinética y farmacodinamia de cada una de las drogas. Es importante el manejo multidisciplinario de estos pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ADENOCARCINOMA DE PROSTATA CON DIFERENCIACION NEUROENDOCRINA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Martín Reinas, G<sup>(1)</sup>; Smolje, L<sup>(2)</sup>; Muiño, M<sup>(1)</sup>; Godoy, E<sup>(2)</sup>; Niewiadomski, D<sup>(1)</sup>; Acuña, C<sup>(1)</sup>; Morgenfeld, E<sup>(1)</sup>; Rivarola, E<sup>(1)</sup>; Gil Deza, E<sup>(1)</sup>; Gercovich, FG<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Oncología Clínica, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>Uro-oncología, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina.

**INTRODUCCION:** La glándula prostática está compuesta por diferentes tipos celulares y componentes extracelulares. En el adenocarcinoma prostático, las células neuroendocrinas se multiplican en los casos de alto grado y en estadios avanzados.

**CASO CLINICO:** Paciente de sexo masculino de 84 años de edad, con antecedentes de IRC y linfoma del manto.

En 6/2017 presentó dx de Adenocarcinoma de prostatagleason 4+4=8 con PSA de inicio de 200 ng/ml. Realizó solo ADT durante un año con respuesta bioquímica insuficiente. PSA nadir post-ADT: 20 ng/ml. Es reestadificado en 7/2018 con PET colina negativo para mts. Le indican IMRT que no llega a realizar por elevación del PSA a 60 ng/ml en < 3 meses. En 1/2019 concurre al IOHM y se le solicita nuevo PET-TC con colina: lesiones con captación patológica de la colina en próstata + vesículas seminales + adenopatía en trayecto ilíaco derecho de 16 mm (T3 N1 M0) y PSA 136 ng/ml (testosterona 0,21 ng/ml). Se interpreta progresado a CPRCm y se decide tto con ADT + enzalutamida 160 mg/día (1º línea para CPRCm). Ausencia de respuesta al tto.

En 4/2019 PSA: 377 ng/ml. PET colina con múltiples lesiones adenopáticas en mediastino, retroperitoneo y pelvis + óseas. CgA levemente elevada: 112 ng/ml (VN 98 ng/ml). Se interpreta diferenciación neuroendócrina y se evalúan dos esquemas de acuerdo a sus antecedentes: Lenalidomida-Docetaxel-Prednisona vs Docetaxel-Carboplatino + análogos LHRH.

**CONCLUSIONES:** La ADT inhibe a los receptores androgénicos prostáticos. Las células neuroendocrinas carecen de estos receptores, su crecimiento es independiente y establecen una red parácrina. Debe evaluarse detalladamente la diferenciación neuroendocrina, principalmente en estadios avanzados y con un antígeno prostático específico relativamente bajo. La vía neuroendocrina es uno de los mecanismos clave en el adenocarcinoma de próstata refractario a tratamiento hormonal y la terapia en sí induce diferenciación neuroendocrina. Las mediciones de CrA, enolasa neuronal específica y proGRP pueden ser predictores pronósticos/diagnósticos. Si se identifica la presencia de diferenciación neuroendocrina, el esquema de ADT + quimioterapia basada en cisplatino son las alternativas de manejo, sin embargo, agentes como los análogos de somatostatina o los inhibidores de la serotonina pueden llegar a ser prometedores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## UTILIDAD DE LA RMmp EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN PRÓSTATAS DE ALTO VOLUMEN Y APE ELEVADO.

Rojas, V<sup>(1)</sup>; Labra, A<sup>(2)</sup>; Alarcón, L<sup>(1)</sup>; Hernandez, S<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Radiología, Hospital Barros Luco-Trudeau. Santiago, Chile.

### Introducción

Nuestras guías recomiendan la biopsia prostática a todo paciente con APE alterado, sin embargo la HPB y su elevación con el tamaño. produce confusión clínica. La resonancia magnética multi-paramétrica (RMmp) es una herramienta emergente en la detección y caracterización del cáncer de próstata. Su uso en pacientes con APE elevado en contexto de próstatas de alto volumen, en los cuales se quiere evitar la biopsia prostática, aún no ha sido validada.

Objetivo: Evaluar el valor de la RMmp en pacientes con próstatas de alto volumen.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en el cual se incluyeron 80 pacientes con RMmp de Próstata en nuestra institución entre 2015 al 2017. Todos los pacientes tenían el antecedente de haber sido sometidos a una o mas biopsias prostáticas pre o post imagen. Las RMmp se realizaron en equipo General Electric 1,5T y evaluadas por radiólogo único mediante la clasificación de PI-RADSv2. Se dividió la serie según tamaño prostático: Grupo A <100cc y Grupo B: ≥100cc. El análisis estadístico fue mediante el test t para variables continuas y el de chi2 para categóricas.

### Resultados

El grupo A se conformó por 46 y el B por 34 pacientes. La edad promedio en el grupo A: 67,5(ds 5,7) y B:70(ds 7,4) años p.0,09. La media de APE del grupo A: 8,8 mg/dL(ds 2-21) y 13,4 (ds 3-83) ng/dL p.0,08 el B. El grupo A presentó 8 (17,4%) lesiones sospechosas (PI-RADS 4-5) en comparación a 3(8,8%)en el B p.0,3. En RMmp no sospechosas (PI-RADS 1-2-3) grupo A registró 36 de 38 biopsias negativas (VN 94,7%) mientras que en el B 31/31 (VN 100%).

De los pacientes con RMmp sospechosas, en el grupo A, 4 (50%) fueron Cáncer clínicamente significativo, y en el grupo B ninguno. 1(33%) fue Gleason 6 p.<0,001.

### Conclusión

Este estudio plantea la posibilidad de un alto valor predictivo negativo en este grupo de pacientes. Por lo que en un hospital público, pacientes con APE elevado y RMmp no sospechosas, con próstatas de volumen mayor a 100cc, se podría plantear la posibilidad de eliminar la biopsia transrectal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## LA CIRUGÍA PROSTÁTICA PREVIA NO AFECTA LOS RESULTADOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA EN TIEMPO REAL DINÁMICA CON YODO125.

carrara, s<sup>(1)</sup>; Chechile, G<sup>(2)</sup>; Carrasco, P<sup>(2)</sup>; Jornet, N<sup>(2)</sup>; Rojas, J<sup>(2)</sup>; Brufau, T<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Médico Tecnológico. cordoba, España. <sup>(2)</sup>Instituto Médico Tecnológico. Barcelona, España. <sup>(3)</sup>Instituto Médico Tecnológico. Barcelona, España.

### Introducción:

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente en hombres y es la segunda causa de muerte por cáncer.

Existe evidencia que demuestra que la BT obtiene resultados oncológicos similares a la cirugía radical o a la radioterapia externa, con menor morbilidad.

Existen pocos estudios que analizan la efectividad y la seguridad de la BT en pacientes tratados con cirugía desobstructiva prostática previa.

El objetivo del trabajo es evaluar los resultados funcionales de los pacientes que se sometieron a cirugía desobstructiva de próstata antes de la braquiterapia en nuestros centros.

### Material y Métodos

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con braquiterapia en tiempo real dinámico con Yodo<sup>125</sup> entre los años 2003 Y 2018 a los cuales se les había realizado cirugía desobstructiva previa a la BT.

La BT se efectuó con la técnica en tiempo real dinámico, y se implantaron semillas permanentes con Y<sup>125</sup>. Los controles post operatorios se efectuaron a los 3, 6, 12 meses y luego semestralmente. Se utilizó el programa estadístico InfoStat.

### Resultados:

Se analizaron 46 pacientes a los que se les realizó BT que presentaban cirugía desobstructiva de próstata previa. Al 87% de los pacientes se le realizó RTU de próstata y al 13% adenomectomía supra púbica.

En 19 casos (41%) se observó alguna complicación urológica. La mas frecuente fue la polaquiuria en 58% de los pacientes, (figura 1). 4 pacientes (8,69 %) presentaron incontinencia urinaria posterior a la BT, dato que se asemeja a las series publicadas. Al año de la BT la calidad miccional era similar a la pre BT (tabla 1). En cuanto a las complicaciones rectales, en 10 casos (22%) se observaron complicaciones y la más frecuente fue tenesmo en 40% de los pacientes.

No objetivamos alteraciones en los pacientes que presentaban actividad sexual previa a la BT (n=19) (tabla 2). Durante el seguimiento 3 pacientes sufrieron recaída bioquímica que fue tratado con bloque hormonal.

**Conclusión.** La braquiterapia en tiempo real dinámico con Yodo<sup>125</sup> en pacientes que fueron sometidos a cirugía prostática desobstructiva previa, ofrece excelentes resultados funcionales con baja morbilidad urinaria, sexual y rectal.

Tabla 1 Media de IPSS según momentos de medición.

Momento	n	Media
Pre BT	24	6,8
3 meses	33	12,8
6 meses	32	9,8
1 año	29	6,2
2 años	16	7,1
3 años	11	10,4
5 años	11	8,6

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **CORRELACIÓN PATOLÓGICA ENTRE BIOPSIA ECOGUIADA TRANSRECTAL Y PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**

Pinto, U<sup>(1)</sup>; Rosales, J<sup>(2)</sup>; Orozco, J<sup>(1)</sup>; Rios, E<sup>(1)</sup>; Mogollon, J<sup>(1)</sup>; Martinez, O<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Dr Carlos Arvelo. Caracas, Venezuela. <sup>(2)</sup>Urología, Domingo Luciani. Caracas, Venezuela.

**INTRODUCCION Y OBJETIVOS:** El cáncer de próstata constituye actualmente la segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina. El grado histológico tumoral constituye un importante factor pronóstico y para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con adenocarcinoma de próstata, dada su buena correlación con el compromiso tumoral ganglionar linfático, recurrencia local y metástasis a distancia. La puntuación de Gleason es el sistema más utilizado para graduar el adenocarcinoma de próstata. Sólo puede evaluarse en material de biopsia (biopsia con trocar o piezas quirúrgicas) y resulta importante tanto como para estadificar preoperatoriamente el cáncer, así como para estimar la posibilidad de diseminación del mismo. Es por eso que tanto el sub como el supraestadiaje del Score Gleason resultan importantes en el proceso diagnóstico-terapéutico. Este estudio tiene como objetivo evaluar la exactitud de las biopsias de próstata guiada por ecografía transrectal en la predicción de la clasificación patológica en la muestra patológica final de pacientes sometidos a prostatectomía radical para cáncer de próstata clínicamente localizado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Se seleccionaron biopsias de Prostatectomía Radical de 62 pacientes realizadas entre enero de 2005 y enero de 2015 en el Servicio de Urología del Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo", con diagnóstico previo de cáncer de próstata en biopsias por punción transrectal. Se consideró concordante a muestras que presentaran igual Score Gleason y proporción de patrón histológico.

**RESULTADOS:** La media de edad de los 62 pacientes incluidos en el estudio fue de 63,3 años, con un máximo de 75 años y un mínimo de 43 años. Se observó concordancia de Score Gleason biopsia/prostatectomía en el 63 % de los pacientes. Hubo infraestadiaje en 25% (16) muestras y supraestadiaje en 11,2 % (7). En biopsia por punción transrectal el Score Gleason predominante fue 3+4= 51 % y por prostatectomía radical: 3 +4= 61%.

**CONCLUSIONES:** Esta serie reporta 63,3% de concordancia exacta de Score Gleason y patrón histológico. La frecuencia de patrones predominantes en biopsia por punción y pieza quirúrgica fueron similares. Los resultados son concordantes con las series publicadas.

**Palabras Clave:** Cancer, Prostata, Gleason

Score Gleason. Biopsia Transrectal (B) y Prostatectomía Radical (P)

Tabla1.

	SG 6 (B/P)	SG 7 (B/P)	SG 8 (B/P)
6 (3+3)	(13/10)	X	X
7 (3+4)	X	(32/26)	X
7 (4+3)	X	(12/23)	X
8	X	X	(5/3)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CORRELACIÓN DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL.**

Oteo Manjavacas, P<sup>(1)</sup>; Estigarribia Benítez, CA<sup>(1)</sup>; Berrocal Abellán, S<sup>(1)</sup>; Hernandez Andrés, I<sup>(1)</sup>; García Juarranz, C<sup>(1)</sup>; Donis Claret, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología, Hospital Severo Ochoa. Leganés, España.

### **Introducción**

El cáncer de próstata clínicamente irrelevante hace referencia a aquel tumor que excepcionalmente amenazará la vida del paciente. Con la tendencia actual al manejo conservador de estos pacientes, resulta imprescindible predecir la naturaleza y comportamiento de estos tumores antes de decidir nuestra actitud.

Nuestro objetivo es evaluar la capacidad predictiva de la biopsia aleatoria transrectal de próstata de cáncer clínicamente significativo, así como de otros factores empleados en la práctica clínica habitual.

### **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 405 pacientes con cáncer de próstata clasificado en potencialmente significativo o insignificante según su diagnóstico mediante biopsia transrectal aleatoria de 12-18 cilindros, entre 2006 y 2017 y comparación con la pieza de prostatectomía radical.

Se define como tumor potencialmente significativo en la biopsia a aquel tumor con PSA >10 que presenta ISUP >1, afectación de 2 o más cilindros o presencia de 1 cilindro afectado a >50%. En la pieza de prostatectomía se define como un tumor ISUP >1 con PSA >10, >pT2a y volumen tumoral > 5cc.

Se estudia las variables edad, PSA, tiempo hasta cirugía, densidad de PSA (PSAd) y volumen prostático y su capacidad de predecir la significación clínica. Se emplean las pruebas de contraste de hipótesis aplicables en cada situación: Ji cuadrado y t de Student.

### **Resultados**

De los 405 pacientes, 98 (24,5%) presentaron un tumor potencialmente insignificante en la biopsia, de los cuales sólo 8 (8,2%) se confirmaron en la pieza de prostatectomía radical. Respecto a los tumores significativos, 306 pacientes (75,7%) cumplieron criterios de significación clínica en la biopsia, de los cuales 285 (93,1%) se confirmaron en la pieza quirúrgica.

El análisis univariante demostró la dPSA como única variable predictora de un cáncer clínicamente relevante en la pieza quirúrgica.

### **Conclusión**

-La biopsia transrectal de próstata aleatoria tiende a la infraestimación en los tumores insignificantes, presentando una alta concordancia en los tumores significativos. Por ello la biopsia transrectal no es suficientemente fiable para establecer la relevancia clínica de un tumor de próstata.

-La dPSA es el único factor que ha demostrado predecir la significación tumoral.

### **Palabras clave:**

Adenocarcinoma de próstata, tumor insignificante, biopsia transrectal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RECIDIVA BIOQUÍMICA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE INSIGNIFICANTE: ¿PODEMOS CONFIAR EN EL CONCEPTO DE SIGNIFICANCIA?

Oteo Manjavacas, P<sup>(1)</sup>; Estigarribia Benítez, CA<sup>(1)</sup>; Berrocal Abellán, S<sup>(1)</sup>; Hernández Andrés, I<sup>(1)</sup>; García Juarranz, C<sup>(1)</sup>; Donis Claret, F<sup>(1)</sup>; Aparicio Navarro, MÁ<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología, Hospital Severo Ochoa. Leganés, España.

### Introducción

El concepto de tumor clínicamente insignificante dado por la mayoría de sociedades científicas (PSA<10, Gleason ≤ 6 y volumen tumoral ≤ 5ml), parece predecir una buena evolución oncológica a largo plazo.

Nuestro objetivo es evaluar la capacidad de predicción de recidiva bioquímica del concepto de significación clínica en la pieza de prostatectomía radical (PR).

### Material y métodos

Estudio observacional descriptivo con componentes analíticos de pacientes sometidos a PR entre enero de 2006 y diciembre de 2017. Se clasificaron como tumores insignificantes en la pieza de prostatectomía a aquellos con un PSA<10 previo a la cirugía, un Gleason 6 y un volumen tumoral ≤5cc. Se comparó la tasa de recidiva bioquímica y el tiempo hasta recidiva en los tumores definidos como significativos y en los no significativos.

Se empleó la prueba de Chi cuadrado y T de student para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas respectivamente, convun nivel de significación de p<0,05. Además se realizó un análisis de supervivencia con el método de Kaplan Meier.

### Resultados

Se incluyeron 405 prostatectomías radicales con una mediana de seguimiento de 107 meses. En total se registraron 109recidivas bioquímicas (27%), que aparecieron en un tiempo medio de 45 meses con un rango de 9 a 108 meses. En los pacientes con tumores clasificados como clínicamente insignificantes hasta un 13,8% presentaron recidiva bioquímica respecto a un 29'1% en los clínicamente significantes. con una diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa.El tiempo medio hasta la recidiva BQ fue de 55 meses para los tumores insignificantes y 43 meses para los significantes (p>0,05).

### Conclusión

Los criterios aceptados clásicamente para clasificar un adenocarcinoma de próstata como clínicamente insignificante son buenos predictores de recidiva bioquímica. En nuestra experiencia, un tumor clínicamente insignificante tiene la mitad de probabilidades de presentar una recidiva bioquímica respecto a uno significativo.

### Palabras clave:

Cáncer de próstata, Recidiva bioquímica, tumor insignificante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SCREENING DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Cartolano, F<sup>(1)</sup>; cuya, M<sup>(1)</sup>; Arias, A<sup>(1)</sup>; García Arteaga, P<sup>(1)</sup>; Antola, D<sup>(1)</sup>; Ferreyra Camacho, G<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>urología, hospital E. Tornù. caba, Argentina.

**Introducción:**

El cáncer de próstata en la actualidad es la neoplasia sólida más frecuente y con mayor porcentaje de mortalidad en el hombre, posterior al cáncer de Pulmón. Los principales instrumentos para su diagnóstico precoz son el PSA, cuyo valor normal es de 0- 4 ng/ml y se solicita en hombres de 50 a 75 años o a partir de los 45 años si presenta antecedente de dicha enfermedad en familiar de primer grado. A su vez, se complementa con el examen dígito rectal, aumentando el porcentaje en el diagnóstico precoz de dicha patología.

**Objetivo:**

Poner en evidencia el manejo de las herramientas que presentan los médicos para el screening de cáncer de próstata según las especialidades.

**Materiales y métodos**

POBLACION BLANCO: Médicos tratantes o residentes que ejerzan hace 1 año o mas clínica médica o medicina familiar. El estudio se llevó a cabo desde Febrero a Mayo 2019. Se entregó una encuesta anónima en la cual contestaron 7 preguntas con múltiples opciones acerca de su conocimiento sobre el screening de cáncer de próstata.

**Resultados:**

Se realizaron 153 encuestas de las cuales el 63% (96 médicos) ejercen clínica médica y el 37 % (57 médicos) medicina familiar. El 62 % solicitan PSA en la franja etaria de 50 a 75 años aunque un 23% extiende hasta los 90 años. El 59 % de los clínicos médicos solicitan PSA y el 67% de médicos de familia no lo solicitan. El 90% de los médicos consideran que el rango normal es de 0-4 ng/ml y frente a valores alterados el 58% deriva al urólogo. El 57% de los médicos encuestados no realiza tacto rectal y el 28% solo si presenta valores de PSA elevado.

**Discusión:**

Tomando en cuenta que el 57% de médicos de atención primaria no realiza tacto rectal, y el 67 % de medicos familiares no solicita PSA y dado que la literatura internacional recomienda el tacto rectal inclusive con PSA normal, recomendamos campañas de de concientización sobre la importancia del PSA Y tacto rectal para el screening de cáncer de próstata en medicos de atención primaria de la salud.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PATRÓN DE DISCORDANCIA ANATOMOPATOLÓGICA Y CÁNCER DE PRÓSTATA ISUP 3 O MÁS, SEGÚN LOS DIFERENTES PROTOCOLOS DE VIGILANCIA ACTIVA EN UNA SERIE DE 1260 PROSTATECTOMIAS.**

Virseda Rodríguez, AJ<sup>(1)</sup>; Coderque Mejía, MP<sup>(2)</sup>; Hernández Sánchez, T<sup>(3)</sup>; Rocha de Lossada, A<sup>(4)</sup>; Noya Mourullo, A<sup>(2)</sup>; Marcos Asensio, S<sup>(2)</sup>; García García, J<sup>(2)</sup>; Herrero Polo, M<sup>(2)</sup>; Gómez Veija, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (CAPSYL - GITUR). Salamanca, España. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (IBSAL- GITUR). Salamanca, España. <sup>(3)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (IBSAL- GITUR). Salamanca, España. <sup>(4)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (IBSAL - GITUR). Salamanca, España.

## **INTRODUCCIÓN**

La vigilancia activa (VA) en pacientes con cáncer de próstata (PC) es una realidad. Una de las críticas a este tratamiento es la discordancia entre la clasificación ISUP de la biopsia y la de la pieza de Prostatectomía Radical (PR). Proponemos averiguar cuántos pacientes que cumplieron con los criterios de diferentes protocolos de VA tuvieron tumores con ISUP 3 o superior en nuestra serie.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo multicéntrico con análisis de datos ISUP de la biopsia y la pieza de cirugía y comparación con estadística descriptiva y prueba de chi cuadrado multigrupo según los criterios de AS John Hopkins (cT2a, PSA10, ISUP = 1), MSKCC (cT2a, PSA10, ISUP = 1, 13 núcleos positivos), PRIAS (cT2b, PSA10, ISUP2, 2 núcleos positivos), Royal Marsden (cT2b, PSA15, ISUP2, 50% de núcleos positivos) y la Universidad de Toronto (ISUP1 y PSA10 o 70 años con ISUP2 y PSA15).

La variable dependiente en estudio es la presencia de un tumor con ISUP 3 o superior.

## **RESULTADOS**

1260 pacientes sometidos a PR. Concordancia en 662 pacientes (52.5%) y discordancia en 598 (47.4%). En el 76,9% de los casos de discordancia (456 pacientes), la supragradación se produjo con respecto a la biopsia de próstata.

## **CONCLUSIONES**

Encontramos una alta proporción de discordancia en la ISUP con una tendencia a la supragradación con respecto a la biopsia. Sin embargo, del total de tratados, solo entre el 8,8% y el 16% de los pacientes tenían PC con ISUP 3 o superior y entre el 4,6 y el 7,1% para ISUP 4. Los diferentes criterios de inclusión de los protocolos de VA podrían explicar estas diferencias.

## **PALABRAS CLAVE**

Cáncer de próstata, Discordancia, Prostatectomía.

## **Resultados**

	Infraestadiaje Biopsia (% no concordancia)	ISUP 3 (% de infraestadiaje)	ISUP 33 (total %)	ISUP 34 (total %)
<b>John Hopkins (n=363)</b>	172 (96)	37 (21,5)	19 (10,1)	9 (4,6)
<b>MSKCC (n=224)</b>	100 (98)	23 (23)	13 (10,2)	7 (5,1)
<b>PRIAS (n=249)</b>	86 (88,6)	40 (46,5)	23 (16)	8 (7,1)
<b>Royal Marsden (n=600)</b>	246 (89,6)	53 (21,5)	28 (8,8)	18 (6,3)
<b>Toronto (n=542)</b>	173 (85,6)	52 (25,7)	33 (9,5)	15 (4,3)
<b>p</b>	0,03	0,00	0,02	0,08

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LOCALIZADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA SERIE MULTI-INSTITUCIONAL DE 4447 PACIENTES.

Coderque Mejía, MP<sup>(1)</sup>; Virseda Rodríguez, A<sup>(2)</sup>; Marcos Asensio, S<sup>(1)</sup>; Rocha de Lossada, A<sup>(1)</sup>; Hernández Sánchez, T<sup>(1)</sup>; Noya Mourullo, A<sup>(1)</sup>; García García, J<sup>(1)</sup>; Herrero Polo, M<sup>(1)</sup>; Gómez, V<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (IBSAL- GITUR). Salamanca, España. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Universitario de Salamanca (CAPCYL- IBSAL- GITUR). Salamanca, España.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un cambio en el tratamiento del cáncer de próstata localizado, especialmente en los grupos de riesgo bajo, e intermedio, con un aumento en los pacientes que están incluidos en el tratamiento diferido / estrategias de vigilancia activa (VA).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una recolección de datos ambispectiva de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata (CP) en 9 centros de salud pública española. Después de pasar por el Comité de Ética del Centro coordinador y con el apoyo de la Subvención Sanitaria Pública SA / 233, se incluyen datos sobre el diagnóstico y tratamiento de 4447 (91,3% con enfermedad localizada) entre los Años 2014 y 2018.

La estadística descriptiva se realiza con variables categóricas representadas por números absolutos y porcentajes para cada año. Se realizó una prueba de hipótesis univariada con la prueba de chi cuadrado después de verificar el cumplimiento de los supuestos de normalidad de la muestra. Los valores de p menos de 0.05 se consideran significativos.

### RESULTADOS

Hay aumento significativo en el número de pacientes en grupos de bajo riesgo (de 9.6% en 2014 a 57.6% en 2018) e intermedios (de 1.9% en 2014 a 21.1% en 2018) con disminución en la prostatectomía radical (PR) como tratamiento. La radioterapia (RT) muestra una disminución en bajo riesgo y una estabilidad aparente en los grupos de riesgo intermedio y alto. La PR parece mantenerse estable o aumentar en el grupo de alto riesgo, excepto en el año 2018, donde disminuye.

### CONCLUSIONES

Han surgido estrategias de VA en el tratamiento del cáncer de próstata, especialmente en etapas de bajo riesgo, probablemente a expensas de los tratamientos de RT y PR. La PR podría estar aumentando en la etapa de alto riesgo, aunque nuestros datos de 2018 no muestran este hecho. Esto podría estar sesgado por las importantes diferencias entre los centros en el tratamiento, ya que no se tienen datos en 2018 de algunos de los centros con mayor tendencia a las PR en el momento de la presentación de los datos.

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata, tratamiento, localizado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CORRELACIÓN DE GLEASON POR BTRP VRS GLEASON POR PRRA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Medrano Urtecho, HM<sup>(1)</sup>; Corona Montes, VE<sup>(1, 2)</sup>; González Cuenca, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México.

<sup>(2)</sup>Departamento de Urología, Centro Médico ABC. Ciudad de México, México.

### **INTRODUCCIÓN**

El adenocarcinoma de próstata es calificado por el sistema de Gleason, el cual es establecido en un inicio por la biopsia de próstata; sin embargo, aproximadamente un tercio de los pacientes tendría un diagnóstico de adenocarcinoma de próstata más agresivo, con un mayor grado de Gleason (GG) en prostatectomía radical que el que fue diagnosticado en la biopsia.

### **OBJETIVO**

Evaluar la correlación entre la suma de Gleason en la biopsia transrectal de próstata (BTRP) con respecto a la encontrada en la pieza de prostatectomía radical robot asistida (PRRA) en cáncer de próstata de alto riesgo en medio privado.

### **METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo, transversal, observacional, se estudian 12 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical robot asistida

### **RESULTADOS**

De los 12 pacientes incluidos en el presente estudio, en 8 casos hubo supra-graduación de la suma de Gleason en la pieza de PRRA con respecto a la suma de Gleason reportada en la BTRP, lo que representa un 66.6% de los casos, no se reportó ningún caso de infra-graduación de la suma de Gleason. En el 100% de los casos con cáncer de próstata T3a hubo supra-graduación de la suma de Gleason; al igual que en todos los casos de pacientes con APE inicial mayor de 20ng/ml, en donde el 100% presentó supra-graduación de la suma de Gleason.

Al evaluar el peso en gramos de la próstata, encontramos que en aquellos pacientes con próstata con peso menor o igual a 30 gramos (6/12), en 5 de ellos (83%) se presentó supra-graduación de la suma Gleason, en contraste con aquellos pacientes con próstatas con peso mayor a 30 gramos (6/12), en donde 3(50%) presentó supra-graduación y 3(50%) no presentó modificación en la suma Gleason.

### **CONCLUSIONES**

La supra-graduación de la suma de Gleason entre biopsia y pieza de patología representa una consideración importante en la toma de decisiones de tratamiento. Casi un tercio de los pacientes con cáncer de próstata la suma de Gleason presentará supra-graduación, identificándose APE elevado y peso prostático menor como factores de riesgo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **CORRELACIÓN HISTOLÓGICA DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA Y PET/CT GA68-PSMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO**

Gonzalez-Cuenca, E<sup>(1)</sup>; Corona Montes, VE<sup>(1,2)</sup>; Medrano Urtecho, HM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México. <sup>(2)</sup>Urología, Centro Médico ABC. Ciudad de México, México.

### **INTRODUCCIÓN**

La tomografía por emisión de positrones (PET/CT) con antígeno específico de membrana prostática (PSMA), ha reportado una sensibilidad y especificidad de 86% en comparación con la histología de linfadenectomía pélvica como referencia. Se ha descrito que la captación del radiotrazador en lesiones metastásicas esta influenciado por tamaño ganglionar (>5mm), grado ISUP (>4) y nivel de antígeno prostático (>10 ng/mL, APE); por lo que se ha reportado una mayor utilidad en cáncer de próstata (CaP) de riesgo intermedio y alto. Su uso pre-quirúrgico como estadiaje en la actualidad es controversial.

### **OBJETIVO**

Reportar la correlación entre positividad ganglionar en PET/CT pre-quirúrgico y resultado histológico de linfadenectomía pélvica extendida en CaP de alto riesgo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de pacientes con CaP alto riesgo, PET/CT Ga<sup>68</sup>-PSMA pre-quirúrgico y sometidos a prostatectomía radical asistida por robot + linfadenectomía pélvica extendida en un hospital privado de la ciudad de México de Agosto/2016 a Octubre/2018

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 12 pacientes con edad media de 60 años, APE de 14 ng/mL (6-26), suma Gleason promedio de pieza quirúrgica de 4 + 4 (8) e ISUP de 4, todos clasificados como CaP alto riesgo (AUA/ASTRO/SUO). Se realizó linfadenectomía pélvica extendida con resección media de 11 ganglios linfáticos (GL) bilaterales y tamaño de 15 mm. Se identificaron 3 pacientes con GL pélvicos positivos en PET/CT Ga<sup>68</sup>-PSMA pre-quirúrgico que correlacionó con el hallazgo histológico para metástasis, el resto de los pacientes (9) fueron negativos. Seguimiento a 36 ± 6 meses, sin evidencia de recurrencia.

### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio la correlación entre la detección de GL positivos por PET/CT Ga<sup>68</sup>-PSMA preoperatorio y resultado histológico fue >90%, dentro de los rangos reportados en la literatura, nuestros hallazgos podrían estar relacionados al tamaño medio de GL y un Gleason >8 en nuestra población. El PET/CT es una herramienta diagnóstica que brinda mayor información en la planeación para la resección de GL, aunque se requiere de estudios prospectivos y una mayor población, actualmente se considera a la linfadenectomía pélvica como estándar de oro para estadiaje.

Palabras clave: neoplasia de próstata, PET-CT, linfadenectomía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONO-NAÏVE CON ACETATO DE ABIRATERONA

Ramos Alaminos, C<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Flores Martín, J<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, A<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, M<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, A<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>U.G.C. de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Jaén, España.

### INTRODUCCIÓN

El estudio LATITUDE publicado en 2017, demostró que el acetato de abiraterona, en combinación con la terapia de privación de andrógenos (TDA) más prednisona, mejoró de forma significativa el riesgo de muerte y progresión de pacientes con cáncer de próstata metastásico hormono-naïve de alto riesgo (presencia de 2 de 3 factores de riesgo: Gleason  $\geq 8$ ; presencia de 3 o más lesiones en gammagrafía ósea; presencia de metástasis visceral).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento con Abiraterona en 6 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata hormono-naïve metastásico al diagnóstico, desde enero de 2018 hasta junio de 2019, en el servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Jaén.

Analizamos las características de nuestros pacientes así como los resultados iniciales del tratamiento.

### RESULTADOS

Mediana de edad: 75 años (61-87). Todos presentan metástasis óseas múltiples (66% más de 10 y 33% menos de 10), Gleason 9 (un 33% 9 (5+4) y un 66% 9 (4+5)); y ningún paciente metástasis visceral. Antecedentes personales: 33% Diabetes Mellitus y 100% hipertensión. Mediana de tiempo de tratamiento: 9 meses (4-15) y mediana de tiempo de seguimiento: 9.5 meses (9-15).

Todos presentan respuesta de PSA al mes. Mediana PSA inicial 280 ng/ml (11.8-1054) desciende tras 9 meses a 0.7 ng/ml (0.02-2962) y mediana de EVA inicial 2.5 (0-4) desciende a 0 (0-3). Mediana de ECOG se mantiene en 0 (0-1). Evolución radiológica: tres pacientes respuesta parcial, dos estabilización y una progresión. Un paciente con criterios de resistencia a la castración tras 15 meses de tratamiento, con estabilidad clínica y radiológica pendiente de pruebas de control. Se suspenden dos tratamientos: uno por progresión bioquímica y radiológica tras 11 meses, y otro por hipertransaminasemia grado IV.

### CONCLUSIONES

Nuestros pacientes tratados con Abiraterona presentan una respuesta bioquímica precoz con descenso importante de PSA, buena tolerancia al tratamiento y una mejoría clínica en cuanto al dolor. En el momento actual, con una mediana de seguimiento de 9.5 meses, no podemos hablar de mejoría en datos de supervivencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## VARIANTES HISTOLÓGICAS POCO USUALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 376 PACIENTES.

Vitagliano, G<sup>(1, 2)</sup>; Bujaldon, JM<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Blas, L<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; Rojas Bilbao, É<sup>(2, 3)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Buenos Aires. <sup>(3)</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata más frecuente es el adenocarcinoma acinar. Existen variantes histológicas no acinares (atrófica, pseudohiperplásica, de células espumosas, anillo de sello, coloide, sarcomatoides o neuroendócrinos entre otras) que representan menos del 5%. Tener conocimiento de ellas es importante a la hora del diagnóstico por su diferente pronóstico y respuesta terapéutica.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de la base de datos de cáncer de próstata del Hospital Alemán de Buenos Aires entre enero del 2016 y diciembre del 2018. Analizamos las siguientes variables: edad al diagnóstico, antígeno prostático específico (PSA), estadio al diagnóstico, tratamiento realizado y variante histológica. Se realizó una revisión de la literatura y se comparó con nuestra serie.

### RESULTADOS

Se analizó la anatomía patológica de 376 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, y se hallaron variantes histológicas en 7 de ellos. Los restantes pacientes correspondieron a adenocarcinomas acinares usuales. La edad promedio al diagnóstico fue de 68,7 años (rango 49-79), mediana de PSA al diagnóstico de 9,1 ng/ml (IQR 3,1-9,9), 2 pacientes presentaron PSA < 4 (30%). Tacto rectal positivo en 5/7 pacientes (70%). Anatomía patológica: 2 casos Adenocarcinoma de Células en anillo de sello, uno de ellos recibió braquiterapia y otro radioterapia primaria más bloqueo hormonal adyuvante; 2 casos correspondieron a Adenocarcinoma Mucinoso que recibieron tratamiento quirúrgico más bloqueo hormonal (1 de ellos fallecido); 1 caso Células Espumosas, recibió tratamiento quirúrgico mas bloqueo hormonal, 1 caso Carcinoma Neuroendocrino de células pequeñas recibiendo quimioterapia primaria (Cisplatino + Etopósido) y 1 caso Adenocarcinoma Acinar con componente ductal que recibió tratamiento quirúrgico más radioterapia y bloqueo adyuvante. De los 7 pacientes, 2 de ellos tuvieron recaída local por lo que se realizó radioterapia de rescate. Mediana de seguimiento: 9 meses (8-21 meses).

### CONCLUSIÓN

Nuestra serie muestra, en forma similar a la literatura que las variantes no acinares son poco usuales, de curso clínico agresivo desde el momento del diagnóstico y pronóstico desfavorable. Se necesita en estos casos un abordaje multidisciplinario y un tratamiento multimodal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CARCINOMA SARCOMATÓIDE POUCO DIFERENCIADO DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO**

Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; D'agnoluzzo, L<sup>(1)</sup>; Murata, MM<sup>(1)</sup>; Dietrich Jaworski, PE<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Lima Pupulin, MH<sup>(1)</sup>; Pinotti da Rocha Loures, A<sup>(1)</sup>; Sayuri Makiyama, a<sup>(1)</sup>; Santana de Camargo, TM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brasil.

**Introdução:** O carcinoma sarcomatóide prostático é uma variante histológica rara e muito agressiva, mais frequente em idosos e de mau prognóstico. Apresenta-se como uma associação entre o adenocarcinoma e o sarcoma, sendo histologicamente composto por células epiteliais, fusiformes e mesenquimais. O componente epitelial é tipicamente um adenocarcinoma de alto grau e o componente sarcomatóide possui características malignas, como hiperplasticidade, atipias nucleares, mitoses frequentes, áreas de necrose focal e presença de células gigantes. Os pacientes têm grandes chances de desenvolverem metástases, sendo as localidades mais comuns os pulmões e ossos. **Objetivo:** Relatar um caso raro de carcinoma sarcomatóide pouco diferenciado em um paciente atendido no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM). **Método:** Foram coletados e analisados os dados presentes no prontuário do paciente, atendido no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM). **Resultado:** Masculino, 71 anos, hígido, buscou atendimento por quadro de retenção urinária aguda (RUA). Trouxe consigo exames com antígeno prostático específico seriado em queda há 6 meses (0,42 para 0,19). Ultrassom de próstata com parênquima heterogêneo e nódulo hiperplásico em zona central e volume de 106cc. Devido ao recente quadro de RUA, realizado tratamento cirúrgico com prostatectomia trans-vesical convencional. Ao ato operatório verificou-se uma próstata disfórmica, friável em sua porção posterior, de aspecto neoplásico, associado a áreas calcificadas. Resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico da peça cirúrgica revelaram expressão de citoqueratinas, antígenos miogênicos e P63, compatível com carcinoma pouco diferenciado de padrão sarcomatóide e possível origem urotelial. Paciente retorna após 45 dias de pós-operatório com novo episódio RUA associada à constipação intestinal. Realizados exames de estadiamento onde tomografia demonstrou novo crescimento prostático causando compressão de bexiga e reto além metástase pulmonar. Paciente então submetido à cirurgia de derivação urinária à Bricker e colostomia em alça de cólon transverso para alívio dos sintomas, iniciou quimioterapia com doxetacel e gencitabina. Atualmente paciente em seguimento ambulatorial e manutenção de quimioterapia. **Conclusões:** O caso apresentado de um tumor raro de próstata pode contribuir para o meio médico apresentando um diagnóstico incomum e de quadro clínico agressivo que merece uma investigação profunda e diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** Câncer de próstata; carcinoma; sarcoma;

Financiamento / conflito de interesses: No

## **LINFADENECTOMÍA DE RESCATE EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADO CON RADIOTERAPIA Y PET COLINA POSITIVA**

Nuñez, M<sup>(1)</sup>; Alvarez, P<sup>(1)</sup>; González Cazón, A<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Scorticati, C<sup>(1)</sup>; López, M<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

### **Introducción**

La recidiva ganglionar en el cáncer de próstata es un escenario terapéutico controvertido. Las guías clínicas recomiendan el uso de terapia hormonal, tratamiento “a la carta” o incluir los pacientes en ensayos clínicos.

### **Materiales y métodos**

Presentación de un caso.

### **Resultados**

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de DBT 2, HTA, tbq.

2015 Adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4 psa 8, realizo Radioterapia

04/18 PSA nadir 1,3

12/18 psa 14.

PET colina: adenomegalia iliaca pelviana izq de 15 x 12 mm suv max 5,9 prostata no muestra ninguna imagen con concentración anormal

03/19 Linfadenectomía ilio obturatriz ampliada bilateral con hallazgo de adenopatía izquierda de 3 cm

AP: ganglio izq con metastasis y efracción capsular 1/12

06/19 psa 1.9

### **Conclusión**

La linfadenectomía de rescate en hombres que experimentan recurrencia ganglionar después del tratamiento local no está definido como un tratamiento “gold standard”, sin embargo, suele retrasar el uso de hormonoterapia en pacientes seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CASE REPORT: PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO**

Cereghini, J<sup>(1)</sup>; Meo, MM<sup>(1)</sup>; Nolzco, JI<sup>(1)</sup>; Tirapegui, SG<sup>(1)</sup>; Liyo, JC<sup>(1)</sup>; Martinez, PF<sup>(1)</sup>; Dourado, LG<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

El Cáncer de Próstata es la neoplasia más frecuente en hombres mayores a 50 años. Hasta hace unos años la sospecha diagnóstica se basaba en el ascenso del PSA y/o el tacto rectal patológico. Su confirmación es mediante biopsia prostática. La estadificación convencional es con Tomografía Computada Abdomino pelviana y Centellograma óseo corporal total. Su tratamiento se adecúa al estadio y grupo de riesgo. El objetivo de este trabajo es reportar un caso atípico de cáncer de próstata avanzado.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente asintomático que en 2006 (56 años) consultó por control prostático con ascenso del PSA (36 ng/dL) y tacto rectal normal. Inició medidas higiénico dietéticas y por persistencia de PSA elevado al mes (74 ng/dL), se solicita biopsia prostática que informó prostatitis e hiperplasia prostática. A los 6 meses, por ascenso del PSA (190 ng/dL), se solicitó nueva biopsia prostática ampliada que informó Prostatitis. En control a los 2 meses presentó elevación del PSA a 321 ng/dL por lo cual se solicita Tomografía Abdomino pelviana y Centellograma, que informa adenomegalias retroperitoneales. Centellograma normal. Inició bloqueo hormonal con bicalutamida y Goserelin y se indicó biopsia de ganglios retroperitoneales, que informó infiltración por adenocarcinoma con marcadores de PSA positivos. A los dos meses el paciente presentó descenso del PSA (0,9 ng/dL). Realizó tratamiento hormonal durante 2 años. Posteriormente en ateneo uro-oncológico se decidió realizar bloqueo intermitente y permaneció 5 años en periodo off (sin necesidad de bloqueo hormonal). Actualmente el paciente tiene 69 años, se encuentra asintomático y en tratamiento con Goserelin con PSA de 0,6 ng/ml, tomografía y centellograma normales.

**CONCLUSIÓN**

La biopsia prostática transrectal es el gold standard para el diagnóstico de cáncer de próstata, presentando una sensibilidad entre el 39 - 52 % y una especificidad que ronda el 80%. Se presenta el caso de un paciente con cancer de prostata avanzado al que se le realizaron dos biopsias (una convencional y una ampliada) con resultados anatomopatológicos benignos aun teniendo metástasis ganglionares. Los estudios convencionales de estadificación nos llevaron al diagnóstico mostrando una presentación y evolución atípica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **EMBOlizACión SUPRASElectiva DE ARTERIAS PRoStÁTICAS CoMo TRATAMiento DE HEMATURIA PERSistente EN CÁNCEr DE PRÓStATA LoCAlMENTE AvANZADo**

Del Campo, F<sup>(1)</sup>; Matus, P<sup>(1)</sup>; Vera Veliz, A<sup>(1)</sup>; Orellana, S; Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Dominguez, R<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(1)</sup>; Garcia, V<sup>(1)</sup>; Leon, B<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Imagenología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

**Introducción:** Actualmente la embolización de la arteria prostática (EAP) se reserva como alternativa de tratamiento en la hiperplasia prostática benigna, con resultados discutibles a mediano y largo plazo. Su uso para el control de hematuria, en pacientes con cáncer prostático (CP) localmente avanzado, ha aumentado su popularidad en el último tiempo. Presentamos, según nuestra revisión bibliográfica, la primera experiencia en Chile de esta técnica en este tipo de pacientes.

**Objetivo:** Reporte de EAP, para el manejo de hematuria macroscópica persistente, en paciente con CP avanzado y su seguimiento a un año.

**Caso Clínico:** Paciente 87 años, antecedentes ACxFA en tazo e HTA. Consulta por hematuria año 2009. UROTC sin hallazgos. Cistoscopia evidencia lesiones a nivel de cuello vesical. Anatomía-patológica: infiltración vesical por adenocarcinoma prostático, altamente diferenciado. Antígeno prostático (APE) 8,9. Se inicia bloqueo hormonal.

Desde Diciembre de 2013 hasta Junio 2016, paciente persiste con cuadros de hematuria macroscópica a repetición, requiriendo múltiples hospitalizaciones y RTU-P túnel. Año 2017 paciente requiere nuevamente RTU-túnel y 3 hospitalizaciones por retenciones de orina, secundarias a coágulos. Se decide realizar, por equipo de radiología intervencional, EAP.

**Técnica:** Acceso femoral izquierdo, mediante angiografía identificación y embolización de arteria prostática derecha con micropartículas de polivinil alcohol (PVA). Lado contralateral, tronco principal de arteria vesical inferior, obstruida por lo que no requirió embolización.

**Seguimiento:** Evolución favorable. Cese de la hematuria sin más hospitalizaciones por sangrado a la fecha. Segundo mes post operatorio, paciente desarrolla necrosis meatal con una subsecuente hipospadia. La necrosis se manejó con curaciones ambulatorias por enfermería y al 5to mes post operatorio se realizó meatoplastia para corrección de hipospadia. Actualmente paciente sin hematuria ni complicaciones asociadas. No hubo variaciones de APE en los meses posterior a procedimiento.

**Discusión:** La EAP es una técnica segura y eficiente para el control de hematuria. La técnica no esta exenta de complicaciones y es necesario el monitoreo estricto del paciente. No hubo variaciones de importancia en el APE. La técnica sólo tendría rol sintomático, no aplicaciones oncológicas.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PRÓSTATA RECIDIVADO: REPORTE DE CASO.**

Sillon Rivas, RA<sup>(1)</sup>; Cora, MF<sup>(2)</sup>; Santarelli, M<sup>(1)</sup>; Dezanzo, PI<sup>(2)</sup>; Longo, EM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Churruca-Visca. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>Anatomía Patológica, Churruca-Visca. CABA, Argentina.

Palabras clave:

Próstata, tumor fibroso solitario, recidiva.

Introducción:

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimática de origen fibroblástico/miofibroblástico. La localización más frecuente es la pleural siendo excepcional la ubicación prostática, representando un desafío clínico tanto para el diagnóstico diferencial anatomopatológico como para el tratamiento.

Caso clínico:

Paciente de 38 años, sin antecedentes médicos. Consulta en 2014 por episodio único de hematuria con eliminación de coágulos asociado a retención aguda de orina. En ecografía vesical se evidencia imagen hipoecogénica de 41 x 36 mm que impresiona originarse en próstata. La resonancia magnética, revela imagen de aspecto sólido de 48 x 35 mm que se proyecta desde región anterior prostática hacia piso vesical. Se realiza cistoscopia, observándose próstata con lóbulo lateral derecho prominente que protruye hacia luz vesical. Se decide resección transuretral de próstata (RTU-P). Anatomía patológica: "Tumor Miofibroblástico inflamatorio / Proliferación Miofibroblástica pseudo-sarcomatosa".

Discontinúa controles.

Marzo 2019, consulta nuevamente en guardia por hematuria intermitente de tres meses de evolución. Se realiza ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. En tomografía se observa lesión expansiva de aspecto vegetante de 61 mm con realce post contraste a nivel prostático. La resonancia magnética, informa masa polilobulada, heterogénea de 6 x 6 cm con características de necrobiosis y realce post contraste en sector anterior prostático. Se realiza cistoscopia que evidencia próstata con lóbulo lateral derecho prominente que protruye hacia luz vesical y sobrepasa línea media. Se decide realizar RTU-P. Anatomía patológica: cuadro morfológico e inmunoperfil correspondientes a TFS. Se realiza revisión de los preparados histológicos del 2014, observándose semejanza morfológica entre ambas lesiones. Se reinterpreta el diagnóstico original como TFS, siendo la enfermedad actual correspondiente a una recidiva local.

Conclusión:

Consideramos de interés reportar nuestro caso ya que, hasta la fecha han sido documentados sólo 22 TFS prostáticos, siendo éste el primero en recidivar. Debido a su rareza y falta de seguimiento a largo plazo, su curso clínico es difícil de predecir. Como otras neoplasias mesenquimáticas de bajo grado, el TFS puede exhibir comportamiento agresivo local (recidiva) por lo que la resección completa con márgenes libres es la mejor opción de tratamiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES DEL CÁNCER PROSTÁTICO**

Gómez Carrillo, J<sup>(1)</sup>; Martínez Gómez, G<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Enfermería, Universidad de Alicante. Alicante, España. <sup>(2)</sup>Urología, Arrixaca. Murcia, España.

### **Introducción:**

El cáncer prostático (CaP) constituye un problema sanitario por su elevada incidencia y notable mortalidad. Es la segunda causa global más frecuente de neoplasia en el varón por detrás del cáncer de pulmón y la cuarta causa global de cáncer independientemente del sexo. La Organización Mundial de la Salud promueve el desarrollo de instrumento de detección de la Salud Medioambiental.

### **Objetivos:**

Diseñar un instrumento de detección de los factores de riesgo medioambientales del CaP

Describir los factores de riesgo medioambientales en varones de ≤60 años a través de la herramienta de trabajo

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo, revisión de la literatura, entrevistas y revisión de las historias clínicas a pacientes de CaP con ≤60 años al diagnóstico.

### **Resultados:**

Identificación de los factores de riesgos medioambientales, periodos de exposición, detección y manejo de los riesgos medioambientales: Obesidad, tabaco, alcohol, dieta, georreferenciación.

Comprensión, control y contribución en la prevención de enfermedades en los adultos provocadas por factores

Observación de falta de seguimiento y asesoramiento de cáncer familiar entre los pacientes.

### **Conclusiones:**

Con la utilización de una herramienta clínica de detección de factores de riesgo ambientales en el CaP se contribuye a mejorar la evaluación de riesgo en el superviviente de CaP.

El personal de enfermería es esencial para el desarrollo de programas de detección precoz y continuidad de cuidados de los pacientes con CaP.

**Palabras clave:** Enfermería medioambiental, Salud Ambiental, Factores de riesgo ambientales, Cáncer de próstata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **CORRELAÇÃO ENTRE ESTUDO ANATOPATOLÓGICO DE BIÓPSIAS DE PRÓSTATA E RESSONÂNCIA MULTIPARAMÉTRICA NA PRÓSTATA ATRAVÉS DO SISTEMA PI-RADS V2: ANÁLISE DE 60 CASOS DE UMA INSTITUIÇÃO.**

Caldas, PF<sup>(1, 2, 3)</sup>; Dall Agnol, MA<sup>(3)</sup>; Fantin, GA<sup>(3)</sup>; Trevisol, JVB<sup>(3)</sup>; Dalabona, JdS<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Unimed Chapecó. Chapecó, Brasil. <sup>(2)</sup>Uro-Oncologia, Hospital Regional do Oeste. Chapecó, Brasil. <sup>(3)</sup>Curso de Medicina, Unochapeco. Chapecó, Brasil. <sup>(4)</sup>Radiologia, Hospital Unimed Chapecó. Chapecó, Brasil.

## **Introdução**

O rastreamento do câncer de próstata é feito com base na suspeita clínica pelo toque retal ou PSA. O uso da ressonância magnética multiparamétrica juntamente com o sistema PI-RADS v2 auxiliam na melhor seleção dos pacientes e maior precisão da biópsia. A variação de interpretação do sistema de PI-RADS v2 pode ocorrer entre observadores, sendo que a validação institucional pode ter um papel importante na confiabilidade dos dados.

**Objetivo:** Comparar resultados da análise de ressonância magnética multiparamétrica baseado no sistema PI-RADS v2 com análise anatomopatológica de pacientes submetidos à biópsia prostática.

**Métodos:** são analisados retrospectivamente os anatomopatológicos de biópsias de próstata de 60 pacientes submetidos previamente à RMNmp, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2019. As variáveis coletadas foram: tumor de próstata clinicamente significativo, idade, PSA, score PI-RADS v2 e grupos ISUP. A interpretação de cada exame foi realizada por dois radiologistas com treinamento em sistema PI-RADS. A análise anatomopatológica foi realizada por três patologistas através de técnica HE e, quando necessária, imuno-histoquímica.

**Resultados:** nos 60 pacientes pesquisados, 45 (75%) o PSA era maior ou igual a 4 ng/ml e 15 (25%) PSA < 4 ng/ml. Os 3 pacientes com PI-RADS II apresentaram neoplasia intra-epitelial (NIP). Dos 11 com PI-RADS III, 18% eram grupo 1, 36% NIP e 45% sem neoplasia. Dos 30 pacientes com PI-RADS v2 IV, 20% eram do grupo 1, 27% grupo 2, 7% grupo 3, 10% grupo 4, 7% grupo 5, 7% prostatite, 10% com NIP, 13% sem neoplasia. Dos 15 pacientes com PI-RADS v2 5, 6% eram grupo 1, 6% grupo 2, 6% grupo 3, 19% grupo 4, 38% grupo 5, 13% prostatite, 13% sem neoplasia. A idade média foi de 62,9 anos, sendo 41 anos a idade mínima e 86 anos a idade máxima.

**Conclusão:** valores mais elevados de Pi-RADS demonstraram correlação com grupos histológicos de pior prognósticos. PI-RADS III ou menos não identificou doença clinicamente significativa e PI-RADS IV e V identificaram 51% e 69% dos pacientes com doença clinicamente significativa, respectivamente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## IS RETZIUS-SPARING ROBOT ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY AND RECONSTRUCTIVE TECHNIQUES OF THE RETZIUS SPACE ASSOCIATED WITH BETTER FUNCTIONAL AND ONCOLOGICAL OUTCOMES? LITERATURE REVIEW AND META-ANALYSIS

machado, mt<sup>(1)</sup>; pertuz genes, we<sup>(1)</sup>; bicudo, mc<sup>(1)</sup>; miranda machado, p<sup>(2)</sup>; echavez pacheco, l<sup>(3)</sup>; rios auad, P<sup>(4)</sup>  
<sup>(1)</sup>faculdade de medicina do abc, hospital de sao bernardo. sao paulo, brasil. <sup>(2)</sup>departamento de esidemiologia, universidad nacional de colombia. cartagena, colombia. <sup>(3)</sup>facultad de medicina rafael nuñez, universidad rafael nuñez. cartagena, colombia. <sup>(4)</sup>faculdade de medicina do abc, instituto do cancer DR arnaldo. sao paulo, brasil.

### Objectives

Our objective was to evaluate the current literature on the treatment of patients with low intermediate risk prostate cancer who underwent surgery by conventional approach or Retzius-sparing radical-assisted robotic prostatectomy. This review includes an evaluation of clinical, functional and oncological outcomes.

### Search methods

In October 2018, electronic searches were undertaken in these databases: Cochrane, EMBASE, PubMed and Google Scholar. Hand searches were performed of the reference lists of all pertinent reviews and studies identified.

### Selection criteria

Randomized controlled trials and observational studies comparing Retzius-sparing and conventional approach on the treatment of patients with low intermediate risk prostate cancer were selected. The studies were included in the systematic review when a comparison group was clearly defined.

### Data collection and analysis

Two authors independently assessed the selected studies for relevance and inclusion. Relevant data was then extracted from included studies, and the risk of assessed bias. In each included study, the relative risk (RR) or standardized mean difference (SMD) for the intervention versus the comparison group was calculated for each outcome, as appropriate, with 95% confidence intervals (CIs).

### Main results

We included 13 studies: two randomized controlled clinical trials, three retrospective observational studies, four prospective observational studies, one case-control study, one case series and two case reports.

**Continence Recovery** : Overall continence recovery at 1-2 week or 10 days or immediate post-op. Significantly faster in RS group compared to the anterior approach (random effect (RE): OR = 4.17; 95% CI: 2.14-8.14; p < 0.0001).

**Positive Surgical Margins (PSMs)**: No significant differences between the two groups in both stages pT2 (RE: OR = 1.06; 95% CI: 0.62-1.81; p < 0.83 and pT3 stages (RE: OR = 1.33; 95% CI: 0.66-2.66; p < 0.42,

**Complication rate** : No significant differences between RS group and conventional anterior approach .

### Authors' conclusions

The retzius sparing technique despite being technically more elaborate, is safe and viable with great feasibility. With this work we demonstrate that the RS technique is associated with a faster recovery of the continence, with respect to the PSM the results are same as in the conventional technique.

Restzuis space , prostatectomy, continence,

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CAMBIOS URODINÁMICOS Y FRECUENCIA DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA SOMETIDOS A CISTOPLASTÍA DE AUMENTO UTILIZANDO COLON TRANSVERSO: SERIE DE CASOS**

Robles-Torres, JI<sup>(1)</sup>; Madero-Morales, PA<sup>(1)</sup>; Vlzcarra-Mata, G<sup>(2)</sup>; Jaime-Dávila, R<sup>(1)</sup>; Lozano-Salinas, F<sup>(1)</sup>; Gutiérrez-González, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.

### **Introducción:**

La cistoplastia de aumento (CA) es una modalidad de tratamiento para disfunciones vesicales neurogénicas y no neurogénicas refractarias al tratamiento médico-conservador. El ileon es el segmento de intestino más comúnmente utilizado. Se han descrito diversas alternativas con buenos resultados. El colon tranverso parece ser una alternativa debido a la baja carga bacteriana comparada con el sigmoides, alta movilidad y fácil manipulación.

### **Objetivo:**

Evaluar los cambios urodinámicos y frecuencia de infecciones de vías urinarias (IVU) en pacientes con vejiga neurogenica por espina bífida sometidos a CA utilizando colon transverso.

### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo en pacientes con espina bífida y vejiga neurogénica refractaria al tratamiento médico-conservador sometidos a CA con colon transverso en el periodo de 2013-2017. Se incluyeron pacientes con estudios urodinámicos previos y posterior a CA. Se valoraron parametros urodinámicos y frecuencia de IVU. Las variables numéricas fueron evaluadas por prueba ANOVA y prueba T de student utilizando paquete estadístico SPSS.

### **Resultados:**

Se incluyeron 7 pacientes con edad media de 9.7 años al momento de CA. Presentaron una complianza basal media de  $1.53 \pm 0.54$ . La CA con colon transverso fue indicada en todos los pacientes debido a falta de cambios urodinámicos con presiones intravesicales altas ( $> 40$  mmH<sub>2</sub>O) posterior a tratamiento médico (antimuscarínico) y terapia minimamente invasiva (aplicación intravesical de botox). Se encontró un incremento en la complianza posterior a CA ( $p<0.001$ ) y una menor frecuencia de IVU ( $p=0.001$ ).

### **Discusión:**

La CA tiene como objetivo aumentar la capacidad vesical, disminuir la presión del detrusor y reducir el daño renal. Actualmente el segmento de intestino más utilizado continúa siendo el ileon. Son pocos los estudios comparativos de ileon y colon en los cuales se describen las ventajas y desventajas de cada técnica. Sin embargo, actualmnte no se cuenta con estudios que demuestren superioridad.

### **Conclusiones:**

La CA con colon transverso parece ser una técnica efectiva y segura para aquellos pacientes en que la anatomía del colon sigmoides no permita la manipulación quirúrgica necesaria o este contraindicado el uso de ileon.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CALIDAD DE VIDA Y TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL EN LA VEJIGA HIPERACTIVA REFRACTARIA

Artés Artés, M<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Bobadilla Romero, ER<sup>(1)</sup>; Garcia Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Oñate Celadrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Morga Egea, JP<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Andreu García, Á<sup>(1)</sup>; Martínez-Valls Guzman, PL<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia, España.

**INTRODUCCIÓN:** La vejiga hiperactiva es una patología frecuente que provoca un gran impacto en la calidad de vida. La toxina botulínica ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de esta entidad, mejorando la sintomatología y la vida de los pacientes. El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar el resultado, complicaciones y repercusión de la calidad de vida en pacientes con vejiga hiperactiva tras la aplicación intravesical de Toxina botulínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza estudio prospectivo de 85 pacientes que presentan vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento médico y en los que se realizó inyección intravesical de toxina botulínica entre 2016 y 2018 de forma ambulatoria en las consultas externas. Se revisaron las características de los pacientes, las complicaciones surgidas y los resultados de los cuestionarios OAB-V8(Vejiga hiperactiva), ICIQ-SF(Incontinencia urinaria) y el Cuestionario de Salud SF-36(Calidad de vida) antes y después de la aplicación del tratamiento. Para la comparación de resultados se utilizó la prueba T de Student para datos apareados o Wilcoxon. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

**RESULTADOS:** La complicación más frecuente fue presentar un residuo postmiccional elevado en el 16.47% de los pacientes, seguida de un urocultivo positivo en el 9.41%. Los cambios en los parámetros de los cuestionarios al mes posaplicación, en comparación con la valoración preaplicación fueron estadísticamente significativos para el OAB-V8 e ICIQ-SF, pero no para el Cuestionario de Salud SF-36. Las dimensiones más afectadas fueron la función física y social y el rol físico y emocional. No se aprecian diferencias en cuanto a sexo y edad, a excepción del rol emocional, que afectó más a mujeres y a edad  $< 50$  años.

**CONCLUSIONES:** La aplicación intravesical de toxina botulínica es un procedimiento seguro y bien tolerado, con mínimas complicaciones, que reduce episodios de urgencia y de incontinencia urinaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Hay que tener en cuenta que el Cuestionario ICIQ-SF mide también el impacto en la calidad de vida, y que el Cuestionario de Salud SF-36 puede estar influenciado por otras patologías.

**Palabras clave:** vejiga hiperactiva, toxina botulínica, cuestionarios.

Resultado de los Cuestionarios pre y post- Botox

CUESTIONARIOS			
	PRE-BOTOX	POST-BOTOX	p
Escala OAB-V8	31.53	18.89	0.000
Cuestionario ICIQ-SF	16.47	9.22	0.003
Cuestionario Salud SF-36	55.45	56.46	0.309

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**COMPLICACIÓN SEVERA A LARGO PLAZO DE SLING TOT**

Monti, F<sup>(1)</sup>; Castro Basurto, E<sup>(1)</sup>; Daneri Becerra, E<sup>(1)</sup>; Fernandez Ortiz, D<sup>(1)</sup>; Jimenez Torrado, JM<sup>(1)</sup>; Mancini, C<sup>(1)</sup>; Ovando, S<sup>(1)</sup>; Ocampo, JM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital central San Isidro. Buenos Aires, Argentina.

La extrusión de malla como complicación post quirúrgica es infrecuente presentándose entre el 0.5 al 8.1 % de los casos. La mayoría de los casos se manifiestan de unas pocas semanas a unos pocos meses posteriores a la colocación de la misma.

Presentar un caso de complicación severa a largo plazo de sling TOT. Realizar una revisión de la literatura sobre complicaciones, la sintomatología, el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes.

Paciente femenina de 69 años de edad, diabética, antecedente de anexohisterectomía total por cáncer de cuello de útero en el 1983, la cual presentó recidiva local a nivel de la cúpula vaginal debiendo realizar radioterapia en el 1986. Es sometida a colocación de sling TOT en 2008 por presentar incontinencia de orina de esfuerzo evolucionando favorablemente. Se realiza control y observación mejorando la sintomatología. Al año continúa con incontinencia de orina de esfuerzo presentando por estudio urodinámico de enero del 2010 estabilidad del detrusor, mecanismo esfinteriano insuficiente con presión de pérdida mayor a 65 cm H<sub>2</sub>O. En marzo del 2011 se procede a aplicación endoscópica de Macroplastique en cuello vesical. Mejoría sintomática. Intercurre en los años subsiguientes con múltiples infecciones urinarias que son debidamente tratadas mayormente por guardia externa. Regresa a los 10 años de la intervención quirúrgica inicial (2018) con gran disuria, poliaquiuria e infecciones urinarias a repetición. Se evidencia fecaluria y se procede a realizar uretrocistofibroscoopia, en la cual se observa lito de aproximadamente 1 cm impactado en la uretra media. Se le realiza colon por enema evidenciándose fístula colovesical. Se realiza en diciembre de 2018 litotricia endoscópica asociada a malla la cual se reseca constatándose fístula uretrorectal. Se interviene quirúrgicamente en conjunto con el servicio de cirugía general, se le realiza uretroplastía y colostomía. Clara mejoría sintomática y buena evolución de uretroplastía.

Aunque la extrusión de la malla sea una complicación de baja incidencia y en la gran mayoría se da en las primeras semanas y meses de realizada la intervención quirúrgica, no podemos descartar la misma frente a la aparición de sintomatología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL RECIDIVADA COM RETALHO DE MARTIUS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Murata, MM<sup>(1)</sup>; de Almeida Pereira Neto, D<sup>(1)</sup>; Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Lima Pupulin, MH<sup>(1)</sup>; Cavalli Marconato, FH<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brasil.

**Introdução:** A fístula vesico-vaginal apresenta uma incidência de 50.000 à 100.000 casos novos ao ano e estimativa de 2 milhões de mulheres afetadas no mundo. Tem como causa mais comum a lesão iatrogênica em cirurgias ginecológicas e obstétricas. A perda constante de urina é uma condição debilitante que afeta diretamente a qualidade de vida, causando isolamento social, consequências físicas e emocionais às pacientes. **Objetivo:** Relatar um caso de fístula vesico-vaginal recidivada tratada através da abordagem via vaginal pela técnica de retalho de Martius. **Método:** Foram coletados e analisados os dados presentes no prontuário da paciente, atendida no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. **Resultado:** E.A.P, feminina, 53 anos, diabética tipo II e tabagista, foi submetida ao tratamento de adenocarcinoma de útero através de pan-histerectomia via abdominal associada à radioterapia. Paciente evoluiu com quadro de perda urinária involuntária via vaginal no primeiro dia de pós-operatório. Após término do tratamento oncológico, paciente foi submetida à tratamento cirúrgico de reparo via vaginal pela equipe assistente, apresentando insucesso para resolução do quadro. Paciente então encaminhada para este serviço de Urologia após 20 meses do início dos sintomas, apresentando queixas de transtornos de humor depressivo devido ao quadro. Procedeu-se o planejamento cirúrgico com exames de uretrocistografia, urografia excretora e cistoscopia que evidenciaram presença de grande fístula vesico-vaginal de 4 centímetros em assoalho vesical, sem comprometimento ureteral. No ato operatório foi realizado cistoscopia com cateterização de ureteres, exteriorizados via sonda uretral e procedido tratamento cirúrgico de fístula vesico-vaginal via vaginal com retalho Martius. Paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório após a retirada dos cateteres ureterais, permaneceu com sonda vesical por 14 dias, quando realizada uretrocistografia de controle sem extravazamentos. Atualmente paciente mantém acompanhamento ambulatorial, sem perdas urinárias e boa evolução pós-operatória. **Conclusão:** A presença de uma fístula vesico-vaginal impacta significativamente na qualidade de vida, afetando a vida social e emocional. Este caso ratifica a importância do diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico adequado por equipe capacitada para maior taxa de sucesso, evitando recidivas e outras complicações. O retalho de Martius

Fístula vesico-vaginal; Retalho de Martius

Financiamento / conflito de interesses: No

## EXPERIENCIA DEL USO DE LA URODINAMIA COMO HERRAMIENTA DIAGNOSTICA EN EL HOSPITAL FÉLIX BULNES CERDA DESDE SU IMPLEMENTACIÓN

Vergara, G<sup>(1)</sup>; Castro, E<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

### Introducción

La indicación de realización de un Estudio Urodinámico (EU) ha tenido una serie de controversias en el último tiempo, dado su costo y su naturaleza de mínima invasión.

El presente estudio pretende evaluar la utilidad clínica y terapéutica del EU en nuestro centro asistencia.

### Materiales y métodos

Se evaluaron todas las solicitudes de Estudio Urodinámico y los resultados de los mismos entre Julio 2016 y Diciembre, registrando las variables demográficas y ambientales de los pacientes y comparando los diagnósticos presuntivos con los diagnósticos urodinámicos.

### Resultados

Hay correlación entre el diagnóstico clínico y el urodinámico en un 71,3% de los estudios: incontinencias de esfuerzo 50% de correlación; vejiga hiperactiva 34% y un 16% que resultaron tener un estudio normal.

El diagnóstico más prevalente fue el de vejiga hiperactiva que alcanza un 42,5% del total, incluso en el caso de las derivaciones por incontinencia de esfuerzo, alcanzando un 34%.

El caso de los estudios normales alcanza un 19% en general, siendo más importante en el caso de las incontinencias de esfuerzo alcanzando un 16%, el caso de las derivaciones por "otras" causas alcanza un 33,3%.

Estos estudios normales estuvieron determinados en su derivación por incontinencia de esfuerzo asociada a urgeincontinencia en un 21.4%, urgeincontinencia en un 4.2% y incontinencia urinaria mixta en un 14.2%

La UOB estuvo presente, en un 26.1% de los estudios y logró ser objetivada en el examen físico con algún tipo de prolapso en un 68%.

En 1 de cada 4 pacientes derivados, el diagnóstico urodinámico difiere al diagnóstico presuntivo. Secundariamente, el 19% de los estudios determinó que los pacientes no sufrían de ningún trastorno miccional, debiendo reevaluarse la opción terapéutica en aproximadamente un 40% de los pacientes.

### Conclusiones

Derivado de nuestro estudio, es relevante remarcar que en el 25% de los casos el diagnóstico sospechado difiere del diagnóstico urodinámico y en el 19% de los casos, se obtuvo un estudio urodinámico normal.

En nuestra experiencia, el Estudio Urodinámico es un examen diagnóstico seguro e imprescindible en el manejo clínico y quirúrgico de nuestros pacientes, y el beneficio que aporta a la clínica supera los asociados a los costos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**TENS EN VEJIGA HIPERACTIVA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO.**Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.**INTRODUCCIÓN**

La vejiga hiperactiva (VH) es una patología, caracterizada principalmente por la urgencia urinaria, con una prevalencia estimada del 17%, afectando principalmente al adulto mayor con un impacto significativo en su calidad de vida. En las opciones de tratamiento se incluye entrenamiento pélvico, terapia farmacológica y estimulación eléctrica, dentro de la cual se incluye la estimulación del nervio tibial posterior percutánea (PTNS) con aguja o parche de electrodo.

La efectividad del PTNS con aguja en VH varía entre 37%-100%, teniendo en promedio una efectividad del 60%, pero escasean estudios que utilicen los parches de electrodos transcutáneo.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron pacientes con vejiga hiperactiva con mala tolerancia a terapia farmacológica, en el período de Enero/2017 a Diciembre/2018, realizándose PTNS (máquina CDM TENS/EMS modelo 7000), con parches de electrodos, durante 30 min, con 200  $\mu$ s y frecuencia de 20 Hz, 3 veces por semana, y reevaluación con encuestas validadas al 1° y 3° mes, sumado a una evaluación subjetiva. Se incluyeron 29 pacientes, con 16 pacientes que no cumplieron el 1er mes de tratamiento, y finalmente se registraron los datos de 13 pacientes que completaron al menos 1 mes de tratamiento, 3 hombres, y 10 mujeres.

**RESULTADOS**

Dentro de los parámetros analizados, en los parámetros objetivos se evidenció una disminución en el puntaje del OAB-q Short Form de 11.3 ptos, a esto se agregó la pregunta subjetiva de mejoría de > 50% sintomatología previa al uso de PTNS, en la cual el 53% respondió de manera afirmativa.

**CONCLUSIÓN:**

Nuestra experiencia apoya los estudios iniciales que demuestran que la PTNS es una terapia efectiva y no invasiva, para el manejo de Vejiga hiperactiva, logrando tasas de respuesta similar a lo descrito en la literatura en un tiempo promedio de 4-6 semanas y con el mayor efecto logrado a los 3 meses, con el esquema de terapia propuesto. Es necesaria elegir de forma adecuada al paciente, cuestionarios validados, y un abordaje multimodal para lograr los resultados óptimos, y creemos que nuestra experiencia inicial apoya el uso de PTNS en la Vejiga hiperactiva como terapia de 1ra línea inicial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**QUISTE DERMOIDE DE PENE EN ADULTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Castro, E<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Garcia, V<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>; Velarde, L<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN**

Los quistes parauretrales en hombres son una patología rara, con pocos casos registrados en la literatura. Dentro de estos se encuentran, los Quistes dermoides, tumores benignos, pueden presentarse en cualquier región del cuerpo, sin embargo, la ubicación peneana es extremadamente rara, con sólo algunos casos descritos. Se clasifican en congénitos y adquiridos, los primeros más frecuentes y los adquiridos en contexto de trauma o post-quirúrgico. Su etiología es desconocida, no presentan transformación maligna y el tratamiento de elección es quirúrgico.

**CASO CLÍNICO**

Presentamos un paciente de 61 años, sin antecedentes mórbidos, quien consulta por tumor blando peneano de 50 años de evolución, que actualmente presenta LUTS de vaciado, sin otras molestias y función sexual conservada. Al examen físico genital, se evidencia lesión blanda de 5 cm en base de glándula que desplaza por efecto de masa el meato uretral y la uretrrocistoscopia descarta comunicación uretral. Se realiza resección de gran quiste lobulado y la biopsia confirmó un Quiste Dermoide de pene.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Base de datos usada: "Pubmed" y EMBASE

Términos Mesh utilizados: **penis, epidermal cyst, adult,**

Filtros: Review, reporte de casos, publicado 2000-2019, humanos

Idioma: inglés, español

**RESULTADOS**

Se encontraron 22 artículos reportes de casos de quistes dermoides de pene, la cirugía fue el tratamiento de elección, con histología benigna confirmada en forma posterior, y no se han reportado casos con componente maligno a la fecha.

**DISCUSIÓN**

A grandes rasgos los quistes de pene se pueden clasificar en congénitos y adquiridos, siendo los primeros más frecuentes. Dentro de los diagnósticos diferenciales se deben considerar: quistes del rafe medio, quistes dermoides, quistes pilonidales, quistes paramediales (todos congénitos); quistes paramediales, de las glándulas de Cowper, de las glándulas de Littré (adquiridos). En el caso de los quistes dermoides de pene, su presentación es extremadamente rara, son benignos y la indicación de tratamiento es en el caso de ser sintomáticos (infección, LUTS, dispareunia) o estética, siendo la cirugía el tratamiento de elección y nuestro caso clínico, permite agregar contenido a la literatura de esta patología rara.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **REPORTE DE CASO, NEUROMODULADOR SACRO EN PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA POR HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR REFRACTARIO A DIFERENTES TRATAMIENTOS**

Morales, R<sup>(1,2)</sup>; Apala, D<sup>(1)</sup>; Molinari, M<sup>(1)</sup>; Guzman, F<sup>(1)</sup>; García, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica Noguera. San Antonio de Padua, Argentina.

**Introducción.** La neuromodulación sacra (SNM) se desarrolló a principios de la década de 1980 por Tanagho y Schmidt. Es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, actualmente se emplea como tercer nivel de terapia en patología del tracto urinario inferior como así a refractarios a múltiples tratamientos. La incontinencia de orina por hiperactividad del detrusor conlleva incomodidad física que ocasiona perturbación mayor en la calidad de vida. Su tratamiento no siempre es eficaz y son muchos los pacientes en quienes persiste la limitación

Se presenta una paciente de 63 años de edad, atendida por el servicio de Urología del Hospital Nacional A. Posadas, con deseo imperioso y súbito de orinar difícil de refrenar, con incontinencia de urgencia, diagnosticada por estudios urodinámicos como incontinencia urinaria por detrusor hiperactivo. Se realizaron diferentes tipos de tratamientos escalonados farmacológicos y funcionales sin respuesta satisfactoria, por lo que se indica neuromodulador sacro, con respuesta inmediata y mejoría notoria de sintomatología.

**Materiales y métodos.** Se utilizaron para el estudio, historia clínica, cartilla miccional, test de incontinencia, Estudio Urodinámico.

**Resultados.** Fueron en base a la cartilla miccional de la paciente realizado previa y después de la colocación de Neuromodulador Sacro

**Conclusión.** El uso de neuromodulador sacro, muestramejoras significativas y sostenidas, empleada como terapia en hiperactividad del detrusor con incontinencia urinaria refractaria a múltiples tratamientos.

**Palabras clave.** Neuromodulador sacro, detrusor hiperactivo, Estudios Urodinámicos

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### LEIOMIOMA PARAURETRAL

Núñez, M<sup>(1)</sup>; Estéfano, J<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Garrido, G<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

#### Introducción

El leiomioma parauretral es una neoplasia benigna sólida, poco frecuente que se presenta generalmente en mujeres entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Es generalmente asintomático, pudiendo presentar sensación de cuerpo extraño, disuria o dispareunia dependiendo del tamaño. El tratamiento consiste en la resección de la masa, sobre todo con fin de descartar un proceso maligno como el leiomiosarcoma. Tiene una baja tasa de recurrencia, con un excelente pronóstico a largo plazo.

#### Materiales y métodos

Se presenta el caso de una paciente de 49 años de edad en la que se realizó resección de masa parauretral con biopsia previa positiva para leiomioma, analizando la presentación clínica, estudios complementarios, resolución quirúrgica, histopatología y evolución.

#### Resultados

Paciente de 49 años de edad que consulta dos años previos en otro centro por uretrorragia, diagnosticándose formación parauretral de 6 x 6 x 5 cm. Se realizó biopsia que informaba leiomioma y se tomó conducta expectante. La paciente se pierde a la consulta y en enero del corriente año presenta una retención aguda de orina por lo que consulta a la guardia de nuestro Hospital. Se coloca sonda vesical, se realiza nueva tomografía que evidencia misma imagen y se decide la conducta quirúrgica. Se realiza resección de masa de 10 x 7 x 4 cm. Informe histopatológico diferido: leiomioma. La paciente se encuentra actualmente sin signos de recidiva de enfermedad, asintomática, con buena función miccional y buena continencia.

#### Conclusiones

Las masas parauretrales son patologías poco frecuentes y dentro de ellas el leiomioma es de las menos frecuentemente encontradas. Las masas superiores a los 5 cm de diámetro son consideradas gigantes y hay escaso reporte de ellas en la bibliografía. Es menester tratar esta patología de forma quirúrgica. En el caso de la paciente, el debut con uretrorragia y la complicación de retención urinaria es poco frecuente y no se encuentra reportada en la bibliografía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URETROPLASTÍA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL EN ESTENOSIS URETRAL FEMENINA**

Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Consoli, M<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Malossi, E<sup>(1)</sup>; Boretini, E<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La estenosis uretral femenina es una patología poco frecuente y con un manejo controvertido. Las opciones terapéuticas van desde dilataciones uretrales y uretrotomía interna hasta otras cirugías reconstructivas de mayor complejidad. El uso de injerto de mucosa oral para el manejo de la estenosis uretral ha demostrado excelentes resultados a largo plazo en hombres; sin embargo, existen pocos estudios sobre su uso en la estenosis uretral femenina. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de estenosis uretral utilizando un injerto dorsal de mucosa oral.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de una mujer con historia de infecciones del tracto urinario de repetición asociadas a una historia de uropatía obstructiva baja. Se evidenció una estenosis panuretral, siendo manejada en primera instancia con dilataciones periódicas con recurrencia constante. Se le realiza punción supra púbica y se deriva a nuestro servicio donde se le propone plástica de uretra con injerto de mucosa yugal.

**Resultados:** La cirugía fue realizada sin complicaciones, realizando injerto dorsal de mucosa yugal. El tiempo de hospitalización fue de 36 horas. La sonda uretral fue retirada al duodécimo primer día postoperatorio. Completando extracción de talla vesical siete días después de la sonda. La uretrocistografía demostró un buen calibre uretral con ausencia de signos de fístula urinaria. En cuando a la Flujometría, no se advierte patrón obstructivo. Después de 8 meses de seguimiento no refiere síntomas de uropatía obstructiva baja ni incontinencia urinaria.

**Conclusiones:** La uretroplastía con injerto dorsal de mucosa oral es una opción terapéutica reproducible y efectiva para el manejo de la estenosis uretral en mujeres.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROFILE OF PATIENTS WITH URETHRAL STRICTURES  
THAT UNDERWENT TO SURGICAL PROCEDURE TO TREATMENT IN A THIRD LEVEL HOSPITAL.**

Murata, MM<sup>(1)</sup>; Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Cavalli Marconato, FH<sup>(1)</sup>; Lima Pupulim, MH<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brazil.

Purpose: Find the main causes of urethral strictures in our third level hospital.

Methods: A review on our local databases of every urethral procedures performed by our group since january 2017 to january 2019.

Results: Were Performed 39 surgeries in this period. The mean age was 53,2 years, range from 19-80 years old. The mean reason was iatrogenic cause with 17 patients (43,5%), 64,7% of the iatrogenic causes were by instrumentation and 35,3% occasioned by the use of urethral catheter (prolonged use or urethral trauma by catheterization). The other causes were; infectious cause corresponding to 9 cases (24%), trauma corresponding to 7 cases (17,9%) and idiopathic cause to 6 cases (15,3%).

According to age, 0-40 years, 11 patients were included (28,2%). The most common cause was traumatic with 54,5% of the cases in younger patientes, idiopathic 27,27%, iatrogenic 18,11% and none infectious cause were found in this group.

In the adult/elderly group (> 41 years old), 28 patients (71,8%) were treated. Iatrogenic cause corresponding to 57,1% was the most common cause. All infectious causes studied were treated in this group , corresponding to 32,1% of the cases, idiopathic corresponding to 14,2% and only 7,1% occurred by trauma.

About site of the stricture, 27 (69,2%) were located on the posterior urethra, 23% on anterior urethra and 3 (7,69%) cases involving both sites.

Conclusion: In our hospital, the most common cause of urethral stricture was iatrogenic, caused by instrumentation (TURP, Open prostatectomy, radical prostatectomy). Infectious causes were only found in the group representing older patients and should be considered that sexual transmuted disease (STD) are endemic in elderly in Brazil despite health orientation. Traumatic cause were more incident in younger ones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**DIVERTICULO DE CUELLO VESICAL: REPORTE DE UN CASO.**

Zamitto, L<sup>(1)</sup>; D Angelo, A<sup>(1)</sup>; Del Villar, M<sup>(1)</sup>; Cobreros, C<sup>(1)</sup>; Garcia Penela, E<sup>(1)</sup>; Bechara, A<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Durand. CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El divertículo parauretral es una dilatación sacular del epitelio uretral. Con una prevalencia global que oscila entre 0.6 y 4.5%. No pudiendo encontrar registro en la literatura sobre la incidencia reportada de divertículos en cuello vesical. El manejo de los mismos no está estandarizado por ninguna guía de práctica clínica.

**OBJETIVO:** Reportar el caso de divertículo en cuello vesical y su manejo por parte de nuestra división.

**CASO:** Mujer de 53 años, que consulta por ITU recurrente, sin antecedentes clínicos y/o quirúrgicos de relevancia. Al examen físico se evidencia una formación nodular de consistencia duro elastica próximal a cuello uterino, sin secreción uretral a la compresión. En la ecografía reno-vesical se describe en piso vesical, una imagen hipoanecoica de 29mm. Se realiza una cistoscopia donde se observa una protrusión en línea media retrotrigonal sin comunicación evidente con la vía urinaria. La RMN describe a nivel de cara anterior de cuello uterino en línea paramediana izquierda de uretra, una imagen de 35mm de contenido líquido. Se procede a realizar la exeresis del divertículo por vía transvaginal mediante una colpotomía anterior en U invertida, previa colocación de catéter doble j bilateral. Se diseca el plano intervesico-vaginal, identificando una formación sacular sin claro plano de clivaje debido a que compartía pared con la cara posterior de la vejiga, con escaso contenido de líquido citrino y proximal a la misma una solución de continuidad en contacto con el cuello vesical. Se cierra dicha solución en 3 planos y se le otorga el alta a las 24 horas con sonda Foley, que se retira al día 21 postoperatorio.

**CONCLUSIÓN:** El divertículo de cuello vesical es una entidad de difícil diagnóstico dado su baja prevalencia y su clínica inespecífica. La cirugía por vía transvaginal es una excelente opción para estos casos, con buenos resultados estéticos y funcionales, en manos experimentadas debido al riesgo de lesión ureteral y esfinteriana.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **USO DEL ESFÍNTER ARTIFICIAL AMS PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO MODERADA-SEVERA EN HOMBRES. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Estigarribia Benitez, CA<sup>(1)</sup>; Oteo Manjavacas, P<sup>(1)</sup>; Aparicio Navarro, MA<sup>(1)</sup>; Borrego Hernando, J<sup>(1)</sup>; Tellez Martinez-Fornes, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Sever Ochoa. Madrid, España.

## **Introducción**

Actualmente el esfínter artificial urinario AMS 800™ (American Medical Systems, Minnetonka, MN) es considerado el tratamiento estándar de

la incontinencia urinaria de esfuerzo moderada-severa en hombres.

Presentamos los resultados de una serie de 20 pacientes intervenidos con este dispositivo en nuestro centro por un solo cirujano.

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con implantación de esfínter artificial AMS en periodo de 20 años (1998-2018) realizado por un mismo cirujano.

La vía de abordaje utilizada fue la clásica (2 incisiones: Perineal y suprapubica)

Se colocaron dos tipos de esfínteres: El AMS 800 y el AMS 800 IZ. En todos los casos hubo disección de los músculos bulbo-cavernosos y colocación de un

solo manguito con 61-71cm H2O en el espacio de retzius y rellenado con un líquido radiopaco para control.

## **Resultados**

Se implantaron 20 esfínteres completos a 19 pacientes. La indicación más frecuente la prostatectomía radical laparoscópica. Ningún paciente fue sometido a una cirugía de incontinencia previa ni había recibido radioterapia.

La tasa de éxito funcional fue inicialmente del 100%, pero la incontinencia reapareció en 8 pacientes. De ellos, 7 precisaron revisión quirúrgica del dispositivo por mal funcionamiento y uno recambio completo por fallo tardío a los 12 años. Las complicaciones se presentaron en menos de 3 años y siempre por fallo mecánico del reservorio, salvo el paciente que preciso reintervención a los 12 años.

De los 8 pacientes con complicaciones, 2 pacientes necesitaron un tercer procedimiento: Uno por cambio de manguito a los 26 meses y otro por rotura del reservorio tras pinchazo accidental con análogo. La mediana de seguimiento fue de 62 meses. La media de edad fue 60.5 años. La media de días de estancia 2.8 días.

El tratamiento con el esfínter artificial AMS™800 continúa siendo el tratamiento de referencia en la IUE moderada-severa en hombres, con una buena tasa de resultados pero no exento de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# ANÁLISE DE COMPLICAÇÕES E SATISFAÇÃO SEXUAL DE PACIENTES SUBMETIDAS A CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Anzolch, KMJ; Jorge, KB; Rabolini, EB; Bortolini, T; Alves, NJ; Limberger, LF; Fernandes, AS; Araldi, M; Batezini, NSdS; da Silva, AGT; Görden, ARH; Paludo, AdO; Rosito, TE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

**Introdução:** definido como descenso da parede vaginal anterior, posterior ou ápice vaginal, o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma condição que afeta principalmente mulheres idosas, estimando-se sua prevalência entre 15-30% das mulheres acima de 50 anos. O tratamento cirúrgico do POP pode ser feito por via abdominal ou vaginal, associado ou não ao uso de material sintético, tema bastante debatido em decorrência de sua relação com a qualidade de vida sexual e satisfação pós-operatória. Este trabalho objetiva avaliar o perfil epidemiológico, a qualidade de vida e a satisfação sexual de pacientes submetidas à correção de prolapso vaginal no 90ºPO, através de questionários validados.

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo analisando uma série de 20 casos submetidos ao tratamento cirúrgico para correção de POP, associados ou não a incontinência urinária, entre janeiro de 2017 e março de 2018, em um hospital terciário de Porto Alegre. Foram avaliados, através de questionários validados, a qualidade de vida e satisfação sexual pós-operatória, aos 90 dias. As pacientes tinham entre 60 e 80 anos e eram múltiparas, tendo sido submetidas a 2-4 partos vaginais. Dentre os procedimentos realizados: correção de prolapso anterior em 8 pacientes, correção de prolapso apical em 5, 3 correções posteriores e 4 correções posterior e anterior. Destes procedimentos, 11 envolveram o uso de tela.

**Resultados:** No período PO houve 3 casos de ITU (2 entre as pacientes submetidas a procedimentos com tela e 1 sem tela), 4 casos de hematoma em ferida operatória (2 em cada grupo), graduação máxima de dor 7/10 Escala Análogo Visual até o dia 15PO, até 4/10 no 40ºPO e sem queixas de dor no 90º dia PO. Não houve diferença quanto à avaliação objetiva da qualidade de vida e satisfação sexual no 90ºPO.

**Conclusão:** Observamos que o perfil das pacientes tratadas corresponde com o descrito pela literatura. Embora não haja análise de semelhança entre os grupos, identificou-se que as complicações e a avaliação de qualidade de vida e de satisfação sexual realizada aos 90 dias de PO foram semelhantes entre as pacientes submetidas a procedimentos com rafia dos tecidos nativos ou com materiais protéticos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URETROPLASTÍA BULBAR CON INJERTO DE MUCOSA YUGAL: REVISIÓN DE 35 CASOS**

Linares, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Cónsoli, M<sup>(1)</sup>; Malossi, A<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Central. Mendoza, Argentina.

La estenosis uretral es una patología frecuente, de las cuales aproximadamente el 30% son de uretra bulbar. La selección de la técnica reconstructiva depende de la longitud de la estenosis, ubicación, etiología y preferencia del cirujano. La uretroplastía con injerto de mucosa yugal es el tratamiento estándar para las estenosis bulbares mayores de 2 cm.

**Objetivos**

Revisión de la casuística, tasa de éxito y complicaciones en pacientes con estenosis de uretra bulbar del servicio de urología del Hospital Central de Mendoza.

**Materiales y métodos**

Estudio retrospectivo, analítico y descriptivo basado en historias clínicas y protocolos quirúrgicos del Servicio de Urología del Hospital Central de Mendoza, desde el año 2015 hasta Junio del 2019. Se complementó con revisión bibliográfica sobre estenosis de uretra.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización de estenosis uretral, tratamiento quirúrgico, injerto utilizado, recurrencia de estenosis y complicaciones.

Los pacientes habían sido estudiados mediante urodinamia, uretrocistografía miccional y retrógrada.

**Resultados**

De un total de 35 pacientes con estenosis de uretra bulbar que fueron sometidos a uretroplastías con injerto de mucosa yugal, a 25 (71,42%) se les realizó injerto dorsal, a 6 (17,14%) injertos ventrales, a 2 (5,71%) injerto dorsal transventral, y a 2 (5,71%) injerto dorsal transventral y ventral.

En el 97% de las cirugías se utilizó injerto de mucosa yugal, en el 3% restante se utilizó injerto de mucosa de lengua. Ninguno de los pacientes recibió preparación previa a la toma de injerto y no se realizó síntesis de herida; todos ellos recibieron profilaxis antibiótica postquirúrgica e higiene bucal.

Como complicaciones se reportaron 3 infecciones leves de sitio quirúrgico, 2 infecciones urinarias y 1 desprendimiento de injerto.

El 5,7% (2) de los pacientes presentaron reestenosis de uretra.

**Conclusiones**

El tratamiento de estenosis uretral bulbar con injerto de mucosa yugal, en manos de cirujanos con experiencia, es una opción viable, accesible, con buena tolerancia y aceptación por parte de los pacientes, y con bajo índice de recurrencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **URETROPLASTÍA CON INJERTO DORSAL Y VENTRAL DE MUCOSA YUGAL EN ESTENOSIS DE URETRA BULBAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Linares, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Cónsoli, M<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Malossi, A<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Central. Mendoza, Argentina.

**Palabras Clave :** Uretra, Estenosis, Mucosa oral

**Introducción** El uso de injerto de mucosa oral para el manejo de la estenosis uretral ha demostrado excelentes resultados. Sin embargo la colocación del injerto dorsal o ventral, puede ser insuficiente para conseguir una luz con adecuada amplitud en estenosis severas o en uretras con espongiofibrosis.

La uretroplastía con doble injerto bucal es una técnica nueva que busca obtener mayor amplitud uretral para evitar su transección, preservando la placa uretral.

Presentamos nuestra experiencia en uretroplastía con injerto dorsal y ventral en paciente con estenosis de uretra bulbar

## **Material y métodos:**

Revisión de caso clínico de paciente con estenosis de uretra bulbar de 3 cm de longitud, con anilloestenótico puntiforme preesfinteriano.

## **Resultados:**

La cirugía fue realizada sin complicaciones, en un tiempo quirúrgico, realizando injerto dorsal y ventral de mucosa yugal obtenida de carrillo bucal derecho.

El tiempo de hospitalización fue de 48 horas. La sonda uretral fue retirada al décimo cuarto día postoperatorio. Completando extracción de talla vesical siete días después de la extracción de la sonda. Se instauró profilaxis antibiótica postoperatoria.

La Flujometría a los 30 días no reflejó patrón obstructivo.

## **Conclusiones:**

La uretroplastía con injerto dorsal y ventral de mucosa yugal es una opción terapéutica reproducible y efectiva para el manejo de la estenosis uretral compleja, cuando el plato uretral no es de buena calidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### MEATO PERINEAL: ALTERNATIVA VIGENTE

Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Consoli, M<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

#### Introducción:

El meato perineal ha sido una opción válida durante muchos años para el tratamiento de estrechez de uretra.

Consideramos que es una opción válida para múltiples situaciones en la práctica urológica.

El conocimiento del mismo, asociado a una técnica adecuada, asegura el éxito a largo plazo.

Algunas de las patologías que ameritan su utilización pueden ser:

estenosis de uretra complejas,

Tumores de pene,

Infecciones a nivel pelviano, pubiano y periné,

Múltiples instrumentaciones uretrales con re-estenosis.

#### Objetivo:

Describir la técnica de meato perineal en diferentes situaciones que se presentaron en el servicio de urología del Hospital Central de Mendoza

#### Material y método:

En nuestro servicio, se realizó meato perineal en las siguientes situaciones:

- Penectomía, estenosis complejas, gangrena de Fournier, re-estenosis de uretra, cirugía previa de hipospadias, balanitis xerótica obliterante, paciente con riesgo quirúrgico elevado, paciente con múltiples manipulaciones uretrales que quiere resolver el problema definitivamente, infecciosa.

#### Técnica quirúrgica:

a) Paciente en posición de litotomía

b) Incisión a nivel perineal (fig 1), apertura por planos hasta identificar uretra proximal

c) Apertura ventral uretral, se talla colgajo de piel perineal el cual debe aproximarse a la uretra.

d) Si el plato uretral no es de buena calidad, debe colocarse injerto de mucosa yugal

e) Cierre de herida y colocación de sonda vesical siliconada N° 16.

Conclusión: El meato perineal, es una alternativa quirúrgica para múltiples patologías de difícil resolución, logrando mejorar la calidad de vida de pacientes, con baja morbilidad y buenos resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **RENDIMIENTO DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL, EFECTUADA POR RESIDENTES DE UROLOGÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DOCENTE.**

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>; Garcia, V<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

## **Introducción:**

El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia más común en hombres. En Chile la mortalidad ha aumentado progresivamente, llegando a 17,4 por cien mil en 2002 y constituyendo la tercera causa de muerte por cáncer en los hombres. La incidencia de la enfermedad se ha estimado entre 55 y 57 por 100.000 en los últimos años. Por su parte, se ha reportado una prevalencia de 9,2 por 1.000 en hombres entre 40 y 59 años.

## **Metodología:**

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, utilizando 248 informes de Biopsias Prostáticas transrectales (BP) realizadas en el Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile en el período comprendido entre enero 2016 y junio 2019. De éstas, 69 fueron realizadas por residentes de último año y 179 por urólogos staff. Se consideraron como indicaciones para BP: un tacto rectal sospecho (TR) o un PSA > 4 ng/ml. La finalidad del estudio es objetivar si existen diferencias significativas en cuanto a pesquisa de CP entre ambos grupos.

Se calculó el volumen prostático usando la fórmula de próstata elipsoide y se realizó biopsia prostática estándar por sextantes con 12 muestras.

## **Resultados:**

Se realizó un análisis estadístico utilizando la distribución Xi-Cuadrado ( $X^2$ ), con  $P < 0.05$  como diferencias significativas entre los grupos, para evaluar las pesquisas de CaP ya sea dividiendo los grupos de acuerdo con valor de PSA, densidad de PSA (DPSA), volumen prostático (VP), grado de ISUP. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos a favor de Staff al comparar BP con un VP de entre 25-50cc, con un  $X^2=6$ , ( $P < 0.05$ ).

## **Discusión:**

Se describe en la literatura que la biopsia prostática transrectal tiene un rendimiento del 30 % para diagnosticar CaP, similar a lo obtenido en nuestro estudio para ambos grupos. Por lo que podemos inferir, que la curva de aprendizaje para este examen es baja y permite dar resultados similares a los obtenidos por un Urólogo staff de experiencia, con un examen diagnóstico de calidad, en los egresados de nuestro centro docente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN LA RESIDENCIA DE UROLOGÍA.

Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Gonzalez, T<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El servicio de Urología del Sanatorio Allende cuenta con formación bajo el sistema de residencia desde el año 1994, la misma se encuentra avalada por CONEAU, el Ministerio de Salud y por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Tiene una duración de cuatro años (un año previo clínico-quirúrgico y tres de urología) con opción a continuar un año más con la Jefatura de Residentes.

**OBJETIVO:** Como objetivo primario se plantea analizar la cantidad de cirugías del residente en nuestro centro formador, y a su vez, analizar la complejidad creciente de las mismas.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo y prospectivo en el que se incluyeron todas las cirugías (de quirófano central y ambulatorio) en las que participó una residente desde su ingreso el 2 de mayo de 2016 hasta la finalización de su residencia el 30 de Abril de 2019. Se diferenciaron las cirugías según su grado de participación. Se clasificaron las cirugías según su complejidad mediante el nomenclador de la Sociedad Argentina de Urología.

**Resultados:**

Del total de 986 cirugías en las que participó la residente, actuó como cirujana en 559 (56,69%), como 1º ayudante en 361 (36,62%) y como 2º ayudante en 66 (6,69%). Durante el primer año de su residencia participó en 378 cirugías de las cuales el 62,96% fueron como cirujana. En su segundo año participó de 308 cirugías, y como cirujana el 49,35% y durante el tercer año participó de 300 cirugías y como cirujana 56,33%.

Se clasificaron las cirugías según su abordaje y lugar en: abierta (16,73%), endoscópica (40,77%), laparoscópica (4,87) y peno-escrotal (37,63%).

Se participó en 75 procedimientos pediátricos, actuando como cirujana en el 61,33%

**Conclusión:** la formación quirúrgica en nuestro centro cuenta con un número suficiente de cirugías anuales y una correcta progresión hacia cirugías complejas, pudiendo mejorar aún más la participación como cirujano del residente en cirugías oncológicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NECROSIS DE PENE ASOCIADO A FENOMENO DE CALCIFILAXIS A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Zirino, JL<sup>(1)</sup>; Saldaño, J<sup>(1)</sup>; Ayarde, E<sup>(1)</sup>; Perez, P<sup>(1)</sup>; Mauro, G<sup>(1)</sup>; Ermacora, M<sup>(1)</sup>; Del Re, N<sup>(2, 3)</sup>  
<sup>(1)</sup>Villa Santa Rita. <sup>(2)</sup>UROLOGÍA, SANTOJANNI. CABA, Argentina. <sup>(3)</sup>Villa Santa Rit.

**INTRODUCCIÓN.**

La Necrosis de pene es una patología infrecuente, asociada a enfermedades crónico-degenerativas tales como Diabetes Mellitus no controlada, Insuficiencia renal crónica, implante de prótesis peneana, Gangrena De fournier, Priapismo por cocaína entre otras. Su incidencia exacta se desconoce dada su rara presentación.

**CASO CLINICO.**

Paciente masculino de 48 años en diálisis Trisemanal que intercorre con IAM en contexto de sesión de diálisis. Durante internación en SRS presenta placa necrótica en Glande. Se intenta colocar sonda Foley sin éxito, Dado el contexto clínico del paciente y la necesidad de una derivación urinaria Se decide realizar debridación Quirúrgica, se coloca sonda Foley de 16 french y se envía muestra para estudio anatomopatológico que informa fenómeno de calcifilaxis

**CONCLUSIÓN**

La necrosis de pene en pacientes con estadios terminales de insuficiencia renal es una entidad infrecuente, que parece estar relacionada con la presencia de calcifilaxis sistémica, una entidad aun no del todo bien conocida, pero que sabemos que se relaciona con un pronóstico desfavorable.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ABSCESO PERIRRENAL Y PERINEAL EN PACIENTE JOVEN SIN ANTECEDENTES

Montanile, M<sup>(1)</sup>; Dávila, ME<sup>(1)</sup>; Sánchez, G<sup>(1)</sup>; Lupis, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Htal. Dr. Cosme Argerich. CABA, Argentina.

### · INTRODUCCIÓN

Evaluar diagnóstico y tratamiento de abscesos pararrenales mediante presentación de paciente masculino de 25 años con retención aguda de orina y síndrome febril

### · MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente masculino de 25 años con retención aguda de orina, fiebre y lumbalgia derecha.

Al examen físico presenta absceso cutáneo retroauricular derecho y puño percusión lumbar derecha positiva.

Se coloca sonda vesical.

Al inicio se realiza ecografía RVP, HMC, UC Y TAC con hallazgo de absceso pararrenal derecho y retroprostático.

Inicia tratamiento antibiótico con PTZ + Vancomicina. Drenaje percutáneo de ambas colecciones con punción aspiración con aguja fina guiadas por ecografía.

### · RESULTADOS

HMC y cultivo de colecciones positivos para SAMR, se rota antibiótico a TMS según sensibilidad. Paciente evoluciona afebril con prueba de micción positiva y resolución de colecciones por ecografía.

### · CONCLUSIONES

La búsqueda exhaustiva de la causa de retención aguda de orina en un paciente joven sin antecedentes nos permitió realizar un diagnóstico definitivo a pesar del hallazgo del absceso perirrenal derecho el cual no explicaba completamente los síntomas de presentación.

Tras un trabajo conjunto con el Servicio de Diagnóstico por Imágenes luego de la revisión en distintos cortes de la TAC y varias ecografías perineales se logró hallar la colección para su drenaje, cultivo y resolución de la sintomatología.

· **PALABRAS CLAVE** : absceso, retención urinaria

### · REFERENCIAS:

(1)M.P Ávila-Boza y M.C.Guido-Ortiz (2013) El absceso perirrenal, ¿búsqueda o hallazgo? Revista Mexicana de Urología

(2)Juan Fullá O., Oscar Storme C, Alberto Fica C\*, M. Antonieta Varas P, José Flores M., Fernando Marchant G. y Daniel Varas F (2009) Abscesos renales y perirrenales: Análisis de 44 casos Rev Chil Infect 2009; 26 (5): 445-451

(3)Robert A. Gardiner, Raymond A. Gwynne\* and Sally A. Roberts (2011) Perinephric abscess Volume107, Issues3Special Issue: BJU International Australia and New Zealand Supplement

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TBC RENAL

Dávila, ME<sup>(1)</sup>; Montanile, M<sup>(1)</sup>; Sánchez, G<sup>(1)</sup>; Lupis, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Htal. Dr. Cosme Argerich. CABA, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

Presentación de un paciente masculino de 24 años con tumor renal izquierdo.

Diagnóstico y tratamiento de TBC Renal

### MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente masculino de 24 años con dolor en región lumbar irradiado a hipocondrio izquierdo niega síntomas respiratorios.

Al examen físico: Puño percusión izquierda.

Al inicio se realiza

Eco RVP 26/3/ 19 : RI bolsas hidronefróticas con disminución del espesor parenquimatoso, dilatación calicial difusa que produce adelgazamiento cortical con ligera ectasia ureteral. Próstata 12gr.

TC Abdomen/Pelvis 30/3/19: RI: Engrosamiento de la pared urotelial en la pelvis y uréter. Hidronefrosis calicial, disminución del espesor cortical, retraso en la uroexcreción con calcificaciones renales. Descartar TBC

Prueba Ziehl Neelsen: Negativo. Espudo / Orina seriado: Negativo

PPD: Negativo

HIV: Negativo VDRL: Negativo Serologías hepatitis A, B y C: Negativo

Anticuerpos anti VHS: tipo 1 Positivo.

Centellograma Renal: RI Fx 4% RD Fx 96%.

### RESULTADOS

Se realiza Nefrectomía laparoscópica: hallazgo proceso inflamatorio crónico con necrosis licuefactiva central, atrofia del parénquima renal con esclerosis crónica intersticial.

Conclusión anatomía patológica

Muestra de Colección Renal: ZN se observa BAAR + y Cultivo + Complejo Mycobacterium Tuberculosis

TTO: Esquema de 4 medicamentos: Isoniazida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida 9 meses actualmente con buena evolución.

### CONCLUSIONES

- La TBEP representa el 20% TB
- La TB urogenital es 2 causa mas frecuente.
- Relación 2 H/1M edad promedio 40 años.
- Ante la presencia de calcificaciones renales y alteraciones ureterales pensar en compromiso tuberculoso a pesar de pruebas serológicas negativas

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **SOSPECHA CLÍNICA SUPERA HALLAZGOS PARACLÍNICOS DE TUBERCULOSIS GENITOURINARIA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Neffa, F<sup>(1)</sup>; Zamora, C<sup>(1)</sup>; Galván, A<sup>(1)</sup>; Huelmo, S<sup>(1)</sup>; Fiorella, D<sup>(1)</sup>; Despaux, A<sup>(1)</sup>; Montaña, E<sup>(1)</sup>; Martínez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clinicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

**Introducción.-** La tuberculosis es responsable de 2 billones de personas infectadas de *Mycobacterium tuberculosis* en el mundo, de donde sólo 5 a 10% va a desarrollar la enfermedad. Alarmantemente, el 95% de los casos se originan en países subdesarrollados. Uruguay es el país de América Latina con menor prevalencia de la enfermedad, detectando 2,6 muertes por cada 100.000 habitantes según registros de 2016.. Se espera un compromiso extrapulmonar del 10 al 42% de los casos. El orden de afectación es 1) pleural, 2) ganglionar, 3) renal (3-21%).. Manifestaciones inespecíficas son la regla, resultando casi inevitablemente en diagnósticos tardíos. **Objetivo.-** Descripción de un caso clínico. Destacando la importancia de la sospecha clínica, sobre la naturaleza engañosa de la enfermedad, el impacto negativo del diagnóstico tardío sobre el pronóstico y respuesta al tratamiento.

**Materiales y Métodos.-** Paciente sexo masculino de 34 años, inmunocompetente, sin antecedentes personales, familiares o ambientales a destacar. Debuta a los 31 años de edad con hipertensión e insuficiencia renal progresiva. Luego de 3 años con evolución tórpida, es enviado al Hospital Universitario para tratamiento de sustitución de la función renal. Revalorado por equipo de nefrología y urología, se solicita una serie de estudios paraclínicos e imagenológicos, logrando luego de 2 meses realizar el diagnóstico definitivo y comenzar el tratamiento específico.

**Resultados y Conclusión.-** TB es una enfermedad antigua, que aún permanece latente en áreas endémicas. Uruguay posee una baja prevalencia. La falta de antecedentes personales y familiares en una zona no endémica, aumenta la falta de sospecha clínica. Como consecuencia se dilata el diagnóstico, tanto en presentaciones pulmonares como extra pulmonares, generando consecuencias graves e irreversibles. La problemática de lograr diagnósticos tardíos, se ve agravada por el hecho de contar con la existencia de medicación específica y efectiva accesible. En esta publicación detallamos los pasos diagnósticos establecidos en un hombre inmunocompetente de 34 años, y su recorrido por más de 3 años hacia el diagnóstico de TBGU.

**Palabras clave.-** Tuberculosis , *Mycobacterium Tuberculosis* , Endemia.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

# ABORDAJE SUBCOSTAL TRANSPERITONEAL VS LUMBAR RETROPERITONEAL EN EL MANEJO DE PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: 86 CASOS

Montelongo, F<sup>(1)</sup>; Martinez, A<sup>(1)</sup>; Ochoa, M<sup>(1)</sup>; Romero, R<sup>(1)</sup>; Gomez, L<sup>(2)</sup>; Gutierrez, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González. Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Urolo.

**Introducción:** La pielonefritis xantogranulomatosa es una patología poco común asociada a infección renal crónica y obstrucción presentando una fibrosis retroperitoneal importante siendo la nefrectomía el tratamiento de elección.

**Material y métodos:** se analizaron los casos de nefrectomía con reporte histopatológico de pielonefritis xantogranulomatosa del 2013 al 2019 en nuestra institución, comparandose los resultados del abordaje anterior subcostal vs lumbar retroperitoneal.

**Resultado:** Se identificaron 86 casos en donde se realizó abordaje subcostal anterior (grupo 1) en 16 pacientes y retroperitoneal lumbar (grupo 2) en 70 pacientes. Presentando una edad promedio de 44.7 vs 45.32 respectivamente, siendo de genero femenino en el 80% de los pacientes. En el sangrado postoperatorio encontramos un promedio de 800 vs 875 ( $p= 0.91$ ), numero de paquetes transfundidos 2.3 vs 2.6 ( $p= 0.62$ ), infección de herid quirúrgica 0 vs 24.5% ( $p= 0.03$ ), numero de re intervención entre los dos grupos 18.7 vs 15.71 ( $p=0.71$ ), mortalidad 12.5 vs 13 ( $p= 1.0$ ) entre grupo 1 y 2 respectivamente.

**Conclusiones:** Al encontrarnos ante una patología que involucra infección crónica confinada al retroperitoneo, podría existir cierto debate acerca de realizar o no abordaje de manera transperitoneal. Con este estudio podemos demostrar que no existen diferencias significativas entre los dos tipos de abordajes, consideramos que el abordaje anterior es igual de efectivo y seguro que el abordaje lumbar y que puede ser utilizado por el cirujano para poder así tener una mejor exposición y control vascular.

pielonefritis xantogranulomatosa, abordajes, infeccion

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA. ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS

Otaola-Arca, H<sup>(1, 2, 3)</sup>; Álvarez-Ardura, M<sup>(2, 3)</sup>; Rodríguez-Sánchez, L<sup>(2, 3)</sup>; Herranz-Yagüe, JA<sup>(2, 3)</sup>; Molina-Escudero, R<sup>(2)</sup>; Ripalda-Ferretti, E<sup>(2)</sup>; Cabrera-Chamba, A<sup>(2)</sup>; Arnáiz-Pérez, R<sup>(2)</sup>; Crespo-Martínez, L<sup>(2)</sup>; Páez-Borda, Á<sup>(2, 3)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Clínica Alemana. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España. <sup>(3)</sup>Escuela Internacional de Doctorado, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.

### INTRODUCCIÓN

La hematuria y la retención aguda de orina (RAO) por coágulos son las complicaciones postoperatorias más frecuentes tras la resección transuretral de próstata (RTUP).

Nuestro objetivo es analizar los factores predictivos de hematuria y RAO por coágulos, analizados conjuntamente como “complicaciones hemorrágicas” (CH), ocurridas durante el primer mes de seguimiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Subanálisis de un ensayo clínico, prospectivo, que aleatorizó a 100 pacientes a RTUP monopolar (RTUP-M) y bipolar (RTUP-B). De los 84 pacientes elegibles (45/39), se recogieron las **características basales** (edad, IMC, comorbilidades, consumo farmacológico —inhibidores 5- $\alpha$ -reductasa (5-ARI), antiagregantes, anticoagulantes—, volumen prostático (VP), PSA, indicación quirúrgica) y los **datos quirúrgicos** (tiempo quirúrgico, proporción tejido reseado, velocidad resección y experiencia del cirujano). Se realizó un análisis univariante de los factores predictivos con el test de la Chi-cuadrado/Fisher y la T de Student. Asimismo, se construyó un modelo de regresión logística binaria múltiple.

### RESULTADOS

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que sí presentaron CH y los que no, en cuanto a las **características basales** ni a los **datos quirúrgicos**, excepto el consumo de 5-ARI y la velocidad de resección. En este sentido, el análisis de factores predictivos demostró que el consumo de 5-ARI (RR: 0,78; IC95%: 0,66-0,92; p=0,030), y la velocidad de resección (Diferencia de medias: -0,2 gr/min; IC95%: [-0,4] - 0; p: 0,016), son factores de riesgo de CH de forma estadísticamente significativa (tabla 1). Cabe destacar que el uso de fármacos antiagregantes/anticoagulantes, el volumen prostático, tiempo y la técnica quirúrgica y la experiencia del cirujano (residente frente a urólogo senior) no constituyeron factores predictores.

El análisis multivariante confirmó la velocidad de resección como factor predictor (Exp(B): 6,690, IC95%: 1,027-43,562; p=0,047).

### CONCLUSIONES

En nuestra muestra, el consumo de 5-ARI y la velocidad de resección se muestran como factores de riesgo de aparición de CH. Por el contrario, el consumo de fármacos antiagregantes/anticoagulantes, así como el volumen prostático, tiempo y la técnica quirúrgica y la experiencia del cirujano, no parecen influir.

Tabla 1: Análisis univariante de los factores predictivos de complicaciones hemorrágicas (HC).

	No CH n=69	Sí CH n=15	P
<b>Fármaco antiagregante</b> , n (%)	11 (15,9)	6 (40,0)	0,069
<b>Fármaco anticoagulante</b> , n (%)	4 (5,7)	2 (13,3)	0,290
<b>Fármaco inhibidor 5-<math>\alpha</math>-reductasa</b> , n (%)	43 (62,3)	14 (93,3)	0,030
<b>Velocidad de resección</b> (gr/min), media (DE)	0,9 (0,3)	1,1 (0,3)	0,016

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**HIDATIDOSIS RENAL A PROPOSITO DE UN CASO**Miño, P<sup>(1)</sup>; Guzman, F<sup>(1)</sup>; Villarejo, N<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Nacional Alejandro Posadas. Argentina, Argentina.

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis causada por *equinococcus granulosus*, el mecanismo de transmisión es por zoonosis. Se liberan larvas que atraviesan la barrera intestinal y por vía portal llegan al hígado, donde se forman el 50-60% de los quistes. Tras este primer filtro alcanzan los pulmones (20-30% de quistes) y posteriormente se pueden distribuir a cualquier órgano a través de la circulación sistémica. El período de incubación es de meses a varios años, la localización renal es infrecuente.

Caso: Presentamos una paciente de 20 años de edad, procedente de Santiago del Estero, sin antecedentes que consulta por dolor lumbar de larga data con hallazgo en ecografía de imagen renal quística derecha, en analítica sin particularidades, Prueba de arco 5to negativa, en TC voluminosa imagen quística en polo superior de RD 20cm genera efecto de masa, drenaje de 1500ml con serología negativa, TC control posterior quiste aumentado de tamaño tabicado, se realizó PAIR que confirmó hidatidosis en tratamiento conjunto con infectología con Albendazol sin éxito, persistencia de dolor lumbar por lo que se realiza Quistectomía + nefrectomía parcial derecha con AP confirmatoria de hidatidosis renal y continuo tratamiento vía oral con Albendazol. Al control anual ecografía y tomografía negativas. Al momento asintomática en buen estado general sin medicación.

Discusión: El hallazgo de quistes hidatídicos de localización renal es infrecuente. La vía de entrada al riñón puede ser hemática, linfática o por inoculación directa. Siendo rara la afectación renal, está descrita la presencia de hidatidosis en otras estructuras del aparato urinario. No hay síntoma específico de la hidatidosis, ningún test serológico o inmunológico es patognomónico. Las pruebas de imagen son fundamentales en el diagnóstico de esta patología.

Conclusiones: El tratamiento de la hidatidosis renal es quirúrgico, pudiendo realizar enucleación, marsupialización, quistectomía y quistoperiquistectomía. Algunos autores proponen como tratamiento de elección la nefrectomía total o parcial. La vía de abordaje preferentemente retroperitoneal para evitar la contaminación de la cavidad peritoneal, preparar el campo quirúrgico con agentes escolicidas. El empleo de agentes antihelmínticos como el albendazol tras la intervención quirúrgica es controvertido.

Palabras clave: hidatidosis renal, quiste, parasitosis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA EN HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA CON GREENLIGHT LÁSER (GREENLEP): REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

López Martín, L<sup>(1)</sup>; Autran Gómez, AM<sup>(1)</sup>; García Cardoso, JV<sup>(1)</sup>; Martínez Mateo, MÁ<sup>(1)</sup>; García Fernández, E<sup>(1)</sup>; Coloma Ruíz, L<sup>(1)</sup>; Alonso Román, J<sup>(1)</sup>; Gonzalez Enguita, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid, España.

### Introducción

En los últimos años se están desarrollando procedimientos mínimamente invasivos para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario (STUI) derivados de la HBP

### Objetivos:

Evaluar los resultados funcionales y complicaciones de GreenLEP en pacientes con STUI debido a HBP en el análisis de nuestra cohorte

### Material y métodos:

Análisis retrospectivo de una cohorte de 82 pacientes tratados consecutivamente mediante GreenLEP.

Los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente con PSA, ecografía, cuestionario International Prostate Symptom Score (IPSS) y flujometría y a los 6 y 18 meses tras la cirugía con hemograma, PSA, IPSS y flujometría.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con IPSS 9-35 y vol próstata 50-150cc.

### Resultados:

La edad media fue de 69 años (P25-P75:62-75), el volumen prostático de 83,4cc (P25-P75: 67-99).

El tiempo quirúrgico fue de 128 min (P25-P75:100-150), la estancia hospitalaria de 2,7 días (P25-P75:2-3) y la duración del sondaje vesical de 2,9 días (P25-P75:2-4).

Tiempo mínimo de seguimiento de 6 meses, alcanzando un 35% de los pacientes los 18 meses de seguimiento. En la siguiente tabla se describen mediante media y desviación estándar los valores previos, a los 6 y 18 meses y se comparan mediante la prueba de la t de Student.

Un 13,8% tuvo complicaciones Clavien-Dindo 3 durante la cirugía, el 1,2% en el postoperatorio inmediato y un 5,3% a los 18 meses de seguimiento y un paciente (1,2%) complicación Clavien 4 en el postoperatorio inmediato.

### Conclusiones:

Los resultados preliminares de nuestra serie siguen mostrando una mejoría significativa del IPSS y de las cifras de PSA a los 6 meses y 18 meses, con un tiempo de sondaje y hospitalización de corto.

Tabla

Variable	Basal	6 meses	18 meses	p1	P2
PSA	4,21±3,31	1,94 ± 3,67	1,46 ± 1,39	0,041	0,003
IPSS_Q1_Q7	20,1±9,21	4,17 ± 3,07	4,25 ± 2,99	<0,001	<0,001
IPSS_Q8	4,31±1,44	1,62 ± 2,36	1,00 ± 0,91	0,002	<0,001
Hb	14,7±1,33	12,9 ± 1,16	15,1 ± 1,34	0,464	0,140
RPM	101±114	33,6 ± 31,7	33,1 ± 20,0	0,058	0,071

p1: basal y 6 meses

p2: basal y 18 meses

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ¿CUAN EFECTIVO ES REALMENTE EL TRATAMIENTO MÉDICO COMBINADO EN LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA? EXPERIENCIA DE SU USO EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE LOS AÑOS 2016-2018.

Castro, E<sup>(1)</sup>; Vergara, G<sup>(1)</sup>; Landerer, E<sup>(1)</sup>; Soto, G<sup>(1)</sup>; Barria, S<sup>(1)</sup>; del Campo, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Felix Bulnes. Santiago, Chile.

**Introducción y Objetivos:** La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una patología altamente prevalente, hasta 80% de los hombres a los 80 años, y un 30- 60% requerirá de una intervención quirúrgica-

En los pacientes con HPB y LUTS, el tratamiento con alfa-bloqueadores/ inhibidores 5-alfa-reductasa es la 1ra línea de tratamiento en LUTS moderada-severa, logrando respuesta sintomática y modificando la progresión natural de la enfermedad, reduciendo la incidencia de RAO y Cirugía por HPB.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad al tratamiento médico combinado de HPB en la población de un hospital público y su tasa de fracaso resultando en cirugía

**Métodos:** Se presenta un estudio de cohorte retrospectivo, Se revisaron 205 fichas clínicas, en el periodo de Enero/2016 a Diciembre/2018, de las cuales 99 cumplían los criterios de inclusión (No presentar tratamiento médico combinado previo, indicación Quirúrgica desde el inicio, Cirugía previa por HPB o Cáncer de Próstata) y de estas, se descartaron 29 por no cumplir el periodo mínimo de tratamiento, quedando 70 fichas para su revisión. Se registró la edad, TR, PSA, Eco Prostática, presencia de lóbulo medio, y cambios postratamiento con un mínimo de 6-12 meses

**Resultados:** Se registro una cohorte de pacientes con edad promedio de 71 años (58-89a), tiempo de tratamiento promedio de 10 meses (6-51), Valores promedio Pre-tratamiento; PSA: 4,27 ng/ml, Volumen Prostático: 74,5 gr, lóbulo medio 38%pacientes.

Valores post-tratamiento promedio: PSA: 3.2 ng/ml ( -23% ), Volumen Prostático: 62,84gr ( - 16% ), Fracaso de tratamiento médico: 29% de los pacientes, de los cuales 7 presentaban PPI (24%)

**Conclusiones:** En esta revisión se observa una efectividad menor a lo reportado en la literatura, en cuanto a disminución de PSA, Volumen Prostático, y una mayor proporción de pacientes que terminan en cirugía relacionada a HPB. Entendiendo las limitaciones que posee un estudio retrospectivo como este, estimamos que los resultados obtenidos hacen necesario evaluar la efectividad real del tratamiento médico en HPB y realizar nuevos estudios prospectivos, con el fin de llegar a conclusiones válidas, evitando factores confusores como es la adherencia real a los tratamientos médicos, comorbilidades y polifarmacia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**MASAS RENALES EN ENFERMEDAD SISTEMICA POR IgG4**Martos, I<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>; Epelde, M<sup>(1)</sup>; Belisle, Df<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Allende. cordoba, argentina.

Descripción del caso: Paciente masculino de 51 años consulta por epigastralgia, distensión abdominal, inapetencia y pérdida de 10 kg de peso en 3 meses. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, sin defensa ni reacción peritoneal. Ecografía con páncreas aumentado de tamaño de contornos lobulados no homogéneo y tejidos peripancreáticos hiperecogénicos, VEDA con Helicobacter Pylori. Se decide realizar RMN de abdomen y pelvis la que confirma el aumento de tamaño con bordes no definidos con aspecto de “páncreas en salchicha” no se observan lesiones renales (fig 1). Por sospecha de la patología se solicita IgG4: 691 mg/dl (Valor normal de referencia hasta: 135 mg/dl)

Se decide realizar biopsia dirigida: Nefritis intersticial moderada a severa con IgG4 (+) en más del 40 % en relación con IgG en células plasmáticas.

CD138: (++) en células plasmáticas.

Inicia tratamiento con metotrexato 25 mg inyectable

discusión: La pancreatitis autoinmune representa una enfermedad crónica inflamatoria con mayor prevalencia en el sexo masculino, sus principales síntomas son el dolor abdominal, la pérdida de peso e ictericia. El principal diagnóstico diferencial es con el Adenocarcinoma de páncreas, siendo la biopsia el gold standard.

La enfermedad renal por depósitos de IgG4 se encuentra en el 27,4 % de los pacientes con pancreatitis autoinmune tipo 13. Cabe destacar el compromiso temprano de la función renal, la compresión por fibrosis retroperitoneal y la afectación del parénquima renal a través de lesiones sólidas diagnosticadas erróneamente como tumores malignos. 4 El tratamiento de primera línea son los corticoides, siendo de segunda línea el rituximab, metotrexato, azatioprina y micofenolato3. Futuros estudios prospectivos y randomizados con análisis de eficacia y seguridad son esenciales para desarrollar un tratamiento estandarizado de la pancreatitis autoinmune tipo 1.

conclusión: La pancreatitis autoinmune puede asociarse con lesiones renales, las cuales imagenologicamente se asemejan a tumores sólidos. El uso de la biopsia dirigida nos permite su diagnóstico definitivo minimizando las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## VAPORESECCIÓN DE LA PRÓSTATA CON THULIUM LÁSER: EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PRÓSTATAS CON 100 G O MÁS

Caldas, PF<sup>(1, 2)</sup>; Chéchile, G<sup>(3, 4, 5)</sup>; Carrara, S<sup>(5, 6)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Unimed Chapecó. Chapecó, Brasil. <sup>(2)</sup>Uro-oncología, Hospital Regional do Oeste. Chapecó, Brasil. <sup>(3)</sup>Urología, Hospital Sanitas Cima. Barcelona, España. <sup>(4)</sup>Urología, Prostate Institute Barcelona. Barcelona, España. <sup>(5)</sup>Urología, Instituto Medico Tecnológico(IMT). Barcelona, España. <sup>(6)</sup>Urología, Sanatorio Policlinico SA. Las Varillas, Argentina.

### Introducción

El tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata(HBP) para próstata grandes sigue siendo una tarea difícil. La resección transuretral de la próstata (RTU) es de uso limitado, principalmente debido a la aparición de hemorragia y al síndrome de resección transuretral (RTU). Por lo tanto, hasta hace poco tiempo, la prostatectomía abierta (PA), a pesar de una considerable pérdida de sangre y una recuperación prolongada, ha sido la única opción terapéutica para el tratamiento de adenomas grandes. En los últimos años, la tecnología láser ha desempeñado un papel importante para el tratamiento de la HPB. En este estudio, evaluamos la tasa de complicaciones postoperatorias en pacientes con HBP y próstata de 100 gramos o más, sometidos a vaporesección con Thulium laser(VRTh).

Material y Métodos: 133 pacientes con HBP y edad media de 72,71 años fueron tratados con técnica de vaporesección entre marzo de 2010 y noviembre de 2018 por un único cirujano.

Resultados: el peso medio de la próstata fue de 137 g(100-436 g). El tiempo medio de internación fue de 1,48(1-8) días y tiempo medio para retirada de la sonda fue 5,3 días(1-17). Ninguno paciente necesitó transfusión de sangre. Reinternación fue necesario en 6,75%, sendo las causas mas frecuentes retención de orina y hematuria. Infección de orina 7,5%. Estenosis de uretra o cuello vesical ocurrió en 8,3%. Incontinencia urinaria ocurrió en 32,2% sendo la mayoría de urgencia, con 90,2% necesitando de fisioterapia y 29,8% hicieran uso de anticoligéricos.

Conclusión: VRThu representa una opción en pacientes con BPH y próstatas volumosas. La técnica puede ser considerada una alternativa real a la RTUP y aún más a la prostatectomía abierta. También, como no hay necesidad de morcelación, puede ser una opción a las técnicas de Holep y Thulep. La alta incidencia de incontinencia transitoria de orina puede estar relacionada con la extensión de la resección y la elevada energía utilizada. Los pacientes deben ser orientados sobre los riesgos. Tal vez, más baja energía puede configurar mejores resultados funcionales, pero es necesario más estudios para esta evaluación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## UTILIDAD DE VACUNA POLIBACTERIANA SUBLINGUAL EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO FRÁGIL.

Padilla-Fernández, B<sup>(1)</sup>; Valverde Martínez, LS<sup>(2)</sup>; González Casado, I<sup>(2)</sup>; De Dios Hernández, JM<sup>(2)</sup>; Sánchez Escudero, A<sup>(2)</sup>; Vicente Arroyo, MJ<sup>(2)</sup>; Martínez Huélamo, M<sup>(2)</sup>; Herrera Criado, F<sup>(2)</sup>; Blanco Tarrío, E<sup>(3)</sup>; Márquez Sánchez, MT<sup>(2)</sup>; Flores Fraile, MdC<sup>(4)</sup>; García-Cenador, MB<sup>(4)</sup>; Mirón Canelo, JA<sup>(2)</sup>; Lorenzo-Gómez, MF<sup>(2, 4, 5)</sup>

<sup>(1)</sup>Área de Urología. Departamento de Cirugía, Universidad de La Laguna. Tenerife, España. <sup>(2)</sup>Grupo GRUMUR (Grupo de Investigación Multidisciplinar Urológico Renal), IBSAL (Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca). Salamanca, España. <sup>(3)</sup>Atención Primaria, área de Salud de Salamanca. Salamanca, España.

<sup>(4)</sup>Departamento de Cirugía, Universidad de Salamanca. Salamanca, España. <sup>(5)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca, España.

### INTRODUCCIÓN:

Anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas, con mayor probabilidad de padecer episodios adversos de salud, como las infecciones del trato urinario (ITU).

### OBJETIVOS:

1. Conocer factores relacionados con la presencia de las ITU en pacientes institucionalizados. 2. Determinar el beneficio de vacuna polibacteriana sublingual Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) en el manejo de la infección urinaria en estos pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio multicéntrico prospectivo en personas institucionalizadas en el Área de Salud de Salamanca-España. Se indica de forma aleatoria alternativa 1:1 sucesiva tratamiento habitual antibiótico en episodio agudo de ITU más profilaxis con antibiótico en pauta supresiva o profilaxis con vacuna polibacteriana elaborada. Grupos de estudio: GA (n=50): pacientes con tratamiento habitual antibiótico en episodio agudo de ITU más profilaxis con antibiótico en pauta supresiva. GB (n=50): pacientes con tratamiento habitual antibiótico en episodio agudo de ITU más profilaxis con vacuna polibacteriana (Uromune®). Variables: edad, sexo, nº de ITU, diagnósticos secundarios, tratamiento recibido, escala visual analógica con relación a ITU (EVA), tiempo sin enfermedad. Análisis estadístico  $p < 0.05$  se consideró significativo.

RESULTADOS: 56 mujeres(M), 44 varones(V). No diferencias en edad: M 83,71 DS 6,62, V 80,17, SD 12,44 ( $p = 0,3112$ ), género: GA 28M+22V, GB: 28 M+22V, síntoma (tabla1), nº de ITU/año (8), casos + Combur y urinocultivo ( $p = 1.0000$ ).

Con análisis multivariante hubo relación: estreñimiento crónico, IU severa, déficit neurológico central e insuficiencia renal y mayor número de ITU ( $p < 0.0037$ ). Número de ITU/mes fue superior en GA ( $p < 0.0213$ ). EVA fue superior en GB ( $p < 0.0001$ ). EVA GB –vacuna según DDSS fue inferior si IU severa – nº de absorbentes respecto a otros DDSS ( $p < 0.0125$ ).

### CONCLUSIONES:

1. La aplicación de vacuna polivalente Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) es efectiva en la disminución del número de episodios de ITU frente a antibiótico en pauta supresiva. Aporta mejoría en la calidad de vida. La incontinencia urinaria severa con mayor número de absorbentes empeora el manejo de las ITU en el anciano frágil institucionalizado.

Palabras clave: Infección urinaria. Anciano frágil. Vacuna contra infecciones urinarias.

Tabla 1. Síntoma guía para sospechar ITU.

Síntoma guía para sospechar ITU	GA (%)	GB (%)	p
Agitación	24	25	1,0000
Disuria	25	24	1,0000
Desorientación	16	15	1,0000
Hematuria	13	12	1,0000
Orina maloliente	8	9	1,0000
Descenso de conciencia	5	4	1,0000
Oligosintomático	5	6	1,0000

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**AMILOIDOSIS VESICAL: MANEJO CONSERVADOR DE UNA PATOLOGÍA UROLÓGICA INFRECIENTE.**Bujaldón, JM<sup>(1)</sup>; Butori, S<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Mazza, O<sup>(1)</sup>; Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Rojas Bilbao, É<sup>(2)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La amiloidosis es un enfermedad inusual caracterizada por desorden del metabolismo proteico que consiste en el depósito de cadenas livianas (kappa o lambda) en forma de proteína extracelular. Generalmente es un desorden sistémico y raramente puede comprometer la vejiga. La causa es desconocida pero se ha vinculado con fenómenos de inflamación crónica persistente.

La amiloidosis primaria vesical predomina en hombres (promedio de edad de 55 años). El sitio más afectado es la pared posterior vesical (70%) seguido del trígono (26%). Se evidencian lesiones por cistoscopia y la resección transuretral junto con la histología son el pilar del diagnóstico y tratamiento. Las instilaciones intravesicales con dimetilsulfóxido o hialuronato sódico han sido descriptas en la literatura como tratamiento complementario.

**REPORTE DE CASOS****CASO 1**

Paciente masculino (69 años) con antecedentes de amiloidosis sistémica y afectación previa cardíaca (miocardiopatía dilatada) con hematuria de 24hs de evolución, laboratorio normal y urocultivo negativo. Ecografía: pared vesical engrosada en forma difusa. Cistoscopia: tres lesiones mamelonadas, exofíticas fácilmente sangrantes en fondo vesical. Se realiza resección cuya anatomía patológica informa cistitis aguda con presencia de depósitos de sustancia amiloide (rojo Congo positivo con polarización con birrefringencia verde manzana). Realizó tratamiento con instilaciones mensuales de ácido hialurónico. No se evidenciaron recidivas a dos años.

**CASO 2**

Paciente masculino (35 años) sin antecedentes consulta por dolor hipogástrico de 24hs sin otros signos o síntomas. Laboratorio normal y urocultivo negativo. Ecografía: lesión nodular en pared lateral derecha de vejiga de 2cm. Cistoscopia: lesión sésil, de base amplia en pared lateral derecha sin signos de sangrado. Se realiza resección con congelación que informa carcinoma fusocelular de aspecto sarcomatoide asociado a depósitos de amiloide (Rojo Congo positiva). Se realiza biopsia de tejido celular subcutáneo, resonancia magnética y tomografía computada sin evidencia de enfermedad en otros órganos. Realiza tratamiento con instilaciones mensuales de ácido hialurónico. Sin evidencia de recidiva a 26 meses.

**CONCLUSIÓN**

La amiloidosis vesical es poco frecuente, pero luego de su diagnóstico histopatológico y tratamiento con resección de las lesiones e instilación vesical de reconstituyentes de glicosaminoglicanos no evidenciamos recidivas con seguimiento de dos años.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **DIVERTICULECTOMÍA MÚLTIPLE. REPORTE DE CASO.**

Cabeza, I; Iglesias, F; Rojas, V; Lamuedra, L

### **INTRODUCCIÓN**

Los divertículos vesicales pueden ser congénitos o adquiridos. Estos últimos, se desarrollan principalmente en pacientes con procesos obstructivos infravesicales, incluyendo a afecciones neurológicas como la disinergia vesico esfinteriana. En aquellos casos en los cuales los mismos estén asociados a infecciones urinarias a repetición, litiasis, reflujo vesico ureteral o neoplasias, necesitarán un tratamiento acorde, siendo la diverticulotomía el de elección.

### **OBJETIVO**

Presentar un caso de diverticulotomía vesical múltiple.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Masculino de 65 años. Obeso, hipertenso, diabético, medicado con risperidona y alprazolam, con trastornos de la marcha por polineuropatía. Consultó en febrero de 2019 por síntomas de vaciado y almacenamiento del tracto urinario asociados a la eliminación de litos con la micción e infecciones urinarias a repetición desde hace un año, tratadas con múltiples esquemas antibióticos empíricos. Por ecografía y tomografía (TAC), hidronefrosis bilateral, vejiga con múltiples divertículos y litos, próstata de 55 gramos. No aceptó la colocación de catéter uretrovesical. Tres meses después requirió internación y tratamiento antibiótico de amplio espectro por infección urinaria multirresistente e insuficiencia renal. En nueva TAC, con sonda vesical colocada, mejoría de hidronefrosis, con correcto vaciado vesical y diverticular. En estudio urodinámico, capacidad cistométrica máxima a elevado volumen (700 ml) con acomodación normal durante la fase de almacenamiento, y patrón obstructivo durante la fase de vaciado (índice de obstrucción de salida vesical >40). Se realizó cistolitotomía, diverticulotomía múltiple y adenomectomía prostática. Actualmente paciente con micción espontánea, asintomático, en plan de nuevo estudio urodinámico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## AUTOVACUNA FRENTE A VACUNA POLIBACTERIANA ELABORADA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO FRÁGIL.

Padilla-Fernández, B<sup>(1)</sup>; Valverde Martínez, LS<sup>(2)</sup>; González Casado, I<sup>(2)</sup>; De Dios Hernández, JM<sup>(2)</sup>; Sánchez Escudero, A<sup>(2)</sup>; Vicente Arroyo, MJ<sup>(2)</sup>; Martínez Huélamo, M<sup>(2)</sup>; Herrera Criado, F<sup>(2)</sup>; Blanco Tarrío, E<sup>(3)</sup>; Márquez Sánchez, MT<sup>(2)</sup>; Flores Fraile, MdC<sup>(4)</sup>; García-Cenador, MB<sup>(4)</sup>; Mirón Canelo, JA<sup>(2)</sup>; Lorenzo-Gómez, MF<sup>(2, 4, 5)</sup>

<sup>(1)</sup>Área de Urología. Departamento de Cirugía, Universidad de La Laguna. Tenerife, España. <sup>(2)</sup>Grupo GRUMUR (Grupo de Investigación Multidisciplinar Urológico Renal), IBSAL (Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca). Salamanca, España. <sup>(3)</sup>Atención Primaria, Área de Salud de Salamanca. Salamanca, España. <sup>(4)</sup>Departamento de Cirugía, Universidad de Salamanca. Salamanca, España. <sup>(5)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca, España.

### INTRODUCCIÓN:

El anciano frágil, tiene una disminución de las reservas fisiológicas, con valor pronóstico en las infecciones del trato urinario (ITU). Ante la polémica planteada por las autoridades sanitarias de autovacunas frente a vacuna elaborada para prevenir las ITU, se plantea esta investigación.

**OBJETIVO:** Comparar el beneficio de vacuna polibacteriana “estandarizada” sublingual Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) frente a autovacuna Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) en el anciano frágil institucionalizado.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio multicéntrico prospectivo en personas institucionalizadas en Áreas de Salud de Salamanca-España. En 200 ancianos frágiles (160 mujeres, 40 varones) se indica aleatoriamente 1/1 tratamiento habitual antibiótico en episodio agudo de ITU más profilaxis con vacuna polibacteriana elaborada (E coli 25%, Klebsiella pneumoniae 25%, Proteus vulgaris 25%, Enterococcus faecalis 25%) o autovacuna (según urinocultivo). Los grupos: GA mujeres autovacuna (n=20), GA mujeres vacuna elaborada (n=60), GB mujeres recuerdo autovacuna (n=20), GB vacuna elaborada (n=60), GC varones autovacuna (n=10), GC varones vacuna elaborada (n=10), GD recuerdo autovacuna (n=10), GD recuerdo vacuna elaborada (n=10); el paciente puede recibir primera aplicación de vacuna o recuerdo.

**Variables:** edad, sexo, nº ITU pre-profilaxis, al mes y a los 6 meses, diagnósticos secundarios, tratamiento recibido, escala visual analógica en relación con ITU (EVA), tiempo libre de enfermedad. Análisis estadístico p<0.05 significativo.

**RESULTADOS:** 160 mujeres(M), 40 varones(V). No diferencias: edad M 82.67 SD 7.12, V 80,23, SD 11.12 (p= 0,2198), ni en síntoma: agitación, disuria, desorientación, hematuria, orina maloliente, deterioro general (p=1.0000). No hubo diferencia en la distribución de DDSS (depresión, patología cardiorrespiratoria, metabolismo) entre GA y GB (p=>0.5), ni en nº de ITU pretratamiento/año:12 SD5.31. En todos los pacientes disminuyó el nº de ITU (p<0.0020), descenso de ITU en GA con vacuna elaborada (p<0.0030) (tabla 1).

### CONCLUSIONES:

La autovacuna Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) y polivalente Uromune® (Inmunotek®, Q-Pharma®) es efectiva en la disminución de episodios de ITU en el anciano frágil, aportan mejoría en la calidad de vida en el anciano frágil de mujeres y varones, en las mujeres es más eficaz la vacuna elaborada que la autovacuna.

Palabras clave: ITU. Anciano frágil. Vacuna.

Tabla 1. Número promedio de ITU en 1 mes pre-profilaxis.

Número promedio de ITU en 1 mes pre-profilaxis	AUTOVACUNA		VACUNA ELABORADA	
	Nº de ITU en 1 mes pre-profilaxis	Nº de ITU en 6 meses post-profilaxis	Nº de ITU en 1 mes pre-profilaxis	Nº de ITU en 6 meses post-profilaxis
GA	5.02	3.9	5.5	1.9
GB	2.4	2.1	2.07	1.0
GC	4.3	2.9	4.09	2.0
GD	2.08	1.9	2.19	0.9

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# AMPLIACIÓN VESICAL COMO TRATAMIENTO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTITIS INTERSTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bobadilla Romero, ER<sup>(1)</sup>; Vilchez Costas, AI<sup>(1)</sup>; Molina Hernandez, O<sup>(1)</sup>; Marin Martinez, F<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Guzman Valls-Martinez, P<sup>(1)</sup>; Jimenez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Oñate Celdran, J<sup>(1)</sup>; Garcia Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sanchez Rodriguez, C<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, JP<sup>(1)</sup>; Andreu Garcia, A<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

**Introducción:** La cistitis intersticial (CI), conocida también como síndrome de vejiga dolorosa, es un síndrome de etiología desconocida que se caracteriza en ausencia de una causa que lo justifique, por dolor pélvico crónico y síndrome irritativo miccional, este último incluye polaquiuria, nocturia y urgencia miccional.

**El objetivo** Evaluar el resultado de la ampliación vesical como tratamiento en un paciente con microvejiga secundaria a cistitis intersticial.

**Materiales y métodos:** descripción de caso clínico y revisión de la literatura. Se trata de un varón de 59 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus, quien acude a consultas de urología por presentar polaquiuria, nocturia y urgencia miccional, dolor pélvico y empeoramiento de la función renal. En cistografía que se realiza se evidencia una microvejiga urinaria asociada a reflujo ureteral bilateral, los resultados de la biopsia de la mucosa vesical fueron compatibles con cistitis intersticial. Se trató exitosamente mediante ampliación vesical utilizando íleon terminal, postoperatorio curso sin complicaciones.

**Conclusión:** El tratamiento quirúrgico de ampliación vesical para la microvejiga secundaria a cistitis intersticial, ha demostrado ser seguro y efectivo, habitualmente se utiliza íleon terminal para la neovejiga. Aunque es una técnica compleja puede prevenir y ayudar a revertir el deterioro del tracto urinario superior como consecuencia del reflujo vesico-ureteral secundario a la reducción de la capacidad vesical.

**Palabras claves:** Ampliación vesical, Cistitis intersticial, Microvejiga.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ADENOCARCINOMA DE URACO: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

Smolje, L.<sup>(1)</sup>; Tognelli, F.<sup>(2)</sup>; Abal, M.<sup>(2)</sup>; Garcia Gerardi, C.<sup>(2)</sup>; Brandon, M.<sup>(2)</sup>; Marin Ordoñez, A.<sup>(2)</sup>; Morgenfeld, E.<sup>(2)</sup>; Rivarola, E.<sup>(2)</sup>; Gil Deza, E.<sup>(2)</sup>; Gercovich, FG.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Uro-oncología, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>Oncología Clínica, Instituto Oncológico Henry Moore. CABA, Argentina.

**INTRODUCCION:** El adenocarcinoma representa el tercer subtipo histológico en frecuencia dentro de los tumores de vejiga y solo un tercio se asocia al uraco. Es una patología poco frecuente, con un pronóstico ominoso. Su sintomatología inicial es escasa y su diagnóstico por lo general es tardío. El objetivo de este reporte es describir un caso evaluado en el Instituto Oncológico Henry Moore, su forma de presentación, así como el tratamiento efectuado y realizar una revisión bibliográfica de esta patología.

**CASO CLINICO:** Paciente de sexo femenino de 55 años de edad que presentó en el post-operatorio mediato de peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada, dolores abdominales en hemiabdomen inferior. En control con TAC a nivel del hipogastrio, en su región anterior, se reconoce la presencia de imagen de aspecto sólido de contenido denso, de límites definidos, sin realce significativo ante la administración de contraste endovenoso de 40x46mm (Fig. 1, 2 y 3) que podría vincularse al uraco. Se realiza exploración y exéresis de lesión quística hasta la cúpula vesical de 8x5x4 cm con informe anatomopatológico ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO E INFILTRANTE CON EXTENSA NECROSIS TUMORAL DE URACO. EMBOLIAS AUSENTES. CAPSULA FIBROSA LIBRE DE LESION. Se presenta en Comité de Tumores del IOHM y se decide conducta expectante y control.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento indicado de los tumores de uraco es la cistectomía parcial o radical con la resección en bloque del mismo, desde la vejiga hasta el ombligo incluyendo pared abdominal, así como la realización de una linfadenectomía pélvica bilateral.

La enfermedad metastásica ganglionar y a distancia es de mal pronóstico y la radioterapia, así como la quimioterapia, no aumentarían significativamente la sobrevida en la enfermedad avanzada.

En los últimos años, gracias a la secuenciación genética, fue posible demostrar la semejanza mutacional entre los tumores de uraco y los adenocarcinomas de colon, mencionando la alta prevalencia en Kras mediante la vía MAPK (42% aprox), hipermutación (POLE), inestabilidad de micro satélite, lo que abriría un camino hacia las terapias target e inmunoterapia a una patología con pocas herramientas oncoespecíficas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN “HEMATURIA MACROSCÓPICA MONOSINTOMÁTICA”: ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

Sanz del Pozo, M<sup>(1)</sup>; Orlandi Oliveira, W<sup>(1)</sup>; Sánchez Zalabardo, M<sup>(1)</sup>; Espílez Ortiz, R<sup>(1)</sup>; Redondo Redondo, C<sup>(1)</sup>; Gareta Alquézar, C<sup>(1)</sup>; Ezquerro Sáenz, S<sup>(1)</sup>; Galve Lahoz, V<sup>(1)</sup>; Corbatón Gomollón, D<sup>(1)</sup>; Enguita Arnal, L<sup>(1)</sup>; Salas Trigo, E<sup>(1)</sup>; Muñoz Rivero, M<sup>(2)</sup>; Cabañuz Plo, T<sup>(2)</sup>; Sánchez Izquierdo, E<sup>(1)</sup>; Soto Palacín, M<sup>(1)</sup>; Gil Sanz, MJ<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España. <sup>(2)</sup>Urología. España.

### PALABRAS CLAVE

Hematuria macroscópica, diagnóstico precoz, patología tumoral

### INTRODUCCIÓN

Objetivo: Analizar los resultados de la consulta de alta resolución de hematuria macroscópica monosintomática (CARHE) desarrollada dentro de un proyecto de calidad asistencial con el objetivo principal de diagnosticar precozmente la patología tumoral urológica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo de CARHE (mayo 2017-diciembre 2018): 20 meses.

Pacientes valorados: N=258 Servicio de procedencia de la derivación: urgencias (N: 145), Consultas Especialidad (N: 64), Consulta Virtual (N: 42) y otros (N: 7).

Protocolo actuación: Se filtran los pacientes con hematuria monosintomática (HM) que no necesitan ingreso y sin antecedentes urológicos. Se realiza en una primera y única consulta anamnesis, exploración física, ecografía y/o cistoscopia; con inclusión en lista de espera ese mismo día si se objetiva patología tumoral. Desde octubre de 2018, se solicita de forma sistemática la determinación de proteína MCM5 (“ADXBlaader”). En los pacientes con ecografía y cistoscopia no concluyentes, se solicita TAC y citologías.

### RESULTADOS

La media de edad de los pacientes es de 70,3 años. La media de tiempo desde que consultaron por (HM) hasta CARHE es de 9,3 días.

En 23 pacientes con ecografía y cistoscopia negativa se realizó diagnóstico por TAC de causa de la hematuria (14 litiasis, 4 TM de vías, 4 TM vesical, 1 TM renal). En total se han diagnosticado de patología tumoral con esta primera consulta el 35,6% (N=92) de los pacientes.

### CONCLUSIONES

La implantación de CARHE acorta de forma importante el tiempo de diagnóstico de patología tumoral en un paciente con HM. Se reduce de forma importante el tiempo entre síntoma-inclusión en lista de espera, de 9.3 días a una media de 60-80 días que se presentaba anteriormente. Con ello disminuye la ansiedad generada en el paciente con HM.

### Resultados CARHE

ECOGRAFÍA 95,3% (N=246)	CISTOSCOPIA 78,7% (N=203)
TM vesical 19,5% (N=48)	TM vesical 40,9% (N=83)
Masa renal 2,4% (N=6)	Sangrado prostático 6,4% (N=13)
Litiasis 4,8% (N=12)	Litiasis vesical 1,5% (N=3)
Hidronefrosis 1,2% (N=3)	
Sin hallazgos 72,1% (N=177)	Sin hallazgos (N=163)

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# ANÁLISIS DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL PROCESO "HEMATURIA MACROSCÓPICA MONOSINTOMÁTICA": COMPARATIVA ENTRE EL PERÍODO 2017 Y 2018

Orlandi Oliveira, W<sup>(1)</sup>; Sanz Del Pozo, M<sup>(1)</sup>; Espílez Ortiz, R<sup>(1)</sup>; Sánchez Zalabardo, JM<sup>(1)</sup>; Redondo Redondo, C<sup>(1)</sup>; Cabañas Plo, T<sup>(2)</sup>; Muñoz Rivero, M<sup>(3)</sup>; Gareta Alquezar, C<sup>(1)</sup>; Ezquerro Sáenz, S<sup>(1)</sup>; Corbatón Gomollón, D<sup>(1)</sup>; Galve Lazo, V<sup>(1)</sup>; Salas Trigo, E<sup>(1)</sup>; Enguita Arnal, L<sup>(1)</sup>; Soto Palacin, M<sup>(1)</sup>; Sánchez Izquierdo, E<sup>(1)</sup>; Gil Sanz, MJ<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital San Jorge. Huesca, España. <sup>(3)</sup>Urología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida, España.

## INTRODUCCIÓN

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos de la consulta de alta resolución en el proceso Hematuria Macroscópica Monosintomática(HM) en la fase inicial del 2017 en relación con el 2018.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Población diana: Pacientes que consultan por (HM) sin antecedentes urológicos. Se realiza valoración clínica, exploración física, ecografía y/o cistoscopia en una primera y única consulta. En caso de ausencia de diagnóstico se solicitan TAC y citologías urinarias. Se analizan las diferencias entre la fase de implantación y la de consolidación. Se evalúan 258 pacientes en 20 meses (Mayo2017-diciembre2018)

## RESULTADOS

Media de edad: 2017 (N=90) 71 años, 2018 (N=168) 68,7 años.

Media de tiempo: Desde la consulta por hematuria hasta la valoración en Consulta CARHE:7vs 9 días (Ver tablas)

## CONCLUSIONES

Los resultados entre las dos fases analizadas son similares, con porcentajes de diagnóstico tumoral en la primera visita de más del 35% de los pacientes. El tiempo de diagnóstico en ambos periodos se mantiene inferior a 9 días, desde que consultan por hematuria. En el año 2018 ha habido un aumento en el diagnóstico ecográfico de TM vesical, probablemente secundario a una mayor confianza en los hallazgos ecográficos por parte del Urólogo realizador. Los pacientes remitidos desde la consulta virtual son los que presentan un menor porcentaje de diagnóstico de TM vesical.

## Procedencia de los pacientes

	2017	2018
Urgencias	66%	51%
CME	27%	21%
Interconsulta virtual	-	25%
Consultas externas	2%	3%
Otros	5%	1%

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## LA QUIMIOHIPERTERMIA EN EL CARCINOMA VESICAL NO MUSCULOINVASIVO. TOLERANCIA A LA MISMA. NUESTRA EXPERIENCIA

Gutiérrez Mínguez, E; Montero Torres, J; Gonzalo Rodríguez, V; Hernández García, JM<sup>(1)</sup>; Rivero Cardenas, A; Domínguez Fernández, MdH; Alcubilla García, L

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

### · INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El manejo del cáncer de vejiga no musculoinvasivo (CVNMI) supone un reto para el urólogo debido a la gran tasa de recidiva del mismo. Conlleva revisiones periódicas y costes por el seguimiento y tratamiento de las recurrencias.

La quimiohipertermia con mitomicina C(MMC) supone una alternativa al tratamiento clásico con MMC para pacientes con tumores de riesgo intermedio o alto. Además ofrece otra opción terapéutica en época de desabastecimiento de BCG.

Nuestro objetivo es evaluar la tolerancia y complicaciones a este tratamiento en nuestra serie, así como valorar la supervivencia libre de enfermedad.

### · MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes tratados con quimiohipertermia desde noviembre de 2016 a febrero de 2018. Se usó como tratamiento sustitutivo de la MMC en pacientes de riesgo intermedio de debut o alto riesgo como vía alternativa a BCG por intolerancia o por desabastecimiento de la misma.

La dosis fue de 40 mg a 43°C durante 60 minutos. Se utilizó un sistema de recirculación con intercambiador de calor. Para la instilación utilizamos una sonda vesical de tres vías de 16 Ch. La tolerancia la evaluamos con la escala visual analógica(EVA) de valoración del dolor.

### · RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 19 pacientes. La media de edad fue de 68 años: 4(21%) mujeres y 15(79%) hombres. Todos recibieron un total de 7 dosis(4 semanales y 3 mensuales). Del total 14(74%) presentaban carcinoma de vejiga estadio TaAG; y 5(26%) T1AG.

La mediana de supervivencia libre de enfermedad fueron 13 meses (5-26 meses) tras la pauta de quimiohipertermia.

Todos los pacientes completaron sin incidencias las sesiones de instilaciones. Sólo 1(5%) presentó espasmos vesicales que no impidieron terminar el tratamiento.

### · CONCLUSIONES:

La quimiohipertermia es una buena opción de tratamiento intravesical bien tolerado por los pacientes.

Se necesita de más tiempo de seguimiento para evaluar el tiempo libre de enfermedad y tasa de recidiva en los pacientes que la han recibido. Los datos que se van obteniendo la presentan como una buena alternativa en CVNMI de riesgo intermedio y alto.

### · PALABRAS CLAVE:

Quimiohipertermia. Cáncer vesical no musculoinvasivo. Mitomicina C.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**METÁSTASIS INUSUAL DEL CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA**Soliz Burgos, W<sup>(1, 2)</sup>; Sposito, M<sup>(1, 2)</sup>; Aeberhard, M<sup>(1, 2)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>CABA.

La progresión del cáncer después del tratamiento locoregional tiene lugar en los primeros dos años posterior al tratamiento. Las recidivas que se presentan después de la quimioterapia sistémica presentan localizaciones inusuales como el SNC, serosa intestinal o peritoneo y es muy rara la metástasis al sistema reproductor femenino. Se presenta paciente de 69 años hipertensa y EPOC. Diagnóstico de cáncer de vejiga en octubre de 2017 (pT2N0M0). En febrero de 2018 vejiga endoscópicamente negativa. Realizo QMT adyuvante con cisplatino y gemcitabina mas RDT 3D 10 sesiones. En julio de 2018 se presenta en nuestro servicio con hematuria macroscópica intermitente. TAC pared vesical de 25 mm. Múltiples adenomegalias retroperitoneales. UCFC formación sólida en piso y pared lateral izquierda, ocupa casi la totalidad de la vejiga. Se realiza RTUV (T2 fenotipo basal) mas RDT 3 sesiones y vinflunina. Al mes presenta formación nodular tumefacta y dolorosa en vulva. TAC imágenes nodulillares en pulmones, adenomegalias mediastinales, retroperitoneales y en ambas cadenas ilíacas compatibles con secundarismo, vejiga de paredes engrosadas sin plano de clivaje con cuello uterino. Infiltra vagina. En febrero de 2019 servicio de ginecología realiza hemivulvectomy derecha. AP semimucosa vulvar infiltrada por carcinoma urotelial GIII ulcerado y con necrosis. CK 5, 6 y 20 positivas. A los 3 meses la paciente fallece

El cáncer de vulva, primario o metastásico es un tumor muy raro que constituye <1% de todos los cánceres femeninos. En particular los cánceres vulvares metastásicos son menos comunes y constituyen 5 a 8% de los cánceres vulvares. Los patrones metastásicos del carcinoma urotelial de la vejiga no están completamente aclarados. Datos limitados informan un potencial metastático variable que permite que este carcinoma afecte a cualquier órgano al afectar ciertos genes y proteínas. La vulva es el sitio menos metastásico del tracto genital femenino, siendo la localización más común los labios mayores. Cabe mencionar que la aparición de metástasis vulvar representa una enfermedad en etapa terminal, en general una enfermedad incurable. El consejo central de este caso es mantener un alto índice de sospecha de metástasis vulvar en mujeres con inflamación vulvar inusual y antecedente de cáncer de vejiga.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROLAPSO NEOVESICAL Y FÍSTULA NEOVESICO-VAGINAL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Butori, S<sup>(1)</sup>; Bujaldón, JM<sup>(1)</sup>; Lopez, FM<sup>(1)</sup>; Rios Pita, H<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

La fístula neovesico-vaginal desarrollada en el postoperatorio de una cistectomía radical con derivación ortotópica, es una complicación infrecuente (incidencia de 3-5%). El espesor de la pared neovesical es menor que el de la vejiga nativa, siendo más susceptible para la fistulización. Por otro lado, el prolapso neovesical en el postoperatorio de esta cirugía, también se considera una posible complicación. Existen diversas recomendaciones para evitarlo, ya sea colocar un flap peritoneal entre vagina y neo-vejiga; o la sacrocolpopexia profiláctica.

**CASO CLÍNICO**

Se presenta una paciente de sexo femenino de 65 años con antecedentes de cistoanexohisterectomía radical laparoscópica con extracción de la pieza quirúrgica por vía vaginal y posterior reconstrucción con neovejiga ortotópica. En el postoperatorio intercorre con incontinencia moderada/severa sin respuesta a Kegel. Se diagnostica prolapso neovesico-vaginal asociado a fístula neovesico-vaginal. Se realiza la corrección, interponiendo epiplón entre neo vejiga y cara anterior de la vagina. Posteriormente presenta reaparición de prolapso neovesico-vaginal por lo que se decide realizar cerclaje de pelvis anterior con derivación urinaria tipo Mitrofanoff.

**CONCLUSIÓN**

La extracción de la pieza quirúrgica por orificios naturales (transvaginal) continúa siendo una técnica segura y prometedora disminuyendo la morbilidad en diversas intervenciones quirúrgicas; sin embargo aún no hay estudios que evalúen las complicaciones postoperatorias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES DE VEJIGA IMITANDO UN CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA: UNA VARIANTE DISCOHESIVA DE CARCINOMA UROTELIAL - PRESENTACION DE UN CASO**

Iglesias, HF<sup>(1)</sup>; Koren, C<sup>(1)</sup>; Vaccaro, F<sup>(2)</sup>; Recalde, V<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clinica Estrada. Remedios de Escalada, Argentina. <sup>(2)</sup>Patología, Clinica Estrada. Remedios de Escalada, Argentina.

**Introducción:** El carcinoma urotelial con patrón de crecimiento discohesivo y características morfológicas que imitan un carcinoma lobulillar infiltrante de mama y carcinoma difuso de estómago es una variante de carcinoma de vejiga sumamente infrecuente ( 10 casos registrados) descripta por Baldwin en 2005.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, de 67 años de edad, con antecedente de hematuria y biopsia vesical con diagnóstico de infiltración por adenocarcinoma con células en anillo de sello. Ingresa por guardia con hidronefrosis bilateral. Se realiza cistectomía radical más anexohisterectomía total con abocamiento cutáneo de ambos uréteres.

**Resultado:** La vejiga muestra mucosa pardusca granular con engrosamiento difuso de la pared en hasta 2 cm e infiltración del tabique vesicouterino. En la microscopía se observa un carcinoma urotelial poco diferenciado de tipo discohesivo con patrón de infiltración cordonado y en fila india que compromete desde la mucosa hasta el tejido adiposo perivesical inclusive con invasión vascular y perineural neoplásica. Se completa el estudio con técnica de IHQ para CK7: Positivo en epitelio vesical y células neoplásicas, CK20: Positivo en células neoplásicas, RE y RP: Negativo en la neoplasia.

**Conclusión:** Motiva la presentación la baja frecuencia de esta lesión y la importancia de reconocer este patrón para evitar un mal diagnóstico de carcinoma lobulillar metastásico de mama, especialmente en biopsias pequeñas, para lo cual es indispensable la correlación clínico patológica.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**HEMATÚRIA PERSISTENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CISTECTOMIA RADICAL - RELATO DE CASO**

Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Sobreiro Fernandes, A<sup>(1)</sup>; Araldi, M<sup>(1)</sup>; Gularte da Silva Teixeira, A<sup>(1)</sup>; Rebello Horta Gorgen, A<sup>(1)</sup>; Schwengber, VH<sup>(1)</sup>; Batezini, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Paciente masculino, 72 anos, hipertenso e ex-tabagista, submetido à cistectomia radical com reconstrução a Bricker, associada à nefroureterectomia à direita. No 40º dia de pós-operatório, apresenta quadro de pielonefrite aguda. Tomografia de abdome demonstra hidronefrose severa à esquerda, compatível com estenose da anastomose ureteroileal. Realizada colocação de cateter duplo J pela via percutânea.

Com 90 dias de pós-operatório, iniciou quadro de hematúria macroscópica pela urostomia. Realizada nova tomografia de abdome, a qual demonstrou cateter duplo J bem posicionado, sem outras alterações. Com 120 dias de pós-operatório, o paciente persistia com hematúria significativa.

Optou-se por nova punção percutânea do sistema coletor e realização de pielografia, havendo passagem de contraste para a artéria ilíaca comum esquerda. Diagnóstico: fístula ureteroilíaca à esquerda.

Equipe da cirurgia vascular foi acionada no mesmo momento, procedendo à arteriografia e correção imediata da fístula com a utilização de endoprótese.

No dia seguinte, o paciente já apresentava diurese clara em sua urostomia.

As fístulas ureteroilíacas (FUI) são complicações raras e de difícil diagnóstico. Seus sintomas inespecíficos levam a tratamentos equivocados. Há relatos de embolizações e de nefrectomias por conta de diagnósticos incorretos.

Frente a um caso de hematúria, a suspeita para a origem do sangramento sempre irá compreender o trato urinário. A hematúria das FUI pode ser franca ou intermitente, também dificultando o raciocínio diagnóstico.

Supõe-se que a formação das fístulas se deva à pressão exercida pelo cateter duplo J sobre a parede ureteral, associada à pulsação arterial constante, levando à isquemia, necrose e erosão local, com consequente comunicação entre as estruturas. Radioterapia prévia e grande dissecação do ureter durante o procedimento cirúrgico facilitam o processo.

O diagnóstico pode ser estabelecido por pielografia e/ou arteriografia, que apresentam sensibilidade modesta (45-60% e 23-41% respectivamente). Visando aumentar a sensibilidade dos exames, sugere-se a retirada do cateter duplo J, objetivando o deslocamento de um possível coágulo que possa estar obstruindo a fístula naquele momento.

O tratamento com endoprótese vascular é bem sucedido na maioria dos pacientes, sendo um procedimento menos invasivo e com poucas complicações. Contudo, há casos refratários nos quais a cirurgia aberta se faz necessária.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **TUMOR NEUROENDOCRINO DE VEJIGA: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y EVALUACIÓN DE SOBREVIDA**

Tinajero, JD<sup>(1)</sup>; Nolasco, JI<sup>(1)</sup>; Zubieta, ME<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MI<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción:**

Los tumores neuroendocrinos de vejiga son extremadamente raros, corresponden a menos del 1% del total. Las variantes histológicas descritas incluyen al carcinoma de células pequeñas, los carcinoides típicos y atípicos y los carcinomas de células grandes, siendo estos últimos los más infrecuentes y coexistiendo generalmente con carcinoma de células transicionales.

Afectan principalmente a hombres mayores de 60 años y se identifica como principal factor de riesgo el tabaquismo.

Para su caracterización es de vital importancia la inmunohistoquímica.

Se caracterizan por su rápida evolución y por un peor pronóstico en comparación a los tumores de células transicionales.

Objetivo: presentar una serie de casos con este tipo de tumor y evaluación de sobrevida.

### **Materiales y métodos:**

Incluimos pacientes con diagnóstico de tumor neuroendocrino de vejiga operados en nuestra institución entre marzo de 2009 y abril de 2019.

### **Resultados:**

20 pacientes, 19 de sexo masculino (95%), edad promedio de 75.7 años. 70% eran tabaquistas activos y 15% eran ex tabaquistas. La forma de presentación más frecuente fue la hematuria (70%) y en un 20% el diagnóstico fue incidental.

A 19 pacientes se les realizó una RTU previa, encontrándose un pólipo sésil (73%) generalmente mayor a 3cm (68%). 47% eran multifocales y 26% coexisten con carcinoma in situ.

Los estudios por imágenes mostraron, 1 paciente presentaba metástasis pulmonares, 4 compromiso de la serosa vesical, 5 adenopatías y 7 uronefrosis.

14 pacientes fueron cistectomizados, realizándose en 8 Bricker, 4 neovejigas Padovana y 2 ureterostomias cutáneas, internación promedio de 12 días.

8 pacientes fallecieron con un tiempo de sobrevida promedio de 3 meses.

2 pacientes realizaron tratamiento neoadyuvante con un tiempo de sobrevida promedio de 53,3 meses.

### **Conclusión:**

Los tumores neuroendocrinos de vejiga son una entidad rara y agresiva. El tiempo de sobrevida en pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante fue superior a los que únicamente recibieron tratamiento quirúrgico. De todas formas, el pronóstico de estos tumores continúa siendo muy malo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PARAGANGLIOMA VESICAL DESCRIPCIÓN DE UN CASO**Siri, JF<sup>(1)</sup>; Dahse, N<sup>(1)</sup>; Alzu, G<sup>(1)</sup>; Punte Menendez, T<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Hospital Militar Central Cir. Mayor Dr. Cosme Argerich. CABA, Argentina.**OBJETIVO:** Presentación de un caso de Paraganglioma Vesical.

**METODO:** Descripción de un caso de una paciente femenina de 18 años de edad derivada de Santa Cruz por presentar hematuria asociada a palpitaciones, cefalea y diaforesis durante la micción, de varias semanas de evolución. Se solicitaron ecografía y urotomografía y RMN que informaron Hidronefrosis izquierda asociada a tumoración dependiente del piso vesical de 54 x 48 mm. En cistoscopia se evidenció lesión nodular de gran tamaño en piso vesical perimeatal izquierda recubierta de epitelio urotelial normal. Durante dicho estudio intercurrió con hipertensión súbita que ameritó la finalización temprana de dicho estudio. Se solicitaron estudios de laboratorio que evidenciaron valores de catecolaminas plasmáticas y urinarias aumentadas por lo que se interpretó como paraganglioma vesical funcionante. Se realizó cistectomía parcial más reimplante ureteral izquierdo. Siete días previo a la misma se administró doxazosina 1mg /día.

**RESULTADOS:** Los estudios anatomopatológicos asociados a la marcación inmunohistoquímica informaron cortes histológicos compatibles con Paraganglioma Vesical. Al año del procedimiento quirúrgico no se evidencian recidivas y los valores de catecolaminas y metabolitos plasmáticos y urinarios se encuentran dentro de parámetros normales.

**CONCLUSION:** Los paragangliomas son tumores infrecuentes que se presentan con mayor frecuencia en los adultos jóvenes, con mayor incidencia en mujeres. Se asocian a mutaciones de líneas germinales en genes que codifican subunidades del complejo mitocondrial II succinato deshidrogenada (SDH). En esta paciente la mutación del tipo B se relacionan con características malignas.

El tumor se manifiesta con una triada clásica compuesta por Hematuria, Hipertensión paroxística y ataques miccionales como cefalea, taquicardia, palpitaciones, diaforesis, visión borrosa por vaciamiento vesical provocados por la descarga catecolaminérgica. El diagnóstico de tumor funcionante se confirma por elevación de catecolaminas y sus metabolitos en plasma o en orina. Se realizó cistectomía parcial más reimplante ureteral izquierdo con margen de seguridad, previa medicación con alfa bloqueantes según la bibliografía consultada.

**PALABRAS CLAVES:** Paraganglioma vesical, cistectomía parcial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**SINDROME DE ZINNER. PRESENTACIÓN DE CASO**

Cruseño, F<sup>(1)</sup>; Gambetta, F<sup>(1)</sup>; Buchensky, C<sup>(1)</sup>; Bilos, S<sup>(1)</sup>; Giromini, S<sup>(1)</sup>; Chamas, G<sup>(1)</sup>; Jimenez, F<sup>(1)</sup>; Petrini, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Provincial de Rosario. Rosario, Argentina.

**Introducción.**

La asociación de quiste de vesícula seminal y agenesia renal homolateral (síndrome de Zinner) es una entidad rara. Se estima una prevalencia de 0.005% de la población masculina y es diagnosticado entre la segunda y la quinta década de vida. Se produce por una alteración congénita de los conductos mesonéfrico de Wolf. Presentaremos nuestra experiencia en un paciente de 29 años con un diagnóstico de dicha patología.

**Material y métodos.**

Paciente varón, de 29 años, sin antecedentes de jerarquía, que consulta al servicio de urología por un cuadro caracterizado por disuria de 2 meses de evolución. Presenta ecografía renovesicoprostática y testicular bilateral que informa: Riñón derecho de tamaño normal, sin dilatación vía urinaria. Ausencia riñón izquierdo. Vejiga con buena capacidad, deformada en sector ínfero posterior izquierdo de la misma, donde se observa formación quística de 65 x 53 x 37 mm, de contenido homogéneo y paredes finas. Ambos testículos de tamaño normal, parénquima homogéneo. En contacto con sector inferior testículo izquierdo, se observa masa ocupante redondeada, con múltiples áreas líquidas, de 26 x 18 mm. Epidídimo izquierdo engrosado.

Se solicitó luego RMN, la cual informó dilatación quística de la vesícula seminal izquierda, asociado a ausencia renal izquierda que sin mediar antecedentes quirúrgicos plantea como primer hipótesis Síndrome de Zinner.

**Resultados.**

Se realizó punción transvesical endoscópica con aguja de Williams, proceso bien tolerado. Cursó pos-operatorio sin complicaciones con alta a las 24 Hs. Se solicitó ecografía de control a los 30 días.

**Conclusión.**

El síndrome de Zinner es una patología con una prevalencia baja a nivel mundial. La ecografía es el primer método diagnóstico solicitado y luego es la RMN es el método de elección para evaluar malformaciones del conducto mesonéfrico. El tratamiento de elección es controvertido, yendo desde la conducta expectante hasta el tratamiento quirúrgico.

**Palabras Claves.**

Quiste vesícula seminal, anomalías renales, síndrome de Zinner.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRE OBTENIDAS DE MÉDULA ÓSEA PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL REFRACTARIA: EXPERIENCIA DE UN CASO

Gómez-Guerra, LS<sup>(1)</sup>; Robles-Torres, JI<sup>(1)</sup>; Garza-Bedolla, A<sup>(2)</sup>; Romero-Mata, R<sup>(1)</sup>; Mancías-Guerra, MdL<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Hematología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México.

### Antecedentes:

El tratamiento con células madre para la disfunción eréctil es un campo que ha despertado el interés de diversos grupos científicos. Numerosos estudios preclínicos han demostrado la eficacia y seguridad de esta modalidad terapéutica sobre modelos animales. Sin embargo, la experiencia clínica de las células madre en la disfunción eréctil continúa siendo muy limitada.

### Objetivos:

Presentar nuestra experiencia con el uso de células madre autólogas de médula ósea en un caso de disfunción eréctil refractaria a tratamiento médico.

### Material y Métodos:

Se presenta un caso de disfunción eréctil severa de etiología vascular asociada a diabetes mellitus de larga evolución refractaria a tratamiento médico tratado con células madre obtenidas de médula ósea. Se llevó a cabo un trasplante autólogo de células madre de médula ósea previamente bajo estimulación medular, inyectadas vía intracavernosa, con un seguimiento de 50 semanas, evaluando la respuesta terapéutica por medio de IIEF-5, Escala de Firmeza de la Erección, ultrasonido doppler cavernoso y valoración de efectos adversos.

### Resultados:

Se obtuvo una respuesta clínica máxima a la semana 12, medido por IIEF-5 y ultrasonido doppler. Los hallazgos ultrasonográficos revelaron la presencia de neovasos emergentes de las arterias cavernosas al final del seguimiento.

### Discusión:

Hasta el momento, solo cinco ensayos clínicos en humanos se han publicado en todo el mundo sobre células madre para la disfunción eréctil, mostrando resultados muy prometedores. La presencia de neovascularización es un hallazgo que no se había reportado en estudios previos, sugiriendo un papel importante en la respuesta clínica que obtuvo el paciente en estudio.

### Conclusiones:

La terapia con células madre parece ser un tratamiento seguro y efectivo en casos de disfunción eréctil refractarios a tratamientos de primera línea. La evidencia disponible actualmente continúa siendo muy limitada y no podemos concluir en base a nuestra experiencia. Consideramos necesario el desarrollo de estudios en grupos más grandes, controlados y bajo estricto seguimiento en busca de efectos adversos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**FRACTURA DE PENE: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA TEMPRANA Y RESULTADOS EN LA FUNCIÓN ERÉCTIL A LARGO PLAZO. EXPERIENCIA EN HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS**

Vizuete, E<sup>(1)</sup>; Sullcata, J<sup>(1)</sup>; Miño, P<sup>(1)</sup>; Garcia, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** El objetivo principal del presente revisión es evaluar la recuperación de función erectil posterior a fractura de cuerpos cavernosos con intervención quirúrgica temprana en el Hospital Prof. Alejandro Posadas (Buenos Aires, Argentina).

**Métodos:** Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de fractura de pene entre enero de 2012 a 2019 en el Hospital Profesor Alejandro Posadas, en Provincia de Buenos Aires. Se realizó flujometría y cuestionario de disfunción eréctil a todos los pacientes (IIEF-5, International Index Erectile Function).

**Resultados:** Se encontraron 13 casos de fractura de pene con un promedio de edad de 30 años. 12 pacientes (95%) presentaron el episodio secundario a la relación sexual. La presentación clínica fue con edema, dolor, chasquido y detumescencia con posterior hematoma. El diagnóstico fue clínico en el 100% de los casos y en 5 casos se confirmó con ecografía peneana prequirúrgica. El abordaje quirúrgico se realizó con una incisión circunferencial y postioplastia. El cuerpo cavernoso derecho fue el más frecuentemente lesionado, 3 casos fueron bilaterales asociados a lesión uretral.

**Conclusiones:** La fractura de pene es una entidad cuyo diagnóstico es clínico, debe realizarse de forma precoz y la reparación quirúrgica es el tratamiento de elección para evitar complicaciones y permitir que el paciente retorne a su actividad sexual satisfactoria de manera temprana.

**Palabras clave:** Fractura de pene. Cuerpos cavernosos. Pene.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**ANILLO DE PENE Y TESTÍCULOS, URGENCIA UROLÓGICA COMPLEJA.**

Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Romero Bobadilla, ER<sup>(1)</sup>; García Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Guzmán Martínez- Valls, P<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Andreu García, A<sup>(1)</sup>; Oñate Celdrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

**Introducción**

La estrangulación peneana por anillos metálicos y el atrapamiento escrotal concomitante pueden presentarse como un reto en la urgencia urológica. En teoría, los anillos de metal aumentan la congestión penoescrotal durante la actividad sexual. La detumescencia puede facilitar la extracción, mientras que, la no remoción puede conducir a una detumescencia retardada, edema, isquemia y necrosis. El objetivo es la presentación de un caso clínico de una patología infrecuente con un tratamiento peculiar.

**Material y Métodos**

Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con antecedente de infección por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que acude a urgencias por dolor edema y equimosis en penoescrotal e imposibilidad para sentarse, 72 horas posterior a mantener relaciones sexuales con anillo metálico en base de pene y escroto. Exploración: Anillo macizo de 55mm de diámetro de 1,5 cm de ancho dentro del cual se encuentra el pene y bolsa escrotal con ambos testículos, con piel peneana y escrotal edematosa con equimosis.

En vista de no contar con instrumental quirúrgico apropiado, solicitamos una cizalla a mantenimiento, siendo imposible su corte. Posteriormente procedimos a hacer dos cortes con esmeril angular en forma de V en hora 6 y 12, consiguiendo su corte y remoción, previa protección de la piel con placa de metal. Con evolución satisfactoria en la revisión posterior.

**Conclusiones.**

El encarcelamiento del pene es una urgencia urológica con consecuencias clínicas graves. Con la intervención rápida y la remoción del cuerpo extraño, la mayoría de los pacientes evolucionan bien sin necesidad de otras intervenciones. La retirada de estos dispositivos puede ser un desafío y, a menudo, requiere recursos que no disponemos los especialistas quirúrgicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**DISFUNCIÓN ERÉCTIL: UNA COMPLICACIÓN TEMIDA POSTERIOR A LA FRACTURA DE PENE.**

Sánchez Núñez, JE<sup>(1)</sup>; Magaña González, JE<sup>(1)</sup>; Jaspersen Gastelum, J<sup>(1)</sup>; Acevedo García, C<sup>(1)</sup>; Rosas Nava, JE<sup>(1)</sup>; Hernández Farías, MÁ<sup>(1)</sup>; Hernández Hernández, RA<sup>(1)</sup>; Cabrera Mora, NA<sup>(1)</sup>; Rodríguez Valle, ED<sup>(1)</sup>; Rico Frontana, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. CDMX, México.

**INTRODUCCIÓN.**

La fractura de pene se comprende como una emergencia urológica, el mecanismo principalmente asociado es durante el acto sexual. El diagnóstico es clínico y su tratamiento suele ser quirúrgico. Dentro de las complicaciones descritas en la literatura se encuentran: necrosis de cuerpo y base del pene, curvatura del pene, formación de fístulas, estenosis uretral y disfunción eréctil.

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo de 32 pacientes atendidos en el servicio de Urología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" del 2005 al 2019 con diagnóstico de fractura de pene (CIE 10 S31.2) que requirieron tratamiento quirúrgico. Se analizaron variables demográficas, asociadas al mecanismo del trauma y la presencia de complicaciones (disfunción eréctil mediante la aplicación del cuestionario IIEF-5).

**RESULTADOS.**

La edad media de presentación fue  $37 \pm 12$  años. El mecanismo de lesión más frecuente fue: coito 24 (75%). La promiscuidad se presentó en 16 casos (50%). La preferencia sexual fue mayoritariamente heterosexual 31 casos (96.88%). El registro referente al involucro anatómico contabilizó 15 casos con lesión de cuerpo cavernoso derecho (46.88%), siendo la lesión más frecuente. El tiempo quirúrgico medio de atención fue de  $1,297.2 \text{ minutos} \pm 963.48 \text{ minutos}$ . La complicación más frecuente en nuestra serie fue estenosis uretral (15.63%). La reanudación del coito se reportó en promedio dos meses  $\pm 1.3$  meses. Del total de pacientes, la gran mayoría se mantienen sin disfunción eréctil (59.38%) seguido de la disfunción leve (31.25%) y finalmente, disfunción leve a moderada (6.25%).

Se encontraron los siguientes factores asociados para desarrollar algún grado de disfunción eréctil:

1. Tiempo quirúrgico  $> 840$  minutos, (RR 5.666, IC 95 % 2.02-16.66, p 0.0019).
2. Edad  $> 38$  años (RR 3, IC 95 % 1.10-8.14, p 0.0285).

**CONCLUSIONES.**

El pronóstico funcional de los casos con fractura de pene es directamente proporcional al grado de la lesión y al tiempo transcurrido entre la lesión. La disfunción eréctil es una complicación importante que puede ser evitada mediante la atención oportuna de estos casos con un adecuado manejo quirúrgico.

Palabras clave: **fractura de pene, disfunción eréctil, reparación de cavernosos.**

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PROLACTINOMA COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Sánchez López, A; Muadi, J

Palabras clave: hiperprolactinemia, disfunción eréctil, microadenoma pituitario

### Introducción

La hiperprolactinemia es una causa inusual de disfunción eréctil, de los cuales los mecanismos causales no se han descrito en su totalidad. La disfunción eréctil es un síntoma común en pacientes con hiperprolactinemia. En este caso clínico se describe un paciente con disfunción eréctil y un microadenoma pituitario, sin clínica sugestiva de hiperprolactinemia o efecto de masa.

### Materiales y Métodos

Caso Clínico: Paciente de 44 años, con antecedente de obesidad clase I e hipertensión arterial esencial, quien consulta por disfunción eréctil de 10 años de evolución.

Disminución del tiempo y calidad de la erección con IIEF de 14/30 puntos, función orgásmica 6/10, deseo sexual 8/10 puntos, satisfacción sexual 9/15 puntos, satisfacción en conjunto 6/10 puntos.

Exploración: leve ginecomastia, defecto herniario inguinoescrotal derecho; el pene de forma, aspecto y tamaño normal; saco escrotal normal a la inspección, ambos testículos simétricos, no dolorosos y de consistencia normal, dos quistes del epidídimo izquierdo de 5 milímetros, no dolorosos. Ambos conductos deferentes palpables, sin evidencia de varicocele

Laboratorios: Ver Tabla 1

RM Cerebral: micro adenoma hipofisiario en el aspecto lateral izquierdo de la adenohipófisis el cual mide 5 milímetros de diámetro.

Tratamiento con cabergolina 1 mg/semana, con respuesta bioquímica a las 8 semanas.

### Resultados

Actualmente el paciente en manejo conjunto con endocrinología en su octava semana de tratamiento con cabergolina 1 mg/ semana, treinta días después de inicio con cabergolina paciente refiere mejoría en función eréctil y aumento de la libido. Prolactina actual 15.4 ng/ml.

### Conclusiones

Aproximadamente 1 a 5 % de los pacientes que consultan por disfunción eréctil son diagnosticados con adenomas pituitarios. La disfunción eréctil secundaria a neoplasias pituitarias es multifactorial y la elevación de la prolactina tiene consecuencias en los niveles de testosterona, LH, y FSH, produciendo las manifestaciones clínicas.

La hiperprolactinemia tiene efectos sobre precursores de la dopamina y explica los efectos inhibitorios centrales documentados en estos pacientes.

Tabla 1. Resultados de Laboratorios

Prueba de Laboratorio	Valor del Paciente	Valores de Referencia
Prolactina	90.2 ng/ml	3.3 – 20.8 ng/mL
FSH	1.6 mIU/ml	1.5 – 12.4 mIU/mL
LH	1.8 UI/L	1.8 – 8.6 UI/L
Testosterona Total	0.491 ng/ml	2.8 – 8 ng/mL
Testosterona Libre	0.011 ng/ml	0.006 – 0.02 ng/mL

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CASE REPORT: PRIAPISMO Y ANEMIA FALCIFORME**

Cereghini, J<sup>(1)</sup>; Meo, MM<sup>(1)</sup>; Nolzco, JI<sup>(1)</sup>; Gueglio, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:**

El priapismo es una erección del pene involuntaria, prolongada y dolorosa, no asociada con deseo sexual y que no se alivia luego de las descargas de catecolaminas que se producen al alcanzar el orgasmo. Existen dos tipos de priapismo: bajo flujo (isquémico) y alto flujo (no isquémico). Una de las principales causas de priapismo de bajo flujo es por alteraciones hematológicas como la anemia de células falciformes. El objetivo es reportar un caso clínico de un paciente con priapismo y diagnóstico de anemia de células falciformes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Paciente de 37 años de origen afroamericano con antecedente de hipertensión y cefalea pulsátil a repetición, que comienza con episodios de priapismo recurrente. Estos no ceden con pautas iniciales y requiere drenaje por guardia. Se realiza interconsulta a Equipo de Hematología quienes solicitan Electroforesis de Hemoglobina. Esta última informa presencia de Hemoglobina S. Se realiza frotis de sangre periférica informando estomatocitosis sin drepanocitosis, con prueba de forma falciforme positiva. Comenzó tratamiento con hidroxiurea y ketoconazol sin éxito. Finalmente se decide iniciar bloqueo hormonal periférico con bicalutamida 150 mg/día dando como resultado la desaparición de los episodios.

**CONCLUSIÓN**

El priapismo es una entidad frecuente que tiene como una de sus posibles causas la anemia de células falciformes. Está recomendado en las guías el tratamiento con hidroxiurea y ketoconazol. En nuestro caso obtuvimos resultados positivos con la administración de bicalutamida .

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**AFECTACIÓN OCULAR CON EL USO DE TADALAFILO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA.**

Lopez Romero, FE<sup>(1, 2)</sup>; Dalvit, MA<sup>(1)</sup>; Frias, EN<sup>(1)</sup>; Urresti, AA<sup>(1)</sup>; Santomil, F<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Privado de Comunidad. MAR DEL PLATA, Argentina. <sup>(2)</sup>MAR DEL PLATA.

Palabras claves: Tadalafilo, Disfunción eréctil, NAION.

**Introducción**

La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NAION) afecta la perfusión del disco óptico que conduce a edema e isquemia visibles en fondo de ojo (FO). Se describe un caso clínico de NAION en paciente con disfunción eréctil (DE) bajo tratamiento con Tadalafilo.

Objetivo: Describir un caso clínico de NAION.

**Materiales y métodos:**

Paciente 64 años con HTA, Tabaquismo. DE tratada con Tadalafilo 5 mg/día, inicia 05/2018, consulta en 01/19 a Oftalmología por disminución de agudeza visual, fotopsia y miodesopsia. Suspende medicación por su cuenta y en 48 hs nota mejoras. Se realiza Fondo de Ojo donde se observa: Arterias en hilos de cobre y tortuosidad vascular (Retinopatía Hipertensiva).

**Resultados**

Se suspende tadalafilo, durante controles se observa mejoría del cuadro. Fondo de ojo de Julio 2019: Normal.

**Conclusión**

La Retinopatía Hipertensiva se debe conocer como efecto adverso de los IPDE 5. Ante supresencia se debe suspender y consultar con oftalmología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**NUEVO ENFOQUE EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE**

Cardozo, J<sup>(1)</sup>; Rodríguez Baigorri, G<sup>(1)</sup>; Carvajal Obando, A; Antola, HD<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, HGA E Tornu. CABA Buenos Aires, Argentina.

**Introducción**

El implante de prótesis de pene (PP) se reserva para aquellos pacientes con DE orgánica que no responden a tratamiento farmacológico. La complicación más temida es la infección. El tratamiento propuesto para estos casos es la administración de antibioticoterapia y el retiro del implante.

**Objetivos**

Describir un caso de infección de PP con manejo conservador.

**Materiales y métodos**

Masculino de 54 años de edad con diagnóstico de DE orgánica refractaria al tratamiento médico. Antecedentes: HTA y asma. Se realizó colocación de PP de tres componentes, la vía de abordaje fue pene-escrotal. Curso postoperatorio favorable alta sanatorial a las 24 hs. A los 45 días presentó débito purulento en tercio inferior de herida. Al examen físico secreción turbia en tercio distal de herida con dehiscencia de la misma, pene no doloroso. Ecografía evidenció cilindros normocolocados sin signos de colección periprotésica, a nivel escrotal se visualizaba en la periferia de la bomba cambios inflamatorios leves y escasa colección. TAC de pelvis: Leve colección escrotal. Se realizó ingreso hospitalario, inicio de tratamiento antibiótico empírico (endovenoso) con clindamicina y vancomicina. Se realizó toilette quirúrgica con toma de cultivos y drenaje de colección. Se colocaron dos drenajes. Continúo con igual esquema antibiótico y lavajes por sondas con vancomicina. Se obtuvo rescate de cultivo que informó: Estreptococo sensible a amoxicilina y clindamicina. Se adecuó esquema antibiótico. A los 7 días se decidió nueva toilette, extracción de drenajes y confección del bolsillo para bomba, lavado del lecho con solución con vancomicina, la bomba y las tubuladuras fueron irrigadas con igual solución, se recoló dispositivo y cierre de herida. A las 48 hs se otorgó alta hospitalaria. Completó 15 días con amoxicilina y clindamicina. Presentó buena evolución clínica. A las 6 semanas del alta inició de inflado y desinflado del dispositivo. Sin complicaciones posteriores.

**Discusión**

La infección del dispositivo representa un hecho trágico para ambos, en la mayoría de los casos es correcto el explante del mismo, pero en casos seleccionados se puede optar por manejo conservador que incluya además de antibioticoterapia el drenaje quirúrgico y conservación de la prótesis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PERFORACION DE CUERPO CAVERNOSO POR PROTESIS PENEANA DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN**

Pizarro, L<sup>(1)</sup>; Iglesias, F<sup>(1)</sup>; Lamuedra, L<sup>(1)</sup>; Podskubka, J<sup>(1)</sup>; Greene, P<sup>(1)</sup>; Morales Bayo, S; Cabeza, I<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>UROLOGIA, BERNARDO HOUSSAY. VICENTE LOPEZ, ARGENTINA.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de un adulto mayor que desarrolla perforación de cilindro protésico de 5 años de evolución, asociado a colonización bacteriana del mismo, resuelto con cirugía de retiro de prótesis con indemnidad peneana.

**Material y Métodos:** Adulto de 81 años de edad, con antecedentes médicos de Hipertensión arterial, DBT insulino requiriente, Colocacion de protesis peneana hace 20 años por disfuncion erectil, Ca de próstata (Gleason 3+4=7) recibió RDT, Ca urotelial de bajo grado, sin compromiso de capa muscular, estenosis uretral prebulbar, sondado cronico. Concorre a consultorio externo de urología presentando perforación de cilindro protésico de cuerpo cavernoso derecho.

Se decide conducta quirúrgica que consiste en retiro de ambas prótesis, con previo tratamiento antibiótico endovenoso y colocación de sonda vesical de 18Fr. Evolucionó en forma favorable con buen lecho granular de zona quirúrgica

**Resultados:** Presenta a los 12 meses de la cirugía una evolución favorable con recuperación estética con preservación de las funcion urinaria y sensibilidad en pene.

**Conclusiones:** La intervención quirúrgica proporcionó un resultado inmediato estético y funcional en el paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **MANEJO ENDOUROLÓGICO DE LA ESTENOSIS URETERO-VESICAL EN TRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.**

Sánchez Núñez, JE<sup>(1)</sup>; Rivera Astorga, H<sup>(2)</sup>; Jaspersen Gastélum, J<sup>(1)</sup>; Rosas Nava, JE<sup>(1)</sup>; Acevedo García, C<sup>(1)</sup>; Gurrola Ortega, Á<sup>(3)</sup>; Cabrera Mora, NA<sup>(1)</sup>; Hernández Hernández, RA<sup>(1)</sup>; Rodríguez Valle, ED<sup>(1)</sup>; Hinojosa Heredia, H<sup>(4)</sup>; Garduño Arteaga, ML<sup>(1)</sup>; Magaña González, JE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. CDMX, México. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Español. CDMX, México. <sup>(3)</sup>Servicio de Urología, Hospital General 450. Victoria de Durango, Durango. <sup>(4)</sup>Servicio de Trasplantes, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. CDMX, México.

### **Introducción.**

Una vez realizado el trasplante renal, se favorece de manera considerable la funcionalidad y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica (ERC). Pese a ello, este procedimiento no es inocuo ni se encuentra exento de complicaciones; donde, la estenosis de la unión uretero-vesical (UV) juega un papel relevante.

En la actualidad, existen diversos tratamientos para la resolución de ésta; sin embargo, no existe un consenso para determinar cuál es el de mayor eficacia y seguridad.

### **Material y métodos:**

Serie de pacientes con estenosis UV como complicación posterior al trasplante renal atendidos en el Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" O.D.

### **Resultados:**

De la serie de casos, dos de ellos fueron resueltos mediante la dilatación endoscópica con balón. Otros dos casos mediante ureterotomía con corte frío y con la aplicación de láser. Hasta el momento todos los pacientes sin evidencia de re-estenosis (36 meses); evaluados y seguidos de manera clínica, pruebas bioquímicas que evalúan la función renal y estudios de imagen para objetivar dilatación ureteropielocalicial o hidronefrosis del injerto renal.

### **Conclusiones:**

Se menciona al reimplante ureteral como el tratamiento estándar para esta complicación; sin embargo, los procedimientos endoscópicos se posicionan como una alternativa terapéutica accesible, factible y con buenos resultados.

El manejo endoscópico de esta complicación constituye una alternativa más para el tratamiento de la estenosis de la unión UV post-trasplante aunque se requiere de un mayor número de estudios que demuestren la verdadera eficacia y seguridad de estas técnicas.

**PALABRAS CLAVE:** Complicaciones urológicas, estenosis uréter, trasplante renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# TRANSPLANTE RENAL INTRAPERITONEAL EM PACIENTE JOVEM COM EXTENSA VARIAÇÃO ANATÔMICA E URETEROILEOSTOMIA CUTÂNEA

Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Murata, MM<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; Stier Serpe, MV<sup>(1)</sup>; Porto Silveira, F<sup>(1)</sup>; Silveira, F<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Goginski, J<sup>(1)</sup>; Ozório Ferraz, MC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brasil.

**Introdução:** O Brasil é o 2º país do mundo em números de transplantes renais por ano, no entanto, quando se analisa esse número por milhão de população, o país ocupa o 33º lugar. Até junho de 2018, haviam 21962 adultos e 364 crianças na lista de espera para TR. A derivação urinária criada por Bricker consiste na implantação dos ureteres em segmento de íleo previamente isolado. **Objetivo:** relatar o caso de um TR intraperitoneal em uma paciente com grandes deformidades anatômicas e DU. **Métodos:** Realizou-se uma avaliação retrospectiva do prontuário da paciente. **Resultado:** Mulher, 25 anos, encaminhada ao serviço de TR. Ao nascimento, apresentou mielomeningocele lombossacra (MMC), evoluindo com incontinência urinária e fecal, disrafismo na coluna lombar, cifoescoliose acentuada e alterações anatômicas vasculares de vasos ilíacos. Aos 19 anos, realizou nefrectomia à esquerda por pielonefrite de repetição e foi submetida à ureteroileostomia cutânea (Bricker) em fossa ilíaca direita. Evoluiu com deterioração da função renal e iniciou hemodiálise. Tinha como antecedentes hidrocefalia (derivação ventriculoperitoneal à direita) e infecção urinária de repetição. Aguardou por 2 anos até ser contemplada compatível com um órgão de doador falecido. Pela variação anatômica complexa, foi feita a colocação do enxerto via intraperitoneal em flanco direito. Realizou-se a anastomose venosa termino-lateral em veia cava infrarrenal com polidioxanona (PDS) 5.0 e anastomose arterial termino-lateral em artéria aorta, 2 cm acima da bifurcação em ilíaca comum, em topografia da artéria inframesentérica inferior com PDS 6.0. O implante ureteral foi feito em alça ileal de Bricker com PDS 5.0 e técnica Gregoir-Lich, associada a tunelização com técnica de Witzel, com cateter ureteral do tipo Duplo J. Na ultrassonografia com Doppler o enxerto renal apresentou índice de resistência das artérias inferior a 0,8, sem sinais de estenoses. A paciente evoluiu adaptada ao enxerto renal, com boa função renal no acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Uma malformação congênita como a MMC pode implicar em importante morbidade ao paciente. O TR em pacientes com DU é factível e apresenta desfecho similar aos sem DU. Quando realizado em pacientes com anatomias complexas, a anastomose superior pode ser uma boa alternativa.

**Palavras-chave:** Transplante Renal, Derivação Urinária, Mielomeningocele.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON TROMBOFILIAS DURANTE PERI-OPERATORIO DE TRASPLANTE RENAL: REPORTE DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Toro-Bermúdez, R.<sup>(1)</sup>; Nieto-Ríos, JF<sup>(2)</sup>; Ocampo-Kohn, C<sup>(2)</sup>; Zuluaga-Valencia, GA<sup>(2)</sup>; Aristizabal-Alzate, A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente urología, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. <sup>(2)</sup>Nefrología, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

### INTRODUCCIÓN:

La presencia de trombofilias con requerimiento de anticoagulación y enfermedad renal crónica terminal manejado con trasplante, es un escenario relativamente poco frecuente y de muy difícil manejo, por lo cual debe contarse con un equipo multidisciplinario. El riesgo de sangrado es muy alto después de trasplante renal por múltiples factores. La anticoagulación posterior a un trasplante renal es un verdadero.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de pacientes trasplantados renales en nuestro servicio con trombofilias con indicación absoluta de anticoagulación posterior al trasplante renal. Descripción de tipo de trombofilia, reversión de anticoagulación, características intraoperatorias, evolución posoperatoria, vigilancia hemodinámica y parámetros de laboratorio, imágenes diagnósticas, re-intervenciones, reinicio de anticoagulación, manejo de complicaciones, implementación de anticoagulante oral y seguimiento.

### RESULTADOS:

El grupo de Trasplante Renal del Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín ha trasplantado 1004 casos, desde 2005 hasta la actualidad. 616 hombres (61%), 388 mujeres (39%). 4 casos (0.39%) con trombofilias con indicación absoluta de anticoagulación posterior del trasplante renal. 75% presentó sangrado que requirió transfusión de hemoderivados, 25% requirió re-intervención quirúrgica, 21 días de estancia hospitalaria en promedio. Creatinina sérica a los 3 meses de seguimiento con un promedio de 1.8 mg/dL. Un caso de pérdida del injerto y una muerte a los 30 meses postrasplante.

### CONCLUSIONES:

El reinicio de la anticoagulación debe realizarse de forma temprana si la evolución del post-operatorio lo permite, para evitar complicaciones trombóticas asociadas a las trombofilias con monitoreo estricto de hemoglobina, evaluación de la zona quirúrgica y doppler del injerto diario en los primeros días. El uso de heparina no fraccionada hasta la mejoría de la tasa de filtración glomerular es el primer paso, posteriormente avanzar a heparinas de bajo peso molecular e ir titulando dosis hasta llegar a dosis óptimas. El uso de anticoagulantes orales dependerá de varios factores, incluyendo el tipo de trombofilia, interacciones medicamentosas y tipo de seguimiento del paciente.

Palabras claves: Trasplante de riñón, Trombofilia, Anticoagulantes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**BURN OUT TESTICULAR Y AZOOSPERMIA. UN CASO FUERA DE LAS GUÍAS CLÍNICAS.**Claro, A<sup>(1)</sup>; Iglesias, M<sup>(1)</sup>; Mancebo, M<sup>(1)</sup>; Martínez, L<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Catedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Palabras clave: cáncer de testículo, tumor de células germinales, regresión espontánea, “burn out”, seminoma.

Introducción:

La regresión espontánea de un tumor testicular es un fenómeno poco común. En el cáncer de testículo es un tumor de células germinales con regresión completa o parcial, espontánea, con o sin vestigios de un tumor de células germinales. Generalmente la forma de presentación es debido a la metástasis del mismo. (1).

Caso clínico:

Paciente de sexo masculino de 31 años, que consultó por tumoración escrotal derecha. Al examen físico se evidenció en el testículo derecho una tumoración de 1,0 cm en polo superior, pétérea e indolora, confirmada en la ecografía escrotal.

Se realizó orquiectomía radical derecha, la anatomía patológica destaca: sin evidencia de proliferación neoplásica, en un testículo atrófico y sin espermatogénesis. El esperatograma además muestra una azoospermia.

En la evolución, el paciente presentó dolor lumbar derecho, por lo que se le solicitó tomografía computarizada tórax abdomen y pelvis en la que se caracterizaron adenomegalias retroperitoneales mayores a 5cm. Se obtuvo material por punción para análisis anatomo-patológico que mostró proliferación celular atípica de la línea germinal de tipo seminoma.

Se plantea tumor testicular con secundarismo ganglionar que sufrió regresión espontánea: “burn out”.

Conclusiones:

Los tumores germinales pueden originarse en el retroperitoneo, aunque lo más probable es que sean metástasis de un tumor testicular (2).

Se ha reportado asociación entre la infertilidad y el cáncer de testículo, posiblemente por presentar factores causales comunes. (3).

No se cuenta con bibliografía disponible en la guía diagnóstica y terapéutica, siendo necesarios estudios de mayor nivel de evidencia al respecto.

Bibliografía:

1. Astigueta JC et al. Spontaneous testicular tumor regression: case report and historical review. 2018 Dec. [cited 2019 Jun 11] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6351062/>
2. Balala N. et al. Burned Out Testicular Tumor: a case report. 2011 Jun. [cited 2019 Apr. 11]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114614/>
3. Moller H, et al. Risk of Testicular cancer in subfertile men: case-control study. 1999 Feb. [cited 2019 Jun 9] Available from: <https://www.bmj.com/content/318/7183/559.short>.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR TESTICULAR CRIPTORQUÍDICO: REPORTE DE UN CASO**cuya, M<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>urología, Enrique Tornu. Caba, argentina.

**Introducción:** De los tumores testiculares, la criptorquidia constituye el principal factor de riesgo con un aumento del mismo entre 4 y 6 veces a un teste descendido. Disponemos del examen físico y estudios de imagen para arribar al diagnóstico. La importancia de esta entidad se basa en las dos principales complicaciones a largo plazo: la hipofertilidad y el riesgo de malignización.

**Objetivo:** Reporte de un caso clínico de tumor testicular criptorquidico.

**Materiales y métodos:** Paciente masculino de 25 años de edad con antecedente de criptorquidia derecha que consulta por dolor abdominal inespecífico de 1 año de evolución. Al examen físico se constata masa palpable en región de fosa iliaca derecha e hipogastrio. La misma de consistencia indurada y adherida a planos profundos. Se evidencia ausencia de teste derecho. Ante estudios de imágenes se realiza diagnóstico de gran masa abdominal que ocupa parte de región abdominal derecha. Se aprecian adenomegalias retroperitoneales que comprometen uréter izquierdo generando uronefrosis proximal. Se solicitan marcadores tumorales y se planifica la exploración abdominal con eventual nefrostomía izquierda. Presentó elevación de HCG-B y LDH preoperatorio. Se realizó exéresis de lesión testicular tumoral y nefrostomía izquierda. Paciente con buena evolución postoperatoria con negativización de marcadores. La anatomía patológica evidencio seminoma puro. Realizó 3 ciclos de quimioterapia con buena evolución a la misma. Ante lesión residual se programa rescate de masa retroperitoneal con diagnóstico anatomopatológico de fibrosis. Actualmente en seguimiento activo por especialidad, con estudios de extensión negativos.

**Discusión:** El seminoma presenta una evolución natural relativamente favorable con menores tasas de metástasis y recidiva como así también de una respuesta favorable a la quimioterapia. El 90% de los seminomas avanzados presentan un buen pronóstico y una respuesta favorable a la quimioterapia. La criptorquidia es en si el factor de riesgo más importante en el desarrollo de patología maligna en el testículo. De allí sobresale la importancia de una detección temprana. Si bien los estudios de imágenes nos permiten orientar el diagnóstico, el examen físico genital constituye en sí la principal herramienta que el urólogo debe tener presente para una valoración oportuna.

**Palabras claves:** tumor testicular- criptorquidia- diagnóstico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ORQUIECTOMÍA PARCIAL EN TUMOR TESTICULAR BILATERAL ASOCIADO A SÍNDROME ADRENOGENITAL.

Bengió, R<sup>(1, 2)</sup>; Arribillaga, L<sup>(1, 2)</sup>; Oulton, G<sup>(1, 2)</sup>; Epelde, J<sup>(1, 2)</sup>; Cordero, E<sup>(1, 2)</sup>; Carrara, S<sup>(1, 2)</sup>; Arismendi, E<sup>(1, 2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Centro Urológico Profesor Bengió. Córdoba, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El tumor testicular del síndrome adrenogenital (TTSA), también llamado tumor testicular adrenal, es una rara entidad clínica benigna frecuentemente asociada con pacientes con diagnóstico conocido de hiperplasia adrenal congénita (HAC). Los TTSA son complicaciones de la HAC y se presentan como lesiones a nivel de la rete testis bilateral, sincrónica, nodular y múltiple de etiología desconocida.

**Presentación del caso clínico:** Reportamos el caso de un paciente masculino de 24 años con antecedentes de HAC por déficit de 21 hidroxilasa en tratamiento médico con hidrocortisona y metformina. Es derivado por servicio de endocrinología por presentación de masa palpable a nivel testicular bilateral. Se realiza ecografía donde se evidencia se confirma la lesión nodular en ambos testículos. Se realiza cirugía exploratoria de testículo izquierdo con toma de muestra para biopsia fría que no es sugerente de tumor germinal, por lo que se decide realizar resección completa de la lesión intraparenquimatosa testicular conservando parénquima testicular indemne. Se realiza orquiectomía parcial contralateral, con hallazgo de una lesión de similares características. Anatomía patológica: pseudotumor testicular del síndrome adrenocortical con inmunohistoquímica positivo para vimentina y sinaptofisina y negativo para Pan-Citoqueratina y CD 10.

**Conclusiones:** Los TTSA son tumores frecuentemente bilaterales de naturaleza benigna que ocurren en pacientes con HAC, siendo la principal causa de infertilidad en esta entidad. Los antecedentes del paciente y las características clínicas pueden hacer razonable su sospecha. Si bien el tratamiento hormonal es la primera línea de tratamiento, la posibilidad de realizar cirugía testicular conservadora en estos casos debería ser mandatoria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR DE ESTIRPE EMBRIONARIO DERECHO MANEJO DE RESCATE**

Guevara, A<sup>(1)</sup>; Torres, J<sup>(2)</sup>; Cadena, J<sup>(3)</sup>; Alarcon, D<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Solca. Portoviejo, Ecuador. <sup>(2)</sup>Patología, Solca. Portoviejo, Ecuador. <sup>(3)</sup>Nefrología, Solca. Portoviejo, Ecuador. <sup>(4)</sup>Oncología Clínica, Solca. Portoviejo, Ecuador.

**Introducción:** La incidencia en los tumores testiculares el 7% son Rabdomiosarcomas de origen Paratesticular. Estos tumores surgen del epididimo, cordón espermático, testículo y escroto. El 2% aparecen en adolescentes y de 15 A 19 años de edad. En el presente trabajo es presentar un caso de manejo a paciente con patología Rabdomiosarcoma Paratesticular de Estirpe Embrionario Estadio III / IV Escala IRSG y Estadio IIIa T3N3M1aS0. El factor pronóstico de los Rabdomiosarcomas localizados a nivel genitourinario es alrededor del 22% con supervivencia 5 años post diagnóstico en un 89%.

**Material y Métodos:** Manejo de paciente al cual se le realizó exéresis de masa paratesticular Vía Escrotal, bajo protocolo Uro-Oncológico y manejo multidisciplinario, Nefrología, Clínica Oncológica.

**Resultados:** Paciente al momento en tratamiento de mantenimiento Multiquimio con buena respuesta, sin evidencia de progresión tumoral en TAC Contraste semestrales.

**Conclusión:** El diagnóstico precoz, tratamiento quirúrgico siendo masa sospechosa es la exploración vía inguinal alta / quimioterapia y seguimiento multidisciplinario da mejor supervivencia a este tipo de patología.

**Palabras Claves:** Tumor Paratesticular. Rabdomiosarcoma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **METÁSTASIS TESTICULAR DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Lara Moscoloni, LF<sup>(1)</sup>; Santarelli, M<sup>(1)</sup>; Longo, EM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Churruca - Visca. CABA, Argentina.

### **Introducción:**

El carcinoma de células de Merkel (CCM), es una neoplasia neuroendocrina infrecuente.

Originada en las células de la capa basal de la epidermis que están involucradas en la propiocepción.

La edad de presentación oscila entre los 65 a 70 años; el 5% de los casos se presentan en menores de 50 años.

Mayor frecuencia en el sexo masculino. Relación 2:1

Clínicamente se presenta como nódulo eritematoso violáceo e indoloro raramente ulcerado.

El 50% de lesiones se ubican en cabeza y cuello, 40% en extremidades y 10% en tronco y genitales.

Su patogénesis es incierta, Se asocia con el Poliomavirus. Se plantea que la exposición excesiva a la luz ultravioleta es el principal factor de riesgo; Los inmunosuprimidos tienen 13 veces más posibilidad de desarrollarlo.

El CCM es un tumor agresivo, quimio y radiosensible. Las recaídas locales, metástasis regionales y a distancia son frecuentes. La supervivencia media post diagnóstico es 5 a 9 meses.

Hasta la fecha, hay 7 casos reportados en la literatura de metástasis testicular de CCM

### **Caso:**

Hombre de 65 años con antecedentes de HTA, DLP. Cardiopatía Chagásica Ex TBQ. y diagnóstico de CCM en muslo derecho en 2015. Se realizó resección + Vaciamiento ilíaco inguinal derecho + ampliación de márgenes. Realizó Quimioterapia con Etopósido + cisplatino por 6 ciclos. Con posterior abandono del tratamiento.

Consulta en 2019 por aumento de tamaño e induración testicular derecha de 1 mes de evolución.

Ecografía: Testículo Derecho heterogéneo, con múltiples imágenes hipoeoicas. Marcadores tumorales testiculares negativos.

RMN Testículo Derecho: aumentado de tamaño con imágenes nodulares que tienen hipointensidad en T1 y T2. Con realce post contraste. Adenomegalias inguinales izquierdas.

Se realiza orquiectomía radical derecha evidenciándose importante proceso fibro adherencial en planos quirúrgicos. Anatomía patológica: Metástasis testicular de CCM con Inmunomarcación positiva. (CK 20, Sinaptofisina y Cromogranina)

Actualmente en seguimiento por hematología por bicitopenia en estudio y Oncología.

### **Conclusiones:**

El CCM es raro agresivo y de mal pronóstico. Existe muy poca evidencia de metástasis testiculares.

Pese a que la supervivencia del CCM metastásico es corta, el paciente continúa en controles oncológicos.

La inmunomarcación es importante en el diagnóstico del CCM metastásico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS DIAGNOSTICADO APÓS TRAUMA TESTICULAR

Murata, MM<sup>(1)</sup>; Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; D'agnoluzzo, L<sup>(1)</sup>; Dias Moreira, JE<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Lima Pupulin, MH<sup>(1)</sup>; Cavalli Marconato, FH<sup>(1)</sup>; Pirajá, F<sup>(1)</sup>; Goginski, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brasil.

**Introdução:** Os traumas testiculares (TT) associam-se a 17% dos acidentes de trânsito e 85% ocorrem por contusão testicular (CT). Os traumas de uretra (UR) causam de estiramento simples até rompimento total da UR e dividem-se em UR posterior e anterior. 86% levam a sangramento de UR. Os tumores testiculares de células germinativas (TCG), contém massa testicular indolor e edema. São investigados por ultrassonografia, hemograma, radiografia de tórax e pesquisa de marcadores tumorais (MT). **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente (PCT) com tumor testicular diagnosticado após TT, relacionando achados clínicos e laboratoriais do PCT e os dados obtidos na revisão da literatura. **Métodos:** Realizou-se uma avaliação retrospectiva descritiva do prontuário do PCT. **Resultado:** Sexo masculino, 28 anos, encaminhado ao pronto socorro por CT e pélvica por acidente de moto, com uretrorragia e dor em testículo direito. Ultrassom detectou rompimento de túnica albugínea e na uretrocistografia retrógrada, extravasamento do contraste em UR peniana proximal. Fez-se exploração de bolsa escrotal e orquiectomia devido à inviabilidade testicular além de realinhamento de UR com sondagem vesical de demora e tratamento conservador por 21 dias. O exame anatomopatológico diagnosticou neoplasia de células germinativas mista (90% carcinoma embrionário [CE] e 10% tumor de seio endodérmico ou tumor do saco vitelino [TSV]). Realizado então estadiamento pós-operatório sem evidência de metástases (MTT) e MT normais. Optado então pela realização de ampliação cirúrgica via inguinotomia com ressecção do cordão espermático além de quimioterapia com cisplastina e etoposídeo. O exame anatomopatológico da ampliação cirúrgica apresentou-se livre de neoplasia. Em seguimento ambulatorial o paciente apresentou oligospermia, mas boa evolução após um ano, sem recidivas até o momento e com boa diurese sem evidências de estenose de UR. **Conclusão:** As CT estão associadas à ruptura testicular, acidentes de alta intensidade e lesão de UR anterior. Porém, não houveram relatos sobre TCG após TT. Ademais, apresentou ausência de linfonodos positivos, elevação de AFP ou MTT à distância, comuns a CE e TCG.

**Palavras-chave:** Doenças Testiculares, Tumor de Células Germinativas e Neoplasias Testiculares.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LIPOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO - A PROPÓSITO DE UN CASO**

Meo, M; Cereghini, J; Nolzco, JI; Tejerizo, JC

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores del cordón espermático representan el 10% de los tumores paratesticulares. Un tercio son malignos, siendo el sarcoma el de mayor prevalencia (90%).

El subtipo más frecuente es el liposarcoma (3 - 7%). Alrededor de 300 casos fueron reportados en la literatura.

La orquiectomía radical con resección de tejidos circundantes es el tratamiento de elección.

El principal medio de diseminación es hematógeno por lo cual la linfadenectomía no tiene relevancia pronóstica ni terapéutica.

El riesgo de recidiva local luego de la cirugía es alto (30 - 50%). Se sugiere realizar una nueva resección si los márgenes quirúrgicos fuesen positivos.

La radioterapia está indicada en tumores de alto grado, invasión linfática, márgenes inadecuados o recaídas locales. La quimioterapia no tiene un rol definido en el tratamiento de esta patología.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de liposarcoma de cordón espermático y revisión de literatura.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de 57 años, sin antecedentes de relevancia, consulta por presencia de tumoración de 5 cm a nivel de testículo izquierdo, de carácter duro petro.

TCMS informa imagen hipodensa a nivel de testículo izquierdo sin realce tras la administración de contraste endovenoso.

Marcadores tumorales: Alfafetoproteína: 14.5; LDH 146; Gonadotropina coriónica humana 0.55.

Se indica orquiectomía radical. Durante la cirugía se evidencia testículo indemne. A nivel de cordón espermático se observa formación sólida duro pétrea, la cual se reseca y envía a anatomía patológica por congelación que informa tumor mixoide. Se finaliza procedimiento.

Anatomía patológica por diferido: Liposarcoma de cordón bien diferenciado, bajo grado T2. Márgenes quirúrgicos no evaluables.

Se decide completar orquiectomía radical, con resección de áreas sospechosas.

Anatomía patológica: Restos de liposarcoma bien diferenciado en porción media del cordón espermático.

Márgenes quirúrgicos negativos.

**CONCLUSIÓN:** El liposarcoma de cordón espermático es una entidad de baja prevalencia. El tratamiento de elección es la orquiectomía radical con márgenes quirúrgicos amplios. Aún no está bien definido el rol de la radioterapia y la quimioterapia en esta patología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CON METÁSTASIS CUTÁNEAS**

Sanz del Pozo, M<sup>(1)</sup>; Orlandi Oliveira, W<sup>(1)</sup>; Ezquerro Sáenz, S<sup>(1)</sup>; Gareta Alquézar, C<sup>(1)</sup>; Corbatón Gomollón, D<sup>(1)</sup>; Galve Lahoz, V<sup>(1)</sup>; Salas Trigo, E<sup>(1)</sup>; Enguita Arnal, L<sup>(1)</sup>; Sánchez Izquierdo, E<sup>(1)</sup>; Soto Palacín, M<sup>(1)</sup>; Gil Sanz, MJ<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

**PALABRAS CLAVE**

**Carcinoma epidermoide pene, metástasis cutáneas**

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer de pene representa una patología oncológica infrecuente, con una incidencia en aumento pero inferior a 1/100000 hombres en países desarrollados, siendo el carcinoma escamoso el tipo histológico predominante.

Su tratamiento estándar es quirúrgico. La diseminación se produce principalmente por vía linfática.

Tiene una supervivencia a 5 años del 66% si no hay afectación linfvascular, que se reduce a 27% con ganglios positivos.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de un varón de 52 años que consulta por lesión excrecente en prepucio. Se practicó biopsia de la lesión mediante postectomía con resultado de carcinoma epidermoide pT2G2 con márgenes positivos e infiltración de cuerpo esponjoso. Se realiza penectomía parcial más linfadenectomía inguinal bilateral, pendiente de ampliar linfadenectomía a región pélvica.

En ingreso previo a intervención quirúrgica refiere dolor urente invalidante en región púbica y escrotal incoercible pese a opiáceos pautados por Unidad del Dolor. Se completa estudio con Ecografía escrotal, TAC y RM pélvicos y gammagrafía ósea.

**RESULTADOS**

En las pruebas de imagen se descarta progresión tumoral locorregional y a distancia.

Durante el ingreso aparición de novo de lesiones cutáneas papulosas, induradas en pantalón sospechosas de infiltración tumoral por extensión linfática, se toma muestra mediante punch para anatomía patológica, que evidencia metástasis de carcinoma de células escamosas con expresión difusa de p63.

El paciente fue trasladado al Servicio de Oncología, donde fallece un mes después de la fecha de ingreso, sin haber sido posible tratamiento quimioterápico.

**CONCLUSIONES**

El carcinoma epidermoide de pene es una entidad poco frecuente en nuestro medio. La presencia de diseminación ganglionar ensombrece su pronóstico; su patrón de diseminación es predecible y progresivo a través de ganglios linfáticos inguinales superficiales, posteriormente profundos y pélvicos, siendo las metástasis a distancia infrecuentes, principalmente a cerebro, pulmón, hígado y hueso.

Las metástasis cutáneas de tumores primarios son un evento raro en general, apareciendo en un 0'7-9% de los pacientes con cáncer, y aún más excepcional en caso de carcinoma epidermoide de pene. Su presencia confiere una media de supervivencia de 3 a 6 meses.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CANCER DE PENE. AMPUTACIÓN INFRATROCANTEREA POR RECIDIVAS GANGLIONARES INGUINALES. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Mauro, G<sup>(1)</sup>; Zirino, J<sup>(1)</sup>; Ayarde, E<sup>(1)</sup>; Saldaño, J<sup>(1)</sup>; Perez, P<sup>(1)</sup>; Caradonti, M<sup>(1)</sup>; Iborra, F<sup>(1)</sup>; Dib, M<sup>(1)</sup>; Del Re, N<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Santojanni. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Es una patología poco frecuente y agresiva. Representa aproximadamente el 1% de los tumores que afectan al hombre. La fimosis, el virus papiloma y la mala higiene son causas importantes. Se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y sexta década de vida con una supervivencia del 30 al 55 % y una tasa de mortalidad de 0,4 % en Argentina y 0,3 % en CABA.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente masculino de 75 años sin controles urológicos previos, consulta por formación voluminosa tumoral de aspecto condilomatosa en pene y adenopatía inguinal derecha de 7 meses de evolución, se indica tratamiento antibiótico amplio espectro y se programa cirugía.

**RESULTADOS:** Se realiza penectomía total y meato perineal. Anatomía patológica informa carcinoma epidermoide, índice de cubilla 6 con un TNM T3 N1 M0. En base a este índice se indica linfadenectomía inguinal bilateral superficial y profunda, hallándose carcinoma epidermoide semidiferenciado infiltrante. Se indica quimioterapia con Cisplatino. Intercurre con lesión tumoral inguinal derecha sin evidencia de metástasis a distancia, por lo que decide en ateneo multidisciplinario la amputación infratrocanterea con colgajo glúteo. Paciente evoluciona favorablemente, alta hospitalaria al 20º día posoperatorio.

**CONCLUSIÓN:** El cáncer de pene asociado al compromiso linfático ganglionar regional tiene un pronóstico muy desfavorable, por lo que la resección tumoral juega un rol fundamental en su tratamiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**METÁSTASIS CUTÁNEA DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA**

Cabañuz Plo, T<sup>(1)</sup>; Aparicio Juez, L<sup>(1)</sup>; García Alarcón, FJ<sup>(1)</sup>; Álvarez Cortés, M<sup>(1)</sup>; García Ruiz, R<sup>(1)</sup>; Berné Manero, JM<sup>(1)</sup>; Castillo Jerez, MS<sup>(1)</sup>; Font Celaya, J<sup>(1)</sup>; Carceller Tejedor, E<sup>(1)</sup>; Ascaso Cornago, I<sup>(1)</sup>; Bono Ariño, A<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital San Jorge. Huesca, España.

**INTRODUCCIÓN:**

Las metástasis cutáneas en el cáncer de próstata son una entidad rara, con una incidencia menor al 1%. La localización en la piel abdominal es la más frecuente, generalmente como placas ovales o nódulos de diferente tamaño. Suelen aparecer como lesiones múltiples, siendo las únicas más infrecuentes. El mecanismo de diseminación no está claramente definido. Presentamos un caso de paciente con metástasis cutánea única debido a los pocos casos descritos en la literatura.

**CASO CLÍNICO:**

Paciente de 68 años diagnosticado en octubre de 2013 de adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (3+5) tras realización de biopsia transrectal. En febrero 2014 se realiza prostatectomía radical abierta + linfadenectomía con AP: Adenocarcinoma Gleason 8 (5+3) pT3pN1. Se inicia bloqueo hormonal. En julio 2014 presenta recidiva locorregional, recibe radioterapia sobre lecho prostático 74Gy. En junio 2015 hallazgo de metástasis ósea en D12 y recibe nuevamente radioterapia 800 cGy. En septiembre 2015 por hematuria persistente se realiza RTU paliativa y embolización de arterias vesicales. En octubre 2015 ingreso por uropatía obstructiva que requiere colocación de nefrostomía percutánea derecha. Se remite a oncología donde en noviembre 2015 inicia tratamiento con Docetaxel en esquema trisemanal, recibiendo 3 ciclos, último en enero 2016. En abril 2016 hematuria persistente nuevamente por lo que recibe radioterapia hemostática paliativa. En TAC: extensa recidiva tumoral con voluminosas adenopatías retroperitoneales, metástasis osteoblásticas múltiples. Se inicia tratamiento con enzalutamida. En mayo 2016 se objetiva lesión cutánea próxima a punto de colocación de nefrostomía derecha. Exéresis de dicha lesión en junio 2016 por aumento de tamaño con AP: metástasis carcinoma próstata con estudio inmunohistoquímico positivo para PSAP y negativo para CK7. Exitus en agosto 2016.

**DISCUSIÓN:**

Las metástasis cutáneas en el cáncer de próstata son una rara entidad, por lo que una alta sospecha es necesaria para el diagnóstico. Con los nuevos fármacos que aumentan la supervivencia de los pacientes se cree que habrá más casos descritos en el futuro.

Las células tumorales muestran positividad generalmente para el antígeno prostático específico y para citoqueratina.

La presencia de estas lesiones representa un estadio avanzado con un pronóstico reducido, con una media de 7 meses.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR EN RIÑÓN ECTÓPICO PELVIANO**

Aparicio Juez, L<sup>(1)</sup>; Cabañuz Plo, T<sup>(1)</sup>; García Alarcón, FJ<sup>(1)</sup>; Álvarez Cortés, M<sup>(1)</sup>; García Ruiz, R<sup>(1)</sup>; Carceller Tejedor, E<sup>(1)</sup>; Berné Manero, JM<sup>(1)</sup>; Castillo Jerez, MS<sup>(1)</sup>; Ascaso Cornago, I<sup>(1)</sup>; Font Celaya, J<sup>(1)</sup>; Bono Ariño, A<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital San Jorge. Huesca, España.

**INTRODUCCIÓN:**

La ectopia renal es un tipo de malformación congénita (1/2100-3000 autopsias). El carcinoma de células renales es el tumor más frecuente en el riñón, sin embargo la incidencia del carcinoma de células renales en un riñón ectópico (RE) es una entidad rara con pocos casos descritos en la literatura

**CASO CLÍNICO:**

Paciente de 69 años, con antecedente de nefrectomía izquierda en 2002. (AP: carcinoma de células renales (pT1aG2Nx)). Durante el estudio fue diagnosticado de RE derecho pelviano. En TAC de control: lesión de 46x38x37mm. compatible con carcinoma papilar.

Se decide nefrectomía parcial abierta, por antecedente de nefrectomía contralateral. Se realiza sin incidencias. Postoperatorio complicado por sepsis con estancia en UCI. Es dado de alta con buena evolución.

AP: Carcinoma papilar renal tipo II (pT1bpNx) grado III de fuhrman.

**DISCUSIÓN:**

1.La ectopia renal resulta de un fallo en el ascenso del riñón, con una localización variable siendo pélvica la más frecuente.

2.Generalmente los pacientes permanecen asintomáticos, siendo la mayoría diagnóstico incidental. Si se manifiesta clínicamente suelen presentar molestias abdominales o cólico renal (está asociado a hidronefrosis y a formación de cálculos urinarios).

Previo al abordaje quirúrgico es importante la realización de pruebas de imagen que nos aporten datos anatómicos, ya que estos riñones presentan variaciones

**CONCLUSIONES:**

Aunque el RE no está asociado a mayor prevalencia de neoplasia renal, si que resulta sorprendente los pocos casos descritos en la literatura (12) dado que es relativamente frecuente y que el carcinoma de células renales es la neoplasia renal más común

De acuerdo a nuestros conocimientos este es el primer caso descrito de nefrectomía parcial en un tumor renal en RE. También es el primer caso de 2º tumor renal en un mismo sujeto con un RE. Consideramos fundamental realizar pruebas de imagen que nos aporten datos anatómicos suficientes previos a la cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**CASO - METASTASIS TESTICULAR A PARTIR DE PRIMARIO RENAL**

Miño, P<sup>(1)</sup>; Guzman, F<sup>(1)</sup>; Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Garcia, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Nacional Alejandro Posadas. Argentina, Argentina.

**Introducción:** El carcinoma renal es la tercera neoplasia dentro de los tumores genitourinarios, correspondiendo a un 3% del total de tumores malignos primarios del adulto a nivel mundial, el subtipo histológico más común es el carcinoma de células claras (90%), siendo el pico de mayor incidencia en la séptima década de la vida y afectando levemente más a hombre de raza negra, presentando un 30% metástasis al momento del diagnóstico, siendo las metástasis testiculares infrecuentes.

**Caso:** Presentamos un caso masculino de 63 años, con APP de nefrectomía radical izquierda en Noviembre 2011 por tumor renal. AP carcinoma de células claras tipo clásico, que invade cápsula renal y tejido adiposo perirrenal. **Estadificación:** PT2b NX. En Abril 2018 presenta orquialgia derecha, al ex.físico aumento de volumen y masa nodular en testículo izquierdo. Ecografía y ecodoppler evidencian varicocele izquierdo y en TD imagen ecogenica de bordes irregulares vascularizada mixta de 17x17mm. Marcadores tumorales negativos. Se realizó orquifunilectomía derecha con biopsia por congelación que reporto neoplasia no seminomatosa (Leyding), AP diferida reporta metástasis de carcinoma renal de células claras cordón libre de infiltración. Marcadores tumorales de control BHCG 0.7 AFP 3.5 LDH 359. Tomografía computarizada de tórax abdomen y pelvis informa quistes hepáticos, en control asintomático en buen estado general.

**Discusión:** Los metástasis testiculares son infrecuentes encontrándose como hallazgos en autopsias u orquiectomías, presentes simultáneamente con el tumor primario renal o precediendo a su diagnóstico. La mayoría son ipsilaterales izquierdas, asociadas a varicocele, y su baja incidencia podría deberse a su temperatura y localización anatómica distal.

**Conclusiones:** Los tumores renales pueden metastatizar virtualmente a cualquier parte del cuerpo. Pocos realmente son los estudios que investigan los sitios más comunes según el subtipo histológico de las lesiones, es menos favorable cuando el sitio de metástasis es múltiple, se han reportado casos clínicos aislados sitios raros. La incidencia de metástasis de otros órganos hacia el testículo es de 0.3% a 3.6%, Generalmente, son ipsilaterales y de predominio izquierdo, postulando como coágulo tumoral hacia la vena testicular.

**Palabras clave:** carcinoma renal, metástasis, células claras.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**TUMOR DE EPIDIDIMO A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ovando, S<sup>(1)</sup>; Castro Basurto, E<sup>(1)</sup>; Daneri Becerra, E<sup>(1)</sup>; Fernandez Ortiz, D<sup>(1)</sup>; Jimenez Torrado, JM<sup>(1)</sup>; Mancini, C<sup>(1)</sup>; Monti, F<sup>(1)</sup>; Ocampo, JM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital central de San Isidro. San Isidro, buenos aires, Argentina.

**INTRODUCCION**

Los tumores del epidídimo son infrecuentes y la mayoría benignos, por lo que muchos no se informan en la literatura médica. Los tumores paratesticulares representan menos del 10 % de los tumores intraescrotales. 75 y el 90 % de estos tumores se originan en el cordón espermático, le siguen en orden de frecuencia los del epidídimo, que representan menos del 5 % del total. El 80 % de los tumores del epidídimo son benignos. Se presentan entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, generalmente son asintomáticos y de crecimiento lento. Se reconoce que el ultrasonido (US) con efecto Doppler, es la técnica de imagen de elección, para el estudio de los tumores del epidídimo en ocasiones no es concluyente, por lo que es necesario obtener imágenes por resonancia magnética nuclear (RMN). El Tumor adenomatoide también conocido como mesotelioma benigno, es el tumor sólido más frecuente del epidídimo, representa hasta un 30 % de todos los tumores paratesticulares, no se conoce con certeza el origen de este tumor. Algunos consideran que es una respuesta a traumatismos e inflamaciones locales, mientras que otros hablan a favor de su origen mesotelial.

**OBJETIVOS**

Presentar un caso de tumor de epidídimo, en paciente joven sin patologías asociadas, con antecedente de traumatismo leve a nivel testicular. Realizar una revisión de la literatura sobre incidencia de los tumores de epidídimo la sintomatología de los mismos y el tratamiento de estos pacientes.

**MATERIALES Y METODOS**

Paciente masculino 26 años de edad, con antecedentes de traumatismo testicular derecho de 2 semanas de evolución presenta al examen físico testículo derecho aumentado de tamaño no doloroso a la palpación se realiza ecografía, se observa testículo derecho sin particularidades, engrosamiento del epidídimo derecho con líquido libre escrotal, se mantiene conducta expectante, control a la semana, pte refiere dolor que cede con aines leve aumento del hidrocele con respecto al inicio, se solicita nueva ecografía, la misma se realiza a las 2 semanas la cual muestra una imagen sólida vellosa en epidídimo derecho de forma irregular heterogénea de 16x12mm, se plantea hidrocelectomía mas exploración de epidídimo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES DE TESTÍCULO “BURNED OUT”.**

Galetto, M<sup>(1)</sup>; Abdo, A<sup>(1)</sup>; Callaci, A<sup>(1)</sup>; Carminio, M<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>; Zeno, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

El término tumor quemado o Burned-Out se utiliza para definir la regresión espontánea y completa de un tumor testicular que se presenta en su estadio metastásico. Solo se han reportado casos aislados de este fenómeno.

**PALABRAS CLAVES**

Tumor, células germinales, Burned-out.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, tipo reporte de casos. Se analizó un paciente con diagnóstico tumor de células germinales de testículo Burned-out.

**RESULTADOS**

Varón, 21 años. Sin antecedentes de jerarquía. Consulta por dolor abdominal 48hs de evolución de tipo cólico en hemiabdomen izquierdo, sin otros síntomas acompañantes. Es evaluado por servicio de cirugía general y como hallazgo tomográfico se constatan adenopatías retroperitoneales. Examen físico, testículo izquierdo tumoración dura pétrea a la palpación, de 1 cm. Laboratorio: alfafetoproteína 14 ng/ml, B-HCG 20551mUI/ml, LDH 1426 UI/l. Ecografía testicular bilateral: se destaca en polo superior de testículo izquierdo imagen redondeada mixta, con calcificaciones periféricas, no vascularizada al doppler color que mide 10x6mm. Se realizó orquiectomía izquierda por vía inguinal. Informe anatomopatológico: Parénquima testicular muestra una lesión cicatrizal focal en las adyacencias de la red de Testis. Destacándose en la zona de cicatriz calcificaciones distroficas intratubulares. El resto del parénquima testicular no presenta alteraciones. Epidídimo y cordón espermático sin alteraciones de jerarquía. Los hallazgos descriptos poseen rasgos vinculables a probable neoplasia de células germinales en regresión completa (tumor de células germinales de testículo Burned-out). TAC: Múltiples adenopatías retroperitoneales, con centro hipodenso, tendencia a la formación de conglomerados lateroaórtico, mide 11x6x7cm y determina discreto desplazamiento de estructuras vasculares sin signos de invasión de las mismas. Se observan otras adenopatías de rango megálico intercavaoorticas y retrocrales. Se discute en comité de tumores y se decide quimioterapia adyuvante.

**CONCLUSIÓN**

La distinción de un tumor de Células Germinales Extragonadal y un tumor testicular metastásico con fenómeno “Burned Out”, lleva implícito un factor pronóstico, ya que estos últimos tienen un comportamiento menos agresivo y se asocian con mayores tasas de respuesta al tratamiento y de supervivencia. La distinción entre ambos es dificultosa pero posible, basándose en tres pilares: sospecha clínica, ecografía y anatomía patológica. Y su diferenciación implica un importante factor pronóstico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RABDOMIOSARCOMA UROGENITAL. REPORTE DE UN CASO.**

Galetto, M<sup>(1)</sup>; Abdo, A<sup>(1)</sup>; Callaci, A<sup>(1)</sup>; Carminio, M<sup>(1)</sup>; Sanguinetti, O<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>; Yaber, F<sup>(1)</sup>; Zeno, L<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

El Rabdomiosarcoma es el tercer tumor sólido más frecuente en niños. Entre 15-20% se originan en el sistema urogenital, y sus localizaciones más frecuentes son próstata, vejiga y los paratesticulares.

**PALABRAS CLAVES**

Rabdomiosarcoma urogenital, paratesticular.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, tipo reporte de casos. Se analizó un paciente con diagnóstico de rabdomiosarcoma paratesticular.

**RESULTADOS**

Varón, 17 años. Sin antecedentes de jerarquía. Consulta por dolor en hemiescroto derecho asociado a masa palpable de dos meses de evolución sin otros síntomas acompañantes. Examen físico, testículo derecho respetado, indoloro, y masa ocupante de espacio dura pétreo a la palpación la cual impresiona tener contacto con epidídimo homolateral. Laboratorio y marcadores tumorales, normales. Ecografía testicular bilateral: en proyección de cuerpo y cola de epidídimo derecho se visualiza imagen hipoecogénica, heterogénea, aspecto sólida, límites definidos, escasa vascularización, que desplaza al testículo homolateral. Mide 6cm. Se realiza tumorectomía epididimaria por vía inguinal. Informe anatomopatológico: neoplasia poco diferenciada constituida por células de aspecto fusadas. Resulta indispensable inmunohistoquímica para tipificar el inmunofenotipo tumoral. (tamaño 6x5x4cm). Inmunohistoquímica: el inmunofenotipo corresponde rabdomiosarcoma embrionario, clínicamente paratesticular. TAC: No se observan alteraciones en parénquima pulmonar. No se observan adenomegalias intraperitoneales, retroperitoneales, ilíacas o inguinales. Se discute en comité de tumores y se decide orqui epididectomía derecha por vía inguinal y quimioterapia adyuvante. Informe anatomopatológico: La lesión compromete epidídimo y cordón espermático, hallándose parénquima testicular libre de lesión. Los hallazgos sugieren rabdomiosarcoma embrionario paratesticular.

**CONCLUSIÓN**

Usualmente en varones con lesión escrotal con testículo normal, pensamos en lesiones benignas. Este es un caso, al no reconocer la posibilidad de otros tipos de neoplasias intraescrotales, realizamos tumorectomía. Si luego del procedimiento, se conservan elementos del cordón espermático, éstos deben extirparse mediante exploración inguinal. El tratamiento inicial recomendado es orqui epididectomía inguinal radical debido al riesgo de recidiva local. El tratamiento actual con quimioterapia adyuvante es recomendado y se aconseja adoptar controles estrictos en los primeros dos años debido a su alta tasa de recaída. Debemos pensar éste tipo de tumores en varones adolescentes, debido a la frecuencia de éstos en niños.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CARCINOMA DUCTAL DE MAMA METASTÁSICO EN URÉTER: REPORTE DE UN CASO**

Tumburús, B<sup>(1)</sup>; Katz, N<sup>(1)</sup>; Ramos Suppicich, J<sup>(1)</sup>; Pasik, G<sup>(1)</sup>; De miceu, S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Jose. María Ramos Mejía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El carcinoma ductal invasivo (CDI), a veces denominado carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama. Alrededor del 80 % de todos los casos de cáncer de mama son carcinomas ductales invasivos. Con el tiempo, puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente a otras áreas del cuerpo. Dos tercios de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama invasivo tienen 55 años o más. Otros factores predisponentes sobre el pronóstico del CDI son el estadio del cáncer al momento del diagnóstico, la expresión de receptores hormonales y la presencia de oncogenes como el HER2/neu.

Se presenta caso de paciente de 69 años, antecedente de tumorectomía mamaria (2004), informe de AP: fragmento de 5x4x2.5cm con márgenes quirúrgicos negativos de 2mm, que exhibe carcinoma ductal invasor de tipo no específico, realiza RDT en lecho quirúrgico. Consulta en octubre de 2018 a servicio de urología por cuadro de un año de evolución caracterizado por lumbalgia derecha. TAC: dilatación UPC derecha con stop de contraste en tercio medio, evidenciando tejido de densidad de partes blandas en su interior. Pielografía retrógrada con examen citológico (positivo para células atípicas). Se realiza nefro ureterectomía derecha cuya AP informa: perfil histoquímico correspondiente a infiltración de origen mamario.

Evolución postoperatoria favorable. Se deriva a servicio de oncología, en plan de quimioterapia. Intercurre en febrero de 2019 con ACV hemorrágico proveniente de imagen probable metastásica cerebral, generando óbito de paciente.

La expectativa de vida de pacientes con CDI depende en parte del subtipo histológico de cada caso. Los carcinomas mucinosos, papilares, cribriformes y tubulares tienen una sobrevida más extensa y las recurrencias son mucho menos frecuentes. En los casos de CDI indeterminados o no especificados, la sobrevida es intermedia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO PRIMARIO DE RIÑÓN. COMUNICACIÓN DE UN CASO.**

Álvarez, JM<sup>(1)</sup>; Menendez, N<sup>(1)</sup>; Álvarez, JM<sup>(1)</sup>; Mutka, T<sup>(1)</sup>; Fernández, M<sup>(1)</sup>; Moliné, G<sup>(1)</sup>; Mieggi, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Urológica Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

**Introducción**

El sarcoma primario de riñón es una entidad poco frecuente y de pobre pronóstico comprendiendo entre el 1-3 % de las neoplasias renales. Se observa con mayor frecuencia entre la 5° y 7° década de vida. Los síntomas asociados con mayor frecuencia son masa palpable, pérdida de peso, fiebre y dolor, sin diferir clínica o radiológicamente con otros carcinomas renales.

Su diagnóstico histológico es de exclusión. Presenta positividad para vimentina y variable para CD68, quimiotripsina y Leu-M3. La cirugía radical es considerada la primera línea de tratamiento. La recurrencia local es alta (80%-50%) y se asocia con metástasis pulmonares y ganglionares en el 82% y 32% de los casos respectivamente. La utilidad de agentes quimioterápicos o radioterapia no se encuentra definida debido al pequeño número de casos reportados (60), aunque la misma no parece ser beneficiosa.

**Material y métodos**

Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica, estudios complementarios, manejo terapéutico y evolución de un paciente con diagnóstico de sarcoma pleomórfico indiferenciado primario de riñón.

**Resultados**

Paciente de sexo masculino de 81 años de edad con antecedentes médicos de hipertensión arterial y tabaquismo severo. Consulta por hematuria macroscópica intermitente de 45 días de evolución sin datos relevantes al examen físico. Se efectuó cistoureteroscopia flexible donde se observó orina con tinte hemático a través de meato ureteral derecho. Se realizó tomografía axial computada evidenciándose lesión heterogénea en tercio medio y superior de riñón derecho de 8 cm de diámetro con presencia de contenido isodenso en vía urinaria. Con diagnóstico presuntivo de tumor de vía excretora, se decidió realizar nefroureterectomía radical laparoscópica con desinserción y resección de rodete vesical por vía endoscópica. El estudio anatomopatológico diferido informó sarcoma pleomorfo indiferenciado de células gigantes grado 3 con invasión del seno renal. Durante el seguimiento ambulatorio, se evidenciaron lesiones compatibles con secundarismo pulmonar a los 8 meses del tratamiento quirúrgico inicial.

**Conclusiones**

El sarcoma pleomórfico indiferenciado primario de riñón es una neoplasia poco frecuente y de comportamiento agresivo. Durante nuestra experiencia, la recurrencia local posterior al tratamiento quirúrgico radical pudo observarse dentro del primer año de seguimiento.

**SARCOMA / RENAL / ONCOLOGÍA**

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA ASOCIADA A CISTITIS, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Chávez Ramos, D<sup>(1)</sup>; Paz, G<sup>(1)</sup>; Lezama, K<sup>(1)</sup>; Gonzales, L<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Municipal La Portada. La Paz, Bolivia. <sup>(2)</sup>Directora, Hospital Municipal La Portada. La Paz, Bolivia.

**INTRODUCCION**

La Pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante caracterizada por la producción de gas, que habitualmente se ubica en el parénquima renal, las vías urinarias y los tejidos retroperitoneales. La asociación de esta a una cistitis enfisematosa es de incidencia aún más rara reportado en la literatura. La *Escherichia coli* es el patógeno más frecuente además de presentarse de preferencia en personas diabéticas.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de pielonefritis enfisematosa asociada a cistitis enfisematosa y revisar aspectos diagnósticos y terapéuticos en la literatura relacionada.

**MATERIALES Y METODOS:** Presentamos el caso de una mujer de 60 años, diabética tipo II, con hematuria, neumaturia, dolor abdominal y lumbar de 15 días de evolución además de mal control glucémico, con signos de choque séptico. El diagnóstico inicial se realizó mediante radiografía simple de abdomen corroborando imagen con densidad gaseosa vesical, luego confirmado con tomografía axial computada evidenciando gas a nivel de parénquima de ambos riñones.

Urocultivo positivo para *Escherichia coli* multiresistente sensible a amikacina.

**RESULTADOS:** Paciente fue ingresada a cuidado intensivos por el estado general y signos de sepsis se realiza tratamiento antibiótico intravenoso de inicio con imipenem, amikacina y metronidazol, sondaje vesical y control estricto de las glucemias. Egreso hospitalario a los 15 días. Completa resolución clínica, radiológica y microbiológica del cuadro.

**CONCLUSIONES:** La pielonefritis y cistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente, típica en personas diabéticas, producida por microorganismos productores de gas, principalmente *E. Coli*. Su presentación clínica es variable. El diagnóstico generalmente se realiza por métodos de imagen, fundamentalmente TAC.

Pese al tratamiento establecido, la mortalidad es alta y variable, se reporta desde 50% hasta 90% de los casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PARAFINOMA PENEANO TRAS INYECCIÓN DE PARAFINA SUBCUTÁNEA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Zamora, C<sup>(1)</sup>, Iglesias, MJ<sup>(1)</sup>; Domenech, F<sup>(1)</sup>; Lopez, F<sup>(1)</sup>; Yandian, J<sup>(1)</sup>; Torres, E<sup>(2)</sup>; Arrillaga, A<sup>(3)</sup>; Vola, M<sup>(3)</sup>; Rosasco, M<sup>(4)</sup>; Fraga, L<sup>(2)</sup>; Mazzei, ME<sup>(4, 5)</sup>; Martinez, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. <sup>(2)</sup>Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. <sup>(3)</sup>Urodermatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. <sup>(4)</sup>Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. <sup>(5)</sup>Dermatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

**INTRODUCCIÓN:** el parafinoma peneano consiste en un lipogranuloma esclerosante de los genitales externos masculinos; como consecuencia de la inyección de sustancias extrañas.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de parafinoma peneano. De interés clínico, por tratarse de una práctica poco frecuente.

**MÉTODO:** reporte de un caso clínico, se realizó el interrogatorio, examen físico, estudios imagenológicos, tomas de biopsias y tratamiento quirúrgico.

**RESULTADO:** Se realizó una revisión bibliográfica, el diagnóstico anatomopatológico de la lesión y se planteó la escisión y reconstrucción peneana en un tiempo, con la finalidad de lograr un buen resultado estético y funcional. Aunque se han ensayado diversos tratamientos con esteroides intralesionales y sistémicos, el único recurso terapéutico efectivo en la actualidad es la extirpación quirúrgica del material inyectado, seguida de cirugía reconstructiva en caso necesario.

**CONCLUSIÓN:** el parafinoma peneano es una entidad clínica dada por la inyección de una sustancia ajena con el fin de aumentar el tamaño peneano, el tratamiento se basa en la reparación quirúrgica.

Palabras claves: parafinoma, linfogranuloma esclerosante, parafina

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**TUBERCULOSIS GENITOURINARIA. REVISIÓN DE 20 AÑOS EN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.**Opazo, V<sup>(1)</sup>; López, D<sup>(1)</sup>; Rojas, V<sup>(1)</sup>; Iglesias, T<sup>(1)</sup>; Finsterbuch, C<sup>(1)</sup>; Ramírez, H<sup>(1)</sup><sup>(1)</sup>Urología, Hospital Barros Luco. Santiago, Chile.

**Introducción:** Dado los cambios demográficos migratorios suscitados en la población chilena, cada vez se hace más frecuente la presentación de tuberculosis (TBC) genitourinaria, siendo esta la segunda forma de presentación extrapulmonar más común. Dado el alto polimorfismo clínico y su presentación muchas veces insidiosa, el diagnóstico puede ser difícil, enmascarándose como infección urinaria a repetición o dolor lumbar crónico.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los casos de TBC genitourinaria de los últimos 20 años (1999-2019) en un centro de atención terciaria de alto volumen en Santiago, Chile. Se registraron datos demográficos, clínicos y de laboratorio.

**Resultados:** Se identificaron 9 casos y se accedieron a fichas clínicas de 7 de ellos. Dos de estos pacientes se presentaron con complicaciones de TBC genitourinaria previamente tratadas. La distribución fue de cinco hombres y dos mujeres, con promedio de edad de 43,4 años. 71.4% de los pacientes presentaban factor de riesgo para TBC. Tres pacientes se presentaron con TBC genitourinaria como manifestación exclusiva, tres pacientes con TBC pulmonar, y un paciente compromiso vertebral. El diagnóstico fue hecho con baciloscopías en orina, cultivo de Koch, radiología y anatomía patológica según el caso. Cinco pacientes requirieron manejo quirúrgico, además de la terapia médica con 4 fármacos en fase diaria por 2 meses, y posteriormente en fase trisemanal por 4 meses. Las cirugías realizadas fueron orquiectomía (2), drenaje percutáneo de absceso en psoas, enterocistoplastia, nefrectomía e instalación de catéter doble J. Dentro de las complicaciones presentadas destacan micro vejiga, estenosis ureteral y enfermedad renal crónica.

**Conclusiones:** La TBC tiene un amplio espectro de compromisos en el sistema genitourinario, lo que determina una presentación clínica variada. Además del manejo médico, gratuito, vigilado y garantizado por el estado, muchas veces requiere manejo quirúrgico y reconstructivo posterior para el manejo de sus secuelas.

**Palabras claves:** tuberculosis, baciloscopia, secuelas.

## Clínica

Paciente	Manifestación
1	Tumor testicular
2	ITU a repetición
3	Micro vejiga
4	Absceso psoas y próstata, tumor testicular
5	Estenosis ureteral
6	HUN bilateral
7	Absceso prostático

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECONSTRUCTIVO DE UN CASO DE FASCITIS INFECCIOSA NECROTIZANTE PENEANA CON PLASTIA CUTÁNEA DE DIÁFISIS PENEANA CON PIEL DE ESCROTO EN DOS TIEMPOS

Artés Artés, M<sup>(1)</sup>; Molina Hernández, O<sup>(1)</sup>; Marín Martínez, FM<sup>(1)</sup>; Bobadilla Romero, ER<sup>(1)</sup>; Garcia Porcel, VJ<sup>(1)</sup>; Jiménez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Oñate Celadrán, J<sup>(1)</sup>; García Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sánchez Rodríguez, C<sup>(1)</sup>; Sempere Gutiérrez, A<sup>(1)</sup>; Morga Egea, JP<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Andreu García, Á<sup>(1)</sup>; Martínez-Valls Guzman, PL<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>UROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA, ESPAÑA.

**INTRODUCCIÓN:** La fascitis infecciosa necrotizante es una afección rara de origen polimicrobiano que progresa de forma rápida, potencialmente mortal, constituyendo una emergencia urológica. El objetivo del presente trabajo consiste en presentar un caso de fascitis necrotizante peneana y su posterior tratamiento reconstructivo con túnel escrotal en dos tiempos.

**MÉTODO:** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Varón de 28 años, con antecedente de DM tipo I mal controlada y evolucionada. Sometido a circuncisión que consulta a los doce días de postoperatorio por clínica de dolor peneano, eritema y fiebre. A la exploración física presenta necrosis de tercio distal de la piel peneana. Se decide desbridamiento quirúrgico y antibioterapia de amplio espectro con evolución hospitalaria satisfactoria. La anatomía patológica describe piel con trombosis de vasos dérmicos junto a inflamación aguda y necrosis. Buena evolución postoperatoria por lo que se decide reconstrucción quirúrgica en 2 tiempos. En el primer tiempo se realiza túnel que involucra piel y dartos en cara anterior de bolsa escrotal con posterior inserción de porción denudada de pene. Cuatro meses después, tras comprobación de correcto prendimiento del flap, se realiza segundo tiempo quirúrgico con independización de pene y reconstrucción escrotal.

**RESULTADO:** El paciente presentó una favorable evolución quirúrgica, con resultado estético y funcional satisfactorio.

**CONCLUSIÓN:** La fascitis necrotizante peneana es una entidad poco frecuente, pero cuya gravedad requiere desbridamiento quirúrgico urgente y posterior cirugía reconstructiva. La reconstrucción peneana en 2 tiempos con túnel escrotal es una buena opción terapéutica que ofrece resultados satisfactorios a nivel estético y funcional.

**Palabras clave:** fascitis necrotizante, pene, reconstrucción peneana.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**HEMORRAGIA RENAL ESPONTÁNEA (SÍNDROME DE WÜNDERLICH) : A PROPÓSITO DE UN CASO**

inturias alvarado, w<sup>(1)</sup>; Battiston, s<sup>(1)</sup>; Norberto, B<sup>(1)</sup>; Sanguinetti, H<sup>(1)</sup>; Lopez silva, M<sup>(1)</sup>; alvarez, p<sup>(1)</sup>; cabral, c<sup>(1)</sup>; Colicigno, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, clínica san camilo. buenos aires, argentina.

Introducción: El Síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea es una presentación clínica infrecuente, que podría requerir una intervención quirúrgica de urgencia en base al compromiso clínico del paciente. La etiología más común es la neoplasia renal, siendo el más común el angiomiolipoma.

Si bien la radical o parcial ha sido tradicionalmente el pilar del tratamiento pacientes para controlar hemorragia aguda, en la actualidad la angioembolización transarterial (ETA) es una alternativa mínimamente invasiva, segura y efectiva.

Caso clínico : Paciente masculino de 47 años de edad, sin antecedentes patológicos, acude a urgencias por dolor lumbar derecho de inicio súbito, náuseas, vómitos y lipotimia. El paciente se presenta hemodinámicamente estable, abdomen doloroso y distendido. La Tomografía informa Hematoma de 10x5x10 cm en retro peritoneo derecho asociado a imagen compleja de grasa y partes blandas sobre todo en polo inferior del riñón derecho compatible con angiomiolipoma. Hematocrito de ingreso de 34 % y Hb 11.5 g/dl . Se realiza arteriografía renal derecha con evidencia de sangrado en las ramas segmentarias inferiores, se procede a la angioembolización de 2/3 inferiores del riñón. A las 72 hrs paciente afebril, sin cambios hemodinámicos, tomografía de control sin cambios, se decide pase a sala general. Día 11 de internación paciente clínicamente estable, afebril, abdomen blando no doloroso, Hto 27 % Hb 9, función renal normal, se decide el egreso institucional.

Dos meses posteriores el paciente se encuentra clínicamente estable con un Hematocrito y función renal normal y la RMN de control muestra una disminución del hematoma retroperitoneal derecho con un diámetro máximo de 8.5 cm y angiomiolipoma en riñón derecho de 6 cm de diámetro máximo que presenta áreas heterogéneas compatibles con sangrado con tiempo de evolución.

Conclusión : Ante el diagnóstico del síndrome de Wunderlich, la evaluación del estado hemodinámico definirá la conducta a seguir. En pacientes estables hemodinámicamente y asintomáticos se puede aplicar un tratamiento conservador y en casos sintomáticos o si existe un compromiso hemodinámico, en la actualidad se indica como primer recurso la ETA y dejando la nefrectomía de urgencia como último recurso en casos refractarios a los tratamientos previos

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**HISTOPLASMOSIS PENEANA. SIMULACIÓN DE NEOPLASIA**

Russo, R; Marengo, R; Vigil, S; Pautasso, A; Pautasso, S; Seeber, J; Rocchia, G; Battezzati, O; Paradelo, M; Ravera, L; Pautasso, O

**Introducción:** la Histoplasmosis es una infección del hombre y los animales, causado por un hongo geofílico difásico: *histoplasma capsulatum*. Se dice que es una micosis urbana como rural. En 1985 la Histoplasmosis fue reconocida como enfermedad marcadora de sida. Con respecto al compromiso de los genitales externos ocurre en general por diseminación hemática de un foco pulmonar, como así también puede ocurrir como parte de una infección primaria, en estos casos suele existir historia de un traumatismo previo que favorezca la inoculación del hongo.

**Caso Clínico:** paciente de sexo masculino de 42 años con antecedentes patológicos de diabetes tipo 2 , que consulta en septiembre de 2018 por cuadro de balanopostitis severa, infectada, necrótica, simulando una neoplasia peneana, sin respuesta al tratamiento sistémico y local. Debido a la mala evolución se decide realizar en octubre de 2018 postectomía, se envía material a anatomía patológica. La evolución postoperatoria es buena, con mejoramiento local y desaparición de los tejidos necróticos y placas infectadas.

Anatomía patológica: prepucio con alteraciones histológicas compatibles con histoplasmosis genital.

Se deriva al servicio de infectología, se indica itraconazol vía oral durante 20 días, se solicita investigación de HIV. La evolución postoperatoria es muy buena con remisión completa de las lesiones.

**Conclusiones:** las manifestaciones clínicas de la histoplasmosis son el resultado de la interacción entre huésped y el hongo por un lado y de la afección de diferentes órganos por otro lado, las formas diseminadas progresivas como las infecciones primarias autolimitadas pueden presentar diversas localizaciones, lo que contribuye al aspecto multifacético de esta micosis.

El caso que presentamos, nos planteó por su aspecto clínico, el diagnóstico diferencial con una neoplasia peneana

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LESIÓN TRAUMÁTICA EN PENE**

Castro Basurto, E; Daneri Becerra, E; Fernandez Ortiz, D; Jimenez Torrado, JM; Mancini, C; Monti, F; Ocampo, JM; Ovando, S

**Institución:** Servicio de Urología. Hospital Central de San Isidro. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Presentar la resolución quirúrgica del paciente que sufrió trauma de pene posterior a tener relaciones sexuales.

**Introducción:** La fractura de pene o fractura de cuerpos cavernosos es una urgencia urológica poco frecuente, sin embargo, dentro de los traumatismos genitales es el más comúnmente descrito. La fractura de pene se describe como la ruptura de la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos debido a un traumatismo cerrado. Es difícil conocer la verdadera incidencia de esta patología ya que existen muchos casos no publicados y probablemente muchos pacientes no consultan por tratarse de una situación embarazosa. La presentación clínica es típica: los pacientes reportan un chasquido acompañado de dolor, posteriormente edema y deformidad. El diagnóstico es clínico y el tratamiento más aceptado es el quirúrgico precoz, que consiste en la exposición y rafia de los cuerpos cavernosos.

**Caso Clínico:** A la guardia acudió paciente de 44 años sin antecedentes personales, con cuadro clínico de dolor a nivel de la zona genital, al examen físico se evidencio gran hematoma en pene, al interrogatorio refiere que estaba teniendo relaciones sexuales cuando escucho un chasquido y posterior dolor intenso. Fue operado de urgencia realizándose incisión sobre prepucio, se denudo cuerpo del pene hasta llegar a la solución de continuidad sobre túnica albugínea en cuerpo cavernoso derecho. Posterior se coloca sonda vesical evidenciando solución de continuidad en uretra peneana la cual se repara en dos planos. Se clampea raíz del pene y se repara la túnica albugínea. Se inyecta solución fisiológica sobre cuerpo cavernoso izquierdo sin evidencia de fuga y observando erección, se concluye con la sutura del prepucio.

Paciente se sigue por consultorios externos con posterior retiro de sonda y presentando erecciones que han ido mejorando, hasta el momento refiere estar conforme.

**Conclusión:** La fractura de pene es una entidad cuyo diagnóstico es clínico, debe realizarse de forma temprana y la reparación quirúrgica es el tratamiento de elección para evitar complicaciones y permitir que el paciente retorne a su actividad sexual satisfactoria de manera precoz.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **EL RETO DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA EN EL CARCINOMA CORTICO ADRENAL, REPORTE DE UN CASO MANEJADO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS Nº1 QUITO.**

Núñez Perez, MF<sup>(1)</sup>; Paredes Martinez, KA; Reyes Pantoja, HX; Silva Alvarez, HA

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Militar. Quito, Ecuador.

### Introducción

El Carcinoma Cortico Adrenal es poco frecuente y tiene un mal pronóstico, incluso en pacientes con tumores resecaados con una incidencia reportada en la literatura de 0,5 a 2 casos por millón de habitantes por año. Posterior a la cirugía ya sea laparoscópica o abierta este tipo de cáncer tiene una alta probabilidad de recaída y una supervivencia a 5 años que no supera el 60%.

Este tipo de cánceres son funcionales en un 50% de los casos y su diagnóstico es más temprano por los signos clínicos que presentan, a diferencia del 50 % restante que suele ser silencioso con hallazgos incidentales de metástasis al momento de su diagnóstico.

Si se sospecha de carcinoma cortico adrenal deben tenerse en cuenta criterios clínicos, bioquímicos y radiológicos para un diagnóstico adecuado y posterior tratamiento.

### Materiales y métodos

El presente trabajo es un caso clínico sobre Carcinoma Cortico Adrenal en una paciente femenina de 29 años que presento sin causa aparente aumento de peso, aumento de bello facial, incremento del tamaño del clítoris, cefaleas holocraneanas, entre otros síntomas y signos que la llevaron a buscar ayuda médica. Además, se realizó la revisión bibliografía exhaustiva del tema.

### Palabras clave

Carcinoma cortico adrenal, cirugía urológica, tumores en urología

### Resultados

Se concluyó que la cirugía de carcinoma cortico adrenal represento un verdadero reto para el equipo quirúrgico puesto que este tipo de patología suele ser poco frecuente y suele ser diagnosticada en etapas avanzadas. Por lo que la practica quirúrgica está limitada por la escasa presencia de este tipo de cáncer en etapas tempranas.

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso clínico quirúrgico poco frecuente y de alta complejidad que representó un reto quirúrgico para el equipo urológico.

### Declaración

Los autores declaráramos que es un trabajo con fines educativos, original e inédito y no ha publicado ni presentado con anterioridad en otros medios científicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**UN CASO EXTRAORDINARIO, FÍSTULA COLO-VESICAL SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO.**

Magaña González, JE<sup>(1)</sup>; Sánchez Núñez, JE<sup>(1)</sup>; Jaspersen Gastélum, J<sup>(1)</sup>; Acevedo García, C<sup>(1)</sup>; Rosas Nava, JE<sup>(1)</sup>; Soria Fernández, GR<sup>(1)</sup>; Hernández Farías, MÁ<sup>(1)</sup>; Cabrera Mora, NA<sup>(1)</sup>; Hernández Hernández, RA<sup>(1)</sup>; Rodríguez Valle, ED<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. CDMX, México.

**Introducción.**

La presencia de cuerpos extraños en la vía urinaria inferior es un motivo infrecuente en la atención de urgencias urológicas, sin embargo en la literatura se encuentran abundantes referencias bibliográficas, publicadas como casos aislados.

**Material y métodos (presentación de caso).**

Masculino de 57 años de edad, con antecedente de hipoacusia bilateral congénita. Inició 20 días previos a internamiento con presencia de picos febriles aislados, disuria, frecuencia urinaria, intermitencia, neumatúria y fetidez urinaria.

Se realizó protocolo de estudio, documentándose por estudio de tomografía proceso inflamatorio agudo vesical con importante componente aéreo, status de sonda Foley así como artefacto hiperdenso en recto con probable fístula recto – vesical, motivo por el cual se decide resolución quirúrgica en conjunto con servicio de Coloproctología. Se realizó laparotomía exploradora encontrando cuerpo extraño en recto, compuesto por cepillo de dientes con calcificación de cerdas formando lito de aproximadamente 5 x 5 cm con comunicación hacia pared vesical posterior. Se realiza colostomía y cistostomía con cierre en dos planos de pares vesical y colocación de sonda transuretral.

**Conclusión.**

Las fístulas enterovesicales son una comunicación entre la vejiga y cualquier segmento del tubo digestivo, generalmente relacionado a procesos inflamatorios crónicos como enfermedad diverticular, procesos neoplásicos, antecedente de radiación; siendo la fístula colovesical secundaria a enfermedad diverticular la causa mas frecuente [1]. Los cuerpos extraños vesicales tienen un rol importante en el diagnóstico diferencial de los síntomas del tracto urinario inferior. La etiología de los mismos incluye tanto la forma iatrogénica, la auto inserción por vía uretral, trauma penetrante y la migración por órganos adyacentes (recto) como lo fue en este caso.

En la literatura no son escasos los reportes de casos de fístulas entero vesicales por cuerpos extraños, por lo que debe considerarse como diagnóstico diferencial, condicionado por la migración de objetos hacia cavidad vesical. En algunos casos los problemas psicógenos pueden tener una influencia de base, donde la etiología es de forma auto infligida y es no es poco común que se condicione una fístula recto vesical.

**Palabras clave:** cuerpo extraño, fístula colo-vesical, cirugía reconstructiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDÍDIMO (PRESENTACIÓN DE UN CASO)**

Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Belisle, D<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Juaneda, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores paratesticulares (TP) son entidades poco frecuentes aunque habitualmente benignas que, si se diagnostican correctamente, son pasibles de exéresis local. Dentro de ellos, los tumores adenomatoides de epidídimo (TAE) constituyen el subgrupo más frecuente.

**MATERIALES Y METODOS:** Paciente de 60 años, sin antecedentes patológicos, consulta por tumoración paratesticular derecha. Examen físico: tumoración localizada en cola del epidídimo derecho, de forma redondeada, superficie lisa, fija, indolora y consistencia dura elástica. Laboratorio: B-HCG, AFP y LDH negativos.

**Ecografía:** imagen nodular en cola de epidídimo derecho, de bordes bien definidos y homogénea ecogenicidad, de 11 x 12 x 13 mm, con plano de clivaje con testículo y vasos de perfusión central y periféricos al examen Doppler.

**RESULTADOS:** tumorectomía por abordaje transescrotal. Diagnóstico Patológico: tumor paratesticular representada por neoplasia constituida por túbulos y cordones de citoplasma vacuolado acidófilo, en un estroma fibroso, compatible con tumor adenomatoide. (figura 2)

**Inmunohistoquímica:** positivo para CK 5/6, calretinina (fig. 3) y WT1 (fig. 4). MOC31 negativo (confirma diagnóstico).

**CONCLUSIÓN:** Los TAE son tumores poco frecuentes, la naturaleza habitualmente benigna del TAE y del resto de los TP obligaría a practicar la extirpación como tratamiento de elección, y ante la sospecha de una posible tumoración maligna, debería realizarse el diagnóstico mediante una biopsia peroperatoria antes de practicarse la orquiectomía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**URACO PERMEABLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Alves, A<sup>(1)</sup>; Tumburús, B<sup>(1)</sup>; Halac, D<sup>(1)</sup>; Delia, P<sup>(1)</sup>; Trombini, M<sup>(1)</sup>; De miceu, S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital José María Ramos Mejía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción**

El uraco es un cordón fibroso obliterado, rudimento embrionario del alantoides, se extiende desde el vértice vesical hasta el ombligo. En el adulto, está representado por el ligamento umbilical medio. Ante fallas en el proceso de obliteración, se pueden producir anomalías como uraco permeable, quistes, divertículos uracales y fístulas.

**Caso clínico**

Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes médicos de relevancia. Acude a Servicio de Urología por cuadro de dos meses de induración peri umbilical, dolorosa asociado a signos inflamatorios, con secreción purulenta espontánea, que requirió drenaje mediante incisión umbilical. Paciente refería múltiples episodios de ITU. Cuadro interpretado como fístula vesico-cutánea. Se realizó TC de abdomen y pelvis donde se visualizaba, a nivel de espacio de Retzius, formación tubular desde la región umbilical con descenso vesical, presentaba engrosamiento parietal del sector cefálico con pequeñas áreas líquidas en su interior. Compatible con Uraco persistente infectado. Se realizó cistoscopia y toma de biopsia quirúrgica de una formación sésil, polilobulada, que ocupaba fondo y parte de techo vesical. El estudio histopatológico informaba, Cistitis crónica con focos erosivos y áreas polipoideas. Remanente de uraco dentro de pared muscular. Se plantea intervención quirúrgica mediante cistectomía parcial, exéresis de uraco y neoumbilicoplastia, se halló una estructura duropétreas que se extendía desde región umbilical hasta domo vesical, compatible con uraco. Apertura de vejiga por su cara anterior, exéresis de mucosa adherida a dicha estructura, se completó cistectomía parcial. Informe de anatomía patológica: Cistitis crónica erosiva asociado a proceso crónico, intenso, supurado y ulcerado compatible con persistencia del uraco. Paciente de buena evolución, se externa del Servicio. Continúa seguimiento por consultorios externos.

**Conclusión**

El defecto uracal resuelve espontáneamente en el 80% de los casos. Las anomalías se presentan durante la adultez, en relación 2:1, hombres con respecto a mujeres. El reconocimiento temprano y tratamiento activo ante sintomatología disminuye el riesgo de fístula y complicaciones mayores posteriores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SARCOIDOSIS TESTICULAR: AFECCIÓN POCO FRECUENTE**

Alves, A<sup>(1)</sup>; Soliz Burgos, W<sup>(1)</sup>; Tumburús, B<sup>(1)</sup>; Spósito, M<sup>(1)</sup>; De Miceu, S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital José María Ramos Mejía. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida. Presenta una incidencia media 16.5/100,000 hombres. Caracterizada por producir granulomas epitelioides, no caseificantes, típicamente afecta pulmones, piel y ojos. En < 0.2% de los casos, afecta sistema genitourinario.

**Caso clínico**

Paciente de masculino de 42 años, tabaquista, antecedente de Uveítis anterior. Acude por Consultorios externos de Clínica Médica por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por aumento de tamaño del testículo derecho asociado a equivalentes febriles, pérdida de peso (>10 kg) y sudoración nocturna. Al examen físico presentaba induración del testículo derecho hasta cordón espermático asociado a adenopatía inguinal derecha de 3x5 cm, duro elástica. Testículo izquierdo doloroso a la palpación, cabeza de epidídimo indurada. Ecografía testicular: TD y TI de ecoestructura conservada. Cabeza de epidídimo derecho e izquierdo aumentados de tamaño, de ecoestructura heterogénea a predominio de lado izquierdo, ambos con aumento de la vascularización. Engrosamiento de las cubiertas testiculares, leve hidrocele izquierda tabicada. Se decide internación y recibe interconsulta, se solicitan marcadores tumorales, siendo negativos. Cuadro interpretado como orquiepididimitis bilateral, paciente recibe tratamiento antibiótico. Se realizó TC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis. Tórax: imágenes ganglionares mediastinales, adenomegalia hiliar derecha. Enfisema centroacinar, bullas subpleurales, tractos fibrosos biapicales, lingulares y lóbulo medio. Pelvis: aisladas imágenes ganglionares en retroperitoneo prevertebral, conducto inguinal derecho aumentado de calibre, a expensas de tejido con densidad de partes blandas. Se realiza orquidofunculectomía izquierda + biopsia por congelación (positivo para células atípicas) más biopsia incisional de testículo derecho. Alta hospitalaria. Informe anatomía patológica: Orquiepididimitis granulomatosa no caseificante. PAS-GROCOT-ZN negativo. Se reinternar por Hipercalcemia asociada a insuficiencia renal aguda y ulcera cutánea pretibial izquierda. Se realizó biopsia cutánea. Informe AP: Granuloma no caseificante. ZN-PAS-GROCCOT -. ECA: 79,7 U/l. Diagnóstico de Sarcoidosis. Inicia tratamiento con bifosfonatos y corticoterapia. Mejoría clínica, normalización de función renal. Alta hospitalaria, control por consultorios externos.

**Conclusión:**

La sarcoidosis testicular es una patología muy rara, se presente en adultos jóvenes. Puede simular cuadros de origen infeccioso o maligno. Siendo su diagnóstico por exclusión.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE TUMORES UROLÓGICOS (CTU) EN NUESTRO HOSPITAL

Ramos Alaminos, C<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Flores Martín, J<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, A<sup>(1)</sup>; Salas Moreno, M<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, A<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>U.G.C. de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Jaén, España.

### INTRODUCCIÓN

Dentro del CTU, el urólogo debe tener un papel principal tanto en la coordinación como en la toma de decisiones. Su buen funcionamiento conlleva una menor variabilidad en la toma de decisiones y una optimización de los recursos. Describimos la organización del Comité de Tumores Urológicos en nuestro hospital y analizamos el funcionamiento del mismo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El CTU se formó en el año 2011; con reunión semanal en el servicio de Urología, y coordinado por el jefe del mismo. Formado por especialistas en Urología, Oncología, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico. Se registran las decisiones tomadas en la historia clínica del paciente y en hoja de registro del Comité. Además, se presentan sesiones de formación continuada, así como de aprobación de estudios y protocolos de actuación.

### RESULTADOS

Entre enero de 2011 y diciembre de 2018 se presentan 721 pacientes. El servicio de Urología presenta hasta un 66.57% de los pacientes. Encontramos un 15.6% de Oncología médica, 10% Radiología, 5.4% Anatomía Patológica, 1,8% Oncología Radioterápica y 0.56% otras especialidades.

Se presentan casos de diferentes patologías: cáncer renal 27,18%, cáncer de vejiga 21,36%, cáncer de próstata 13,73%, cáncer de testículo 10,54% y otras 27.19% (tumores uroteliales, retroperitoneales, cáncer de pene, etc.).

El servicio de Urología presenta pacientes oncológicos tanto para valoración médica como quirúrgica englobando todo tipo de tumores urológicos. El servicio de Oncología presenta casos para valoración quirúrgica de pacientes oncológicos que precisan exéresis de masas adenopáticas o colocación de derivaciones urinarias. Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica solicitan la valoración conjunta de pruebas diagnósticas.

La decisión adoptada por el comité: cirugía 29,83%, o realizar pruebas complementarias 21.35%, seguimiento del paciente 16,78%, Quimioterapia 10,26%, Radioterapia 6,52% y otras 15.26% (vigilancia activa, cuidados paliativos, tratamiento médico, etc.).

### CONCLUSIONES

El abordaje multidisciplinar de la patología uro-oncológica es un requisito indispensable para garantizar una asistencia óptima y de calidad para nuestros pacientes; con un papel preponderante del servicio de Urología dentro de nuestro CTU, como coordinador del mismo y presentando la mayoría de casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **FRACTURA DE PENE CON LESIÓN COMPLETA DE URETRA**

Gregoris, F<sup>(1)</sup>; Grinstein, P<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Suárez, P<sup>(1)</sup>; Álvarez, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de pene se define como la rotura de 1 o de ambos cuerpos cavernosos asociada o no a lesión del cuerpo esponjoso, que puede estar acompañada de lesión uretral, y cuya causa más frecuente es un traumatismo directo y cerrado sobre el pene en erección.

**Cuadro clínico:** paciente de 62 años de edad consulta por traumatismo peneano durante el coito de 2 hs de evolución. Refiere chasquido y detumescencia total, sin poder lograr otra erección.

**Examen físico:** gran hematoma peniano con desviación de miembro a la derecha. No se palpa globo vesical.

**Hallazgo intraoperatorio:** Se evidencia fractura de ambos cuerpos cavernosos y lesión de uretra de 3 cm de diámetro aproximadamente. Se realiza corporoplastia bilateral y anastomosis de uretra término-terminal.

**Posoperatorio:** A los 3 meses de operado, se evaluó la micción mediante flujometría y la calidad sexual mediante el cuestionario de disfunción eréctil.

-UF: Q máx 13.0, Q prom 8.0.

-IIEF-5: Previo a la cirugía: 43355.

Posterior a la cirugía: 33355

**Conclusiones:** Las secuelas psicológicas son comunes, causando miedo a la recurrencia y resultando en un impacto negativo en la vida sexual de los pacientes. La función sexual se recupera generalmente a partir de los 6 meses.

La reparación quirúrgica temprana, luego del diagnóstico, evita complicaciones a largo plazo como enfermedad de la Peyronie y estenosis de uretra.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**ANGIOMIOLIPOMAS RENALES BILATERAL GIGANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Bobadilla Romero, ER<sup>(1)</sup>; Guzman Martinez-Valls, PL<sup>(1)</sup>; Vilchez Costas, AI<sup>(1)</sup>; Molina Hernandez, O<sup>(1)</sup>; Marin Martinez, F<sup>(1)</sup>; Artes Artes, M<sup>(1)</sup>; Jimenez Parra, JD<sup>(1)</sup>; Oñate Celdran, J<sup>(1)</sup>; Garcia Escudero, D<sup>(1)</sup>; Sanchez Rodriguez, C<sup>(1)</sup>; Sempere Gutierrez, A<sup>(1)</sup>; Valdelvira Nadal, P<sup>(1)</sup>; Morga Egea, JP<sup>(1)</sup>; Andreu Garcia, A<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital general Universitario Reina Sofia. Murcia, España.

**Introducción:** Los angiomiolipomas (AMLs) son tumores renales benignos que se componen de células de musculo liso, adipocitos y células epiteliolies. Se asocian a esclerosis tuberosa y linfangioleiomiomatosis pulmonar. Son más frecuentes en mujeres que en hombres y representan aproximadamente el 1-3% de las neoplasias renales.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico de AMLs gigante bilateral y el manejo conservador del mismo

**Material y método:** Descripción de caso y revisión de la literatura. Varón de 73 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva, DM tipo 2, enfermedad renal crónica G3bA2. De manera incidental en un TC de abdomen se descubren masas renales bilateral. Dado a que en el momento del hallazgo de las imágenes las lesiones eran de tamaño moderado y con aspecto benigno y que el paciente estaba totalmente asintomático, se decide control evolutivo de las lesiones. Tras varios años de seguimiento paciente decide no continuar con las revisiones. Siete años más tarde el paciente acude a consultas por molestias abdominales, a la exploración física se aprecian masas palpables en ambos flancos. Se le pide nuevo TC de abdomen sin contraste en el que se observan masas perirrenales bilaterales que han aumentado significativamente de tamaño, con características heterogéneas y contenido graso sugestivas de AMLs. Aunque estamos ante un caso de AMLs gigantes, en esos momentos las condiciones basales del paciente no le permiten someterse a cirugía, por lo cual se decide manejo conservador.

**Conclusiones:** En la mayoría de las ocasiones los AMLs suelen ser asintomáticos, de manera que mucho de los casos son detectados de manera incidental. Si existen dudas en el diagnóstico por las pruebas de imágenes, una biopsia de la lesión es necesaria. El diagnóstico diferencial incluye tumores renales como el carcinoma de célula renal, oncocitoma, metástasis, etc. El tratamiento va a depender de las características del paciente y de la lesión, este incluye cirugía, embolización de arterial renal, ablación por radiofrecuencia, crioablación, entre otros. En ocasiones se opta por el manejo conservador en función de los síntomas, características de la lesión y factores propios del paciente.

**Palabras claves:** Angiomiolipomas. Tumor renal, Esclerosis tuberosa

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**QUISTE HIDATÍDICO RENAL**

Gregoris, F; Parra, L; Yirula, L; Alvarez, P; Scorticati, C; Bernardo, N

**Introducción**

La hidatidosis es una zoonosis causada por *Echinococcus Granulosus*. De distribución mundial. De mayor prevalencia en las zonas rurales, especialmente en las de cría de ovinos y caprinos. El 30% del territorio nacional es asiento del ciclo zoonótico, lo que representa un área endémica de aproximadamente 1.211.912 km<sup>2</sup>.

Focos endémicos mayores son el área patagónica, la pampa húmeda (buenos aires, sur de santa fe y córdoba).

Área mesopotámica (sur de corrientes y el norte de entre ríos) área cuyana (Mendoza y el oeste de San Juan).

Área de la alta montaña del noroeste (Tucumán, Salta, Jujuy y noroeste de Catamarca).

La Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud, documentó entre 2018/2019, 143 casos notificados y 88 confirmados.

Por lo general se adquiere la infección durante la niñez debido a los hábitos de pica, geofagia y al juego con los animales.

La localización más frecuente de los quistes hidatídicos es la hepática (67-89%) seguida por la pulmonar (10-15%). un 10% también pueden desarrollarse en riñón, cerebro, corazón, hueso, músculo.

**Caso clínico**

Femenino de 15 años, en 2015 consulta por lumbalgia derecha. Se realiza ecografía abdominal que informa quíste en polo inferior de riñón derecho de 77,4 x 70 mm, inicia controles anuales. En 2019 consulta al HCJSM por hematuria e itu. TC: riñón derecho masa mixta predominantemente quística multitabuada en polo inferior con mínimo realce de contraste de 76 x 90 x 60mm que contacta con la pelvis. DPC de 37mm.

Se realiza nefrectomía radical derecha abierta. AP: hidatidosis renal derecha, con margen ureteral libre de lesión.

La paciente evoluciona favorablemente, posterior egreso hospitalario.

**Conclusiones**

La equinococosis quística tiene presentaciones clínicas variables, que van desde enfermedades asintomáticas hasta emergencias clínico quirúrgicas.

Los quistes hidatídicos pueden formarse en lugares inusuales tales como el riñón, cerebro, corazón, hueso, músculo.

El tratamiento quirúrgico está indicado en todo quiste hidatídico pulmonar y en quistes hidatídicos hepáticos sintomáticos, y en quistes asintomáticos de más de 7-10 cm. se debe evaluar en aquellos pacientes en lo que no pueden ser seguidos adecuadamente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## FRATURA PENIANA COM RUPTURA BILATERAL DE CORPOS CAVERNOSOS E LESÃO EXTENSA DE URETRA: RELATO DE CASO

Murata, MM<sup>(1)</sup>; Knabben Magri, A<sup>(1)</sup>; Hideki Mizote, F<sup>(1)</sup>; Dietrich Jaworski, PE<sup>(1)</sup>; Bitencourt Avila Milhan, W<sup>(1)</sup>; Cavalli Marconato, FH<sup>(1)</sup>; Barquet Meorin, R<sup>(1)</sup>; Carvalho Moreira, B<sup>(1)</sup>; Santana de Camargo, TM<sup>(1)</sup>; Smaniotto, V<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Curitiba, Brasil.

**Introdução:** A fratura de pênis é uma ruptura traumática da túnica albugínea no estado tumescente, que acomete corpos cavernosos e em casos raros (6%) há lesão da uretra. É uma emergência urológica de diagnóstico clínico, e a lesão uretral pode ser confirmada pela uretrografia retrógrada, onde há extravasamento de contraste. Podem ocorrer complicações como impotência sexual, doença de Peyronie, estenose uretral ou Síndrome de Fournier.

**Objetivo:** Relatar um caso complexo de fratura de pênis com lesão extensa de uretra, onde houve ruptura de corpos cavernosos bilateralmente. **Método:** Foram coletados e analisados os dados presentes no prontuário do paciente, que foi atendido no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM). **Resultado:** Masculino, paciente possui 42 anos e durante o ato sexual, etiologia mais comum, referiu ter ouvido um estalido, seguido de dor e rápida detumescência e extenso hematoma peniano com tempo de evolução de 4 horas. Apresentou sangue no meato uretral externo e dificuldade para urinar, o que sugere lesão associada de uretra. Realizada uretrocistografia que demonstrou extravasamento de contraste em terço médio uretral. Foi optado por uma abordagem cirúrgica através de uma incisão coronal e desenlramento completo do pênis, onde após o esvaziamento do hematoma, identificou-se a lesão de corpo cavernoso direito de 2cm e esquerdo de 3cm além de lesão de uretra de 2cm. Realizou-se o fechamento do corpo cavernoso e re-anastomose uretral primária. Paciente recebeu alta no 2º pós-operatório. Está em seguimento ambulatorial e evolui com adequado padrão miccional e função erétil preservada (grau de ereção IV). **Conclusão:** O tratamento cirúrgico imediato deve ser sempre preconizado. O rápido diagnóstico e intervenção cirúrgica de fraturas penianas é essencial para proporcionar melhor qualidade de vida sexual e evitar complicações futuras. A identificação da lesão uretral é ainda mais urgente, que pode levar a retenção urinária e estenose de uretra se não abordada rapidamente. Ambas as lesões devem ser corrigidas no mesmo ato cirúrgico e o resultado é satisfatório. Apesar da complexidade da lesão, foi possível restaurar as funções sem que houvessem sequelas.

**Palavras-chave:** Fratura de pênis; trauma; uretra

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NECROSIS VESICAL COMO PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE LERICHE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Salas Moreno, MdC<sup>(1)</sup>; Ramos Alaminos, CI<sup>(1)</sup>; Arenas Bonilla, AJ<sup>(1)</sup>; Flores Martín, JF<sup>(1)</sup>; Nieblas Toscano, D<sup>(1)</sup>; Velarde Muñoz, C<sup>(1)</sup>; Martínez Igualada, R<sup>(1)</sup>; Galisteo Moya, R<sup>(1)</sup>; Navarro Sánchez-Ortiz, Á<sup>(1)</sup>; Moreno Jiménez, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén, España.

**Introducción:**

La enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche es una condición patológica que consiste en la oclusión aterosclerótica que compromete la aorta abdominal y las arterias ilíacas, fundamentalmente a nivel de la bifurcación aortoiliaca. La tríada clásica de presentación consiste en claudicación o dolor al caminar en miembros inferiores, pulsos femorales ausentes o disminuidos y disfunción eréctil. Sin embargo, suele ser infradiagnosticado debido a su cronicidad y el sedentarismo de la población de edad avanzada, el grupo de edad más frecuentemente afectado. Existen diferentes técnicas, tanto invasivas como no invasivas, para el diagnóstico, siendo la arteriografía el método de elección.

**Material y métodos:**

Presentamos el caso de una mujer de 66 años, con antecedentes personales de Hipertensión arterial y fumadora. En el contexto de pérdida súbita de fuerza en miembros inferiores, la paciente fue diagnosticada de infarto medular. Durante el ingreso hospitalario presentó una evolución clínica desfavorable, comenzando con hematuria, dolor en hipogastrio y signos de sepsis, por lo que se realizó una Tomografía computarizada, la cual reveló perforación vesical junto con cistitis enfisematosa. Dados los hallazgos, la paciente fue sometida a cirugía urgente, realizándose cistectomía radical con derivación cutánea bilateral ante la presencia de necrosis vesical.

**Resultados:**

El informe anatomopatológico reveló cistitis isquémica y trombosis extensa de vasos vesicales, lo cual, junto con los resultados de un AngioTC realizado posteriormente a la cirugía que mostraba áreas isquémicas en hígado, bazo y ambos riñones, así como la presencia de trombos en aorta distal, fue la clave para el diagnóstico de síndrome de Leriche. Como resultado del fallo multiorgánico debido a isquemia extensa, la paciente falleció.

**Conclusiones:**

El síndrome de Leriche es una enfermedad compleja en la que un diagnóstico temprano es necesario para proporcionar un mejor pronóstico. La isquemia vesical es una forma atípica de presentación e indica un grado avanzado de enfermedad, conllevando un incremento de la morbilidad y mortalidad. Por consiguiente, ante la sospecha de esta entidad, debería realizarse una arteriografía de forma precoz.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS: ¿CÓMO IMPLANTARLOS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA?

Martínez Gómez, G<sup>(1)</sup>; Hernández Torres, A<sup>(2)</sup>; Moral Escudero, E<sup>(2)</sup>; Pareja Rodríguez de Vera, A<sup>(3)</sup>; Yagüe Guirao, G<sup>(4)</sup>; Laso Ortiz, A<sup>(2)</sup>; Prieto González, A<sup>(1)</sup>; Gómez Gómez, GA<sup>(1)</sup>; García Vázquez, E<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. <sup>(2)</sup>Departamento de Infecciosas, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. <sup>(3)</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. <sup>(4)</sup>Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España.

### Introducción

La complejidad en el empleo adecuado de los antimicrobianos, debido a los avances en el tratamiento de enfermedades infecciosas y la propagación de la resistencia a los antibióticos, ha promovido el desarrollo de programas de optimización del empleo de estos.

España es uno de los países del mundo con mayor consumo de antibióticos (Klein et al). Se estima que hasta un 45% de los pacientes ingresados en hospitales españoles reciben al menos una dosis de antibiótico durante su estancia.

En los servicios quirúrgicos, se ha observado una prevalencia de pacientes con tratamiento antimicrobiano en torno al 54%.

De este modo, la prescripción adecuada es un tema que incluye a todos los profesionales de la medicina.

Objetivo: presentar la implementación de un PROA en un servicio médico-quirúrgico contando con la intervención interna.

### Material y Métodos

Estudio prospectivo descriptivo sobre la implantación de un PROA en un servicio de Urología.

Las etapas de implementación, que incluyeron: creación del grupo de trabajo, solicitud de permisos a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, al Comité de Ética del HCUVA y a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Evaluación diaria de los pacientes que reciben tratamiento con antimicrobianos en el servicio de Urología realizando un análisis de forma conjunta de los casos por parte de un facultativo encargado del servicio de Urología con el equipo PROA, definiendo necesidad del empleo del fármaco, adecuación y duración.

### Resultados

Se valoran los resultados obtenidos en los seis primeros meses de implantación de este modelo de asesoría, estimando necesidad y adecuación del empleo de antimicrobianos

Elaboración de guías actualizadas de tratamiento empírico.

Actualización de la profilaxis antibiótica quirúrgica – adaptas por procesos – e implementación de la prescripción de profilaxis por medio del programa de prescripción electrónicas asistida – lo que ha mejorado el registro, evitando la prolongación de esta.

### Conclusión

Con este modelo de PROA se controla el uso de antimicrobianos, identificado puntos de mejora en la práctica clínica, lo que ha permitido reducir el empleo de ciertos antimicrobianos, sobre todo en los procedimientos quirúrgicos programados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## CONOCIMIENTOS BÁSICOS, ANATOMÍA E HISTOLOGÍA DE LA CAVIDAD ORAL. OBTENCIÓN DE INJERTO DE MUCOSA YUGAL

Malossi, AE<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Consoli, M<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Boretini, E<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Central. Mendoza, Argentina.

El conocimiento de la anatomía de la cavidad oral es esencial para la correcta obtención quirúrgica de un segmento de mucosa yugal. Sus características histológicas lo hacen adecuado para uso como injerto en técnicas de uretroplastia.

### Objetivo

Describir los aspectos anatómicos e histológicos de la mucosa yugal. Técnica de obtención

### Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la anatomía macroscópica y microscópica de la cavidad oral para su uso en la obtención de injertos de mucosa yugal.

La cavidad oral (vestíbulo y cavidad oral propiamente dicha) incluye la lengua, los dientes y sus medios de sostén (periodonto), las glándulas salivales y las amígdalas. La mucosa oral se divide en mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada. La submucosa posee una abundante red de vasos que facilitan los fenómenos de imbibición e inoculación del injerto.

El manejo de estos conceptos, nos permite dar una descripción de la técnica quirúrgica en la obtención del segmento de mucosa yugal.

La cavidad oral (vestíbulo y cavidad oral propiamente dicha) incluye la lengua, los dientes y sus medios de sostén (periodonto), las glándulas salivales y las amígdalas. La mucosa oral se divide en mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada. La submucosa posee una abundante red de vasos que facilitan los fenómenos de imbibición e inoculación del injerto.

El manejo de estos conceptos, nos permite dar una descripción de la técnica quirúrgica en la obtención del segmento de mucosa yugal.

### Conclusiones

El conocimiento detallado y correcto de la anatomía de la cavidad oral cómo así también conocer los aspectos histológico, facilitan la obtención de una buena cantidad de mucosa yugal que junto a una correcta técnica quirúrgica nos permiten evitar complicaciones, como así también comprender los mecanismos que favorecen la adhesión de estos tejidos en los sitios a injertar.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **TUMOR DE COLISIÓN RENAL: CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS OCULTO EN ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE EN PACIENTE CON COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA**

Robles-Torres, JI<sup>(1)</sup>; Arrambide-Herrera, JG<sup>(1)</sup>; Dávila-Martínez, S<sup>(1)</sup>; Molina-Ayala, M<sup>(2)</sup>; Garza-Guajardo, R<sup>(2)</sup>; Gómez-Guerra, LS<sup>(1)</sup>; Gutiérrez-González, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México. <sup>(2)</sup>Patología, Hospital Universitario, UANL. Monterrey, México.

## **Antecedentes.**

El angiomiolipoma renal es un tumor mesenquimatoso mixto formado por músculo liso, tejido adiposo y vasos sanguíneos. Los tumores de colisión son un hallazgo histológico poco frecuente que corresponden a la presencia de dos o más neoplasias dentro de una misma lesión clínica. La coexistencia de un carcinoma de células claras y un angiomiolipoma dentro de un mismo tumor es una entidad rara.

## **Objetivo del Estudio.**

Se presenta el caso de un paciente con complejo esclerosis tuberosa a quien se le practica nefrectomía reportando tumor de colisión con presencia de carcinoma de células claras variedad eosinofílica dentro de un angiomiolipoma gigante.

## **Reporte de caso.**

Masculino de 30 años con diagnóstico de Complejo Esclerosis Tuberosa, ingresa a urgencias por presentar dolor abdominal acompañado de síndrome anémico. Estudios paraclínicos revelan un síndrome de Wunderlich, asociado a angiomiolipoma gigante sangrante dependiente de riñón derecho. Se practica nefrectomía simple derecha sin complicaciones. El resultado de histopatología reporta angiomiolipoma renal con HMB45 positivo con presencia de isla central de 7mm de carcinoma renal de células claras variedad eosinofílica, confirmado mediante el marcador PAX8 positivo. Se confirma el diagnóstico de tumor de colisión renal. El paciente evoluciona favorablemente durante su postoperatorio y es egresado a los 3 días.

## **Conclusiones.**

La transformación maligna del angiomiolipoma es anecdótico, habiendo solo 7 casos reportados en la literatura, todos con diagnóstico de esclerosis tuberosa. Desde el punto de vista clínico y patológico, debe tenerse en cuenta que el carcinoma de células claras podría originarse a partir de un angiomiolipoma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ENDOSCÓPICA EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE**

González Cazón, A<sup>(1)</sup>; Alvarez, P<sup>(1)</sup>; Ramirez Wosnuk, G<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Padial, L<sup>(1)</sup>; Scorticati, C<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

**Introducción**

El principal sitio de metástasis del cáncer de pene son los ganglios linfáticos inguinales. Alrededor del 30% de los pacientes muestran compromiso inguinal en el momento del diagnóstico, y este es un factor determinante de la mortalidad relacionada con este tipo de tumor. La linfadenectomía inguinal abierta se considera el tratamiento gold standard para la metástasis en los ganglios linfáticos del cáncer de pene. Sin embargo, este procedimiento tiene una alta morbilidad, que incluye necrosis de la piel o infección postoperatoria de la herida quirúrgica. Además, dependiendo de la extensión de la linfadenectomía, se observa una mayor frecuencia de edema de las extremidades inferiores, linfocele, linfedema y linforrea.

**Materiales y métodos**

Presentamos 1 caso de linfadenectomía inguinal video endoscópica

**Resultados**

Paciente masculino de 79 años de edad con antecedentes de asma consulta por lesión en pene de 4 meses de evolución.

EF: formación exofítica mal oliente en glande, adenomegalia en región inguinal derecha. Penectomía parcial, y 1° tiempo de Mazza. A.P.: carcinoma invasor moderadamente diferenciado, infiltración perineural y embolias vasculolinfáticas. márgenes libres.

PET: ganglios inguinales derechos positivos

Linfadenectomía inguinal bilateral por vía endoscópica + linfadenectomía ilio obturatriz bilateral + 2° tiempo de mazza. A.P.: Inguinal derecho, Mts carcinomatosa con disrupción capsular e infiltración de tejidos blandos peri ganglionares. Resto ausencia de metástasis.

Evoluciona en forma favorable.

**Conclusión**

La linfadenectomía inguinal video endoscópica es una técnica reproducible y presenta una tasa de complicaciones quirúrgicas considerablemente menores, teniendo en cuenta la disminución en la infección o necrosis de la piel.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PRIMERA LINFADENECTOMÍA INGUINAL TEMPRANA MEDIANTE TÉCNICA LAPAROSCÓPICA REALIZADA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CAJA DE SEGURO DE SOCIAL DE PANAMÁ.**

Bodden, E<sup>(1)</sup>; Rotar, F<sup>(1)</sup>; Ortega, T<sup>(1)</sup>; Garcia, J<sup>(1)</sup>; Crespo, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, CHDrAAM. Panama, Panama.

**Objetivo**

Presentar la primera experiencia en cuanto al abordaje laparoscópico de la linfadenectomía inguinal bilateral en el manejo del cáncer escamoso del pene.

**Materiales y Método**

Paciente de 52 años con carcinoma escamoso de pene invasor a subcutánea pero sin invasión linfovascular o peri neural (pT1a) con adenopatías palpables y móviles <3 cm bilaterales (cN2) con tomografía contrastada que no reporta adenopatías pélvicas o datos de enfermedad a distancia (M0) a quien se le realiza linfadenectomía inguinal bilateral mediante técnica laparoscópica.

**Resultado**

Tiempo total quirúrgico fue de 290 minutos (140 minutos para el lado derecho y 150 para el lado izquierdo); se realizó preservación de la vena safena bilateral; la pérdida sanguínea total fue menor de 30 ml; se inició deambulación y enoxaparina a las 36 horas; el gasto de los drenajes era inferior a 150 ml a las 48 hrs.

Al momento de enviar este resumen todavía se estaban procesando los cortes de la patología por lo cual el resultado de los mismos se presentará en el video final.

**Conclusiones**

Es una técnica factible y reproducible que permite la preservación de la vena safena sin sacrificar la adecuada escisión del tejido linfograso inguinal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **CISTECTOMIA RADICAL ROBOTICA CON DERIVACION URINARIA INTRACORPOREA: TECNICA PASO A PASO**

Alcantara-Quispe, C<sup>(1)</sup>; Fantin, JP<sup>(1)</sup>; Machado, R<sup>(1)</sup>; Magnabosco, W<sup>(1)</sup>; Cesar, A<sup>(1)</sup>; Panico, V<sup>(2)</sup>; Machado, T<sup>(2)</sup>; Faria, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS. BARRETOS, Brazil. <sup>(2)</sup>Urologia, Faculdade de Medicina do ABC. Sao Paulo, Brazil.

**Introducción:** El cáncer de vejiga es el noveno cancer más común en el mundo, y el 13 en términos de mortalidad anual por cáncer. En Brasil, según el INCA, para 2018 la estimación fue de 9480 casos nuevos. Cerca del 25% de los casos son diagnosticados como musculo-invasivos. La cistectomía radical abierta con linfadenectomía pélvica es el tratamiento estándar para los tumores de vejiga músculo-invasor. Este procedimiento complejo está asociado a altas tasas de morbilidad peri-operatorias.

La cistectomía radical asistida por robot tuvo un incremento en la última década y la derivación urinaria intracorpórea demuestra beneficios en la reducción de la morbilidad sin comprometer los resultados oncológicos. Debido a ser un procedimiento relativamente reciente, todavía existen datos dispersos y controvertidos, pero es una técnica factible de realización.

**Objetivo:** Describiremos paso a paso la técnica usada en la cistectomía radical asistida por robot con derivación urinaria intracorpórea realizada en nuestro servicio.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 50 años con historia de hematuria, en el que fue realizada una resección transuretral endoscópica, por un tumor vesical. El resultado anatomopatológico fue carcinoma urotelial de alto grado, músculo invasivo. Se realizó una cistectomía radical con confección de bricker intracorpóreo con abordaje robótico, utilizando algunas variaciones técnicas para facilitar el abordaje totalmente intracorpóreo como la disposición de los trocateres, uso de sutura mecánica, técnicas para manipular el Bricker intraabdominalmente y facilitar la anastomosis. La fase extirpativa duró de 120 minutos, y la reconstructiva de 210 minutos, con sangrado aproximado de 300 ml, cursando con postoperatorio sin complicaciones graves, teniendo un período de internación de 5 días.

**Conclusión:** La cistectomía radical asistida por robot con derivación urinaria intracorpórea es una cirugía desafiadora que necesita cierta curva de aprendizaje pero no imposible. La literatura y nuestros resultados demuestran que la introducción de esta técnica es viable, presentando resultados perioperatorios satisfactorios y sin comprometer los resultados funcionales y oncológicos, además de proporcionar los beneficios ya conocidos de la cirugía robótica.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**REPARACION DE FISTULA VESICOVAGINAL UTILIZANDO FLAP PERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT:  
DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO**

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Sandoval, C<sup>(1)</sup>; Recabal, P<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:** La fistula vesico vaginal(FVV) es una complicación poco frecuente con repercusión importante en la calidad de vida de las pacientes. El 95% de las FVV son producidas después de una histerectomía, con una frecuencia de 1 en 1800 casos. En casos seleccionados el manejo puede ser conservador con baja tasa de éxito. El tratamiento quirúrgico tiene buenos resultados y bajas tasas de recidiva. Existen series de reparación por vía laparoscópica con buena tasa de éxito. Se ha descrito la interposición de distintos tejidos para reforzar la reparación incluido el flap de peritoneo.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el video de un caso de reparación de fistula vesico vaginal utilizando un flap peritoneal con asistencia robótica.

Paciente de 41 años con antecedente de Cáncer cervicouterino IB1 que fue sometida a una histerectomía Radical con linfadenectomía extendida. Evoluciona con fistula vesicovaginal que no responde a manejo conservador inicial por lo que se decide reparación quirúrgica precoz utilizando asistencia de robot.

Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza resección y reparación de la fistula interponiendo flap peritoneal y epiplón.

**RESULTADOS:** El tiempo de consola fue de 120 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. La paciente es dada de alta al segundo día sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 21 días. Sin evidencia de recidiva a los 6 meses.

**CONCLUSIONES:** La cirugía reconstructiva vesical es posible por abordaje laparoscópico y asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas. El flap de peritoneo es una opción viable de interposición de tejidos para la reparación de una fistula vesicovaginal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**REPARACION URETEROVESICAL CON FLAP DE BOARI ASISTIDO POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO**

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; SAndoval, C<sup>(1)</sup>; Recabal, P<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:** La cirugía reconstructiva ureteral requiere una exposición adecuada de la lesión ureteral y da como resultado incisiones abdominales grandes. La asistencia de robot permite la realización de cirugía reconstructiva ureteral compleja a través de pequeñas incisiones.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el video de un caso de reparación de uréter con flap de boari con asistencia robótica.

Paciente de 53 años con antecedente de cirugía abierta por lesión anexial con lesión ureteral intraoperatoria reparada en forma primaria. Evoluciona con hidroureteronefrosis derecha severa secundaria a estenosis ureteral. Se planifica neoimplante ureteral con flap de Boari con asistencia de robot.

Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza neoimplante ureteral derecho con flap de boari.

**RESULTADOS:** El tiempo operatorio fue de 150 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. La paciente es dada de alta al día siguiente sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 7 días y catéter doble J a las 4 semanas.

**CONCLUSIONES:** La cirugía reconstructiva es posible por abordaje laparoscópico asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas en la vía urinaria. El flap de Boari es una buena alternativa cuando se requiere reemplazar un segmento largo de uréter dañado y así lograr una anastomosis sin tensión.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA CON CONSERVACION DE FASCIA ENDOPELVICA, COMPLEJO DORSAL Y PRESERVACION NEUROVASCULAR**

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; Sandoval, C<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF

<sup>(1)</sup>Urología, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:**La prostatectomía radical robótica ha llegado a ser la principal alternativa de tratamiento para el cáncer de próstata localizado. Siendo una preocupación permanente el mejorar los resultados en cuanto a control oncológico, continencia y potencia. Presentamos el video de nuestra experiencia inicial de prostatectomía radical robótica conservando fascia endopelvica, complejo venoso dorsal y preservación intrafascial de paquetes neurovasculares.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el video del caso de paciente de 58 años con antecedente de cáncer de próstata de bajo riesgo en protocolo de vigilancia activa, al año de seguimiento se realiza biopsia prostática que informa Adenocarcinoma gleason 7 (3+4) en 4 sextantes, Resonancia no evidencia compromiso extracapsular no de vesículas seminales. Por lo que se decide realizar prostatectomía radical robótica con conservación de fascia endopelvica y complejo venoso dorsal con preservación neurovascular.

Paciente en posición de litotomía, con trendelenburg a 25°. 4 trocares robóticos de 8 mm, 2 trocares auxiliares, en fosa iliaca derecha e hipocondrio derecho.

Abordaje posterior de vesículas seminales. Apertura de cuello vesical, disección de planos laterales preservando fascia endopelvica y elementos del complejo venoso dorsal. Anastomosis uretrovesical con V-lock 3.0.

**RESULTADOS:**Tiempo de consola 90 minutos. Sangrado intraoperatorio menor de 100cc Paciente es dado de alta al día siguiente. Retiro sonda Foley al 7º día. Continencia inmediata. Biopsia informa: Adenocarcinoma gleason 7(3+4) bilateral. Márgenes negativos. PSA de control a las 6 semanas indetectable.

**CONCLUSIONES:**La prostatectomía radical robótica conservando fascia endopelvica, complejo venoso dorsal y con preservación neurovascular intrafascial es factible, y nuestro parecer mejorar los resultados funcionales sin sacrificar control oncológico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **ANASTOMOSIS URETEROVESICAL TIPO LICH-GREGOIR ASISTIDA POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO**

Díaz, J; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A; Sandoval, C; GOnzalez, MF

<sup>(1)</sup>U.

**INTRODUCCION:** La cirugía reconstructiva ureteral requiere una exposición adecuada de la lesión ureteral y da como resultado incisiones abdominales grandes. La asistencia de robot permite la realización de cirugía reconstructiva ureteral compleja a través de pequeñas incisiones.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el video de un caso de reparación de uréter distal izquierdo con técnica de lich-gregoir con asistencia robótica.

Paciente de 58 años con antecedente de cáncer de vejiga no músculo invasor tratado con RTU vesical e inducción con BCG. Evoluciona con fibrosis del meato ureteral con hidroureteronefrosis secundaria, sin evidencia de recidiva. Se planifica neoinplante ureteral con asistencia de robot.

Paciente en decúbito supino. Se instalan 4 trocares robóticos y 1 trocar auxiliar de 12mm. Se realiza neoinplante ureteral izquierdo con técnica de lich gregoir.

**RESULTADOS:** El tiempo operatorio fue de 70 minutos, sangrado estimado menor de 50 cc. El paciente es dado de alta al día siguiente sin complicaciones. Se retira la sonda Foley a los 7 días y catéter doble J a las 4 semanas.

**CONCLUSIONES:** La cirugía reconstructiva es posible por abordaje laparoscópico asistido por robot, facilitando la reconstrucción y permitiendo reparaciones complejas en la vía urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN PACIENTE CON RIÑON EN HERRADURA**

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:** Las indicaciones de nefrectomía parcial se han expandido, siendo hoy el tratamiento de elección en tumores T1. El riñón en herradura es la anomalía de fusión mas frecuente con una incidencia del 0,25%. El 95 % ocurre a nivel de los polos inferiores. Existen pocos reportes de abordaje mínimamente invasivo para tumores en riñones en herradura.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el caso de una mujer de 66 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que consulta por hallazgo de tumor renal izquierdo en riñón en herradura fusionado por polo inferior de 35 mm. RENAL SCORE 7P, sin evidencia de diseminación. Se decide realizar nefrectomía parcial asistida por robot.

Paciente en decúbito lateral, 4 trocares robóticos de 8 mm y trocar auxiliar de 12 mm en línea media. Se realiza clampeo con bulldog laparoscópicos. Resección del tumor con tijera fría. Hemostasia con puntos de monocryl 2.0 y V lock 2-0. Cierre de la gerota.

**RESULTADOS:** Tiempo de consola 80 minutos. Isquemia caliente 16 minutos. Es dada de alta al día siguiente sin complicaciones. Biopsia informa: carcinoma de células renales, variedad células claras. Márgenes negativos.

**CONCLUSIONES:** El abordaje mínimamente invasivo en riñones en herradura es una técnica compleja por la ubicación renal. La nefrectomía parcial asistida por robot es una técnica factible y segura, que permite buena visualización de las estructuras anatómicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN PACIENTE MONORRENO

Díaz, J<sup>(1)</sup>; Altamirano, J<sup>(1)</sup>; Vidal, A<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, INSTITUTO ONCOLOGICO FALP. SANTIAGO, CHILE.

**INTRODUCCION:** Las indicaciones de nefrectomía parcial se han expandido, siendo hoy el tratamiento de elección en tumores T1. Sin embargo existen pocas indicaciones imperativas de cirugía conservadora , como es un paciente monorreno.

**MATERIAL Y METODO:** Presentamos el caso de una mujer de 84 años con antecedente de hipertensión arterial y de nefrectomía derecha por atrofia. Consulta por hematuria, por lo que se solicita TAC que muestra lesión sólida hipervascularizada de 42 mm compatible con RCC. RENAL SCORE 10a, sin evidencia de diseminación. Se decide realizar nefrectomía parcial asistida por robot.

Paciente en decúbito lateral, 4 trocares de 8 mm y trocar auxiliar de 12 mm en línea media. Se realiza clampeo con bulldog laparoscópicos. Se delimita tumor con ecografía intraoperatoria. Resección del tumor con tijera fría. Hemostasia con puntos de monocryl 2.0 y V lock 2-0.Cierre de la gerota.

**RESULTADOS:** Tiempo de consola 80 minutos. Isquemia caliente 26 minutos. Es dada de alta al 2º día post operatorio sin complicaciones. Creatinina al alta 1,1 mg/dl. Biopsia informa: carcinoma de células renales, variedad células claras. Márgenes negativos.

**CONCLUSIONES:** La nefrectomía parcial robótica en pacientes monorrenos es factible y segura, permite abordar tumores complejos. Debe ser realizada por cirujanos con experiencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**SISTEMA ROBÓTICO PUERTO ÚNICO ColubrisMX SPSR: ENSAYO QUIRÚRGICO PRE-CLÍNICO**

Castillo, O<sup>(1, 2)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Abaloshi, I<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello (UNAB), clínica INDISA. Santiago, Chile.

**INTRODUCCION.** El sistema ColubrisMX SPSR es una plataforma robótica diseñada para realizar cirugía por puerto único. El objetivo de este video es mostrar los procedimientos quirúrgicos realizados por los autores en un protocolo pre-clínico de cirugía experimental.

**MATERIAL Y METODOS.** El robot puerto único ColubrisMx SPSR consiste de un carro de paciente que porta un tubo (overtube) de 2.5 cm por el cual se introducen 3 instrumentos y una cámara todos flexibles. La consola del cirujano es abierta y consta de una pantalla HD con visión 3D, controles manuales (control de instrumentos) y controles de pie (control de overtube y coagulación-corte monopolar y bipolar).

El tubo se introduce a través de una incisión de 2.5 cm cubierta con un GelPoint Mini (Applied Medical Resources Corp.).

**RESULTADOS.** Realizamos 33 procedimientos en 10 cerdos, los cuales fueron: Linfadenectomía pélvica, Nefrectomía total, Pieloplastía, Anastomosis uretro-vesical y Nefrectomía parcial con control vascular. Todos fueron completados sin complicaciones y son detallados en el video.

**CONCLUSION.** El sistema robótico puerto único ColubrisMx SPSR aparece como una nueva alternativa efectiva para realizar cirugía robótica urológica en el modelo experimental. Debemos esperar resultados en ensayos clínicos para demostrar su utilidad en la práctica médica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# REIMPLANTE URETERAL BILATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT EN DERIVACION URINARIA CON CONDUCTO ILEAL (BRICKER).

Arribas, D<sup>(1, 2)</sup>; Baeza, R<sup>(1)</sup>; Castillo, O<sup>(1, 2, 3)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Cirugía Robótica Clínica Universitaria de Concepción, Clínica Universitaria Concepción. Concepción, Chile. <sup>(2)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN.** La estenosis ureteral se produce en aproximadamente el 10 % en derivaciones urinarias luego de cistectomía radical. Su reparación puede ser compleja y el estándar es la reparación abierta. El objetivo de este video es mostrar la técnica de reimplante ureteral laparoscópico asistido por robot.

**CASO CLINICO.** Paciente de 52 años, mujer, con el antecedente de cistectomía radical y derivación urinaria tipo Bricker por cirugía abierta en el año 2009 por cáncer de vejiga. Se realizó radioterapia y quimioterapia adyuvantes. En el año 2011 es reoperada por íleo mecánico. En el año 2017 se realiza un neoimplante ureteral bilateral abierto por hidronefrosis severa secundaria a estenosis de la anastomosis uretero-intestinal. En el año 2019 se confirma re-estenosis bilateral por lo cual se decide realizar neoimplante ureteral bilateral robótico.

**TECNICA QUIRURGICA.** Se utilizó la plataforma robótica daVinci X (Intuitive Surgical Inc.)®. Se colocan los 4 puertos robóticos de 8 mm. Dado que la cámara es de 8 mm, nos permitió movilizarla de un trocar a otro para liberar las abundantes adherencias de cirugías abiertas previas. Se identifican ambos uréteres dilatados y se seccionan. Se inyecta vía endovenosa Indocianina verde con la cual se certifica buena vascularización ureteral. Se anastomosan ambos uréteres al asa de Bricker sobre sonda de alimentación 8Fr. Se inyecta nuevamente Indocianina verde y se comprueba buena vascularización de ambos. El tiempo operatorio fue de 180 minutos y el sangrado estimado de 50cc. La paciente fue dada de alta a las 48 horas y los tutores fueron retirados a los 12 días.

**CONCLUSION.** Este video muestra la factibilidad de realizar un neoimplante ureteral a un conducto ileal utilizando la técnica robótica en una paciente con múltiples cirugías abiertas y con radioterapia pélvica y quimioterapia ayudantes. Demuestra además la utilidad del uso de Indocianina verde para comprobar la vascularización ureteral, elemento clave en disminuir la estenosis de la anastomosis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FISTULA RECTOURETRAL POST PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA REPRODUCIBLE CON INTERPOSICIÓN DE FLAP VASCULARIZADO DE VEJIGA

Santinelli, F<sup>(1, 2)</sup>; Baldarena, C<sup>(1)</sup>; Mias, F<sup>(1)</sup>; Mayor, F<sup>(1)</sup>; Piñeiro, A<sup>(1)</sup>; Suarez, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo" de Berazategui. Berazategui, Argentina. <sup>(2)</sup>Bernal.

**Introducción:** Las fistulas Rectouretrales post prostatectomía radical, se presentan en un 2% de casos. Establecida optamos por dos conductas: El cierre espontaneo con sonda vesical en un periodo de 1 a 3 meses; o superado este tiempo su cierre quirúrgico. No existe técnica que nos asegure el éxito. Se han propuesto múltiples vías de abordaje: La anterior (con resección del pubis), posteriores (Kraske, o York Mason), Perineales (con interposición de musculo Criabilis), Laparoscópicas, y Robóticas (con interposición de Epiplón). Desarrollamos por vía laparoscópica una novedosa forma, de elaborar un flap de tejido para interponer entre las suturas, utilizando la grasa, y peritoneo vascularizados de la propia vejiga.

**Materiales y Métodos:** Paciente masculino de 59 años de edad post prostatectomía radical laparoscópica, que presenta proctorragia a las 4 horas de ser intervenido, siendo colostomizado de protección, y desarrollando una de fistula Rectouretral. Intentamos un cierre espontaneo, confirmado por cistografía, que refistuliza a las 48 hs. Decidimos por lo tanto su resolución quirúrgica.

**Resultados:** Abordaje por vía Laparoscópica Transperitoneal, previa colocación de catéteres ureterales, y en la fistula. Apertura longitudinal de la vejiga hasta la fístula, disección de los planos, cierre del recto transversal, e interposición de flap vascularizado de Vejiga, con cierre longitudinal de ésta. Dejamos sonda vesical, y catéteres ureterales durante 21 días, y retiramos los mismos sin complicaciones. Tiempo quirúrgico de 130 minutos, mínimo sangrado, e internación de 5 días. Cierre de la colostomía antes de 2 meses, sin refistulizado, con continencia urinaria perfecta.

**Conclusión:** La fistula Rectouretral, es una complicación de un bajo porcentaje luego de una Prostatectomía radical, pero genera gran preocupación al paciente, y al cirujano actuante. Destacando que la mayoría de los urólogos, y cirujanos, no tienen experiencia en abordarlas. Presentamos una técnica novedosa, que consideramos reproducible, con un Flap de vejiga pediculado para interponer entre las suturas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS NEUROVASCULARES**

Fajardo, C<sup>(1)</sup>; Flores, J<sup>(1)</sup>; Garcia, N<sup>(1)</sup>; Fiallos, L<sup>(1)</sup>; Gernat, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, IHSS. Comayaguela, Honduras.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de próstata, prostatectomía radical, laparoscopia

**INTRODUCCIÓN** Son varios los factores que pueden influir en la continencia y potencia sexual después de la prostatectomía radical. Pero uno de los más importante es la preservación neurovascular durante la cirugía.

**MATERIAL Y MÉTODOS** Presentamos el caso de un paciente de 54 años, sin antecedentes de interés diagnóstica de cáncer de próstata, gleason 6 (3+3) en 3/5 cilindros bilateral, PSA de 5,4 (libre 17%), al tacto rectal una próstata vol II, fibroelástica. Estudio de extensión negativo. Se decide realizar prostatectomía radical con preservación de estructuras neurovasculares.

**RESULTADOS** Acceso transperitoneal con 5 puertos. Disección intrafacial de bandeletas neurovasculares. Tiempo quirúrgico de 180 minutos, pérdida sanguínea de 150 cc. Retirada de dreno a las 12 horas y alta hospitalaria a las 36 horas. Retirada de sonda vesical a los 7 días. La anatomía patológica fue de un adenocarcinoma de próstata gleason 7 (3+4) en el lóbulo derecho, T2a, márgenes quirúrgicos negativos.

**CONCLUSIONES** El objetivo principal de la prostatectomía radical es obtener resultados oncológicos óptimos, pero sin obviar los resultados funcionales. Una buena planificación, ayuda a garantizar el éxito de la cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



# **METÁSTASIS URETERAL INTRALUMINAL CONTRALATERAL DE CÉLULAS CLARAS, LUEGO DE 6 AÑOS DE UNA NEFRECTOMÍA RADICAL**

Santinelli, F<sup>(1, 2)</sup>; Mayor, F<sup>(1)</sup>; Piñeiro, A<sup>(1)</sup>; Suarez, G<sup>(1)</sup>; Primo, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo" de Berazategui. Berazategui, Argentina. <sup>(2)</sup>Bernal.

**Introducción:** El carcinoma renal representa el 2-3% de todos los cánceres del organismo, correspondiendo el de células claras el 80 % de las lesiones solidas Renales. El tratamiento consiste la Nefrectomía radical, o parcial si correspondiera. Luego de la cirugía seguimos un protocolo de estudios para detectar recidivas locales, o sistémicas. Este tumor tienela capacidad de metastatizar a múltiples órganos; siendo más habituales: pulmón, ganglios linfáticos, hueso, e hígado. Solo hemos encontrado 7 casos de metástasis ureteral intraluminal de células claras, contralateral al tumor primario.

**Material y Métodos:** Paciente femenina de 78 años (monorrena), con antecedente de nefrectomía radical derecha hace 6 años, por tumor renal de células claras de 6,5 cm de diámetro. Consulta por hematuria intermitente, insuficiencia renal con creatinina de 2,52 mg/dl y un clearance de 27 ml/min. Ecografía renal, y UROTAC con ureteropieloectasia izquierda a nivel del cruce iliaco, con una masa intraluminal de 2 x 1 cm. Ureteroscopía con una masa sólida, tomándose biopsia, mas PAP, y colocándosele un doble jota. La patología: muestra células tumorales, sin determinar estirpe.

**Resultados:** La paciente es intervenida por vía Laparoscópica Transperitoneal, con hallazgo en uréter izquierdo, de una masa intraluminal sólida, a nivel del cruce iliaco, que la resecamos con margen de seguridad, y realizamos una uretero-uretero anastomosis termino-terminal. Cursa postoperatorio sin complicaciones, con 3 días de internación. Alta sin sonda vesical, y con drenaje, que retiramos al 5 día. El catéter doble jota lo retiramos al mes, con UroTAC, y pielografía ascendente a los 6 meses, que nos muestran un buen pasaje de la anastomosis, cretinina 1,69 mg/dl, y clearance de 42 ml/min.

**Conclusiones:** Luego de una Nefrectomía radical por carcinoma de células claras, seguimos protocolos, a la búsqueda de posibles metástasis locales, o sistémicas, que pudieran aparecer. La metástasis de uréter intraluminal contralateral, es extraordinaria. La intervención por vía laparoscópica minimiza riesgos, y brinda múltiples beneficios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTOVESICAL POSTPROSTATECTOMÍA**

Gutiérrez Mínguez, E<sup>(1)</sup>; Montero Torres, J; Hernández García, JM; Vesga Molina, F; Rivero Cardenes, A; Domínguez Fernández, MdH; Blanco Martín, E

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

- **INTRODUCCIÓN:**

Las fístulas rectovesicales tras prostatectomía radical son poco frecuentes (oscilan entre 1-9%). Si la lesión se identifica en el mismo acto quirúrgico se puede intentar la reparación primaria con el cierre en dos planos con o sin colostomía de descarga. Si el cierre primario fracasa se tendrá que hacer colostomía de descarga y reparación diferida de la fístula.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un varón de 70 años que durante una prostatectomía radical laparoscópica se lesiona la cara rectal anterior. Se realiza en un primer tiempo reparación primaria de la perforación mediante sutura durante el mismo acto quirúrgico. A los 15 días se objetiva fecaluria a través de la sonda vesical, por lo que tras la confirmación por pruebas radiológicas de la fístula, se decide realización de colostomía de descarga.

Ante la persistencia de fístula se programa al paciente para reparación de la misma de forma diferida mediante abordaje perineal. Se realiza cateterización de ambos uréteres así como tutorización del orificio fistuloso. Se procede a resección endoscópica del defecto de la pared vesical con asa de Collins. Una vez identificada la fístula por vía perineal, se suturan el defecto vesical y rectal. Se interpone matriz de fibrina humana (tachosilâ), y el músculo transverso superficial del periné entre ambos planos.

- **RESULTADOS:**

El paciente fue dado de alta a los 15 días de la intervención manteniendo sonda vesical hasta tener confirmación radiológica de desaparición de la fístula. Se procedió a la restauración del tracto intestinal a los 5 meses de la cirugía.

- **CONCLUSIONES:**

La reparación de las fístulas rectovesicales es un procedimiento complejo. El abordaje perineal con interposición de músculo transverso del periné es una opción de tratamiento quirúrgico tras el fracaso del cierre primario.

- **PALABRAS CLAVE:**

Fístula rectovesical. Abordaje perineal. Prostatectomía radical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA SIN TRANSECCIÓN. TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO**

Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; Gil, SA<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>; Giudice, CR<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Sector Cirugía Uretral y Reconstructiva genital, Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### **INTRODUCCIÓN**

La sección y anastomosis primaria es el tratamiento gold standard en las estenosis menores a 2 cm en la uretra bulbar. En 2007 Jordan y cols, introdujeron la modificación a la técnica que consiste en no realizar la transección del cuerpo esponjoso con el objeto de preservar la vascularización uretral.

El objetivo es describir detalladamente los pasos de la técnica quirúrgica de resección y anastomosis primaria sin transectar el cuerpo esponjoso.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Técnica Quirúrgica: Se coloca al paciente en posición de litotomía. Incisión media perineal, apertura de la fascia de Colles y sección de los músculos bulbouretrales. Se disea la uretra bulbar en toda su circunferencia. Se realiza cistoscopia para identificar el sitio de estenosis. Con maniobras delicadas, se separa la uretra del cuerpo esponjoso sin necesidad de seccionarlo conservando la vascularización proximal proveniente de las arterias bulbares. A continuación, se realiza sección de la uretra a nivel de la estenosis y resección del tejido fibroso hasta observar mucosa de aspecto sana, distensible y de buen calibre (28-30 french) en ambos extremos. Se colocan 6 puntos de PDS 4-0 en uretra proximal. Se coloca sonda vesical siliconada y se pasan el resto de los puntos de la anastomosis y se procede a anudar los mismos.

A los 21 días se retira la sonda vesical bajo control radioscópico realizando una cistouretrografía miccional.

### **CONCLUSIÓN**

La no transección del bulbo en la anastomosis primaria es una técnica reproducible que permite conservar la irrigación uretral intacta y por ende, beneficiar a aquellos pacientes con trastornos vasculares, hipospadias o que requieran de un esfínter urinario artificial en el futuro.

Palabras clave. URETROPLASTIA - NO TRANSECCIÓN - ESTENOSIS DE URETRA

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**GRACILIS MUSCLE INTERPOSITION FOR THE TREATMENT OF RECTOURETHRAL FISTULA**

Fernandes, AS<sup>(1)</sup>; Gorgen, ARH<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Batezini, NS<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Ferreira, DC<sup>(1)</sup>; Santos, EB<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Fístulas uretroretais são problemas incomuns e de difícil tratamento. As cirurgias reconstrutivas com fistulectomia tem altas taxas de recorrência. Devido a indisponibilidade de tecido saudável para interposição durante abordagens perineais, a interposição de retalho de músculo grácil é uma alternativa factível de correção deste tipo de fístula.

Apresentamos este vídeo passo-a-passo demonstrando esta técnica cirúrgica em um paciente de 52 anos com duas cirurgias prévias com retirada do trajeto fistuloso, porém com recorrência poucas semanas após os procedimentos cirúrgicos. Paciente mantinha apresentação de pneumatúria e infecções urinárias de repetição.

A cirurgia ocorreu sem intercorrências, com o paciente tendo apresentado adequada evolução pós operatória, tendo retirado o dreno de proto vac e de penrose no 3o dia pós operatório e recebeu alta com sonda vesical de demora no 5o pós operatório. A sonda vesical de demora foi retirada com 3 semanas do procedimento cirúrgico e o paciente até o terceiro mês de seguimento pós operatório não apresentou evidência de recorrência.

O vídeo demonstra que o procedimento é factível do ponto de vista técnico e é uma alternativa para tratamento destas fístulas complexas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**INJERTO LINGUAL EN HERRADURA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES PANURETRALES**

Rovegno, F<sup>(1)</sup>; Ghisini, D<sup>(2)</sup>; Momesso, A<sup>(2)</sup>; Capiel, L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, CEMIC. CABA, ARGENTINA. <sup>(2)</sup>UROLOGIA, Osecac. CABA, ARGENTINA.

Presentación de caso.

Paciente de sexo masculino de 60 años con estrechez panuretral. Se realiza plastica de uretra con injerto lingual en herradura e injerto de mucosa yugal. Alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones. Seguimiento con buena evolución de herida lingual y plastica uretral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URÉTER ECTÓPICO VAGINAL COMO CAUSA DE INCONTINENCIA DE ORINA**

Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Zubieta, ME<sup>(1)</sup>; Gonzalez, MI<sup>(1)</sup>; Tejerizo, JC<sup>(1)</sup>; Favre, GA<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

La desembocadura de un uréter ectópico en vagina es una patología infrecuente que suele manifestarse con infecciones urinarias e incontinencia de orina en mujeres jóvenes. Generalmente, se asocia a un polo superior displásico y poco funcionante. El tratamiento es la nefrectomía laparoscópica del pielón superior.

Nos planteamos como objetivo describir una causa infrecuente de incontinencia urinaria como es la presencia de un uréter ectópico desembocando en vagina y su tratamiento mínimamente invasivo.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se presenta el caso de una paciente de 23 años de edad, nulípara, que consulta por incontinencia de orina no relacionada a los esfuerzos ni a urgencia, de 4 años de evolución. Tratada en otro centro con un sling Transobturatorio con resultados desfavorables. Moja 4 paños por día, frecuencia miccional cada 1 hora. Niega infecciones urinarias. Se realizaron estudios urodinámico y cistoscópico que resultaron normales. Examen ginecológico sin particularidades. Se solicitó una tomografía computada que informó un doble sistema excretor derecho con pielón superior dilatado en todo su recorrido hasta la pelvis desembocando en la cúpula vaginal.

**RESULTADOS**

Se realizó como tratamiento la nefrectomía laparoscópica del pielón superior atrófico + ureterectomía. A las 48 horas por buena evolución se dió el alta hospitalaria. La anatomía patológica describió una fibrosis estromal e inflamación crónica. La paciente evolucionó de manera satisfactoria sin pérdida de orina

**CONCLUSIÓN**

La incontinencia urinaria debido a un uréter ectópico es una causa muy infrecuente que debe ser tenida en cuenta en aquellas pacientes jóvenes sin causal aparente. El abordaje laparoscópico para la nefrectomía polar superior es un técnica segura, reproducible y brinda los beneficios de un tratamiento mínimamente invasivo.

Palabras clave: URÉTER ECTÓPICO - INCONTINENCIA URINARIA - LAPAROSCOPIA

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESOLUCIÓN TEMPRANA DE LESIÓN DE URETRA EN LA GUARDIA**

González Cazón, A<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>; Yirula, L<sup>(1)</sup>; Grinstein, P<sup>(1)</sup>; Alvarez, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA, Argentina.

**Introducción**

Los traumatismos de la uretra posterior suelen presentarse en pacientes con poli traumatismos cuyo pronóstico vital puede estar comprometido por lesiones viscerales u ortopédicas asociadas. Los traumatismos de la uretra anterior, suelen ser lesiones únicas. En los traumatismos por aplastamiento o desaceleración, las fuerzas de cizalladura que fracturan la pelvis son transmitidas a la unión prostato membranosa, causando un desgarro entre la uretra anterior y el ápex prostático

**Materiales y métodos**

Presentación de un caso.

**Resultados**

Paciente de 31 años consulta por traumatismo de pelvis (moto vs auto) hace 4 hs.

Rx de pelvis pequeña fractura lineal en rama isquiopubiana derecha

EF : hemodinamicamente estable, no se observa hematoma escrotal o peneano. Testículos indoloros, uretrorragia profusa .TR : prostata elevada , se palpa el ápice

CUGR: lesión de uretra bulbar con fuga de contraste sin pasaje a vejiga.

Se realiza alineación uretral por vía anterograda con ureteroscopia flexible y rígido en forma combinada.

Evolucionó en forma favorable, prueba miccional positiva al mes.

**Conclusión**

Tras la estabilización de la pelvis, se debe realizar una realineación endoscópica para simplificar la conducta posterior y permitir un tratamiento definitivo en el 40% de los casos sin requerir conductas quirúrgicas posteriores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **ADVANCEXP SLING FOR TREATMENT OF MALE MODERATE STRESS URINARY INCONTINENCE: STEP-BY-STEP VIDEO**

Fernandes, AS<sup>(1)</sup>; Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Ferreira, DC<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Schwengber, VHV<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(2)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Batezini, NSdS<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Porto Alegre.

O esfíncter artificial urinário é o tratamento padrão ouro para o tratamento da incontinência urinária de esforço em homens após prostatectomia radical, não sendo isento de complicações. Atualmente, os slings sub uretrais também são utilizados em tratamento de homens com incontinência urinária de esforço leve em homens após prostatectomia radical. Este vídeo demonstra um paciente masculino de 71 anos, que realizou prostatectomia radical há 2 anos e apresentava incontinência urinária de esforço leve (1-2 forros em média por dia) após já realizada fisioterapia pélvica e tratamento clínico. Foram propostas as opções de tratamento e o paciente decidiu pelo sling masculino. O sling utilizado foi AdVanceXP. No procedimento, o músculo bulboesponjoso é incisado no seu eixo longitudinal e o tendão central é seccionado distalmente. Uma agulha de ponta arredondada helicoidal é inserida ao longo da borda lateral do ramo púbico, apontando para e saindo no canto superior entre o bulbo uretral e o ramo púbico inferior. A borda do retalho proximal do sling deve estar localizada na origem do tendão central previamente marcado. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, manteve sonda 16Fr até as primeiras 24h e em seguida ganhou alta. No acompanhamento ambulatorial relata que não necessita utilizar mais forros e está satisfeito com padrão urinário.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**ARGUS T SLING FOR TREATMENT OF MALE MODERATE STRESS URINARY INCONTINENCE: STEP-BY-STEP VIDEO**

Fernandes, AS<sup>(1)</sup>; Görger, ARH<sup>(1)</sup>; Ferreira, DC<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Schwengber, VHV<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Batezini, NSdS<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

O esfíncter artificial urinário é o tratamento padrão ouro para o tratamento da incontinência urinária de esforço em homens após prostatectomia radical, não sendo isento de complicações. Atualmente, os slings sub uretrais também são utilizados em tratamento de homens com incontinência urinária de esforço leve após prostatectomia radical. Este vídeo demonstra um paciente masculino de 76 anos, que realizou prostatectomia radical há 2 anos e apresentava incontinência urinária de esforço leve ( 1-2 forros em média por dia) que não apresentou melhora após fisioterapia pélvica e tratamento clínico com duloxetine. Foi proposto ao paciente tratamento com sling uretral. O sling utilizado foi o ARGUS. O sling Argus T® foi colocado através de uma incisão perineal longitudinal e uma via transobturatória. O sling foi posicionado sobre o músculo bulboesponjoso. A tensão aplicada à infusão retrógrada de solução salina através de cateter de Foley, em coluna com 40cm H<sub>2</sub>O. Tracionada as hastes até atingir uma pressão de oclusão de 40cmH<sub>2</sub>O. A bexiga foi drenada com um cateter de Foley por 24 horas. Paciente apresentou boa evolução pós operatória. No acompanhamento ambulatorial nao estava mais em uso de forros diários e satisfeito com padrão miccional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **NOVEL TECHNIQUE: LAPAROSCOPIC URETEROPLASTY WITH GONADAL VEIN GRAFT FOR LONG URETERAL STENOSIS: A STEP BY STEP VIDEO**

Menegola, C<sup>(1)</sup>; Gorgen, A<sup>(1)</sup>; Ovalle, J<sup>(1)</sup>; Ghissi, A<sup>(1)</sup>; Paludo, A<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Tavares, P<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

## **Introduction:**

Strictures of the ureter may occur from iatrogenic injury or impacted kidney stones. Complications from ureteroscopy may result in ureteral stricture in 0,5 – 2% of patients (1). Many methods of surgical correction have been described. Long proximal ureteral strictures are generally treated by replacement of the ureter with a segment of ileum, which is associated with significant morbidity. New techniques are being described in order to minimize the morbidity associated with classic approaches, such as ureteroplasty with buccal mucosa graft, but there are no published articles of ureteroplasty using a gonadal vein as a graft. This is a step-by-step video of this novel technique: a successful laparoscopic ureteroplasty with gonadal vein graft for a iatrogenic long ureteral stenosis.

## **Material and Methods:**

The video of a laparoscopic left ureteroplasty using gonadal vein graft performed on November 2018 in Hospital de Clinicas de Porto Alegre, in a 45 year old female patient with a 3cm mid-proximal ureteral stenosis secondary to multiple previous ureteroscopies for ureteral stones, was recorded and edited, showing the steps of this novel technique in detail.

## **Results:**

A 43 year old female, with a history of multiple previous ureteroscopies for ureteral stones, presented with severe left lumbar pain that started a few months ago. An abdominal CT and a pyelography were performed and a long left mid-proximal ureteral stricture was identified. A laparoscopic ureteroplasty using the left gonadal vein was performed, after discussion of the options with the patient. A ureteral catheter was placed to the stenosis area and blue methylene was injected. The left ureter was dissected, the stenosis area was identified and an anterior ureteral incision was made. The gonadal vein was removed and prepared, being sutured in the anterior surface of the ureter. The Foley catheter was removed in the first PO and the patient was discharged in the 3rd PO. A 3 month post operative pyelography was performed, showing no fistula and resolution of the stricture.

## **Conclusion:**

The use of gonadal vein as a graft for ureteral strictures is a new possible approach, although more cases are necessary to evaluate its results.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## REPARACIÓN DE LESIÓN URETERAL CON TRANSPOSICIÓN DE APÉNDICE CECAL POR VÍA LAPAROSCOPICA

Gonzalez-Santana, C<sup>(1)</sup>; Soriano-Morillo, D<sup>(1)</sup>; Fernandez-Camilo, M<sup>(1)</sup>; Mejía-Rosario, J<sup>(1)</sup>; Peralta-Bernal, IM<sup>(1)</sup>; Joa-Cabrera, M<sup>(1)</sup>; Castillo, G<sup>(1)</sup>; Pichardo-Garcia, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, URUS. Santo Domingo, Republica Dominicana.

### Introducción

Las lesiones ureterales son infrecuentes y su reparación tiende a constituir un reto, siendo utilizados anastomosis primaria termino-terminal, reimplante uretero-vesical, o pieloplastia, colgajo de Boari o anclaje al psoas de acuerdo a su extensión y localización. Se ha descrito algunos casos de utilización de apéndice cecal para reparación ureteral.

### Métodos:

Presentamos el caso de un masculino de 48 años con historia quirúrgica de segmentectomía hepática y linfadenectomía retroperitoneal por recurrencia local de adenocarcinoma de vesícula biliar. Un mes después acude por dolor en área quirúrgica; se realizó tomografía abdominal donde se visualizó colección retroperitoneal con extravasación de medio de contraste a nivel de unión pieloureteral derecha, no visualización de uréter. Pielograma retrogrado evidencia integridad de uréter distal derecho y disrupción de uréter proximal. Presentamos la técnica quirúrgica para reparar esta lesión.

Se realizó abordaje laparoscópico transperitoneal bajo anestesia general y posición de decúbito lateral con inclinación de 45 grados. Se drenó 2,500 cc de colecciones de orina subhepáticas y retroperitoneales, se realizó ureterolisis derecha, identificándose lesión de 9 cm que se extendía en todo el uréter proximal y parte de uréter medio.

Se liberó riñón confirmando la imposibilidad de realizar anastomosis termino-terminal libre de tensión. Luego de evaluar las posibles opciones para reconstrucción se decidió hacer transposición de apéndice cecal para sustituir segmento ureteral. Se aisló ciego y ligo base de apéndice conservando estructuras vasculares de meso apéndice, se seccionó y anastomosó punta de apéndice a uréter proximal, se anastomosó base apendicular a uréter medio. Se colocó catéter doble j y drenaje de succión cerrada.

### Resultados:

Paciente presentó evolución estable y fue dado de alta a las 72 horas. Se removió drenaje el día 7 postquirúrgico. Se realizó pielograma retrogrado peri-catéter a las 8 semanas, antes de retirar catéter doble j.

### Conclusiones

La transposición de apéndice cecal puede ser realizada por vía laparoscópica como una alternativa para la reparación de lesiones extensas de uréter medio y proximal.

Potenciales ventajas del uso de apéndice podrían ser peristalsis anterógrada, buen flujo sanguíneo, no absorción de orina y/o electrolitos y diámetro similar al uréter.

Reconstrucción, ureteral, apéndice

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL URÉTER RETROCAVO**

Otero, F<sup>(1)</sup>; Ortega Palacios, CH<sup>(2)</sup>; Santana, A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Jefe servicio urología, hospital universitario clínica San Rafael. Bogota, Colombia. <sup>(2)</sup>Residente Urología III año, hospital universitario clínica San Rafael. Bogota, Colombia. <sup>(3)</sup>Medico hospitalario de urología, Clínica Centenario. Bogota, Colombia.

El uréter retrocavo es una alteración congénita muy rara, donde el uréter pasa por detrás de la cava inferior debido a una formación anormal de la vena supracardinal posterior durante la etapa embriológica, entre la sexta y octava semana de gestación, atrapando al uréter y desplazando la vena cava hacia anterior, esto ocurre en 1 de 1500 nacidos vivos, más común en hombres y es casi exclusivo del uréter derecho. Los pacientes se tornan sintomáticos en la tercera década de la vida cursando con mayor frecuencia con dolor tipo cólico renoureteral, infecciones urinarias y cálculos en la vía urinaria. el tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos con manejo médico refractario, con episodios de infección urinaria y/o alteración de la función renal, de otra forma se puede considerar un manejo observacional

Se reporta el caso de un paciente masculino de 27 años con cuadro de un año de evolución dolor lumbar derecho tipo cólico de gran intensidad con irradiación a flanco y región inguinal ipsilateral, dolor progresivo los últimos dos meses, asociado a ingesta de líquidos, sin mejoría con el manejo analgésico, se documenta en estudios tomográficos hidronefrosis derecha moderada secundario a estrechez del uréter proximal, sin alteración de la función renal, función diferencial conservada documentado en renograma diurético función del 47% del riñón derecho, se indicó manejo quirúrgico vía laparoscópica, procedimiento se realizó sin complicaciones evidenciando estrechez extrínseca del uréter proximal secundario a uréter retrocavo, se logró disección del uréter, liberación y reanastomosis previa colocación de catéter doble j. el paciente presentó una recuperación postoperatoria satisfactoria y se indicó egreso 24 horas posterior al procedimiento, se reincorporo a su actividades laborales dos semanas después del procedimiento

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL IZQUIERDA CON ACCESO TRANSMESENTÉRICO.**  
del Pozo Jiménez, G<sup>(1, 2)</sup>, Castellón Vela, I<sup>(1)</sup>; Rengifo Abbad, D<sup>(1)</sup>; Turo Antona, J<sup>(1)</sup>; García García, E<sup>(1)</sup>; Carballido Rodríguez, J<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, H.U.Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid), España. <sup>(2)</sup>Majadahonda.

**INTRODUCCIÓN:** La pieloplastia laparoscópica ha permitido resultados similares a la cirugía abierta para el síndrome de unión pieloureteral (SUPU).

Habitualmente se utiliza el abordaje transperitoneal retrocólico, pero en el lado izquierdo el abordaje a través del mesenterio permite disecar directamente la unión pieloureteral, con disminución del tiempo quirúrgico y menor manipulación intestinal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una mujer de 57 años que consultó por dolor tipo cólico izquierdo. En la ecografía se objetivó una uropatía obstructiva izquierda sin dilatación ureteral, confirmándose en el TAC con fase excretora un SUPU con una gran pelvis redondeada, secundaria a vaso polar inferior, con hallazgo de litiasis de 8 mm en uréter distal izquierdo. El renograma puso en evidencia un patrón obstructivo para el riñón izquierdo, con una contribución a la función global del 35%.

Ante los hallazgos se decide realizar en un mismo tiempo quirúrgico, resolución de la litiasis distal y cirugía reconstructiva del SUPU. Para evitar aumento del tiempo quirúrgico por los cambios de posición, se colocó a la paciente en posición de Valdivia modificado por Galdakao, donde se llevó a cabo en un primer tiempo la cirugía endoscópica litiásica y posteriormente el tiempo laparoscópico. Una implantación alta del colon descendente que hacía dificultosa su decolación, nos condujo a realizar un abordaje transmesentérico, con una pelvis accesible. Se realizó resección de pelvis redundante y trasposición del uréter por delante del vaso polar, reconstruyendo la UPU con dos suturas continuas reabsorbibles de 4/0.

**RESULTADOS:** No existieron complicaciones intraquirúrgicas con un tiempo quirúrgico laparoscópica de 160 minutos. No existieron complicaciones postquirúrgicas con un tiempo de ingreso de 4 días. El CDJ se retiró a las 4 semanas, con un TAC de control con dilatación residual, sin retraso excretor y mejoría funcional en renograma. La paciente se encuentra asintomática y estable tras un año de seguimiento.

**CONCLUSIONES:** La pieloplastia izquierda laparoscópica transmesentérica, en pacientes seleccionados, facilita el acceso a la pelvis renal, disminuyendo el tiempo quirúrgico con similares resultados funcionales al abordaje retrocólico.

**PALABRAS CLAVE:** pieloplastia laparoscópica, abordaje transmesentérico-retrocólico

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESECCIÓN ROBÓTICA DE ENDOMETRIOSIS URETERAL CON NEFRECTOMÍA IZQUIERDA.**

García-Galisteo, E<sup>(1)</sup>; Caballero Cobos, R<sup>(1)</sup>; Villegas Muñoz, E<sup>(2)</sup>; Mera Velasco, S<sup>(3)</sup>; Bueno Moral, AI<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Regional Universitario. Málaga, España. <sup>(2)</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional Universitario. Málaga, España. <sup>(3)</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Regional Universitario. Málaga, España.

Palabras claves: cirugía robótica / endometriosis / nefrectomía

Introducción: La endometriosis profunda es una enfermedad idiopática en la mayoría de los casos que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera del útero habitualmente sobre intestino, vejiga, ovario y peritoneo. Puede afectar a varias estructuras al mismo tiempo por lo que se beneficia de una abordaje multidisciplinar.

Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 36 años aquejada desde hace años de dismenorrea, disparemia y esterilidad.

Ha sido estudiada mediante ecografía, TAC y RMN identificando una ectasia severa grado IV/IV del riñón izquierdo con ureteroectasia hasta la zona vesical. En TAC y RMN se identifica placa periureteral que provoca la dilatación de la unidad renal.

Se realiza exéresis de la placa endometrial pélvica así como exéresis del riñón izquierdo atrófico mediante abordaje robótico.

Primeramente se realiza el docking con la misma posición de los brazos que realizamos para la prostatectomía radical. Se identifica las estructuras y se procede a la exéresis de la placa endometrial que se encuentra sobre vejiga, vagina y periureteral.

Posteriormente se recoloca a la paciente en decúbito lateral y se hace un nuevo docking colocando los puertos en línea. Se realiza la nefrectomía siguiendo los pasos habituales: identificación de ureter, y de vena gonadal que se sigue hasta su entrada en la vena renal. Se identifica y diseca la arteria renal que se clipa con hemo-lok, posteriormente se clipa y secciona la vena renal y se procede a la liberación del riñón y su embolsamiento en una endo bolsa.

Resultados: La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio, sin incidentes. El resultado anatomopatológico fue de fibrosis endometrial y atrofia de la unidad renal.

Conclusiones:

Con la mayor experiencia de los equipos quirúrgicos en la cirugía robótica, el abordaje robótico es una alternativa factible para el tratamiento de la endometriosis profunda ya que permite acceder a campos pequeños y profundos y realizar una reconstrucción de las estructuras implicadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA SIN ISQUEMIA EN PACIENTE MONORRENO**

Gomez, L<sup>(1)</sup>; Zuñiga, A<sup>(1)</sup>; Pinilla, I<sup>(1)</sup>; Fuentes, G<sup>(1)</sup>; Arcos, K<sup>(2)</sup>; Soto, J<sup>(2)</sup>; Vargas, F<sup>(1)</sup>; Ebensperger, M<sup>(1)</sup>; Escovar, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>UROLOGIA, HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>UNIVERSIDAD DE CHILE, HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN. Santiago, Chile.

**Introducción:** Nefrectomía parcial es la cirugía recomendada en tumores hasta 7 cms, bilaterales o en pacientes no candidatos a cirugía radical. La isquemia renal se ha utilizado para minimizar el sangrado; sin embargo, esto no está libre de complicaciones.

**Materiales y métodos:** Paciente de sexo masculino de 69 años de edad, con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente, cardiopatía coronaria, insuficiencia aórtica y monorreno derecho secundario a agenesia del riñón contralateral. En 2016 presenta dolor en fosa lumbar derecha, poliaquiuria, nicturia y aumento de presión arterial. Ecografía renal (2016) evidencia masa renal derecha en polo superior de 47 mm que se complementa con TAC de abdomen y pelvis (2018) que demuestra lesión de 40 x 31 mm, exofítica, con realce post-contraste endovenoso.

**Resultados:** Posición en decúbito lateral izquierdo. Posicionamiento de trócares: 12 mm pararectal derecha, 5 mm subcostal, 12 mm en fosa iliaca derecha y otro de 5 mm en flanco derecho. Incisión en línea de TOLDT y descenso de colon derecho. Reconocimiento y disección de uréter ipsilateral. Apertura de GEROTA e identificación de zona tumoral. Identificación de hilio renal derecho. Procedimiento laborioso por presencia de colaterales a nivel de vena renal. Escisión con electrocorte y tijera circunferencial. Hemostasia prolija con electrocoagulación y SURGICEL. Nefrorrafia del defecto con 4 suturas de Vycril. Extracción de pieza operatoria en bolsa ENDOCATCH. Aposicionamiento y fijación de hoja anterior de la GEROTA en la zona quirúrgica. Tiempo quirúrgico de 125 minutos. Sangrado estimado de 190 cc. Tiempo de isquemia de 0 minutos que finaliza sin incidentes. Tiempo hospitalario total de 4 días.

**Conclusión:** La nefrectomía parcial es la indicación adecuada en pacientes con alto riesgo quirúrgico o de quedar anéfricos. La isquemia renal es considerada como el principal factor asociado al deterioro de la función renal postoperatoria. Algunos autores han impulsado sus técnicas quirúrgicas para alcanzar el abordaje con isquemia cero. Sin embargo, es recomendado que esto se realice en forma progresiva, y que el cirujano desarrolle su experiencia en forma escalonada. A esto se suma que la selección del paciente debe ser también un factor a considerar.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA CON CONSERVACION DEL COLLAR PUBOPROSTATICO**

Bergero, M<sup>(1)</sup>; Dipatto, F<sup>(1)</sup>; Gancedo, D<sup>(1)</sup>; Klocker, H<sup>(1)</sup>; Radolovich, C<sup>(1)</sup>; Modina, P<sup>(1)</sup>; David, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe, Argentina.

**Introducción:** la incontinencia urinaria es un inconveniente después de la prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata (CP). Se han descrito varias técnicas quirúrgicas para mejorar la continencia urinaria con resultados contradictorios. El objetivo de este video es describir la técnica de prostatectomía radical laparoscópica (PRL) con conservación de collar puboprostático (CCP) y mostrar los resultados de esta nueva técnica.

**Material y métodos:** estudio observacional de una serie consecutivas de 25 pacientes con un CP  $\leq$  riesgo intermedio entre 2018 y 2019 sometidos a una PRL-CCP. El seguimiento de 6 meses de los pacientes incluyó la valoración de la continencia que se definió como 0 – 1 paños / día.

**Resultados:** la mediana de edad fue 62 (DS: 5,55) años. La mediana de PSA preoperatoria fue de 7,2 (DS: 2,64) ng/ml. 6 tuvieron un CP grupo pronóstico (GP) 1, 12 un CP GP 2 y el resto GP 3. Ninguno tuvo RNM con invasión peri prostática. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 173 (DS: 32,5) minutos. La mediana de sangrado quirúrgico fue de 220 (DS: 130) ml. 18 tuvieron conservación de las bandeletas neurovasculares bilateralmente. No hubo complicaciones quirúrgicas. Las tasas de continencia después fueron del: 45% al mes; 76% a los 3 meses y del 92% a los 6 meses. No hubo márgenes positivos. La mediana de PSA postoperatoria fue de 0,002 (DS: 0,012) ng/ml. 1 paciente tuvo hematuria y 1 una fistula urinaria.

**Conclusiones:** pareciera que CCP es un método simple, seguro y eficiente para acortar el tiempo de continencia temprana después de la PRL sin comprometer los resultados oncológicos de la misma.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



**URETEROCALICOSTOMÍA ROBÓTICA**

Borgna, V<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**Introducción.** La ureterocalicostomía es una técnica de reconstrucción quirúrgica de la vía urinaria superior, que se utiliza principalmente en cirugía de la unión pieloureteral fallida o en pelvis intrarrenal. Esta cirugía tiene pocas comunicaciones hecha por vía laparoscópica y aún menos con asistencia robótica. Presentamos un video que ilustra la técnica con robot.

**Material y Métodos.** Paciente mujer de 32 años quien consulta con el antecedente de una pieloplastía izquierda abierta realizada 3 años antes. Por dolor en flanco se realiza estudio con tomografía computarizada y cintigrama renal Mag-3 que confirma recidiva de la estenosis.

En posición de flanco, se colocan 4 trócares robóticos de trabajo y uno para el ayudante, utilizando el sistema da Vinci S-HD. Luego de movilizado el colon se disecciona uréter proximal hasta la unión pieloureteral encontrando un proceso inflamatorio severo y una pelvis renal totalmente intrarrenal. Dada la dificultad en la reparación se decide realizar una ureterocalicostomía, para lo cual se secciona uréter proximal y se reseca parte del polo inferior renal izquierdo. Se espátula el uréter y se anastomosa al polo inferior renal con sutura continua de monofilamento 5-0. Se deja catéter doble J.

**Resultados.** La paciente evoluciona sin problemas y es dada de alta en 48 horas con retiro del catéter doble J en 3 semanas. Luego de 3 años de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y el estudio radiológico muestra ausencia de obstrucción.

**Conclusión.** La ureterocalicostomía es una técnica que permite resolver casos difíciles de reconstrucción urinaria. La asistencia robótica suma las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva a una cirugía compleja y poco frecuente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## OBSTRUCCIÓN URETERAL SECUNDARIA A COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Petros, A<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Montes, F; Mejías, O; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**Introducción:** Una de las complicaciones de la cirugía de Burch es el atrapamiento del uréter en los puntos de tracción lo que puede llevar a una uropatía obstructiva secundaria a una estenosis ureteral. Esta es una complicación poco frecuente, reportada en aproximadamente el 0.4% de los casos. Presentamos nuestra técnica quirúrgica con abordaje mínimamente invasivo para resolución de esta complicación mediante un neoinplante ureteral derecho laparoscópico con técnica de Lich-Gregoir.

**Caso clínico:** Paciente de 55 años de edad con antecedentes de cabestrillo mediouretral en 2010 y colposuspensión de Burch laparoscópica en 2015 por incontinencia de orina de esfuerzo. Debido a infecciones urinarias a repetición e incontinencia de orina postcoital se realiza tomografía computada con fase de eliminación que informa doble sistema excretor incompleto, asociado a hidroureteronefrosis severa hasta la unión uréterovesical, la cual ha sido desplazada de forma anómala a la pared vesical anteroinferior derecha.

**Métodos:** Se realiza cistoscopia observándose tracción de sector derecho de barra interureteral hacia lateral de cuello vesical. En la pielografía ascendente se observa doble sistema excretor incompleto derecho y disminución del calibre del uréter distal de aproximadamente 1 cm hasta su desembocadura.

Se colocan 4 trócares laparoscópicos (12 mm umbilical, 12 mm paraumbilical pararectal izquierdo, 5 mm en ambas fosas ilíacas). Se realiza disección del uréter derecho hasta unión uréterovesical en pared anteroinferior vesical. Punto de transfixión uterino percutáneo para exposición vesical. Espatulado ventral del uréter. Apertura de pared vesical en sector derecho de la cúpula. Anastomosis uréterovesical con dos suturas corridas de ácido poliglicólico 5-0. Colocación de guía hidrofílica transparietal hacia pelvis renal e instalación de catéter doble jota de 5 Fr, completándose posteriormente la anastomosis. Mecanismo antirreflujo con sutura corrida de ácido poliglicólico 3-0. Se deja drenaje ofrecido a neoinplante.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 65 minutos. No se registraron complicaciones. Sangrado estimado 50cc. Retiro de drenaje a las 24 horas de la cirugía. Alta hospitalaria a las 36 horas sin sonda uretrovesical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## DERIVACIÓN URINARIA CUTÁNEA CONTINENTE TIPO MITROFANOFF Y CISTOPLASTIA DE AUMENTO ROBÓTICA TOTALMENTE INTRACORPÓREA

Castillo, OA<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Petros, A<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile.

**Introducción.** Presentamos el video de una derivación tipo Mitrofanoff como indicación inusual por complicaciones luego de prostatectomía radical de rescate, realizada en forma robótica y totalmente intracorpórea.

**Material y métodos.** Paciente de 63 años portador de un cáncer prostático Gleason 7 (3+4) tratado con braquiterapia en 2009. Por aumento progresivo del antígeno prostático específico (APE) hasta 3.95 ng/ml, una biopsia confirma una lesión recurrente en vesícula seminal derecha (luego de PET/CT PSMA). La prostatectomía radical robótica de rescate revela un adenocarcinoma Gleason 8 (4+4) con infiltración focal de vesícula seminal derecha. Una cistografía al séptimo día muestra filtración y la cistoscopia evidencia una dehiscencia necrótica completa de la anastomosis, dejándose cistostomía. Ocho meses después el APE es indetectable y la cistografía y cistoscopia muestran una oclusión completa del cuello vesical con una baja capacidad vesical.

**Técnica quirúrgica.** Uso de 4 puertos robóticos y 2 asistentes. Se libera la vejiga y se realiza cistotomía en forma transversal. Sección del apéndice en la base del ciego, conservando su vascularización, el cual se sutura con ácido poliglicólico 3-0. Se talla un túnel submucoso en la pared vesical posterior y se introduce el extremo distal del apéndice el cual se anastomosa con puntos separados de ácido poliglicólico 4-0. Se desfuncionalizan 22 cm de íleon y se realiza anastomosis manual en 2 planos de monofilamento 4-0 y sutura barbada 3-0. Cistoplastia en un plano de sutura barbada 3-0. Se deja cistostomía 15 Fr. El apéndice se exterioriza a nivel de la fosa ilíaca derecha como estoma plano y se fija con puntos separados de ácido poliglicólico 3-0 y tutorizado con sonda Nelaton 10 Fr. El sangrado estimado fue de 200 ml y el tiempo quirúrgico de 7 horas.

**Resultados.** Evolución favorable, con realimentación y deambulación precoz. Alta al 7º día. A las 2 semanas inicia cateterismo con sonda 14 Fr. El paciente está continente y asintomático a julio de 2019.

**Conclusión.** La derivación urinaria de Mitrofanoff tiene principal indicación en niños. Su aplicación en adultos ha sido en casos aislados. La técnica robótica es una excelente alternativa permitiendo efectuar el procedimiento en forma totalmente intracorpórea.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL MANEJO DE LA FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

Petros, A<sup>(1)</sup>; Borgna, V<sup>(1)</sup>; Albaloshi, I<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Rodríguez, A<sup>(1)</sup>; Giagnoni, F<sup>(1)</sup>; Van Cauwelaert, R<sup>(1)</sup>; Castillo, OA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

**Introducción.** La enfermedad diverticular complicada es la causa más común de fístula colovesical (FCV), representando aproximadamente el 65-79% de todos los casos. La laparatomía con exéresis del trayecto fistuloso, sutura vesical y resección del segmento colónico afectado es el procedimiento realizado con más frecuencia. El abordaje laparoscópico ha reportado una disminución en la morbilidad y complicaciones con respecto al abordaje tradicional. Nuestro objetivo es presentar nuestra técnica quirúrgica con abordaje mínimamente invasivo.

**Material y Métodos.** Presentamos un paciente masculino de 40 años de edad, portador de enfermedad diverticular sigmoidea. Consulta por presentar cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por malestar general, dolor en hipogastrio, síntomas irritativos vesicales y neumatúria. En tomografía computada de abdomen y pelvis se evidencia imagen con caracteres de FCV, asociado a engrosamiento de la pared colovesical. Se decide realización de cistectomía parcial con sigmoidectomía laparoscópica en bloque.

**Resultados.** En posición de litotomía se realiza cistoscopia para identificar localización de la fístula y se cateteriza uréter izquierdo para identificación durante la cirugía. Se libera adherencias inflamatorias de sigmoide a la vejiga identificando zona comprometida con la fístula. Se libera el colon de la vejiga identificando uréter izquierdo y se procede a resección de pared vesical comprometida por la fístula quedando este segmento adherido al sigmoide. Se realiza cistografía en 2 planos. Luego el equipo de cirugía colo-rectal procede a la resección sigmoidea con sutura mecánica término-terminal.

**Resultados.** El tiempo quirúrgico fue de 200 minutos, sin complicaciones perioperatorias. El paciente reinicia alimentación a las 12 horas, y es dado de alta al 4º día. La sonda vesical se retiró al 10º día.

**Conclusión.** El abordaje laparoscópico es una alternativa reproducible para la resolución de la FCV secundaria a enfermedad diverticular complicada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **MARSUPIALIZACION QUISTECTOMIA RENAL POLO INFERIOR IZQUIERDO DE 900CC LAPAROSCOPIA RETROPERITONEAL**

Guevara, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Umin, Urologia Minima Invasiva y Nefrologia. Portoviejo, Ecuador.

**INTRODUCCION:** Los quistes renales simples son una patologia frecuente, con una incidencia que aumenta con la edad.

Segun la Clasificacion Bosniak, los quistes renales simples corresponden al Tipo I con bajo riesgo de malignidad. El diagnostico es hallazgo incidental sin sintomas clinicos, son pocos los que generan clinica por gran tamaño como gran sensacion en el flanco abdominal de gran masa, distress respiratorio, obstruccion pielocalicial dando ectasia renal y colico.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de Manejo de Quiste Renal Polo Inferior Izquierdo Bosniak Tipo I tamaño 900cc aprox.

**MATERIAL Y METODOS:** Tratamiento Minimo Invasivo Laparoscopia Retroperitoneal Marsupializacion Quistectomia Renla Polo Inferior.

**RESULTADOS:** Recuperacion en 24 horas y alta a casa post cirugia laparoscopico retroperitoneal.

**CONCLUSION:** La cirugia marsupializacion quistectomia laparoscopica retroperitoneal es segura y eficaz.

**PALABRAS CLAVES:** Cirugia Renal, Laparoscopia, Retoperitoneo, Marsupializacion, Quistectomia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA LOCAL DESPUÉS DE UNA NEFRECTOMÍA RADICAL PREVIA: TOMA DE DECISIONES INTRAOPERATORIAS.

Frias, EN<sup>(1)</sup>; Santomil, F<sup>(1)</sup>; Dalvit Serio, MA<sup>(1)</sup>; López Romero, FE<sup>(1)</sup>; González, GA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

**Introducción:** La recidiva local del cáncer renal se desarrollará en el 1-2% después de una nefrectomía radical. La resección quirúrgica provee un beneficio de supervivencia, también puede agregar morbilidad por la posibilidad de invasión de órganos adyacentes, tejido cicatricial y adherencias.

**Objetivo:** Mostrar mediante un video una resección laparoscópica de recidiva local de carcinoma renal con toma de decisiones intraoperatorias.

**Paciente y técnica:** Femenino, 68 años, antecedentes: Nefrectomía Radical izquierda por Adenocarcinoma de células claras pT3a N0 M0 en 2017. Seguimientos con Tomografía cada 3 meses. Diciembre de 2018 imagen ovalada de 3,7 x 2,5 x 4,8 cm que realza contraste endovenoso. Ateneo Uro-Oncológico se decide realizar Biopsia que informa "Positivo para células neoplásicas". Se realiza resección laparoscópica de la lesión.

**Técnica quirúrgica:** decúbito lateral derecho. Neumoperitoneo umbilical. Trócar de 10mm supraumbilical, epigástrico y pararrectal izquierdo, trócar de 5 mm en Flanco izquierdo. Decolamiento hasta ángulo esplénico. Firme adherencia del Bazo al colon y mesocolon con descapsulamiento durante disección. Masa retroperitoneal adherida a hilio esplénico y aorta. Asistencia manual para esplenectomía y resección de metástasis. Se identifican Vena y Arteria renal izquierda, se controlan con Hemolock. Se extrae pieza por incisión mediana epigástrica. Hemostasia y drenaje. Cierre de incisiones

**Resultados:** Tiempo quirúrgico de 150 minutos. Sangrado: 400 cc. Drenaje: 4 días. Internación: 5 días.

**Anatomía patológica:** Recidiva de carcinoma renal de células claras que compromete glándula suprarrenal. Bazo sin infiltración

**Conclusión:** La asistencia manual es una técnica que puede brindar mayor seguridad durante la disección.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**LINFADENECTOMÍA PELVIANA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA OLIGO METASTÁSICO**

Esquenazi, GG<sup>(1)</sup>; Egea, D<sup>(1)</sup>; Camean, J<sup>(1)</sup>; Jaunarena, J<sup>(2)</sup>; Villoldo, G<sup>(1)</sup>; Villaronga, A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Instituto Alexander Fleming. CAPITAL FEDERAL, Argentina. <sup>(2)</sup>u. CAPITAL FEDERAL.

**Introducción:**

El Cáncer de Próstata (CP) Oligo Metastásico puede presentarse en el debut de la enfermedad o posterior al tratamiento del tumor primario. Si bien existe controversia sobre la cantidad de lesiones necesarias para definir este escenario, las publicaciones más relevantes coinciden en un número igual o menor a 3. En estos casos, la terapia dirigida a las metástasis podría permitir un mejor control local o al menos demorar el inicio de la deprivación hormonal.

**Objetivo:**

Discutir la factibilidad de la linfadenectomía pelviana laparoscópica en un paciente con recaída ganglionar oligo metastásica por CP.

**Material y método:**

Paciente de 61 años, sin antecedentes de relevancia, con diagnóstico de CP en 2014, Gleason 8 (4+4), antígeno prostático específico (PSA) inicial de 25 ng/ml y estudios de estadificación normales. Recibe radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) prostática en octubre de 2014 y bloqueo androgénico (acetato de leuprolide 22.5 mg) por 21 meses. Evoluciona en controles con PSA menor a 1 ng/ml. En Noviembre de 2018 se constata recaída bioquímica con un PSA 3.89 ng/ml. Realiza PET-colina que informa hipermetabolismo en adenopatía ilíaca izquierda con un SUV 24.7 y actividad metabólica prostática, SUV 1.9. PSA de febrero de 2019 de 7.09 ng/ml. Se realiza biopsia prostática, con informe de prostatitis crónica, hiperplasia y atrofia. Se propone linfadenectomía pelviana laparoscópica izquierda.

**Resultados:**

Se realizó resección de adenopatía patológica, linfadenectomía ilio obturatriz, ilíaca externa e interna izquierdas laparoscópica. Tiempo operatorio de 60 minutos, sangrado intraoperatorio menor a 50 ml, sin complicaciones intraoperatorias. No se dejó drenaje abdominal y el paciente fue externado a las 24 hs de la cirugía. La Anatomía Patológica informó metástasis de adenocarcinoma compatible con enfermedad de base en 1 ganglio y 3 ganglios con adenitis reactiva.

**Conclusión:**

La Linfadenectomía Pelviana Laparoscópica en CP Oligometastásico posterior a un tratamiento primario es factible y reproducible. Si bien la terapéutica dirigida a las metástasis sigue siendo discutida en este escenario, existe evidencia actual que señala cierto beneficio en virtud de demorar el inicio de terapias paliativas sistémicas, con mínimos efectos adversos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE LA FASCIA ENDOPÉLVICA Y COMPLEJO VENOSO DORSAL.

Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Vera, A<sup>(1)</sup>; Guzman, S<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Dipreca. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

### Introducción

La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLR) ha tenido como objetivo lograr resultados oncológicos satisfactorios, junto con preservación de la continencia urinaria y función eréctil. En conjunto con el avance del entendimiento de la anatomía de la pelvis masculina surge la preservación de la fascia endopélvica (FE) y el complejo venoso dorsal (CVD) como una nueva técnica con excelentes resultados funcionales. Series internacionales han mostrado márgenes quirúrgicos del 13%, con potencia conservada en un 50% al mes de la cirugía, y 86% al año; continencia inmediata del 85,9%, y continencia al año de la cirugía del 98,4%.

### Presentación del caso

Paciente 50 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, Gleason 6 (3+3), PSA inicial de 9,2 y TR con nódulo indurado en lóbulo derecho (estadío clínico T2a). RMN próstata con lesión PIRADS 3. Se ofrece PRLR con preservación de la fascia endopélvica y complejo venoso dorsal con preservación neurovascular. Descripción de la técnica: Paciente en trendelenburg. 4 trocares robóticos de 8mm, 1 trocar auxiliar. Linfadenectomía iliobutriz. Incisión anterior para acceder al espacio de Retzius. Incisión anterior en el cuello de la vejiga sin abrir la fascia endopélvica, preservando CVD. Disección de los conductos deferentes y las vesículas seminales. Disección de ápex prostático maximizando preservación del muñón uretral evitando lesiones en estructuras vasculares anteriores. Anastomosis uretrovesical con sutura V-lock 3-0.

### Resultados.

En este caso el tiempo operatorio fue de 75 minutos, pérdida sanguínea 100cc. Alta a las 24hrs. Tiempo de sonda fue de 5 días, no hubo complicaciones peri o postoperatorias. La evaluación de la pieza operatoria revela un adenocarcinoma Gleason 6(3+3), con márgenes quirúrgicos negativos. A los 3 meses de seguimiento el paciente tenía PSA indetectable, continencia 100% y erecciones presentes sin necesidad de medicación.

### Discusión

La preservación de fascia endopélvica y el CVD durante la PRLR es una técnica factible de realizar y pudiera tener un rol importante en cuanto a continencia urinaria. Esto puede traducirse en una mejora significativa en su calidad de vida de nuestros pacientes. Aún falta evaluar los resultados oncológicos a largo plazo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **PRESERVACIÓN COMPLETA DE LIGAMENTOS PUBO-PROSTÁTICOS DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT.**

Villamil, W<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Alfieri, A<sup>(1)</sup>; Giudice, C<sup>(1)</sup>; Martinez, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

La prostatectomía radical con asistencia robótica (PRdV) es utilizada mundialmente para tratar el cáncer de próstata localizado.

En los últimos años han surgido variantes de la técnica quirúrgica para mejorar la continencia urinaria en el postoperatorio, como por ejemplo la reconstrucción posterior del rabdoesfinter, la conservación del cuello vesical y la conservación de los ligamentos pubo prostáticos. Esta última técnica, tiene la ventaja de respetar la anatomía del complejo pubovesical, que participa en los mecanismos de continencia.

### **Materiales y Métodos**

Se presenta el caso de un paciente de 57 años con diagnóstico de cáncer de próstata localizado, Gleason 7 (3+4). PSA de inicio 6.7 ng/ml. Tacto rectal: T1c. Volumen prostático de 57cc.

Se realiza PRdV, con abordaje transperitoneal. Se coloca trocar umbilical de 12mm, neumoperitoneo con presión de trabajo en 12 mmHg. Se colocan 3 trocates robóticos de 8mm según técnica y trocar accesorio de 12mm para el ayudante. Se accede al espacio de Retzius y se realiza disección de cuello vesical. Luego se disecan ambos conductos deferentes y vesículas seminales. Se diseca fascia de denonvilliers con maniobras romas. Apertura de fascia pélvica lateral en hora 2 y 10 para realizar conservación de bandeletas neurovasculares evitando el uso de energía térmica. Clipado de pedículos vasculares prostáticos. Sección de complejo venoso dorsal respetando ligamentos pubo-prostáticos. Disección uretral y sección de la misma. Se realiza reconstrucción de plano posterior con punto de Rocco. Anastomosis uretrovesical con 2 hemisurget de sutura barbada 3-0. Reconstrucción de complejo pubovesical con surget de sutura barbada 3-0.

### **Resultados**

Cirugía de 180 minutos de duración. Alta hospitalaria a las 48 hs. Extracción de sonda vesical al 10mo día. Paciente con continencia conservada, utiliza un paño diario por precaución. Presentó 2 erecciones espontáneas al 10mo día sin el uso de PDE5i.

### **Conclusión**

La PRdV con conservación de ligamentos pubo-prostáticos, es una técnica factible y segura, que podría mejorar la recuperación temprana de la continencia urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS URETROVESICAL SECUNDARIA A PRL: TRATAMIENTO CON LÁSER DE TULIO.**

Molina Burgos, R; Peran Teruel, M; Picurelli Oltra, L; Garcia Torrelles, M; Osca Garcia, JM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Valencia, España.

La estenosis / fibrosis de la unión vesicouretral secundaria de PRL por cancer de próstata, es una complicación que puede presentarse durante el seguimiento posoperatorio.

Presentamos la corrección quirúrgica endoscópica de esta complicación utilizando Láser de Tulio.

La fibras utilizadas fueron frontales, de 600 y 800 micras. La potencia utilizada varía según las características del tejido.

Tiempo operatorio corto y rápida recuperación pos operatoria.

Tiempo de sonda pos operatoria de 7 a 12 días.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN: PASO A PASO**

Rios Pita, H<sup>(1)</sup>; Frascheri, MF<sup>(2)</sup>; Vitagliano, G<sup>(2)</sup>; Rico, L<sup>(2)</sup>; Butori, S; Ameri, C

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Se presenta mediante video interactivo el paso a paso de la realización de una biopsia prostática transperineal guiada por ecografía, fusionando imágenes obtenidas por Resonancia Magnética (RNM) con sospecha de malignidad.

**Métodos:** Utilizamos RNM cargadas en el sistema digital de historia clínica de nuestro hospital. Las mismas contaban con un area sospechosa PIRADS III-V, la cual fue previamente delimitada por el Servicio de Imagenes. Las imágenes prostáticas fueron seleccionadas y cargadas al sistema DK Tech previo a la realización del estudio. Se tomaron imágenes y videos del equipamiento necesario, el correcto posicionamiento del paciente y la interacción de las imágenes por RNM y la visualizada mediante el transductor transrectal.

**Resultados:** Realizamos un video interactivo, explicando mediante tablas, fotos y videos, las indicaciones de la biopsia transperineal con RNM fusión y el paso a paso de cómo realizar la misma.

**Conclusiones:** Método fácil de llevar a cabo, que requiere del equipamiento necesario y la capacitación médica para su utilización. Se realizan de esta forma biopsias TARGET que aumentan la sensibilidad de la práctica, permitiendo así diagnosticar mayor número de cáncer de próstata clinicamente significativo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION UTILIZANDO LA PRIMERA PLATAFORMA BKFUSION DISPONIBLE EN LATINOAMERICA

Rodriguez-Carlin, A<sup>(1)</sup>; Arribas, D<sup>(1)</sup>; Herquiñigo, D<sup>(2)</sup>; Etchart, M<sup>(3)</sup>; Castillo, O<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robotica, Clinica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andres Bello. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Radiología, Clinica INDISA. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Clinica INDISA. Santiago, Chile.

### Introducción:

El objetivo de este video es describir paso a paso nuestra técnica de biopsia prostática por fusión de imágenes, utilizando la primera plataforma Bkfusión disponible en Latinoamérica para acceso transperineal.

### Materiales y métodos:

Hombre de 57 años de edad con antígeno prostático elevado (9,95 ng/ml) y tacto rectal normal. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata (3-Tesla) muestra una lesión de 15 x 12 mm en la zona anterior de ápex izquierdo PIRADS 5 (lesión índice) y otra de 10 mm en zona posterolateral de base derecha PIRADS 4, según el sistema de clasificación PI-RADSv2. Se planifica una biopsia prostática combinada (sistemática + fusión) mediante acceso transperineal por la localización anterior de la lesión índice.

Se marcó el contorno de cada una de las lesiones por un radiólogo de nuestra institución utilizando el programa mim Reslicer (MIM Software Inc). El procedimiento se llevó a cabo en pabellón, en posición de litotomía y bajo anestesia general, utilizando la plataforma de fusión bk3000 (BK Ultrasound Herlev Denmark). Se expuso el periné estéril y se introdujo el transductor ecográfico E14CL4b vía transrectal, fijado a un rotor mecánico o stepper (sistema CIVCO EX3) y a la mesa quirúrgica. Se realizó un barrido ecográfico de la próstata desde la base hasta el ápex, y se realizó la fusión de las imágenes mediante el programa Predictive Fusion (MIM Software Inc.), permitiendo realizar ajustes manuales en los 3 planos espaciales. Se tomaron 3 biopsias de cada lesión utilizando una plantilla de coordenadas o grilla, superpuesta al periné y fijada al stepper. Para la realización de las biopsias sistemáticas seguimos el protocolo de Ginsburg. Las biopsias obtenidas se enviaron por separado a anatomía patológica.

**Resultados:** No hubo complicaciones perioperatorias. El estudio histopatológico informó adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) en el 100% de las muestras de las lesiones sospechosas.

**Conclusiones:** La RMmp de próstata permite identificar lesiones de próstata sospechosas de cáncer. La plataforma bkfusión permite la biopsia dirigida por fusión específica a la lesión. El acceso transperineal minimiza el riesgo de infección prostática o sepsis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **TUMORECTOMÍA RENAL Y CLIPADO SELECTIVO DE VASOS SEGMENTARIOS Y SUTURA BARBADA LAPAROSCÓPICA CON ASISTENCIA MANUAL**

Dalvit Serio, MA<sup>(1)</sup>; Santomil, F<sup>(1)</sup>; Frias, EN<sup>(1)</sup>; López Romero, FE<sup>(1)</sup>; González, GA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: : La tumorectomía de tumores renales en tumores estadio clínico T1 demostró seguridad oncológica similar que una cirugía radical.

Objetivo: Mostrar mediante un video dos tumorectomías laparoscópicas con clipado selectivo de vasos y asistencia manual en el plano de la pseudocápsula.

Pacientes y técnica:

Caso 1: Femenino, 65 años, antecedentes: diabetes tipo II, dislipemia, epoc. TC: Tumor 43mm, polo superior de riñón izquierdo, a 5mm del seno. RENAL score: 6p, , chronic kidney disease (CKD) 1.

Caso 2: Masculino, 54 años. TC: tumor 25 mm, Biopsia citológica: sospechosa células neoplásicas, RENAL score 6a, CKD 1.

Técnica quirúrgica: Decúbito lateral contralateral al tumor, neumoperitoneo . Trocares según técnica. Incisión mediana epigástrica y asistencia manual para reconocimiento de tumor . Clampeo con clamp bulldog laparoscópico de art. renal. Delimitación de tumor con hook, resección con tijera y clipado selectivo de vasos segmentarios con clips de titanio 5 mm. Extracción de la pieza y hemostasia prolija. Cierre de plano medular con sutura barbada y capsular con vicryl en uno de los casos.

Resultados: Tiempo promedio cirugía 120 min. Clampeo promedio 17 minutos. Drenaje promedio 3 días. Sangrado intraoperatorio: 100cm3. TC control cambios inflamatorios, sin hematomas ni sangrado. Drenaje plasmático.

Anatomía patológica: márgenes negativos.

Conclusión: La tumorectomía y clipado selectivo de vasos segmentarios en nefrectomía parcial laparoscópica con asistencia manual nos permite adecuado control de los vasos segmentarios en el plano de la pseudocápsula y prolija sutura barbada .

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ADRENALECTOMIA TRANSDIAFRAGMATICA TORACOSCOPICA EN DECUBITO LATERAL**

Bergero, MA<sup>(1)</sup>; Dipatto, F<sup>(1)</sup>; David, C<sup>(1)</sup>; Gancedo, D<sup>(1)</sup>; Radolovich, C<sup>(1)</sup>; Klocker, H<sup>(1)</sup>; Modina, P<sup>(1)</sup>; Pfeiffer, H<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Sanatorio Privado San Geronimo. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Desde su primera descripción, la suprarrenalectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de los tumores suprarrenales. Pero, en los pacientes que han sido sometidos previamente a una cirugía transperitoneal o retroperitoneal las adherencias extensas pueden limitar la viabilidad del abordaje laparoscópico. Debido a esto, el acceso retroperitoneal a través de una cavidad torácica virgen podría ser la única alternativa para un abordaje mínimamente invasivo.

En este video presentamos un paciente con carcinoma de células renales (CCR) recaído en la glándula suprarrenal tratado con una suprarrenalectomía transdiafragmática toracoscópica en decúbito lateral.

Reporte de caso: Varón de 61 años con antecedentes de CCR variedad células claras tratado en 2010 con una nefrectomía por lumbotomía izquierda. En 2015 presenta recurrencia del CCR en la fosa renal izquierda que fue rescatado mediante una laparotomía subcostal. En 2018 presenta nueva recurrencia con metástasis pulmonares y en suprarrenal izquierdo de 4,5 cm confirmada por biopsia. Se inició pazopanib con una respuesta parcial en la recaída suprarrenal. Teniendo en cuenta los antecedentes quirúrgicos se realizó una adrenalectomía transdiafragmática toracoscópica en decúbito lateral. No hubo complicaciones intraoperatorias, ni postoperatorias con una externación temprana sin necesidad de opiáceos. El paciente permanece libre de recaída durante el seguimiento.

Conclusión: Como describimos en nuestro caso, la suprarrenalectomía transdiafragmática toracoscópica en decúbito lateral se puede ser considerada en pacientes con antecedentes de cirugía transabdominal o retroperitoneal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RESECCIÓN DE RECAÍDA RETROPERITONEAL POST NEFRECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSIS URETERAL TERMINO-TERMINAL LAPAROSCÓPICA

Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Cabrera Bustamante, CA<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MGC<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### Introducción:

El abordaje laparoscópico es una técnica segura con buenos resultados oncológicos para el tratamiento de recaídas post nefrectomía. Además permite realizar reconstrucciones como una anastomosis ureteral termino-terminal (T-T) de manera exitosa. Se plantea como objetivo presentar el abordaje laparoscópico para el tratamiento de una recaída posterior a nefrectomía parcial derecha laparoscópica, con compromiso ureteral, su reconstrucción con anastomosis T-T y control alejado.

### Materiales y métodos:

Confección de video mostrando pasos relevantes en dicho procedimiento y control alejado mediante tomografía computada (TC) de a los 6 meses.

### Resultados:

Se expone el caso de un varón de 70 años con antecedente de nefrectomía parcial derecha laparoscópica por tumor en polo superior, cuyo estudio anatomopatológico informó carcinoma de células renales variedad células claras, pT1a, con embolías vasculares y márgenes quirúrgicos negativos. Realizó controles periódicos sin evidencia de enfermedad, hasta que en TC a los 64 meses de la cirugía se observa lesión de 3 cm sobre psoas derecho, con aparente compromiso de ureter homolateral. Se realiza punción guiada por TC que fue positiva para atipia por lo que se indica resección laparoscópica. Se realiza abordaje con el paciente en decúbito dorsal, se muestra colocación de trócares bajo visión directa. Posteriormente se realiza decolamiento derecho, identificando lesión, la cual compromete una porción de uréter medio, por lo que se reseca el bloque. Posteriormente se realiza anastomosis termino-terminal de ambos cabos uretrales utilizando dos hemisurget de sutura barbada reabsorbible 3-0, colocando doble jota previo al cierre completo. El paciente evoluciona favorablemente. 6 meses luego de la cirugía se observa en control tomográfico ausencia de enfermedad y uréter con buen pasaje de contraste.

### Conclusiones:

El tratamiento de la recaída post-nefrectomía puede ser abordado de manera laparoscópica, al igual que la anastomosis ureteral T-T, con buenos resultados. Se requiere dominio de esta técnica para poder resolver los desafíos que esta cirugía pueda presentar.

Palabras clave: recaída, uretero-uretero anastomosis, laparoscópica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PRIMERA EXPERIENCIA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA VIDEO ASISTIDA. IMAGEN Y PRECISIÓN DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN CIRUGÍA ABIERTA.**

Martínez, L<sup>(1)</sup>; Claro, A<sup>(1)</sup>; Viettro, S<sup>(1)</sup>; Bertacchi, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

**Palabras clave:** cirugía oncológica abierta, precisión técnica, video asistencia.

**Introducción:**

El sistema VITOM® 3D es un equipo de video asistencia quirúrgica en intervenciones de microcirugía y cirugía abierta.

Se controla a través de un centro de comando ubicado en la mesa quirúrgica junto al cirujano.

Es relativamente pequeño, se usa acoplando el sistema de cámara con la torre de endoscopía.

Tanto cirujano como su equipo quirúrgico sigue el desarrollo de la intervención en un monitor con calidad y definición en 4K 3D.

Esta herramienta encuentra hoy día su mayor utilidad en cirugías que habitualmente utilizan la microscopía para su desarrollo.

**Materiales y métodos:**

En el siguiente video se muestra el caso de un paciente de 64 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3 ISUP 1, PSA <10 y tacto rectal normal en Vigilancia Activa desde 2015.

En diciembre 2018 en biopsia de control se comprueba Gleason a 3+4, ISUP 2 por lo que se define tratamiento curativo.

Se realizó una prostatectomía radical abierta asistida por VITOM 3D.

**Resultados:**

La principal ventaja detectada durante el mismo se dio en la disección de bandeletas vasculonerviosas, uretra y anastomosis vesico uretral.

Este sistema permite la transmisión de la cirugía a expectadores, lo cual tiene un alcance mayor del punto de vista docente.

**Conclusiones:**

El desarrollo de esta nueva herramienta tecnológica creemos encuentra un nuevo campo de utilidad en la cirugía abierta uro-oncológica. Permite realizar una técnica compleja con mayor precisión a la vez que facilita la docencia de la misma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **PASOS CLAVES EN LA URETEROCÁLICO-ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Rico, L<sup>(1)</sup>; Rios Pita, H<sup>(1)</sup>; Frascheri, MF<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción**

Las anastomosis ureterocálícales, o también conocidas como ureterocálicostomias, son intervenciones quirúrgicas de infrecuente indicación en la actualidad. Se estima que un urólogo promedio realizará este procedimiento una o dos veces en toda su vida profesional. A pesar de sus limitadas indicaciones, resulta fundamental conocer este tipo de procedimiento, ya que pueden evitarse la realización de nefrectomías o nefrostomias derivativas ante el fracaso de procedimientos reconstructivos de la vía urinaria previos.

### **Materiales y Métodos**

Se presenta un video resaltando pasos claves de la ureterocálico-anastomosis por vía laparoscópica, enfatizando en la importancia de conocer las diferentes indicaciones quirúrgicas. Se enumeran los diez pasos mas importantes para poder realizar este procedimiento mediante un abordaje mínimamente invasivo.

### **Conclusión**

Es importante conocer y familiarizarse con procedimientos quirúrgicos vigentes en la actualidad para patologías urológicas infrecuentes, y de esta manera, evitar tratamientos radicales o que impacten en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **ABORDAJE LUMBOSCOPICO PARA NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN TUMORES RENALES DE CARA POSTERIOR.**

Kerkebe, M<sup>(1)</sup>; Vera Veliz, A<sup>(1)</sup>; Tapia, C<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(1)</sup>; Dominguez, R<sup>(1)</sup>; Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Menchaca, R; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Garcia, V<sup>(1)</sup>; Orellana, N

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El acceso retroperitoneal es ampliamente utilizado en la cirugía laparoscópica para el tratamiento de tumores ubicados en la cara posterior del riñón. No obstante, en la cirugía robótica, este abordaje no se ha masificado por el poco espacio que ofrece el retroperitoneo, la dificultad del docking y la instalación de los trocares, que conllevan a una limitación de la movilidad de los brazos robóticos y una mayor dificultad quirúrgica.

**CASO CLINICO:** Paciente de 60 años con antecedente de pancreatitis aguda complicada, absceso pancreático drenado y colecistectomía hace 20 años, se diagnostica incidentalmente tumor renal izquierdo de 3cm en la cara posterior del tercio inferior, R.E.N.A.L Score: 9p. Por la ubicación tumoral se realiza tumorectomía renal lumboscópica asistido por robot.

**INTERVENCIÓN QUIRURGICA:** Posición de lumbotomía. Incisión entre cresta iliaca y 12a costilla para realizar disección digital del retroperitoneo. Bajo control lumboscópico, se diseca y amplía el espacio retroperitoneal con balón de dilatación. Docking céfalo caudal. Trocar de cámara ubicado en la misma incisión (línea media axilar). Se instalan dos brazos robóticos y uno para el ayudante. Disección del retroperitoneo hasta identificar el hilio renal. Apertura de la fascia de Gerota y disección de la cara posterior del riñón, con una mínima movilización de éste. Se identifica y expone el tumor parcialmente exofítico, se demarca el borde quirúrgico. Iniciada la isquemia caliente, se realiza tumorectomía con tijera y energía monopolar. Se extrae pieza quirúrgica con endocatch. Renorrafia en dos planos (V-lock). Lumboscopia final sin evidencia de sangrado activo. Cirugía sin incidentes. Sangrado intraoperatorio: 20cc; Tiempo de isquemia: 15min; Tiempo de consola: 70min. Tras evolución clínica favorable, la paciente es dada de alta al segundo día postoperatorio. Informe anatomopatológico: Carcinoma renal de células claras, Fuhrman 2, márgenes quirúrgicos negativos.

**DISCUSIÓN:** La disección retroperitoneal con balón es fundamental para crear un adecuado espacio de trabajo que permita una correcta ubicación de los trocares, y que junto con un docking céfalocaudal, hacen que el abordaje retroperitoneal sea una alternativa segura para el tratamiento de algunos tumores renales ubicados en la cara posterior y caudal al hilio renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EVOLUCIÓN DE RECONSTRUCCIONES 3D EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE NEFRONAS**

Vitagliano, G<sup>(1)</sup>; Ringa, M<sup>(1)</sup>; Bonanno, N<sup>(1)</sup>; Frascheri, MF<sup>(1)</sup>; Ríos Pita, H<sup>(1)</sup>; Ameri, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

En las últimas décadas se demostró que el abordaje laparoscópico para la cirugía conservadora de nefronas presenta menor morbilidad perioperatoria con resultados oncológicos equivalentes, determinado principalmente por el control vascular y la exposición del tumor. La utilización de modelos de reconstrucción e impresión 3D demostraron ser una herramienta útil en la categorización de complejidad quirúrgica permitiendo identificar la relación del tumor con los reparos anatómicos.

Objetivo: Describir la evolución en la impresión de modelos de reconstrucción 3D de pacientes con tumores renales complejos.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de tumor renal complejo a los que se les realizó reconstrucción 3D con imágenes preoperatorias y se imprimieron modelos de polímeros. Los mismos se utilizaron para realizar comparación visual intraoperatoria analizando las relaciones de la masa tumoral con estructuras vasculares y el seno renal. Se describe la evolución de la impresión con sus ventajas en la planificación quirúrgica y en el acto operatorio.

**RESULTADOS**

Se incluyeron seis pacientes con reconstrucción e impresión de modelos 3D en los que en el acto intraoperatorio se utilizaron dichos modelos para valorar relaciones anatómicas. Se analizaron características técnicas en la reconstrucción tanto como en la impresión y se describieron ventajas de los avances en las mismas.

**CONCLUSIÓN**

El desarrollo de mejoras técnicas de reconstrucción de modelos 3D permitió tener una mejor planificación quirúrgica. A su vez, la impresión de los mismos con nuevas tecnologías que muestran las relaciones anatómicas intra-renales permiten la comparación intraoperatoria facilitando la resección tumoral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **PREVENCIÓN Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER RENAL**

Carrillo, MA<sup>(1)</sup>; Cabrera Bustamante, CA<sup>(1)</sup>; García Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MGC<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### **Introducción:**

El uso de cirugía laparoscópica en pacientes con carcinoma de células renales (CCR) presenta buenos resultados oncológicos con baja morbilidad. Existen múltiples complicaciones que se pueden presentar durante la nefrectomía mini-invasiva, por lo que es importante el entrenamiento para poder resolverlas. Se plantea como objetivo exponer complicaciones intraoperatorias durante cirugía laparoscópica por CCR y mostrar su resolución. Además de enunciar consejos para prevenir dichas dificultades.

### **Materiales y métodos:**

Se presenta un video con generalidades sobre laparoscopia en CCR, posteriormente se expone una selección de cirugías editadas.

### **Resultados:**

Se deben tener en cuenta varios factores antes y durante una cirugía laparoscópica por CCR para evitar y resolver eficientemente las complicaciones que pueden suceder, tales como práctica en simuladores y planificación previa a la cirugía. Se muestran diversas complicaciones como apertura accidental del diafragma, resuelta con sutura continua y tubo de avenamiento pleural; resección de una porción de ureter con posterior anastomosis término-terminal con puntos de sutura barbada, y complicaciones vasculares, resueltas con electrofulguración, sutura mecánica y sutura con polipropileno 4-0.

### **Conclusión:**

El abordaje laparoscópico es una técnica factible en el tratamiento del CCR. Se debe estar preparado para poder solucionar las dificultades que pueden suceder, siendo necesario entrenar habilidades laparoscópicas básicas, realizar una planificación quirúrgica adecuada y conocer instrumental disponible.

Palabras clave: laparoscopia, cancer renal, complicaciones

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**PARTIAL LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY IN COMPLEX HILAR TUMOR - A STEP BY STEP VIDEO**

Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Schwengber, VH<sup>(1)</sup>; Knijnik, PG<sup>(1)</sup>; Dini, LI<sup>(1)</sup>; Souza, PC<sup>(1)</sup>; Dos Santos, EB<sup>(1)</sup>; Burtet, LM<sup>(1)</sup>; Berger, M<sup>(1)</sup>; Cabral, RD<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>; Neto, BS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, HCPA. POA, Brasil.

**Introduction:** An increasing incidence of kidney cancer both has been observed in recent years, possibly due to the widespread use of imaging techniques. Although advances in imaging and surgery have led to various options in the management of renal masses such as surveillance and thermoablation, the standard for treatment of localized renal masses remains extirpation with partial or radical nephrectomy. This has traditionally been performed via an open approach, and increasingly in laparoscopic and robot-assisted techniques. The adoption of minimally invasive surgery has led to reported shorter hospital stays, lower blood loss, and possibly lower complication rates and is widely accepted for the treatment of clinically localized renal tumors. Complex hilar tumors are more challenging but can also be treated by laparoscopy.

**Materials and methods:** A 50 old male patient with bilateral flank pain and a CT showing a Bosniak IV lesion 4,3 x 4,1cm in the middle of right kidney in contact with the right renal artery, RENAL Score 9P, and an obstructive stone on the left UPJ with 1.6cm. A flexible ureteroscopy was performed on the left kidney with complete stone removal. After recovery a right partial laparoscopic nephrectomy was performed.

**Results:** The surgical time was 200 minutes. Resection of the lesion was performed with clamping only of the single renal artery, with a total clamping time of 15 minutes. We use a 3-0 poliglecaprone suture to perform a sliding-clip renorrhaphy. Early unclamping did not show significant bleeding. Renorrhaphy was completed with a second layer of 3 poligalactine 0 sutures. No significant blood loss was identified. Pathology showed a 4.2cm clear cell carcinoma, G2, with free margins. The patient went well with hospital discharge on the third postoperative day.

**Conclusions:** In our opinion partial laparoscopic nephrectomy in complex hilar tumors is a safe option with a low rate of complication in centers experienced in laparoscopy.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

# **LINFADENECTOMIA INGUINAL ASISTIDA POR ROBOT: DESCRIPCION DE LA TECNICA PASO A PASO**

Diaz M. J<sup>(1)</sup>; Cohn, D; Altamirano, J; Marin, L; Plasser, J; Contreras, F; Lavin, M

<sup>(1)</sup>Urologia, Instituto Oncologico FALP. Santiago, Chile.

La linfadenectomía inguinal es un estándar en varios tipos de cáncer, sin embargo es un procedimiento que tiene una tasa de complicaciones que puede llegar al 50-90% en especial complicaciones de la herida, necrosis de la piel, necesidad de colgajos, linfedema, entre otras. La introducción de la cirugía robótica ha tenido un impacto en la disminución de las complicaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Presentamos el video del caso de paciente de 48 años con diagnóstico de melanoma del dorso, con metastasis inguinales derechas diagnosticadas al PET-CT.

Se realiza linfadenectomía inguinal robótica utilizando 3 trocares de 8 mm. El tiempo de consola fue de 120 minutos. El paciente es dado de alta al segundo día, sin complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## URÉTER RETROCAVO

Alston, C<sup>(1)</sup>; Castro, J<sup>(1)</sup>; Jiménez, A; Marín, C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de especialidades pediátricas Omar Torrijos. Panamá, Panamá.

### Introducción:

El uréter retrocavo es una malformación congénita que se caracteriza por un trayecto espiral del uréter pasando posterior a la vena cava inferior. La causa de esta malformación es una anomalía de la embriogénesis del sistema venoso de la cava inferior. Puede ser asintomática o provocar una obstrucción ureteral que en ocasiones requiere tratamiento quirúrgico.

### Objetivo general del estudio:

Describir las principales hallazgos clínicos de un paciente con uréter retrocavo así como la técnica quirúrgica por vía laparoscópica.

### Materiales y métodos:

Se presenta video de masculino de 13 años con historia de dolor lumbar derecho crónico asociado a hidronefrosis derecha en ultrasonografía renal. Se complementa con tomografía contrastada y pielograma retrogrado se observa dilatación de pelvis renal y segmento ureteral retrocavo. Se realiza centelleo renal con patrón obstructivo derecho. Por lo que se decide realizar manejo quirúrgico.

Musica: Serenade No. 13 In G Major, Wolfgang Amadeus Mozart

### Resultados:

Se realiza abordaje laparoscópico en posición de lumbotomía, iniciando movilización de colon derecho, se observa pelvis renal y uréter dilatado proximal a porción retrocava de este, el cual se libera a ambos lados de la vena cava. Se procede a transectar uréter y se coloca en posición anatómica delante de vena cava inferior y se procede a hacer anastomosis con colocación de catéter JJ. Dejamos drenaje Jackson-Pratt en lecho quirúrgico el cual se retira al segundo día y se le da egreso. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas, el sangrado operatorio mínimo. Se le retirara catéter JJ en 6 semanas con pielograma retrogrado control.

### Conclusiones:

El uréter retrocavo es una malformación congénita que afecta el drenaje del uréter derecho, el cual cuando es sintomático o presenta datos obstructivos requiere manejo quirúrgico. El abordaje laparoscópico es una técnica de mínima invasión segura y eficaz en el manejo de la misma.

Palabras clave: Uréter, retrocavo, laparoscópica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: STEP BY STEP**

Arias, A<sup>(1, 2)</sup>; Cuya, M<sup>(1)</sup>; Cartolano, F<sup>(1)</sup>; Garcia, P<sup>(1)</sup>; Orellano, L<sup>(1)</sup>; Antola, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital E. Tornú. CABA, Argentina. <sup>(2)</sup>CABA.

**INTRODUCCIÓN**

Si bien la nefrectomía laparoscópica, sea simple o radical, ofrece hoy en día grandes beneficios, para nosotros los urólogos novatos, constituye todo un desafío. La descripción clásica de la técnica quirúrgica consiste en la disección de estructuras desde caudal hacia cefálico o viceversa. En el presente trabajo describiremos paso a paso y según nuestra experiencia, la cronología que a nuestro entender resulta menos dificultosa para iniciar con el gran desafío de las nefrectomías laparoscópicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

A continuación, describimos paso a paso tanto la nefrectomía radical derecha como izquierda:

- 1- Decolamiento parietocólico derecho (separar mesocolon de Gerota) o izquierdo.
- 2- Maniobra de Kocher (nefrectomía derecha).
- 3- Exposición del espacio hepatorenal.
- 4- Identificación de vena cava o aorta abdominal.
- 5- Identificación de gonadal (reparo y sección de la misma).
- 6- Identificación, clipado y sección de uréter.
- 7- Movilización de polo inferior.
- 8- Identificación de vena y reparo de la misma.
- 9- Identificación de arteria renal y clipado.
- 10- Tratamiento de vena renal.
- 11- Disección de arteria renal y sección.
- 12- Separación de suprarrenal de polo superior.
- 13- Cellectomía y extracción de pieza.
- 14- Control hemostático.
- 15- Colocación de drenaje al lecho.
- 16- Extracción de puertos con visión directa (observar que no aparezcan sangrados).

**CONCLUSIONES**

La implementación de la técnica laparoscópica en servicios donde no es habitual su uso suele acarrear una serie de complicaciones que debemos estar dispuestos a afrontar, y a poner todos los medios a nuestro alcance para evitarlas. Ante esta situación creemos que es fundamental desarrollar un programa de formación estandarizado, que incluya seleccionar adecuadamente a cada paciente y seguir una técnica precisa para lograr los mejores resultados. Es así, como logramos iniciar poco a poco el camino de la laparoscopia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## **CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL CÁNCER RENAL AVANZADO CON EXTENSIÓN TUMORAL VENOSA.**

Cabrera Bustamante, CA<sup>(1)</sup>; Carrillo, MA; Garcia Marchiñena, PA<sup>(1)</sup>; Romeo, A<sup>(1)</sup>; Gueglio Saccone, MGC<sup>(1)</sup>; Jurado, AM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: 4-10% de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales (CCR) pueden presentar extensión venosa tumoral en distintos niveles. El abordaje mínimamente invasivo es una alternativa terapéutica segura en centros experimentados.[8–10]

Objetivos: Presentar la cirugía laparoscópica como un abordaje factible en el tratamiento del CCR con extensión tumoral venosa

Materiales y Métodos: Se realizó un video compilatorio donde se muestra tratamiento mínimamente invasivo para esta patología.

Resultados: Luego de un breve repaso de las clasificación de Mayo y Soloway, se presentan tres casos de tratamiento de CCR con extensión tumoral venosa mediante cirugía laparoscópica: primero un trombo nivel 1, donde se moviliza el mismo hacia el hilio renal, clipando y seccionando vena homónima. Luego un trombo nivel 2, con cavotomía y extracción del mismo, y finalmente un trombo nivel 3b, con clipado y sección de vasos cortos del hígado y clipado precoz de la arteria renal en espacio intercavo aórtico. En todos los casos se realizó cavorrafia utilizando sutura de polipropileno 4-0.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es una técnica factible en el tratamiento del CCR con extensión tumoral venosa. La altura de la misma determina la complejidad del abordaje.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **CANCER RENAL ESTADIO IIIB: NEFRECTOMIA RADICAL MAS TROMBECTOMIA LAPAROSCOPICA ASISTIDO POR ROBOT.**

Kerkebe, M<sup>(1)</sup>; Matus, P<sup>(1)</sup>; Del Campo, F<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(1)</sup>; Vera Veliz, A<sup>(1)</sup>; Orellana, S<sup>(1)</sup>; Narvaez, P<sup>(1)</sup>; Dominguez, R<sup>(1)</sup>; Testa, I<sup>(1)</sup>; Menchaca, R<sup>(1)</sup>; Orellana, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma de células renales (CCR) representa aproximadamente el 3% de los cánceres en todo el mundo y su incidencia estimada es de aproximadamente 12/100000 en los EE. UU. En el 4 a 10% de los pacientes, el CCR forma un trombo tumoral venoso (TTV) que puede invadir la vena cava (VC) y extenderse por ella. La presencia de TTV se considera un factor de mal pronóstico independiente. La cirugía es la primera opción tratamiento, mejorando la sobrevida y calidad de vida.

**Caso:** Paciente 68 años, testigo de jehova, hipertensa y dislipidémica. Se realiza ecografía abdominal por dolor abdominal, informándose lesión renal de 5 x 6 cm. TC Tórax abdomen y pelvis: lesión sugerente de neoplasia en tercio medio y superior del riñón derecho. Etapificación negativa. RM abdomen informa TTV, clasificación Neves-Zincke etapa I. Se decide nefrectomía radical robótica más trombectomía en Diciembre 2016.

**TÉCNICA:** Posición de nefrectomía radical clásica. 2 trocares robóticos, 2 auxiliares y trocar para cámara. Decolamiento colon derecho. Identificación VC. Liberación de VC hasta porción hepática y 3 cm bajo la vena renal derecha (VRD). Liberación ambas VR y arteria renal derecha. Sección arteria renal derecha entre hemolocks. Clamp bulldog en vena renal izquierda y clampeo, con ayuda de cintas vasculares y hemolock, de vena cava en su porción supra e infra VRD. Apertura VC, sobre ostium de VRD, evidenciándose TTV en su interior. Disección completa de trombo. Cierre de cava en 1 plano con prolene 5.0. Retiro de clamp en vena renal izquierda. Liberación renal y retiro de pieza en bloque. Sangrado 200 cc.

**Biopsia:** carcinoma renal variedad células claras grado II Fuhrman. Trombo tumoral sin compromiso de pared. Márgenes negativos. Sin compromiso de grasa perirrenal. Seguimiento 33 meses, sin evidencia de recidiva.

**DISCUSIÓN:** La nefrectomía radical más trombectomía es el gold estándar en este tipo de pacientes, mejorando tanto su sobrevida global como calidad de vida. La cirugía robótica es una técnica posible y segura en casos seleccionados

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **PATIENT WITH RIGHT FLANK PAIN ASSOCIATED WITH MOVEMENT AND CT SCAN DIAGNOSIS OF NEPHROPTOSIS: IS IT A DISEASE?**

Görgen, ARH<sup>(1)</sup>; Dini, LI<sup>(1)</sup>; Burtet, LdM<sup>(1)</sup>; da Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Cavaleri, A<sup>(1)</sup>; Schwengber, VHV<sup>(1)</sup>; Davila, F<sup>(1)</sup>; Martins, HVdC<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Diaz, JO<sup>(1)</sup>; Ghissi, AJ<sup>(1)</sup>; Paludo, AdO<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction: nephroptosis is defined as a renal movement of more than 5 cm in orthostasis, being more common in the right kidney and bilateral in 20% of the cases. It is more common in skinny female. It is rarely symptomatic and is commonly an incidental diagnosis. The classical symptom is flank pain in orthostasis that relieves in decubitus. In the XIX century, it was one of the most commonly urological surgery performed, but some stated that “the mental kidney more often than abdominal is the one that floats” (William Osler) and that nephropexy is “other ineffective treatments for imaginary diseases” (McWhinnie and Hamilton).

Case Report: this is a 24-year male physical education teacher that presented with recurrent right flank pain associated with movement, without any other urinary symptoms or urinary tract infection. Ultrasound was suggestive of nephroptosis and a CT scan confirmed the diagnosis. The patient underwent nephropexy with a marlex mesh. One year after the procedure, the patient did not presented any episode of right flank pain.

Conclusion: nephroptosis is a common condition that normally does not requires any treatment, but in some patients, it may be associated with symptoms that may be mitigate by nephropexy. Unfortunately, there are no modern studies to better evaluate this condition.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ENDOPIELOTOMIA LASER**

Juaneda, R<sup>(1)</sup>; Colucci Camusso, G<sup>(1)</sup>; Martos, I<sup>(1)</sup>; Albornoz, M<sup>(1)</sup>; Politi, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

Realización de endopielotomía láser izquierda en paciente de 48 años de edad con múltiples cirugías urológicas secundarias a lesiones ureterales bilaterales luego de histerectomía por patología polipoidea benigna.

A partir de la realización de la endopielotomía se pudo dejar a la paciente nefrostomía mejorando su calidad de vida.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## ABORDAJE LAPAROSCOPICO Y URETEROSCOPICO DE QUISTES RENALES OBSTRUCTIVOS Y LITIASIS RENALES SECUNDARIA

Susaeta, R.<sup>(1)</sup>; Marchant, F.<sup>(1)</sup>; Kerkebe, M.<sup>(1)</sup>; Orellana, S.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica las Condes. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Urología, Hospital Dipreca. Santiago, Chile.

### Introducción:

Los quistes renales simples (QRS) representan el 70 % de las masas renales asintomáticas con una incidencia del 6%. La mayoría de los QRS no requieren seguimiento o tratamiento y es muy infrecuente que evolucionen con dolor, hemorragia o ruptura espontánea. Aún menos frecuente es que causen hidronefrosis y litiasis renales (LR.) Existen varias opciones terapéuticas como la punción, resección, decorticación y la escleroterapia. Presentamos el enfrentamiento terapéutico de quistes renal parapiélicos obstructivo y LR: Decorticación laparoscópica (DL) y Nefrolitotomía endoscópica retrograda flexible (RIRS).

### Casos Clínicos:

Presentamos 2 casos de hematuria macroscópica. Cistoscopia normal. UROTAC: Quiste parapiélico obstructivos (QPO) con compresión y desplazamiento pielocaliciario y cálculos renales múltiples. Se decide destechamiento laparoscópico de quiste y RIRS simultáneas.

**Cirugía:** Posición: Valdivia Galdakao. Ascenso de guía hidrofílica y Ureteropielografía retrograda (UPR). Se confirma descripción de UROTAC previo. Laparoscopia y RIRS: Laparoscopia: Disección perirenal y destechamiento de quiste. UPR simultánea: Se observa descompresión del sistema colector. Instalación de doble J. RIRS: Un caso simultáneo al destechamiento del quiste obstructivo. Posición de litotomía clásica. UPR: Litiasis en sistema colector. Instalación de vaina de acceso. RIRS: Litotripsia con Laser Holmium hasta obtener arenilla y fragmentos que se extraen. Instalación de doble J.

### Discusión:

Los quistes renales parapiélicos sintomáticos pueden ser manejados por distintas vías, siendo las más utilizadas el destechamiento por vía laparoscópica. El manejo de QPO y litiasis renal secundaria es un desafío endourológico para equilibrar eficacia y mínima invasividad. La laparoscopia y el desarrollo de la Nefrolitotomía endoscópica retrograda (RIRS) nos permite ofrecer una técnica mínimamente invasiva y eficiente en litiasis renales <2 cms. Si bien no se puede garantizar la resolución simultánea del quiste y de la litiasis, es posible lograrlo, sin complicaciones, si se sigue una metodología y técnica endourológica adecuada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS) CIRUGIA INTRARENAL RETROGRADO (CIR) EN LITIASIS 2.5CM**

Guevara, A<sup>(1)</sup>; Cadena, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Umin, Urologia Minima Invasiva y Nefrologia. Portoviejo, Ecuador.

**INTRODUCCION:** Al inicio el RIRS estaba indicado en post fracasos de litotripsia extracorporea ondas choque, principalmente en litiasis de caliz inferior, limitandose a tamaño 1.5cm.

Actualmente se esta empleando en litiasis de mayor tamaño, multiples o colariformes (en casos realizar 2 intervenciones).

**OBJETIVOS:** Dar tratamiento de lito tamaño 2.5cm en pelvis renal izquierdo Minimo Invasivo.

**MATERIAL Y METODOS:** Presentar un caso de manejo de lito 2.5cm co procedimiento Endourologico, Retrograde Intrarenal Surgery (RIRS), Cirugia Intrarenal Retrogrado (CIR), Ureteroscopia Semirrigido y Laser Holmium 30watts con fibra de 270micras.

**RESULTADOS:** Fragmentacion y pulverizacion total de la litiasis (Stone Free).

**CONCLUSION:** La RIRS es un procedimiento efectivo para litiasis de tamaños variados.

**PALABRAS CLAVES:** LITIASIS RENAL, CIRUGIA INTRARENAL RETROGRADO, URETEROSCOPIO SEMIRRIGIDO, LITOTRIPSIA LASER.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **RESOLUCIÓN DE TUMOR DEL TRACTO URINARIO MEDIANTE MICROPERC**

Gutiérrez Mínguez, E; Rivero Cardenas, A; Montero Torres, J; Hernández García, JM; Domínguez Fernández, MdH; Alcubilla, L; Blanco Martín, E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

### **INTRODUCCIÓN**

La cirugía micropercutánea es una técnica para el tratamiento de las litiasis renales que busca llevar a su máxima expresión el concepto "cirugía mínimamente invasiva". El desarrollo del instrumental quirúrgico en endourología ha permitido que hoy en día la consideremos como una alternativa viable para el tratamiento de cálculos renales.

### **OBJETIVO:**

Esta cirugía puede ser aplicable a otras patologías beneficiándonos de las ventajas que aporta como un mínimo daño renal y bajo riesgo de sangrado.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el video se muestra el caso de un paciente monorreno con hematuria anemizante secundaria a una tumoración de tracto urinario superior. Se exponen paso a paso las diferentes técnicas empleadas hasta la resolución del caso, intentando un manejo conservador con márgenes oncológicos seguros.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### **CATÉTER DOBLE J CALCIFICADO**

Martinetti, M<sup>(1)</sup>; Aveni, F<sup>(1)</sup>; Chiconi, B<sup>(1)</sup>; Cónsoli, M<sup>(1)</sup>; Costanza, G<sup>(1)</sup>; Linares, G<sup>(1)</sup>; Malossi, A<sup>(1)</sup>; Martin Stocco, G<sup>(1)</sup>; Marzari, A<sup>(1)</sup>; Montoro, B<sup>(2)</sup>; Orquin, Y<sup>(1)</sup>; Pereyra, H<sup>(1)</sup>; Pilot, M<sup>(1)</sup>; Albino, G<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Central. Mendoza, Argentina. <sup>(2)</sup>Urología, Clínica de Cuyo. Mendoza, Argentina.

**Objetivo:** Presentar un video sobre el manejo endourológico combinado de catéter doble J calcificado en una paciente

**Materiales :** Torre de Laparoscopia, Nefroscopio rígido de 22Fr , pinza de Endoscopia "Aligator", Aguja Chiba , Guía hidrofílica , Catéter ureteral recto , Dilatadores Alken , Amplatz, Litotriptor neumático, Arco en "C", **Láser Holmium , ureterorenoscopia flexible.**

**Metodología:** Reporte de paciente femenina de 24 años del Servicio de Urología del Hospital Central de Mendoza, que presentaba calcificación de catéter doble J derecho olvidado, con 9 meses de colocación.

**Resultados:** Se realizó abordaje endourológico combinado en un tiempo quirúrgico.

La paciente presentaba calcificación proximal, media y distal en catéter doble J derecho, asociada a litiasis ureteral media. Se realizó nefrolitotricia percutánea con litotriptor neumático, ureterolitotricia con láser Holmium y cistolitotomía endoscópica con láser Holmium, con posterior extracción de catéter doble J, sin evidenciar restos litiasicos en todo el trayecto. No se evidenciaron complicaciones intra operatorias ni postoperatorias. Tiempo de internación postoperatorio de 48hs

**Conclusión:** El abordaje endourológico combinado permitió la extracción de catéter doble J olvidado y calcificado en un tiempo quirúrgico.

La adquisición en Salud Pública de equipamiento de última generación, permite la igualdad terapéutica de todos los pacientes sin distinción de recursos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



## ESTRATEGIAS CIRUGÍAS EN LA PRESERVACIÓN VAGINAL DURANTE LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: VIDEO DEMOSTRATIVO

Alcantara-Quispe, CE<sup>(1)</sup>; Faria, E<sup>(1)</sup>; Fantin, JP<sup>(1)</sup>; Cesar, A<sup>(1)</sup>; magnabosco, W<sup>(1)</sup>; Panico, V<sup>(2)</sup>; Tobias-Machado, M<sup>(2)</sup>; Machado, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital de Cancer de Barretos. Barretos - sao paulo, Brazil. <sup>(2)</sup>Urología, Faculdade de Medicina do ABC. Sao Paulo, Brazil.

### INTRODUCCIÓN

La exenteración pélvica anterior con derivación urinaria(DU) y linfadenectomía pélvica es el procedimiento estándar para tumores invasivos de vejiga en mujeres(1), obteniendo como resultado el 52% de disfunción sexual femenina después del procedimiento(2). Las técnicas menos radicales con preservación de órganos pélvicos con objetivo de mejorar los resultados funcionales son alternativas viables en casos seleccionados, como mujeres sexualmente activas con neoplasias en etapa inicial (<0 para cT2 cN0 cMo) (2-5). Aunque aún con datos preliminares, estas técnicas respetan los fundamentos del principio TRIFECTA (cura oncológica, continencia urinaria y función sexual) (3). El objetivo de este video es demostrar la técnica quirúrgica laparoscópica utilizada por nuestro equipo en la preservación vaginal y del complejo esfinteriano urinario durante la cistectomía radical (CR) con DU ortotópica.

### REPORTE DE CASO

Presentamos una paciente de 50 años de edad sexualmente activa, diagnosticada con carcinoma urotelial de alto grado pT2 asociado a carcinoma in situ, localizado en la pared anterior de la vejiga. Se realizó una CR laparoscópica y DU ortotópica con preservación del complejo del esfínter uretral y de las tres cuartas partes inferiores de la vagina. El tiempo de extirpación quirúrgica fue de 180 minutos, con un estimado de 400 ml de sangrado. El hallazgo patológico reveló carcinoma urotelial de alto grado (pT1 bN0) con márgenes libres. Evolucionó sin complicaciones graves, continencia urinaria diurna temprana y coito vaginal a los 5 meses después del procedimiento.

### CONCLUSIONES

La preservación vaginal mediante técnicas mínimamente invasivas es una opción real con impacto positivo en la calidad de vida y resultados oncológicos similares a los de la técnica abierta. Aunque la cirugía robótica actualmente está ganando terreno en este escenario, la cirugía laparoscópica sigue siendo una opción viable en lugares de bajos ingresos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **TRATAMIENTO DEL CARCINOMA UROTELIAL DE URÉTER SUPERIOR CON LÁSER HOLMIUM**

Sanguinetti, H<sup>(1)</sup>; Ballesty, P<sup>(1)</sup>; Lopez Silva, M<sup>(1)</sup>; Colicigno, M<sup>(1)</sup>; Battiston, S<sup>(1)</sup>; Alvarez, P<sup>(1)</sup>; Cabral, C<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina.

## **Introducción**

El carcinoma urotelial de vías urinarias superiores es una entidad infrecuente que abarca solo el 5-10% de los carcinomas uroteliales.

La estadificación preoperatoria de estos tumores siempre ha sido un desafío y la nefroureterectomía su tratamiento estándar. Sin embargo con el advenimiento de nuevas tecnologías para tratamientos endourológicos ha definido el concepto de cirugía con preservación de órgano para casos seleccionados.

Los resultados satisfactorios del tratamiento endoscópico dependen de la elección correcta del tumor a tratar. Su indicación imperativa son los pacientes con contraindicación absoluta para el tratamiento radical por comorbilidades, pacientes monorrenos y tumores bilaterales.

Se reserva el tratamiento endoscópico para tumores de bajo grado, de arquitectura papilar, <1,5cm, unifocales y no invasivos.

## **Materiales y métodos**

Paciente de 67 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial que consulta por hematuria con estudio ecográfico sin hallazgos patológicos, se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que evidencia en la fase de excreción renal imagen ocupante de espacio en ureter superior izquierdo. Uretrocistofibroscopía sin evidencia de lesiones vesicales.

Se realiza ureteroscopía semirígida hasta evidenciar lesión de 1cm, de aspecto papilar en ureter superior izquierdo, se realiza biopsia y se procede a su exéresis con Laser Holmium.

## **Resultados**

Anatomía patológica que informa carcinoma urotelial papilar de bajo grado. Ureteroscopía control al mes de tratamiento sin evidencia macroscópica de lesión. Tomografía abdomen y pelvis sin evidencia de lesión.

## **Conclusión**

El tratamiento endourológico del carcinoma urotelial con utilización del laser holmium es una técnica reproducible y con baja tasa de complicaciones. La elección correcta del tumor a tratar es de suma importancia para no comprometer los resultados oncológicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**EL DILEMA DEL URÉTER DISTAL EN NEFROURETERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA**

Castillon Vela, IT<sup>(1)</sup>; García Criado, E<sup>(1)</sup>; Del Pozo Jimenez, G<sup>(1)</sup>; Souto Soto, AD<sup>(1)</sup>; Marcos Marin, D<sup>(1)</sup>; Carballido Rodriguez, JA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España.

**INTRODUCCIÓN**

La nefroureterectomía radical (NUR) con escisión de rodete vesical es el tratamiento de elección en los tumores uroteliales del tracto urinario superior (TUS) de alto riesgo.

La técnica quirúrgica debe cumplir los principios oncológicos de resección en bloque de la pieza completa, mantenimiento de la pieza como sistema cerrado e inclusión de un rodete vesical.

No existe una técnica estándar establecida, pudiéndose realizar diversos tipos de abordaje: abierto, laparoscópico, robótico, transvesical o endoscópico.

La elección de nuestra técnica ha de tener en cuenta las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, con el fin de alcanzar unos resultados funcionales y oncológicos óptimos.

**OBJETIVO:**

Describir la desinserción endoscópica y el manejo laparoscópico del uréter distal en la NUR laparoscópica.

**MATERIAL Y MÉTODOS/RESULTADOS:**

Presentamos el vídeo de una desinserción endoscópica ureteral mediante asa bipolar, y dos casos de NUR con abordaje puramente laparoscópico del uréter intramural y del rodete vesical.

Para llevar a cabo la **desinserción endoscópica** del uréter colocamos al paciente en posición de litotomía modificada. Realizamos resección del meato ureteral hasta llegar a grasa perivesical. Traccionaremos entonces del uréter desde el campo abdominal. Nuestra preferencia en los casos de desinserción endoscópica es la realización, después de la NUR laparoscópica.

En el **abordaje laparoscópico puro**, mediante un acceso transperitoneal, realizamos la nefrectomía en un primer tiempo. Los pasos principales a realizar posteriormente son la disección del uréter lumbar con clipado precoz del mismo, apertura del peritoneo sobre el ligamento umbilical, disección del plano paravesical, disección del uréter intramural, apertura del detrusor, punto de referencia previo a tallar el parche vesical y disección de éste, sutura del defecto vesical, embolsado de la pieza y extracción de la misma.

**CONCLUSIONES:**

El abordaje óptimo del uréter distal y el rodete vesical en NUR está abierto a debate, no habiéndose desarrollado estudios prospectivos comparando las diversas técnicas.

Es necesario individualizar la elección de la técnica quirúrgica en cada caso concreto.

**Palabras Clave:** Nefroureterectomía radical laparoscópica. Tumor urotelial. Tracto urinario superior

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**RESECCION PERCUTANEA DE CARCINOMA INTRA DIVERTICULO CALICILAR**

Battiston, SL<sup>(1)</sup>; Alvarez, P<sup>(1)</sup>; Cabral, C<sup>(1)</sup>; Colicigno, M<sup>(1)</sup>; Inturias, W<sup>(1)</sup>; Lopez Silva, M<sup>(1)</sup>; Sanguinetti, H<sup>(1)</sup>; Bernardo, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clinica San Camilo. Buenos Aires, Argentina.

Los divertículos caliciales son anomalías congénitas de la vía urinaria. Se caracterizan por ser dilataciones saculares con comunicación al sistema excretor. Suelen asociarse a patología litiásica (en el 50% de los casos). La presentación de lesiones neoplásicas dentro de los mismos es muy infrecuente.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino sin antecedentes relevantes con hallazgo de lesión sólida intradiverticular que capta contraste en los estudios dirigidos. Al no poder acceder por vía endoscópica a la lesión y presentando un estudio citológico negativo para atipia, se decide el acceso percutáneo para diagnóstico y tratamiento.

Luego de la realización de una peilografía ascendente, se realiza una abordaje percutáneo con el paciente de decubito ventral. Se accede de manera directa al divertículo (localizado en polo superior renal derecho). Al identificar el ostium intradiverticular se realiza una dilatación del cuello a la vía excretora. Se identifica una lesión de aspecto sólido que se resecta con energía bipolar. El paciente presentó una buena evolución postoperatoria, que permite el egreso sanatorial con nefrostomía para second look. La revisión del lecho operatorio se realizó a los 21 días por el mismo acceso, completando una resección del lecho. El informe anatómico patológico no evidenció presencia de células neoplásicas.

Ya se realizó un control tomográfico que no evidencio recidiva local y se espera un control endoscópico dentro del plan de seguimiento.

Hasta el momento se han reportado 17 casos de lesiones neoplásicas dentro de un divertículo calicilar. Este sería el primer caso de manejo conservador de una lesión de urotelial de bajo grado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMÍA PARCIAL MÚLTIPLE LAPAROSCOPICA.**

de los Santos Gonzalez, RC<sup>(1)</sup>; Abreu, D<sup>(1)</sup>; Suarez, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Casmu, Casmu. Montevideo, Uruguay.

Introducción: presentaremos un video de un paciente con tumores renales múltiples, donde realizamos nefrectomía parcial doble sobre el mismo riñón.

Material y Métodos: Paciente de 65 años sin antecedentes generales a destacar que por ecografía de abdomen por dolores vagos abdominales se diagnostica tumores renales bilaterales, uno en cada riñón. Al realizar la tomografía de tórax abdomen con sin contraste se identifican pequeños múltiples quiste bilateral, uno de ellos en cara anterior de riñón derecho de 2 cm, impresiona lobulado como si fueran más de unos junto y con una zona central difícil de interpretar en cuando a si es solida o quística aunque es informada como quística y otros dos procesos claramente sólidos uno polar superior de riñón derecho de 3,5 cm y otro de polo inferior del riñón izquierdo de 4,5 cm. Se solicita resonancia nuclear magnética con reconstrucción donde se identifica todos los procesos, no pudiendo definir tampoco esa imagen quística dudosa, pero si aporta imágenes en la reconstrucción como que los procesos sólidos presentan una capsula bien marcada.

Se planifica intervenir primero el riñón derecho, donde realizamos la nefrectomía parcial laparoscópica doble del proceso sólido polar superior el cual es realizado con clampeo de la arteria y el proceso quístico dudosa de cara anterior, se realiza sin clampeo. A los 40 días se realiza también la nefrectomía parcial del proceso de polo inferior del riñón izquierdo.

La anatomía patológica informa que el proceso sólido polar superior se trataba de Adenocarcinoma renal de células claras grado 2 de ISUP de 40 mm y el proceso quístico correspondía a una Neoplasia renal multiquística de bajo potencial maligno de 30 mm. El proceso del riñón izquierdo era un Adenocarcinoma de células claras grado 2 de ISUP 40 mm.

Conclusiones: Los procesos renales múltiples no es un limitante para la nefrectomía parcial laparoscopia, es indudable que hay que seleccionar correctamente los pacientes y contar con una imagenología correcta para la buena planificación y un equipo bien entrenado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **NEFRECTOMÍA CON TROMBECTOMIA LAPAROSCÓPICA.**

de los Santos, R<sup>(1)</sup>; Suarez, R<sup>(1)</sup>; Abreu, D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, CASMU. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Presentamos un video de una nefrectomía radical con trombo en vena renal y vena cava.

Material y métodos: paciente de 65 años de edad que consulta por dolores vagos abdominales por lo que se realiza ecografía de aparato urinario que informa de proceso expansivo solido renal derecha de 5 cm. En la tomografía se objetiva proceso expansivo renal derecho sólido con un compromiso de la vena renal derecha por trombo tumoral, se completa con estudio de resonancia nuclear magnética donde se observa el proceso renal derecho extendido a la vena renal e introduciéndose en la vena cava en 1 cm. Se procede a la nefrectomía laparoscópica, luego del clipado y sección primaria de la arteria renal, se logra clampear la vena cava con un Bulldog curvo, pudiendo resear el ostium de vena renal y reparar la vena cava sin la necesidad de realizar una obstrucción completa de dicha vena. Luego se completa la nefrectomía y extracción por incisión inguinal como en cualquier nefrectomía laparoscópica. La evolución es satisfactoria con alta en 48 hs.

Conclusiones: La nefrectomía laparoscópica con trombectomía es factible realizarla por este abordaje, teniendo como limitante que el trombo no debe extenderse demasiado por la vena cava, la experiencia del equipo quirúrgico y el material apropiado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## RESOLUCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL ANTE EMERGENCIA MEDICO-QUIRÚRGICA

Grillo, C<sup>(1)</sup>; Calabia, P<sup>(1)</sup>; Lorenzo, H<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clínica 25 de Mayo. Mar del Plata, Argentina.

### INTRODUCCION

La resolución del pedículo renal, suele incluir la disección de los elementos vasculares por separado (arteriales y venosos) y su hemostasia con clips, hemoloks, suturas intra o extracorpóreas etc.

Existen situaciones que obligan a utilizar alternativas válidas, usadas de modo infrecuente.

### MATERIALES Y METODO

Paciente de 61 años, masculino.

Antecedentes de diabetes, dislipemia, 3 infartos agudos de miocardio, stents y by pass coronario.

En estudios de rutina, hallazgo de una masa renal derecha. Se realizan evaluaciones tanto cardiológica como anestesiológica preoperatorias, quienes informan alto riesgo quirúrgico, ASA III.

Se explica al paciente riesgos del procedimiento y se acuerda cirugía.

Técnica: decúbito lateral izquierdo, decolamiento parietocólico derecho. Se identifica uréter sobre psoas, repara con punto transparietal percutáneo. Se inicia la disección del pedículo, identificando arteria renal por detrás de la vena principal. En ese mometo el anestesiólogo solicita que se concluya el procedimiento lo antes posible dado que el paciente se encuentra inestable hemodinámicamente desde el inicio de la cirugía y empeora. Se decide no perder tiempo en la disección de dicho pedículo, y resolverlo en conjunto, inicialmente con ligadura intracorpórea de Vicryl 1 para disminuir su calibre y luego utilizando sutura mecánica lineal cortante articulada con cartucho de 45 mm. De ese modo se logra controlar el pedículo de forma rápida, extrayendo luego la pieza y finalizando el procedimiento posterior a la colocación de drenaje.

### RESULTADOS

El paciente pasa a terapia intensiva, y se recupera de forma adecuada. Se va de alta a las 72 hs.

La anatomía patológica muestra un carcinoma de células renales pT2a.

Actualmente en controles.

### CONCLUSIÓN

El manejo del pedículo renal debe ser reglado, intentando disecar sus elementos entre sí, para control y seguridad quirúrgicas.

Alterar su manejo es válido ante situaciones extremas, donde adquieren importancia el uso de alternativas terapéuticas, como la sutura mecánica.

PALABRAS CLAVE pedículo, emergencia, sutura mecánica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**TUMOR RENAL DERECHO POSTERIOR, RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.**

Grillo, C<sup>(1)</sup>; Calabia, P<sup>(1)</sup>; Vazquez Avila, L<sup>(1)</sup>; Frattini, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Clinica Privada Pueyrredón. Mar del Plata, Argentina.

**INTRODUCCION**

La nefrectomía parcial es el gold standard en masas T1a. Aunque la misma aumenta la tasa de complicaciones perioperatorias de 19-25%.

La nefrometría R.E.N.A.L. y PADUA score predicen el riesgo de éstas complicaciones, basados en la imágenes preoperatorias.

**MATERIALES Y METODO**

Paciente femenina de 41 años; en estudios de rutina, hallazgo de un tumor renal derecho de 2 cm en valva posterior. T1a N0M0. Nefrometría R.E.N.A.L.: 7p, que marca moderada complejidad quirúrgica.

Se decide realizar cirugía conservadora de nefronas.

Técnica: decúbito lateral izquierdo, apertura pareitocólico derecho. Se aborda pedículo y diseca arteria renal que se bifurca precoz en 3 ramas. Luego se busca tumor renal; una vez hallado sobre valva posterior, se extrae grasa peritumoral para estudio anatomopatológico. Se termina de liberar el riñon logrando rolarlo totalmente hacia medial para una posterior cirugía conservadora de nefronas sin dificultades. Se clampean las 3 ramas del pedículo con bulldogs laparoscópicos. Se medializa el riñon y realiza la tumorectomía con tijera fría; luego se sutura el lecho con surget de Vicryl 3-0 que se va ajustando y fijando con Hemoloks de 10 mm, en un solo plano parenquimatoso. Se rola el riñon hacia lateral, se desclampea y verifica ausencia de sangrado.

Se extrae pieza en bolsa y deja drenaje.

**RESULTADOS**

Tiempo de isquemia caliente de 12 minutos.

La paciente evoluciona muy bien y es dada de alta a las 48 hs.

Anatomía patológica muestra tumor de células renales pT1a, márgenes libres.

A la fecha la paciente lleva 2 años de seguimiento, libre de enfermedad.

**CONCLUSIÓN**

La cirugía conservadora de nefronas en tumores de ubicación compleja es factible.

Si bien la nefrometría R.E.N.A.L. y PADUA son predictores de riesgo y permiten sugerir el límite quirúrgico, la decisión final depende del entrenamiento del equipo quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** nefrectomía parcial, tumor posterior, nefrometría.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA

Arrambide Herrera, JG<sup>(1)</sup>; Gomez Guerra, L<sup>(2)</sup>; Ocaña Munguía, MA; Roble Torre, I  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Universitario "Jose Eleuterio Gonzalez". Monterrey, Mexico. <sup>(2)</sup>Monterrey.

#### Introducción:

La azoospermia se encuentra presente en el 1% de la población en general. Constituye del 10 al 15% como causa de infertilidad. La etiología de la azoospermia obstructiva se divide en factores congénitos: atresia, estenosis y quistes (utriculares, Mullerianos y de Wolff) y adquiridos: trauma, infección, inflamación y litiasis.

Menos del 1% de los pacientes infértiles presenta obstrucción completa de conductos eyaculadores comparado con un 4.4% de los pacientes con obstrucción parcial.

Se presenta video de serie de casos de pacientes con azoospermia obstructiva, estudios de laboratorio e imagen previo al tratamiento quirúrgico así como su seguimiento a 3 meses y 1 año.

#### Resultado

Los casos presentaron mejoría reflejada en el volumen seminal y calidad de los parámetros seminales y del eyaculado.

#### Discusión y conclusión:

Los pacientes que reciben tratamiento reportan tasas de éxito de embarazos de 20 a 30%. Se puede considerar una opción viable previo a iniciar técnicas de fertilización asistida, no obstante a la fecha existen pequeñas series de casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# **RESOLUCION QUIRURGICA DE LESION TRAUMATICA DE PENE**

Ramirez Ibarra, F<sup>(1, 2)</sup>; Fuentealba, JA<sup>(1)</sup>; Ginestar, N<sup>(1)</sup>; Cordoba Arias, AF<sup>(1)</sup>; Mingote, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Policlínico Neuquén. NEUQUÉN, Argentina. <sup>(2)</sup>NEUQUÉN.

Introducción: Las lesiones peneanas traumáticas son poco frecuentes, pero suelen necesitar una resolución quirúrgica urgente para atenuar las secuelas anatómicas y funcionales. Está demostrado que la conducta quirúrgica precoz tiene mejores resultados, por lo que hoy en día es el tratamiento de elección.

Material y Método: Se presenta un video con las imágenes y la descripción de la resolución quirúrgica del caso de un paciente con lesión traumática de pene, con especial énfasis en los detalles operatorios, con una explicación pormenorizada de la toma de decisiones.

Resultados: La exploración quirúrgica precoz permitió encontrar la lesión presente en el cuerpo cavernoso del paciente, con una evolución satisfactoria y con rápido retorno a su vida cotidiana.

Conclusión: La exploración quirúrgica precoz es la indicación terapéutica más recomendable en los casos de pacientes con lesiones traumáticas de pene.

Este es un trabajo original e inédito, y no ha sido presentado con anterioridad en otra reunión científica ni publicación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **MICROCIRUGÍA DEL VARICOCELE “PASO A PASO”**

Cabrera Bustamante, CA<sup>(1)</sup>; Carrilo, MA<sup>(1)</sup>; Alfieri, AG<sup>(1)</sup>; Tinajero Arias, JD<sup>(1)</sup>; Layus, O<sup>(1)</sup>; Rey Valzacchi, G<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

### **INTRODUCCIÓN**

Es una patología frecuente, que puede ocasionar molestias, alteraciones en el trofismo o la función testicular. Se han descrito distintas vías de abordaje, siendo el la técnica microquirúrgica la que ofrece una menor tasa de recidiva y complicaciones

### **OBJETIVOS**

Presentar un video sobre la técnica microquirúrgica y la ventajas que ofrece este procedimiento

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó video mostrando los pasos fundamentales de esta técnica y los detalles relevantes de este procedimiento

### **RESULTADOS**

Utilizamos un Microscopio quirúrgico y un equipo de cirugía menor. En decúbito dorsal, se realiza incisión de 2 cm sobre el orificio inguinal superficial; lo ubicamos al introducir el dedo índice a través del escroto hasta insinuar el pulpejo en el orificio inguinal.

Se diseca hasta ubicar el cordón espermático. Posteriormente es liberado con disección digital y extraído con una pinza Babcock. Se ligan venas extrafuniculares (pueden ser causa de recidiva). Se coloca un Farabeuf por debajo del cordón como plataforma quirúrgica y se coloca el microscopio con un lente de 200mm

Expuesta la fascia cremastérica se coagulan los vasos de la misma y se la abre utilizando la tijera de iris y pinza de Atson. El deferente debe ser ubicado en el borde medial del cordón, de manera tal de mantenerlo identificado durante todo el procedimiento.

El primer paso es la identificación arterial visualizando en el cordón el latido. Esta se diseca y se repara con Catgut 3/0. Luego se disecan las venas dilatadas utilizando maniobras romas; las mismas son ligadas con nylon 4-0 y seccionadas, preservando arterias y linfáticos. Las venas ligadas se reparan y se traccionan a modo de tienda de campaña para continuar identificando las estructuras subyacentes. Es importante trabajar siempre en el mismo plano transversal al cordón, ya que la arteria puede ser tortuosa así evitamos lesiones accidentales de la misma.

Cabe destacar la posición ergonómica que adopta el cirujano

### **CONCLUSIONES**

La microcirugía es una técnica reproducible con el entrenamiento adecuado, ofrece una postura ergonómica al cirujano, permite la identificación de arterias y linfáticos; esto reduce significativamente la tasa de recurrencia y las complicaciones como el hidrocele.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LAPAROSCOPIC KIDNEY TRANSPLANTATION: FIRST LATIN-AMERICA EXPERIENCE**

W. Branco, A<sup>(1)</sup>; Murata, MM<sup>(1)</sup>; Contieri Neto, H<sup>(1)</sup>; Loss de Carvalho Contieri, F<sup>(1)</sup>; Jaworski, PE<sup>(1)</sup>; Pigatto Filho, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Transplante renal, Hospital do Rocio. Campo Largo, Brasil.

**INTRODUCTION:** The kidney transplant, regularly, is done with a Gibson incision in the lower abdominal wall.

This kind of incision can cause morbidity to the the patients with ESKD and who use immunossupressants.

The incision cause abdominal wall relaxation (24%), abdominal wall dehiscence(4%), incisional hernia(16%) and increased risk of surgical site infection. Would healing complications are a major cause of morbidity in kidney transplant recipients. Due to these kind of complications, some minimally invasive techniques has arrived.

**RESULTS:** Our study aimed to evaluate the safety and feasibility of laparoscopy kidney transplantation in a country where the costs of robotic surgery are still expensive, they're complications and morbidity in our first 5 cases.

**CONCLUSION:** We consider this the first report of laparoscopic transplantation performed in Latin America, and present a total of 5 cases of our series. Renal transplantation is surgery in which patient safety and graft function should always be the primary goal. Laparoscopic renal transplantation presents excellent results in relation to early graft function and patient safety, with a low complication rate. A larger series with a long-term follow-up are necessary to define the applicability of laparoscopic renal transplantation in the Brazilian public transplant system.

Laparoscopy; Kidney trasnplantation; Laparoscopic transplantation

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**URETEROSCOPIC MANAGEMENT OF GIFTED RENAL STONE IN RENAL TRANSPLANTAT**

Fernandes, AS<sup>(1)</sup>; Menegola, C<sup>(1)</sup>; Lobato, NR<sup>(2)</sup>; Duarte, RG<sup>(2)</sup>; Ferreira, DC<sup>(1)</sup>; Silva, AGT<sup>(1)</sup>; Souza, PC<sup>(1)</sup>; Burtet, LM<sup>(1)</sup>; Bortolini, T<sup>(1)</sup>; Tavares, PM<sup>(1)</sup>; Rosito, TE<sup>(1)</sup>; Santos, EB<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. <sup>(2)</sup>Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Gifted kidney stones are a problem in kidney transplants, especially in countries where a radiological evaluation of kidneys from deceased donors is not performed, as is the case in Brazil. This video demonstrates a 62-year-old patient, who underwent renal transplantation with adequate postoperative evolution. Five weeks after transplantation, patient is admitted to the emergency department with reduction of urine output and increased serum creatinine. Ultrasound was performed, which demonstrated severe hydronephrosis without identification of obstructive factor. Percutaneous nephrostomy was performed guided by ultrasonography and, later, abdominal computed tomography that shows a calcified appearance in ureterocystostomy topography. An endourological approach was performed with a ureteroscope and an impacted anastomosis was identified; performed laser fragmentation and double J catheter installed. This was maintained for 4 weeks when new ureteroscopy was performed demonstrating a wide vesicoureteral anastomosis. At 8 weeks in the first procedure, DTPA renal scintigraphy was performed, showing no obstructive pattern. Patient presented adequate postoperative evolution maintaining with stable renal function and without the necessity of hemodialysis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA ESTENOSIS URETERAL EN RIÑÓN TRASPLANTADO**

Santillan, D<sup>(1)</sup>; Garcia Marchiñena, P<sup>(1)</sup>; Jurado, A<sup>(1)</sup>; González, M<sup>(1)</sup>; Martinez, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La estenosis ureteral en el trasplante renal es una complicación que ocurre aproximadamente en el 2 al 10% de los casos, representando una causa importante de morbilidad en estos pacientes y que puede generar el deterioro de la función o incluso la pérdida del injerto. Existen diferentes alternativas terapéuticas descriptas para resolver la estenosis ureteral en el paciente trasplantado. El objetivo de este video es presentar la técnica, factibilidad y resultados de la reconstrucción ureteral laparoscópica utilizando uréter nativo.

**Material y Métodos:** Se presenta el caso de un hombre 45 años de edad trasplantado renal de un donante cadavérico, el cual evoluciona a los 3 meses del trasplante con estenosis del ureter trasplantado.

**Resultados:** El tiempo operatorio fue 210 minutos, el sangrado operatorio fue de 100 ml y el alta hospitalaria fue al 5to día post operatorio con nefrostomía. No se registraron complicaciones perioperatorias. La nefrostomía y el catéter doble jota fueron retirados de manera ambulatoria al día 14 y 60 del post operatorio. Con un tiempo de seguimiento de 9 meses, el paciente permanece con creatininemia estable y sin interurrencias urológicas.

**Conclusión:** La reconstrucción ureteral laparoscópica utilizando ureter nativo para el manejo de la estenosis del ureter del riñón trasplantado, es una técnica factible y segura, que ofrece excelentes resultados a mediano plazo, otorgando los beneficios de la cirugía minimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **INCIDENTALOMA ADRENAL LUEGO DE TRAUMA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO**

Osorio, J<sup>(1)</sup>; Marcucci, M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Regional Rafael Hernandez. DAVID, Panamá.

Se trata de un video original sobre un incidentaloma adrenal diagnosticado luego de un trauma renal contralateral en un joven de 15 años

Los carcinomas adrenales son neoplasias poco frecuentes dentro del pensum urológico. Paciente ingreso inicialmente con un trauma abdominal grado 4 derecho que incidentalmente se encuentra tumoración adrenal contralateral.

El video comienza describiendo el manejo que se le dio al trauma renal (requirió angioembolización selectiva de arteria renal) incluyendo el proceso endovascular dentro de las imágenes del video.

Luego de estabilizado el paciente y evaluando de manera preoperatoria la masa adrenal se lleva al salón de operaciones donde se le realiza adrenalectomía laparoscópica, cirugía grabada en alta definición, explicada paso a paso durante este video.

Finalmente se muestra el paciente en el postoperatorio y resultados de patología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **ABORDAJE SISTEMATIZADO DE LA REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA INTRAOPERATORIA TRAS LESIÓN VESICAL IATROGÉNICA**

Castillon Vela, IT<sup>(1)</sup>; García Criado, E<sup>(1)</sup>; Del Pozo Jimenez, G<sup>(1)</sup>; Souto Soto, AD<sup>(1)</sup>; Marcos Marín, D<sup>(1)</sup>; Carballido Rodríguez, JA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España.

### **INTRODUCCIÓN**

La lesión iatrogénica del tracto urinario es una complicación potencial de la cirugía del aparato digestivo, ginecológica y urológica. La vejiga es el órgano más frecuentemente lesionado durante la histerectomía, con una incidencia comunicada menor del 2%.

Los factores de riesgo reconocidos incluyen enfermedad maligna, adherencias, hemorragia importante, aumento del tamaño uterino, inexperiencia del cirujano y también cirugía laparoscópica.

Presentamos un video que ilustra el abordaje sistematizado de la reparación vesical laparoscópica intraoperatoria en un caso de lesión iatrogénica severa durante histerectomía.

### **MATERIAL Y MÉTODOS/RESULTADOS**

La reparación vesical laparoscópica incluye los siguientes pasos:

1. Inspección y evaluación del daño vesical
2. Preparación de la vejiga
3. Finalización de la histerectomía
4. Cierre vaginal
5. Sutura vesical en dos capas con sutura reabsorbible.
6. Interposición de tejido (opcional)
7. Colocación de drenaje quirúrgico

La sonda vesical se mantiene 7-14 días y se retira después de control radiológico con cistografía (en los casos más complejos)

### **CONCLUSIONES**

La lesión vesical iatrogénica es una complicación de la cirugía ginecológica. Cuando es identificada durante la intervención laparoscópica, una reparación siguiendo una técnica sistematizada obtiene muy buenos resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No



**MANEJO INTRAOPERATORIO DE LA HEMORRAGIA EN LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA**

Castillon Vela, IT<sup>(1)</sup>; del Pozo Jiménez, G<sup>(1)</sup>; Parini, M<sup>(2)</sup>; de Pedro, JM<sup>(2)</sup>; Rodriguez Monsalve, M<sup>(1)</sup>; Carballido Rodriguez, JA

<sup>(1)</sup>Urología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España. <sup>(2)</sup>Urología, H. Español. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción y objetivos**

La nefrectomía parcial es una operación técnicamente difícil. El sangrado durante la escisión del tumor y la renorrafia dificulta la identificación adecuada de los márgenes del tumor y la ejecución segura. La realización de clampaje añade un factor de dificultad.

El urólogo necesita una preparación específica para realizar una nefrectomía parcial laparoscópica. Debe conocer y saber manejar los diferentes escenarios hemorrágicos, desde sangrados leves a los más severos con repercusión hemodinámica. La resolución adecuada de los problemas requiere el conocimiento de las guías y recomendaciones para el manejo, así como de ciertas habilidades quirúrgicas.

En este video se presentan tres escenarios posibles para ejemplificar el manejo de la hemorragia intraoperatoria en la nefrectomía parcial laparoscópica.

**Material y Métodos**

**Caso 1:** Clampaje arterial inadecuado debido a disección subóptima de pedículo.

Sangrado profuso de un único punto al inicio de la resección. Compresión con el aspirador. Resección y renorrafia completada mientras se mantiene la compresión.

**Caso 2.** Clampaje de vena y arteria renal. Moderado sangrado desde diferentes puntos. Se continúa con la resección tumoral que se complica con la apertura del tumor. Esta situación exige una visión adecuada del lecho para recuperar el plano correcto. Aumento del sangrado que no permite visualizar el lecho para la sutura del lecho. Se quita el clamp venoso y se coloca en la arteria renal (doble clampaje arterial) deteniendo el sangrado y obteniendo una vision adecuada.

**Caso 3.** Arteria renal doble. Clampaje de ambas arterias. Sangrado moderado a severo durante la resección. Maniobras: 1. Revisión de la posición del clamp. 2. Colocación de Hemolock en vasos sangrantes. 3. Sutura hemostática y avance después de la resección bajo visión óptima.

**Conclusiones:** la nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica difícil que requiere de entrenamiento específico para resolver situaciones límites como la hemorragia durante la resección tumoral o renorrafia. Para mayor seguridad, es necesario conocer los recursos quirúrgicos disponibles así como los algoritmos para la toma de decision antes de realizar el procedimiento

**Palabras clave:** nefrectomía parcial, hemorragia intraoperatoria

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**REPARACION DE FISTULA VESICOVAGINAL ASISTIDO POR ROBOT: TECNICA RETROVESICAL**

Kerkebe, M<sup>(1, 2, 3)</sup>, Vera Veliz, A<sup>(2)</sup>, Campos, L<sup>(2)</sup>, Hassi, M<sup>(2)</sup>, Rojas, P<sup>(3)</sup>, Hinrichs, A<sup>(1)</sup>, Zambrano, N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. <sup>(3)</sup>Centro de Robotica, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

**INTRODUCCION:** La incidencia de las fistulas vesicovaginales (FVV) varia entre 0.3-2%. La gran mayoría son secundarias a procedimientos ginecológicos, siendo la histerectomía la principal causa (75%). El tratamiento quirúrgico cumple un rol fundamental en el manejo de la FVV. La ubicación de la fistula, su relación con los orificios ureterales y el tiempo transcurrido desde su formación, son determinantes para la elección del abordaje para su reparación (transvaginal vs transabdominal).

**CASO CLINICO:** Paciente de 44años con antecedente de histerectomía total y ooforectomía izquierda por tumor de ovario realizada hace 3meses. Luego de la cirugía evoluciona con incontinencia urinaria. Se comprueba perdida de orina a través de la vagina, por lo que se realiza cistoscopia observando FVV supratrigonal. Por esta razón se ofrece resolución quirúrgica con abordaje transabdominal. Se decide reparación de FVV Robótica: Técnica retrovesical .

**TECNICA QUIRURGICA:** Posición de litotomía modificada. Se realiza cistoscopia identificando FVV supratrigonal la que se tutoriza con catéter(blanco). Se instala catéter ureteral(naranja) bilateral y se deja instalada sonda Foley vesicouretral 18French. Se instalan los trocares en posición habitual. Adherenciólisis hasta liberar completamente el fondo de saco de Douglas. Disección laboriosa del plano vesicovaginal, hasta identificar FVV y catéter transfistuloso (blanco). Se reseca el tejido inflamatorio. Se avivan bordes del orificio fistuloso y se separa vejiga de la vagina, al menos 2cm alrededor del defecto fistuloso. Colporrafia longitudinal en un plano con V-lock3-0 y cistorrafia transversal en 2planos, quedando libre de tensión. Prueba de hermeticidad conforme. Se interpone apéndice epiploico de colon sigmoide entre ambos planos, que se fija con un punto de V-lock. Cirugía sin incidentes. Tiempo quirúrgico:110minutos. La paciente evoluciona favorablemente, se retira sondaFoley al 10º día post-operatorio.

**DISCUSION:** La técnica retrovesical robótica permite una adecuada disección y resección de la FVV, sin necesidad de realizar una gran cistotomía en la línea media como sucede con la técnica de O'Connor. Además favorece la realización de una sutura intracorpórea precisa, pasos que son técnicamente desafiantes en la cirugía laparoscópica. Sumado a las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, ofrece altas tasas de éxito, siendo una alternativa para el tratamiento definitivo de esta invalidante patología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## REPIELOPLÁSTIA POR VÍA LUMBOSCÓPICA, EN PACIENTE OPERADA 8 AÑOS ATRÁS POR UNA LUMBOTOMÍA

Santinelli, F<sup>(1, 2)</sup>; Piñeiro, A<sup>(1)</sup>; Suarez, G<sup>(1)</sup>; Primo, J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo" de Berazategui. Berazategui, Argentina. <sup>(2)</sup>Bernal.

**Introducción:** La estenosis pieloureteral durante la infancia, y adolescencia, es una patología frecuente. Su resolución por vía abierta mediante una Lumbotomía, sigue siendo una técnica frecuente en múltiples instituciones. El advenimiento de la Laparoscopia creó un conflicto en discernir, si es mejor tratar esta patología en primera instancia por endourología, o reservar esta última ante la falla de una Técnica Laparoscópica. La vía Lumboscópica (que es generalmente menos utilizada), ofrece múltiples ventajas por limitarse al retroperitoneo; pero nos presenta un desafío en los pacientes previamente operados con una Lumbotomía, y realizarla sobre ella.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 16 años, que ingresa a nuestro Hospital, con una Urofrosis izquierda severa por ecografía, y UroTAC. Con antecedente a los 8 años de edad, de una Lumbotomía izquierda, como tratamiento de una estenosis pieloureteral. Radiorenograma de 50,9 % que denota una reestenosis. Siendo un servicio con alta experiencia en Lumboscopia, es que presentando la paciente una Lumbotomía previa, igual realizamos la cirugía por vía Lumboscópica.

**Resultados:** Acceso Lumboscópico izquierdo con 3 trocares, ya teniendo la paciente colocado un catéter doble jota, por dolor. Obtenemos una cavidad de trabajo sin inconveniente, encontrándonos como causa, la presencia de un vaso polar aberrante, por lo que realizamos una repieloplastia bajo técnica desmembrada de Anderson Hynes. Recortamos el segmento de la unión, más remodelación de la pelvis, y decusamos el vaso polar (evidentemente no visto en la cirugía abierta). Tiempo quirúrgico inferior a 120 minutos, sin complicaciones. Alta a las 24 hs, sin sonda vesical, retirando el drenaje al 5 día, y el doble jota a las 4 semanas. Control postoperatorio a los 6 meses, y posteriores, que muestran la mejoría del cuadro.

**Conclusión:** La vía laparoscópica no es puesta en duda para el tratamiento de la estenosis pieloureteral. Podemos abordar esta patología por vía Transperitoneal, o Lumboscópica. Dado que somos pioneros en la utilización de esta vía, es que la adoptamos hasta en casos de reoperaciones, mejorando el tiempo de internación, y complicaciones quirúrgicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**MANEJO QUIRÚRGICO DE LA HEMATURIA INCOERCIBLE, POR CÁNCER DE VEJIGA, EN UN HOSPITAL ZONAL DE LA PCIA. DE BS AS, ARGENTINA**

Santinelli, F<sup>(1, 2)</sup>; Lopez, G<sup>(1)</sup>; Mayor, F<sup>(1)</sup>; Sicca, H<sup>(1)</sup>; Piñeiro, A<sup>(1)</sup>; Suarez, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Zonal General de Agudos "Evita Pueblo" de Berazategui. Berazategui, Argentina. <sup>(2)</sup>Bernal.

**Introducción:** El sangrado vesical incoercible, es una complicación grave, y con alta mortalidad, presentando un mal pronóstico ante cualquier alternativa terapéutica, para estabilizar al paciente. Entre sus causas citamos: masas tumorales vesicales, cistitis por irradiación, por ciclofosfamida, etc.

**Materiales y Métodos:** Desarrollamos el caso de una paciente femenina de 73 años (monorrena), que en el 2018 es remitida a nuestra institución por una hematuria incoercible, con diagnóstico de carcinoma infiltrante de vejiga multicentrico. Como antecedentes en el año 2014 realizan una Nefroureterectomía izquierda por carcinoma urotelial. En el 2016 presenta hematuria intermitente, diagnosticándosele carcinoma transicional de alto grado de Vejiga. No acepta una Cistectomía radical, y realiza radioterapia. Ingres a nuestro Hospital con descompensación hemodinámica (Hto 10% y Hb 3,4 g/dl). No logramos estabilizarla con múltiples transfusiones, y sin un servicio de hemodinámica, proponemos un tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica. Primero realizamos una Ureterostomía cutánea Lumboscópica derecha, para desfuncionalizar la vejiga, no logrando interrumpir el sangrado. En segundo término el clipado laparoscópico transperitoneal bilateral, de arterias hipogástricas, que logra con transfusiones estabilizar medianamente el sangrado. Con un Hto: 28%, y Hb: 8,8 g/dl, procedemos a realizar la cistectomía radical laparoscópica, con extracción de la pieza transvaginal.

**Resultados:** La Cistectomía radical Laparoscópica finalmente estabiliza a la paciente, con rápida recuperación luego de transfusiones, siendo dada de alta a los 11 días del postoperatorio, con seguimiento ambulatorio, y por oncología. Hasta la fecha no presento recidiva local, ni metástasis. Ultimo valor de Hto: 46%, y función renal conservada.

**Conclusión:** El Cáncer vesical musculo invasor, es una enfermedad rápidamente progresiva, y con alta mortalidad, en los dos primeros años. La cistectomía radical es el tratamiento electivo. Cuando un sangrado incoercible no nos lo permite, podemos intentar realizar una embolización selectiva, ligadura de arterias hipogástricas, etc. La vía Laparoscópica minimiza complicaciones, evisceraciones, e infecciones de las heridas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN GRANDES MASAS RENALES

Flores, J<sup>(1)</sup>; García, N<sup>(1)</sup>; Fajardo, C<sup>(1)</sup>; Fiallos, L<sup>(1)</sup>; Ruiz, H<sup>(1)</sup>; Gernat, R<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Urología, IHSS. COMOMAYAGUELA, HONDURAS.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de riñón, nefrectomía radical, laparoscopia

**INTRODUCCIÓN** la nefrectomía radical laparoscópica es el estandar de tratamiento en cáncer renal, pero representa un desafío en grandes masas renales.

**MATERIAL Y MÉTODOS** Presentamos el caso de un paciente de 25 años, sin antecedentes de interés diagnóstica de masa renal izquierda de 15 cm, sugestiva de cáncer renal, con trombo en vena. Estudio de extensión negativo

**RESULTADOS** Acceso transperitoneal con 4 puertos. Movilización del colon y bazo, Disección del plano postero inferior, hasta identificar psoas. Disección ascendente de riñón hasta zona de pedículo renal. Disección de arteria y ligadura con clip de polímero XL y posteriormente se secciona. Idéntico procedimiento con vena, en este caso se disecciona hasta sobrepasar trombo. Se completa Exéresis y se extrae por línea media.

Tiempo quirúrgico: 200 minutos. Sangrado: 160 cc. Días de hospitalización: 4. Complicaciones: ninguna. Anatomía patológica: Tumor de Wilms.

**CONCLUSIONES** : la nefrectomía laparoscópica en grandes masas renales, representa un desafío, pero una disección cuidadosa, respetando los planos, disminuye el riesgo de eventos adversos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA CON ISQUEMIA SELECTIVA EN PACIENTE CON RIÑÓN ÚNICO

Pinilla Schulz, I; Massouh Skorin, R<sup>(1)</sup>; Flores Barros, I<sup>(1)</sup>; Zúñiga Gallardo, A<sup>(1)</sup>; Gómez Garcés, L<sup>(1)</sup>; Vargas Delanoy, F<sup>(1)</sup>; Ebensperger Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Escovar La Riva, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

### Introducción:

En pacientes con riñón único (RU) y tumor renal de aspecto maligno, el manejo quirúrgico debe asegurar un óptimo control oncológico con la menor injuria, con el fin de conseguir mejores resultados de funcionalidad renal. En este sentido, la nefrectomía parcial (NP) es la técnica de elección, y su indicación principal son los tumores entre 2 y 7 cm, con mayor componente exofítico. Cabe destacar que existe una relación directa entre tamaño y localización del tumor, y la dificultad técnica de la cirugía, cuanto más grande y endofítico es el tumor, la NP es más dificultosa. Cuando la NP se realiza con técnicas de isquemia selectiva, se consiguen mejores resultados de función renal, aunque la evidencia muestra mayores tasas de sangrado y tiempos operatorios.

### Método:

Se presenta el caso de paciente con RU y tumor endofítico de 4cm, en quien se realizó NP laparoscópica con isquemia selectiva.

### Resultados:

Procedimiento exitoso. Tiempo operatorio 110 min. Sangrado intraoperatorio 100 cc. Sin requerimiento de transfusión de glóbulos rojos intra ni postoperatoria. Función renal conservada respecto a parámetros preoperatorios, a 2 meses de seguimiento. Biopsia de pieza quirúrgica reveló cáncer de células renales, variedad células claras, grado 2, de 4.1 cm, con bordes negativos.

### Conclusiones:

Se presenta el caso de una paciente con RU y tumor renal con características desfavorables para NP, cuyo manejo con dicha técnica acompañada de isquemia selectiva permitió un buen control oncológico y mantención de función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA COMPLEJA CON USO DE MODELO TRIDIMENSIONAL**kerkebe, M<sup>(1, 2)</sup>; Vera Veliz, A<sup>(2)</sup>; Del Campo, F<sup>(2)</sup>; Guzman, S<sup>(1)</sup>; Zambrano, N<sup>(1)</sup>; Hassi, M<sup>(2)</sup><sup>(1)</sup>Departamento de Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile. <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

**INTRODUCCION:** El gold standar en el tratamiento de tumores renales  $\leq 4$ cm es la nefrectomía parcial (NP). Sin embargo, existen tumores de estas dimensiones, cuya ubicación y relación con estructuras nobles pueden hacer de esta cirugía un complejo escenario para el urólogo. El uso de nuevas herramientas tecnológicas, como lo es la impresión de modelos tridimensionales, sumado a una rigurosa planificación preoperatoria permite al cirujano ofrecer en estos casos una cirugía con intención de preservar la mayor cantidad de parénquima renal funcionante.

**CASO CLINICO:** Paciente de 59 años con antecedente de NP Robótica derecha de múltiples tumores (2016), todos informados como carcinoma renal de células claras (CRCC). Durante su seguimiento, en 2018 se pesquisa un quiste renal derecho Bosniak IV. Se decide realizar NP Robótica.

**PLANIFICACION PREOPERATORIA:** A partir de Tomografía axial computarizada se diseñó modelo tridimensional, donde se ubicó el tumor renal, vasos sanguíneos y vía urinaria. Se procede a impresión a escala real de imagen tumoral del modelo tridimensional para su uso intraoperatorio identificando el sitio exacto del tumor y sus relaciones espaciales con el hilio renal.

**TÉCNICA QUIRURGICA:** Se realizó técnica clásica para acceso retroperitoneal, decolamiento dificultoso por múltiples adherencias secundarias a cirugía renal previa. Tras identificación y disección del uréter, se procede a realizar disección sobre grasa peri-renal para acceso a lesión tumoral señalado en modelo tridimensional. Disección prolija de vasos peritumorales. Se procede a enucleación tumoral sin isquemia. Se comprueba indemnidad de capsula tumoral. Sutura del lecho tumoral en un plano (V-lock), se aplica sobre este cianoacrilato. Cirugía sin incidentes. Tiempo quirúrgico: 120 minutos, sangrado aproximado 200 cc. El paciente fue dado de alta 48 hrs post cirugía. Informe anatomopatológico: tumor de 2,2 cm, CRCC, grado nuclear II de ISUP. Bordes quirúrgicos negativos. Función renal normal y ausencia de recidiva local tras 6 meses de seguimiento.

**DISCUSION:** La utilización de estos modelos tridimensionales y la detallada información que entregan sobre las estructuras anatómicas y sus relaciones espaciales, permite al urólogo planificar de mejor forma una intervención quirúrgica al momento de enfrentarse a estos desafiantes casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### **URETERECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA CON REIMPLANTE**

Pinilla Schulz, I<sup>(1)</sup>; Flores Barros, I<sup>(1)</sup>; Massouh Skorin, R<sup>(1)</sup>; Zuñiga Gallardo, A<sup>(1)</sup>; Gómez Garcés, L<sup>(1)</sup>; Vargas Delanoy, F<sup>(1)</sup>; Ebensperger Gonzalez, M<sup>(1)</sup>; Escovar La Riva, P<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital San Borja Arriaran. Santiago, Chile.

**Introducción:** En cáncer urotelial de vía urinaria superior de bajo grado, la cirugía conservadora tiene similares resultados oncológicos al compararlas con la nefroureterectomía radical (NUR), consiguiendo parámetros significativamente superiores de función renal.

**Materiales:** Se presenta caso de paciente masculino con cáncer urotelial de bajo grado en uréter distal izquierdo, en quien se realizó ureterectomía distal (UD) con re implante según técnica de Taguchi.

**Resultados:** Procedimiento exitoso. Tiempo operatorio 130 min. Sangrado intraoperatorio 40 cc. Biopsia rápida intra operatoria negativa para células neoplásicas. Velocidad de filtración glomerular normal a 3 meses post operatorios. Biopsia diferida: cáncer urotelial de bajo grado, bordes negativos.

**Conclusiones:** Se presenta caso de paciente con cáncer urotelial de bajo grado en uréter distal en quien se decide realizar ureterectomía laparoscópica con reimplante tipo Taguchi, obteniendo un adecuado control oncológico y mantención de función renal, validando esta técnica como una opción eficaz y segura para el manejo de este tipo de pacientes.

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No



**PIELOPLASTIA DESMEMBRADA TRANSMESOCÓLICA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT**

Gonzalez Alfano, C<sup>(1)</sup>; Bodden Muñoz, E<sup>(2)</sup>; Ureña, R<sup>(2)</sup>; Rodriguez, J<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Urología, HIDLT. Panama, Panama. <sup>(2)</sup>Urología, CHDrAAM. Panama, Panama. <sup>(3)</sup>Urología, HST. Panama, Panama.

**Introducción**

La estenosis de la union pieloureteral es la causa mas comun de hidronefrosis en niños y jóvenes, existen causas intrínsecas y extrínsecas, y causas anatómicas y funcionales. Puede llevar a pérdida del parénquima y función renal.

El manejo quirúrgico de elección es la pieloplastía.

**Material y métodos**

Paciente masculino de 28 años sin antecedentes personales patológicos, acude a cuarto de urgencias con cuadro de cólico renoureteral izquierdo de 12 horas de evolución, se le realiza urotomografía en la cual se evidencia Estenosis de la union ureteropielica izquierda que condiciona pelvis globosa.

Se le coloca catéter dobleJ. 3 semanas después se le realiza centelleo renal con DTPA con TFG izquierda en 31.41 ml/min representando el 35.89% de la funcion global. La curva renografica izquierda presenta un patrón obstructivo.

2 meses despues de la colocacion del cateter dobleJ es llevado al salon de operaciones para cistoscopia + cambio de cateter dobleJ + pieloplastia desmembrada transmesocolica laparoscopica asistida por robot.

**Resultados**

Hallazgo transoperatorio: Pelvis globosa, estenosis de la union pieloureteral secundaria a vaso polar.

Tiempo quirurgico: 170 minutos. Tiempo de consola 90 minutos.

Sangrado: 100 mL.

Complicaciones transoperatorias: Ninguna

Complicaciones postoperatorias inmediatas: Ninguna.

Retiro de cateter dobleJ 6 semanas postoperatorias

**Conclusiones**

La pieloplastía presenta tasas de éxito entre 90-100%, la cirugía robótica ofrece mejor visualización y precisión en la reconstrucción de las estructuras con menos complicaciones y recuperación mas rápida.

En pacientes delgados, con escasa grasa visceral, el abordaje transmesocólico resulta conveniente para disminuir el tiempo quirúrgico y la manipulación intestinal.

**Palabras clave:**

Estenosis de la Union Pieloureteral; Pieloplastía; Cirugía Robotica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**LINFADENECTOMIA LUMBOAORTICA LAPAROSCOPICA CON ASISTENCIA ROBOTICA: DESCRIPCION DE CASO Y DE LA TECNICA QUIRURGICA**

Ruiz, L.<sup>(1)</sup>; Manduley, A; Soto, I; Aleman Ferrari, E; Bodden, E; Young, M

<sup>(1)</sup>Urología, Hospital Nacional. Panama, Panama.

**INTRODUCCION:** Mostrar un caso de paciente con cáncer de testículo y masa retroperitoneal manejado con linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica con asistencia robótica, describiendo la técnica quirúrgica.

**MATERIALES Y METODOS:** Video describiendo un caso clínico de tumor de testículo con adenopatías retroperitoneales, detalle de la linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica con asistencia robótica y los resultados postoperatorios.

**RESULTADOS:** Paciente masculino de 29 años con cáncer de testículo izquierdo tratado con orquiectomía mas quimioterapia. En TAC de tórax abdomen y pelvis presentaba 5 adenopatías paraaórticas persistentes posterior a la quimioterapia. Se realizó linfadenectomía lumboaórtica con el sistema quirúrgico daVinci Si con 4 brazos, en posición de lumbotomía. La cirugía se completó sin conversión ni transfusiones. Se extrajeron 7 ganglios paraaórticos. La patología mostró reacción linfocítica de aspecto benigno con necrosis central. El paciente tuvo edema de glúteo derecho manejada con fisioterapia y antiinflamatorios, una complicación Clavien grado I. Preservó eyaculación. Un año post cirugía no ha tenido elevación de marcadores tumorales, ni evidencia de enfermedad en estudios de imágenes. La pareja logro embarazo 1 año post cirugía.

**CONCLUSIONES:** la linfadenectomía lumboaórtica se logro completar por abordaje laparoscópico con asistencia robótica sin conversión ni complicaciones importantes. La complicación presentada fue grado I según clasificación de Clavien.

**Palabras clave:** robótica laparoscopia cáncer de testículo

**Financiamiento / conflicto de intereses:** No

**CORRECCIÓN DE FISTULA VESICO-VAGINAL POR ABORDAJE TRANSURETRAL: REPORTE DE UN CASO**

Duque Galan, M<sup>(1)</sup>; Plazas Cordoba, LA<sup>(1)</sup>; Quiverio Hincapie, GA<sup>(2)</sup>; Perez Garavito, CP<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Valle del Cauca, Fundacion Valle del Lili. Cali, Colombia. <sup>(2)</sup>Residente Urologia, Universidad Militar Nueva Granada. Bogota, Colombia.

**Introducción**

Las fístulas vesicovaginales (FVV) adquiridas son comunicaciones entre la vejiga y la vagina, traen como consecuencia salida espontánea e involuntaria de orina por vagina. Actualmente la principal etiología es la complicación iatrogénica de la histerectomía en un 62-87%. Las cirugías para la reparación de las FVV han incluido la técnica inicial de sutura permanente a través de la vagina a la vejiga según lo descrito por Sims; cirugías totalmente vaginales sin escisión de la fístula, como la reportada por Latzko; cirugías vaginales con escisión del tracto fistuloso (con o sin interposición del colgajo); y los procedimientos supra púbicos con exposición transvesical, con o sin escisión del tracto o interposición del colgajo. Con una tasa de éxito razonable se documenta igualmente la sutura transuretral de la fístula en los últimos seis años, proporcionando continencia inmediata, sin requerir una incisión o cicatriz abdominal mayor en caso de requerir una cirugía abierta si los procedimientos mínimamente invasivos fallaran. Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad con FVV posterior a cirugía pélvica colorectal y ginecológica por patología oncológica (Cáncer de colon avanzado) quien es llevada a corrección de esta por abordaje endoscópico transuretral.

**Materiales y Métodos**

Paciente de 34 años de edad con diagnóstico de ca de colon estadio IV, llevada a quimioterapia neoadyuvante, proctosigmoidectomía, histerectomía, cistectomía parcial y cateterismo ureteral de auto retención bilateral, cursó con fístula vesico vaginal desde el posoperatorio mediato, en cistoscopia se comprueba presencia de fístula. Se realiza corrección quirúrgica de fístula vesicovaginal identificando de manera asociada masa neoproliferativa sobre el trigono realizando resección de la misma. Bajo visión endoscópica transuretral con aguja de coolins y sutura barbada se realiza cierre.

**Resultados:** En seguimiento posoperatorio no se evidencian nuevos episodios de escape de orina por vagina luego de dos meses de haber retirado la sonda.

**Conclusiones:** La corrección transuretral de las fístulas vesico-vaginales ofrece otro enfoque para la reparación de las mismas siendo una técnica con una posibilidad razonable de curar la fístula con un tiempo de operación, hospitalización y morbilidad reducidas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

### **ENUCLEACIÓN / VAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE TULIO**

Molina Burgos, R; Peran Teruel, M; Gimeno Argente, V; Ordoño Dominguez, F; Ósca Garcia, JM

El Láser de Tulio es un tipo de energía aceptada para tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo del HBP.

Diferentes estudios han demostrado su efectividad, eficacia y existe consenso para su utilización.

Dada la versatilidad de este tipo de Láser Permite abordar el tratamiento de diferentes formas: ThuLEP  
Enucleacion, vaporización, vaporeseccion. etc.

Presentamos el abordaje combinado, utilizando técnicas de Enucleacion Prostatica asociadas a posterior vaporización de tejido.

Se utilizan fibras frontales de 600 y 800 micras. Volumen de próstata de hasta 70 cc.

Tiempo operatorio varia según el volumen Prostatico. Tiempo de sonda 24 horas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

## **ABORDAJE DE LÓBULO MEDIO PROSTÁTICO DURANTE PROCEDIMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO CON LÁSER DE TULIO. .**

Molina Burgos, R; Cardona Benet, JJ; Monserrat Jover, A; Fornas Buil, E; Osa Garcia, JM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de urología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Valencia, España.

El Láser de Tulio es un tipo de energía aceptada para tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo del HBP.

Diferentes estudios han demostrado su efectividad, eficacia y existe consenso para su utilización.

Dada la versatilidad de este tipo de Láser Permite abordar el tratamiento de diferentes formas: ThuLEP, Enucleación, vaporización, vaporesección, etc. Recomendación Moderada; Nivel de Evidencia: Grado B.

El abordaje del lóbulo medio prostático durante este procedimiento puede hacerse de varias formas.

Demostramos en este vídeo las diferentes opciones de tratar el lóbulo medio prostático en pacientes con HBP con Láser de Tulio: Enucleación, Vaporesección, Vaporización y Enucleación /vaporización.

Las fibras utilizadas fueron frontales de 600, 800 y 1000 micras. Fibras laterales.

En ningún Paciente se realizó morcelación de tejido.

Volumen de próstata hasta 95 cc.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**ABORDAJE DE LÓBULOS LATERALES PROSTÁTICOS DURANTE PROCEDIMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO CON LÁSER DE TULIO.**

Molina Burgos, R; Peran Teruel, M; Gimeno Argente, V; Osca Garcia, JM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Valencia, España.

El Láser de Tulio es un tipo de energía aceptada para tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo del HBP. Diferentes estudios han demostrado su efectividad, eficacia y existe consenso para su utilización. Dada la versatilidad de este tipo de Láser Permite abordar el tratamiento de diferentes formas: ThuLEP, Enucleación, vaporización, vaporesección, etc. Recomendación Moderada; Nivel de Evidencia: Grado B. El abordaje de lóbulos laterales prostáticos utilizando Láser de Tulio puede hacerse de varias formas. Demostramos en este vídeo las diferentes opciones de tratar los lóbulos laterales prostáticos con Láser de Tulio: Enucleación, Vaporesección, Vaporización y Enucleación /vaporización. Las fibras utilizadas fueron frontales de 600, 800 y 1000 micras. Fibras laterales. En ningún Paciente se realizó morcelación de tejido. Volumen de próstata hasta 100 cc.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

# Índice de autores

Abadal Villayandre, Jose María	O-148
Abal, Mariana	P-097
Abaloshi, Irfanullah	O-144, V-010
Abalushi, Irfanullah	O-001
Abarca-Blanco, Alejandro	O-007, O-008
Abarzua, Fernando	O-138
Abdo, Andres	O-055, P-133, P-134
Abreu, Diego	O-143, V-066, V-067
Abril Piedra, Jorge Ramiro	P-020, P-036, P-037
Acevedo García, Christian	P-111, P-117, P-145
Acuña, Claudia	P-038, P-039
Aeberhard, Mariano	P-101
Águila, Felipe	O-061
Aguilar Aizcorbe, Samuel	P-031
Aguilar-Avelar, Carlos	O-007
aguilar, jorge	O-060, O-137
Aguirre, Marcela	O-163
Alarcon, Daniel	P-123
Alarcón, Luis	O-023, O-103, O-105, P-040
Álavarez, Juan Martin	P-136
Albaloshi, Irfanullah	O-082, O-101, P-015, P-016, P-019, V-030, V-031, V-032, V-033
Albino, Germán	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Albornoz, Mauricio	O-047, O-064, O-102, O-136, P-012, P-034, P-089, P-146, V-057
Albornoz, Mauricio Jose	O-033
Albuquerque, Emanuel	O-106

Alcantara-Quispe, Cinthia	V-003
Alcantara-Quispe, Cinthia Elizabeth	V-062
Alcaraz, Antonio	O-100
Alcubilla García, Leyre	P-100
Alcubilla, Leyre	V-060
Alekseev, Boris	O-100
Aleman Ferrari, Enrique	V-087
Alfer Jr, Wladimir	O-012
Alfer Junior, Wladimir	O-146
Alfieri, Andres	O-080, V-038
Alfieri, Andres German	O-011, O-056, O-084, V-016, V-019, V-072
Almeida Carrera, Roberto	O-147
Alonso Araujo, Sérgio Eduardo	O-146
Alonso Prieto, Miguel Angel	P-009
Alonso Román, Josue	P-087
Alonso, Omar	O-090
Alston, Celeste	V-052
Altamirano, Jaime	O-046, V-004, V-005, V-006, V-007, V-008, V-009, V-051
Álvarez Cortés, Marina	P-129, P-130
Álvarez-Ardura, Manuel	P-084
Alvarez, Juan Manuel	O-142, P-136
Álvarez, Juan Pablo	O-078
Alvarez, Mario Moises	O-007
Álvarez, Patricio	O-066, O-118, O-129, O-130, P-053, P-141, P-150, P-152, V-001, V-020, V-063, V-065
Alves, Alexandra	P-147, P-148
Alves, Nilton Jacinto	P-073
Alzu, Gabriel	P-106



Ameri, Carlos	O-029, O-039, O-059, O-085, O-086, O-109, O-111, O-112, O-153, O-174, P-008, P-051, P-092, P-102, V-040, V-046, V-048
Amón Sesmero, José H.	O-040
Andreotti Panico, Vinicius	O-143
Andrés, Labra	O-023
Andreu García, Angel	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Angerri feu, Oriol	O-040
Antola, Daniel	P-045, V-053
Antola, Hector Daniel	P-115
Anzolch, Karin Marise Jaeger	O-166, O-167, P-073
Apala, Diego	P-067
Aparicio Juez, Lara	P-129, P-130
Aparicio Navarro, Miguel Ángel	O-148, P-044, P-072
Aponte Baron, Hernán	O-089
Aponte Varon, Hernan Alonso	O-048, O-049
Aquino, Alejandra	O-170
Araiz-Hernández, Diana	O-007, O-008
Araldi, Marcio	P-073, P-104
Araya, Mariela	O-105
Arcos, Karen	V-028
Arenas Bonilla, A.	P-032, P-050, P-149
Arenas Bonilla, Antonio	O-009, O-010
Arenas Bonilla, Antonio Jesús	O-073, O-168, P-154
Arias Nolzco, Juan Rodrigo	O-158, O-175
Arias, Andrea	P-045, V-053
Arimborgo Sedano, José	O-095
Arismendi, Esteban	O-006, P-122

Aristizabal-Alzate, Arbey	P-119
Armond, Jane Eston	O-119, O-121
Armstrong, Andrew J.	O-100
Arnáiz-Pérez, Ramón	P-084
Arrabal Martin, Miguel	O-040
Arrabal Polo, Miguel A.	O-040
Arrambide Gutierrez, Jose Gustavo	O-032
Arrambide Herrera, Jose Gustavo	O-032, V-070
Arrambide-Gutiérrez, José G.	O-031
Arrambide-Herrera, José G.	P-157
Arribas-Gómez, Daniel	P-021, P-022, P-023
Arribas, Daniel	O-001, O-027, O-082, O-101, O-144, P-015, P-016, P-019, V-010, V-011, V-030, V-031, V-032, V-033, V-041
Arribillaga, Leandro	O-006, O-020, O-022, P-122
Arrillaga, Annie	P-138
Artes Artes, Miriam	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Ascarate, Paula	O-115
Ascaso Cornago, Isabel	P-129, P-130
Autran Gómez, Ana Maria	P-087
Avarez, Patricio	O-169
Aveni, Federico	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Ayarde, Edgar	O-087, P-079, P-128
Azad, Arun	O-100
Baeza, Rodrigo	V-011
Balbontin, Felipe	O-124
Baldarena, Claudio	V-012
Baldino Nabinger, Gustavo	P-035

Ballesty, Pedro	V-063
Banda Martínez, Eduardo	O-147
Barahona, Jaime	O-061
Baron, Benoit	O-100
Baroni Hueb, Ronaldo	O-097
Barquet Meorin, Rodolfo	P-153
Barria, Sara	O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088
Barros Nores, Julio	O-033
Barusso, Gabriel	O-043, O-044
Bastos, Diogo	O-106
Batezini, Nelson	P-104
Batezini, Nelson Sivonei	V-017
Batezini, Nelson Sivonei da Silva	P-073, V-021, V-022
Battezzati, Oreste	O-054, O-107, P-027, P-142
Battiston, Santiago	P-141, V-063
Battiston, Santiago Luis	V-065
Bechara, Amado	O-155, P-071
Becher, Edgardo	O-129, O-130
Becher, Edgardo F	O-081
Becher, Edgardo Fabian	O-079
Belinky, Javier	O-005
belinsky, javier	O-115
Belisle, Diego	O-047, O-064, O-136, P-012, P-146
Belisle, Diego Federico	O-102, P-089
Bengiό, Rubén	O-022, P-122
Bengiό, Rubén G	O-006, O-020
Bengiό, Verónica	O-006
Bengoa, Nancy	O-052, O-053, P-002

Berger, Milton	O-096, O-149, V-050
Bergero, Miguel	O-142, P-017, V-029
Bergero, Miguel Angel	V-043
Bernardo, Norberto	O-060, O-066, O-118, O-129, O-137, O-141, O-169, P-053, P-068, P-152, V-001, V-020, V-063, V-065
Berné Manero, Jose Miguel	P-129, P-130
Berrocal Abellán, Sara	P-043, P-044
Bertacchi, Martin	O-138, V-045
Bertran, Alberto Marcelo	O-047, O-136
Bertran, Marcelo	P-012
bicudo, maria claudia	P-059
Billet, Carlos	P-028, P-029
Billordo Peres, Carlos Armando	O-052, O-053, P-002
Billordo Peres, Nicolas	O-052, O-053, P-002
Bilos, Silvio	P-107
Bitencourt Avila Milhan, Wellington	P-052, P-063, P-070, P-118, P-125, P-153
Blanco Martín, Elena	V-015, V-060
Blanco Tarrío, Emilio	P-091, P-094
Blas, Leandro	O-059, O-085, O-109, O-112, O-154, P-051
Bobadilla Romero, Emny Rochell	P-061, P-095, P-140, P-151
Bodden Muñoz, Elias	V-086
Bodden, Elias	O-069, V-002, V-087
Bollea Gaspa, Matias Exequiel	O-128
Bonadio, Renata	O-106
Bonanno, Nicolás	O-039, O-059, O-086, O-112, O-153, O-154, O-173, O-174, P-051, V-048
Bono Ariño, Araceli	P-129, P-130
Boretini, Emiliano	O-132, P-011, P-069, P-156
Borghi, Marcelo	O-079, O-081

Borgna-Christie, Vincenzo	P-021, P-022
Borgna, Vincenzo	P-019
Borgna, Vincenzo	O-001, O-023, O-027, O-082, O-101, O-103, O-105, P-014, P-015, P-016, P-040, V-030, V-031, V-032, V-033
Borrego Hernando, Jaime	P-072
Bortolini, Tiago	O-096, O-131, O-149, O-152, O-157, O-166, O-167, P-073, P-104, V-017, V-021, V-022, V-023, V-050, V-056, V-074
Brandon, Maximiliano	P-097
Bravo López, Guadalupe Michel	O-013
Bravo López, Michel Guadalupe	P-031
Breitenbach, Tiago Cataldo	O-149
Brufau, Teresa	P-041
Brum, Pietro Waltrick	O-149, O-166, O-167
Buchensky, Carlos	P-107
Budía Alba, Alberto	O-040
Budib Lourenço, Danilo	O-146
Bueno Moral, Ana Isabel	V-027
Bujaldon, Juan Manuel	O-153, P-008, P-051, P-092, P-102
Burtet, Lucas de Medeiros	V-056
Burtet, Lucas Medeiros	O-096, O-149, O-157, V-050, V-074
Burzio, Luis	O-105
Butori, Sofía	O-059, P-008, P-092, P-102, V-040
Caballero Cobos, Rocío	V-027
Caballero Linares, Max	O-158
Cabañas Plo, Teresa	P-099
Cabañuz Plo, Teresa	P-098, P-129, P-130
Cabeza, Ivan	P-093, P-116
Cabral, Carlos	P-141, V-063, V-065

Cabral, Renan Desimon	O-096, O-149, V-050
Cabrera Bustamante, Cristian Andres	O-164, V-044, V-049, V-054, V-072
Cabrera Mora, Norma Alejandra	P-031, P-111, P-117, P-145
Cabrera-Chamba, Adriana	P-084
Cadena, Jacqueline	P-123, V-059
Cadillo-Chavez, Ronald	O-133
Calabia, Pablo	V-068, V-069
Calanca, Gabriela	O-121
Caldas, Paulo Fernando	P-058, P-090
Callaci, Agustín	O-055, P-133, P-134
Calou, Daniele Freitas	O-121
Camargo Tiseo, Bruno	O-012, O-146
Camean, Juan	O-072, O-077, O-117, V-036
Campos Santolalla, Jesús	O-158, O-175
Campos, Laura	V-079
Cansino Alcaide, José Ramón	O-040
Capiel, Leandro	V-018
Capponi, Nicolas	O-019, O-075
Caradonti, Matias	P-128
Carballido Rodríguez, Joaquín	O-071, V-026
Carballido Rodriguez, Joaquin A	V-078
Carballido Rodriguez, Joaquin A.	O-108, V-064, V-077
Carceller Tejedor, Elena	P-129, P-130
Cardona Benet, Juan Jose	V-090
Cardozo, Jorge	P-115
Carminatti, Tomás	O-015, O-016, O-017, O-018, O-051, O-074
Carminio, Maximiliano	P-134
Carminio, Maximilino	P-133

Carmona, Federico	O-115
Carneiro, Arie	O-012, O-097, O-098, O-099, O-146
Carón, Rubén	O-083
Carral, Luis Pablo	O-150
Carrara, Santiago	O-006, P-041, P-090, P-122
Carrasco, Pablo	P-041
Carrillo, Mauro Agustin	O-035, O-051, O-110, P-020, P-036, P-037, V-044, V-049, V-054
Carrilo, Mauro Agustin	V-072
Cartolano, Florencia	P-045, V-053
Carvajal Obando, Alejandro	P-115
Carvalho Moreira, Bianca	P-052, P-063, P-070, P-118, P-125, P-153
Casas, Rodrigo	O-006
Caserta Lemos, Gustavo	O-012, O-097, O-098, O-099, O-146
Castañeda-Millán, David Andrés	O-057
Castañeda, Gonzalo	O-002
Castillo Jerez, Marcela Soledad	P-129, P-130
Castillo-Cádiz, Octavio	P-021, P-022, P-023
Castillo, Geraldini	V-024
Castillo, Octavio	O-001, O-101, O-144, P-019, V-010, V-011, V-041
Castillo, Octavio A.	O-027, O-082, P-014, P-015, P-016, V-030, V-031, V-032, V-033
Castillón Vela, Ignacio	O-071, V-026
Castillon Vela, Ignacio T	O-108, O-133
Castillon Vela, Ignacio T.	V-064, V-077, V-078
Castro Basurto, Edison	P-062, P-132, P-143
Castro, Eduardo	O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088
Castro, Jorge	V-052

Cavalcante, Alexandre	O-106
Cavaleri, Alexandre	O-096, O-131, O-166, O-167, P-035, P-104, V-021, V-022, V-056
Cavalli Marconato, Francisco Henrique	P-063, P-070, P-125, P-153
Cavelier, Luis Eduardo	O-049
Cayres Mariotti, Guilherme	O-097, O-098, O-099
cazon, agustin	O-060
Cendoroglo Neto, Miguel	O-012, O-146
Centuri3n, Miguel Angel	O-052, O-053, P-002
Cereghini, Julian	O-135, P-054, P-113, P-126
Cesar, Alexandre	V-003, V-062
Cespedes Valencia, karen	O-062, O-063
Chamas, German	P-107
Ch3vez Ramos, David	P-137
Ch3vez, Claudia	O-023
Ch3chile, Gilberto	O-002, P-090
Chechile, Guilberto	P-041
Chemi, Joaquin	O-145
Chen, Lucy	O-100
Chernobilsky, Victor	O-081
Chiconi, Bernardo	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Claro, Alexis	O-090, O-091, O-092, O-123, P-120, V-045
Clavijo Rodriguez, Rafael Andres	O-048, O-049
Clavijo, Jorge	P-025, P-026
Clavijo, Rafael	O-089
Cobrer0s, Cristian	O-155, P-071
Codas Villalba, Gustavo	O-127
Coderque Mej3a, M3nica Paola	P-046, P-047



Coelho, Rafael	O-106
Cogorno Wasylkowsky, Leopoldo	O-133
Cohen, Mariano	O-129, O-130
Cohn, David	V-051
Colicigno, Mauricio	P-141
Colicigno, Mauricio	V-063, V-065
Coloma Ruíz, Lidia	P-087
Colombo, Jose Roberto	O-146
Colucci Camusso, Guadalupe	O-047, O-102, O-136, P-078, P-089, P-146, V-057
Colucci Caumusso, Guadalupe	O-033
Colucci, Guadalupe	O-064, P-012, P-034
Cónsoli, Miguel	O-070, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Consul Ferreira, Daniel	P-035
Contieri Neto, Henrique	V-073
Contreras, Felipe	V-051
Contreras, Pablo	O-039, O-059, O-173, O-174
Coppola, Daniel Jorge	O-088
Cora, Maria Florencia	P-056
Corbatón Gomollón, David	P-024, P-098, P-099, P-127
Cordeiro, Maurício	O-106
Cordero, Esteban	O-006, P-122
Cordier Mariaca, Abel	O-158
Cordoba Arias, Andres Felipe	V-071
Córdova Guizado, Fernando	O-175
Corona Montes, Víctor Enrique	P-048, P-049
Corvalan, Mariluna	O-034, O-036
Costa-Bauzá, Antonia	O-040
Costanza, Gabriel	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-

	156, V-061
Costas Ochoa, Simbad	O-040
Cravioto, Fernando	O-068
Crespo-Martínez, Luís	P-084
Crespo, David	O-069, O-094, V-002
Cristallo, Christian	O-035, O-056, O-065, O-067
Cruseño, Fabricio	P-107
Cuevas, Miguel Ángel	O-061
Cuñé Castellana, Jordi	O-040
cuya, Maximiliano	P-045, P-121, V-053
D Angelo, Agustin	O-155, P-071
D'agnoluzzo, Leonardo	P-125
D'agnoluzzo, Leonardo	P-052
da Silva, Aline Gularte Teixeira	O-131, O-166, O-167, P-073, V-021, V-022, V-056
da Silva, Gabriel Veber Moises	O-131
Daels, Francisco Pedro	O-067
Daels, Pedro Francisco	O-056, O-065
Dahse, Nicolas	P-106
Dalabona, Jonas de Souza	P-058
Dall Agnol, Mauro Antonio	P-058
Dalvit Serio, Marcos Alejandro	O-134, V-035, V-042
Dalvit, MArcos Alejandro	P-114
Daneri Becerra, Edgardo	P-062, P-132, P-143
David, Carlos	O-142, P-017, V-029, V-043
Davila Salamea, Francisco	P-035
Dávila-Martínez, Sergio	P-157
Davila, Francisco	V-056
Dávila, María Eugenia	P-080, P-081

de Almeida Pereira Neto, Dilermando	P-063
De Arriba Alonso, Mario	P-009
De Dios Hernández, José María	P-091, P-094
de los Santos Gonzalez, Roberto Carlos	V-066
de los Santos, Roberto	V-067
De Miceu, Sergio	O-028, P-135, P-147, P-148
De Michelli, Giovana Cescon	O-119
De Miguel, Valeria	P-020
de Oliveira, Leonardo Gastón	P-028, P-029
de Oliveira, Osmar Luiz Magalhães	O-166, O-167
de Pedro, Juan Martín	V-078
Decia, Ricardo	O-143
del Campo, Fernanda	O-113, O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-055, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088, V-055, V-084
del Pozo Jimenez, Gema	O-071, O-108, O-133, V-026, V-064, V-077, V-078
Del Re, Norberto	O-087, P-079, P-128
Del Villar, Monica	O-155, P-071
Delgado-Balderas, Jesus Rolando	O-007, O-008
Delia, Pablo	P-147
Dellavedova, Tristan	O-003
DeLong, Jessica	O-014
Denis, Martin	O-137, O-141, O-169
denis, martin gustavo	O-060, O-118
Despaux, Alvaro	P-082
Dezanzo, Pablo Ignacio	P-056
Di Francesco, Verónica	O-132
Dias Moreira, José Eduardo	P-125
Diaz M, Jorge	V-051
Diaz Ortiz, Augusto	O-128

Diaz, Fernando Elbio	O-150
Diaz, Johanna Ovalle	O-096, O-131, O-149, O-166, O-167, V-021, V-022, V-050, V-056
Díaz, Jorge	O-046, V-004, V-005, V-006, V-007, V-008, V-009
Díaz, Manuel	O-124
Dib, Martin	P-128
Dietrich Jaworski, Paulo Eduardo	P-052, P-153
Dini, Leonardo Infantini	V-050, V-056
Dipatto, Fernando	O-142, P-017, V-029, V-043
Domenech, Fermín	O-092, O-123, P-138
Dominguez Argomedeo, Raimundo José	O-076, O-120, O-122
Dominguez Beautell, Alberto	O-133
Domínguez Fernández, María del Henar	P-100
Domínguez Fernández, María del Henar	V-015, V-060
Dominguez, Alejandro	O-034, O-036
Dominguez, Raimundo	O-113, P-055, V-047, V-055
Donis Claret, Francisco	P-043, P-044
Dos Santos, Emanuel Burck	V-050
Dos Santos, Gerardo	O-090
Dourado, Leandro	O-142
Dourado, Leandro Gabriel	P-054
Duarte, Rafaela Girardi	O-157, V-074
Dumas Castro, Sebastián	P-020, P-036, P-037
Duque Galan, Manuel	V-088
Duran, Ignacia	O-034
Duran, Maria Ignacia	O-036
Ebensperger Gonzalez, Mauricio	V-083, V-085
Ebensperger, Mauricio	V-028
echavez pacheco, liseth	P-059

Eduardo Alonso Araujo, Sergio	O-012
Egea, Debora	O-072, O-077
Egea, Deborah	O-117, V-036
Elizalde, Leonardo	O-150
Elliott, Sean	O-014
Elorrieta, Vicente	O-124
Emiliani, Esteban	O-040
Enguita Arnal, Laura	P-024, P-098, P-099, P-127
Epelde, Javier	O-006, P-122
Epelde, Marcos	P-089
Ermacora, Marcos	P-079
Escobar Gallardo, Carlos Moisés	O-139
Escovar La Riva, Paul	V-083, V-085
Escovar, Paul	V-028
Escowich, Ricardo	P-017
Escuder, Juan	O-068, O-091, O-092, O-123
España Navarro, Rodrigo	O-004
Esparza-Gurrola, Miguel Angel	O-007
Espílez Ortiz, Raquel	P-098, P-099
Espino, Gustavo	O-014
Esquenazi, Gustavo	O-072, O-077
Esquenazi, Gustavo Gabriel	V-036
Esquenazi, Gustavo Gabriel	O-117
Esquivel, Jorge	P-033
Estefan, Julia	O-129
Estéfano, Julia	O-066, O-130, P-068
Estigarribia Benítez, Cayo Augusto	O-148, P-043, P-044, P-072
Estrella, Rafael	O-014

Etchart, Martin	V-041
Ezquerro Sáenz, Santiago	P-024, P-098, P-099, P-127
Fajardo, Carlos	V-013, V-082
Fantin, Gustavo Antônio	P-058
Fantin, Joao Paulo	V-003, V-062
Faria, Eliney	V-003, V-062
Fariña Agüero, Fernando	O-165
Farrés Rabanal, Anna	P-009
Favre, Gabriel	O-018, O-019, O-035, O-164, P-018
Favre, Gabriel Andres	O-015, O-016, O-017, O-074, O-075, P-105, V-016, V-019
Fernandes, André Sobreiro	O-157, P-073, V-017, V-021, V-022, V-074
Fernandez Ortiz, Diego	P-062, P-132, P-143
Fernandez-Camilo, Marlin	O-014, V-024
Fernández-Concha Schwalb, Jaime	O-040
Fernandez-Samos Fernandez, Diego	P-009
Fernández, Mario	P-136
Ferreira, Daniel Consul	V-017, V-021, V-022, V-074
Ferreyra Camacho, Gustavo	P-045
Fiallos, Luis	V-013, V-082
Fiandra, Daniel	O-045
Flgueroa, Diego	O-103
Finsterbuch, Carlos	P-139
Fiorella, Diego	O-092, O-123, P-082
Fletcher, Eduardo	O-069
Flores Barros, Isidora	V-083, V-085
Flores Fraile, María del Carmen	P-091, P-094
Flores Martín, J.F.	P-032, P-050, P-149
Flores Martín, Jose Francisco	O-009, O-010, O-073, O-168, P-154

Flores, Javier	V-013, V-082
Flores, Olga	O-091, O-092, O-123
Font Celaya, Javier	P-129, P-130
Fontanilla Echeveste, Teresa	O-108
Fornari, Alexandre	O-166, O-167
Fornas Buil, Eduardo	V-090
Fraga, Liber	P-138
Frascheri, Florencia	O-111, O-173
Frascheri, María Florencia	O-059, O-154, V-040, V-046, V-048
Frattini, Gustavo	V-069
Freitas, Carla Micaele	O-119
Frias, Eduardo Nicolas	O-134, P-114, V-035, V-042
Fuentealba, Juan Alberto	V-071
Fuentes, Gonzalo	V-028
Fulco, Florencia	O-129
Furiasse, Daniela	O-033
Galetto, Martin	O-055, P-133, P-134
Galisteo Moya, R.	P-032, P-050, P-149
Galisteo Moya, Rafael	O-009, O-010, O-073, O-168, P-154
Gallardo-Blanco, Hugo Leonid	O-007, O-008
Galván, Analía	O-092, O-123, P-082
Galve Lahoz, Víctor	P-024, P-098, P-127
Galve Lazo, Victor	P-099
Gambetta, Fernando	P-107
Gancedo, Diego	V-029, V-043
García Alarcón, Francisco Javier	P-129, P-130
García Arteaga, Pablo	P-045
García Bailon, Aldo Misael	O-032

García Cardoso, Juan Vicente	P-087
García Criado, Elena	O-108, V-064, V-077
García Escudero, Damian	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
García Fernández, Eva	P-087
García García, Elena	V-026
García García, Javier	P-046, P-047
García Gerardi, Carlos	P-097
García Juarranz, Cristina	P-043, P-044
García Marchinena, Patricio Aitor	P-036
García Marchiñena, Patricio	O-104, V-075
García Marchiñena, Patricio Aitor	O-051, O-110, P-020, P-037, V-019, V-044, V-049, V-054
García Marchiñena., Patricio.	O-156
García Penela, Enrique	O-155, P-071
García Porcel, Victor Javier	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-110, P-140
García Ramirez, Jorge	P-001
García Romero, Ana	O-040
García Ruiz, Ramiro	P-129, P-130
García Sanz, Miguel	P-009
García Torrelles, Marta	V-039
García Vázquez, Elisa	P-155
García-Cenador, María Begoña	P-091, P-094
García-Galisteo, Emilio	O-004, V-027
García, Carlos	O-116, P-067, P-109, P-131
García, Jean	O-069, O-094, V-002
García, Natanael	V-013, V-082
García, Pablo	V-053
García, Vicente	O-076, P-055, P-066, P-077, V-047



Garduño Arteaga, Mateo Leopoldo	P-117
Garduño Segovia, Noe	O-013
Gareta Alquezar, Clara	P-024, P-098, P-099, P-127
Garrido, Gustavo	P-068
Garza González, Elvira	O-159
Garza-Bedolla, Alejandra	P-108
Garza-Cortés, Roberto	O-159
Garza-González, Elvira	O-031
Garza-Guajardo, Raquel	P-157
gennari, luciana	O-005, O-115
Gercovich, Felipe Gustavo	P-038, P-039, P-097
Gernat, Robert	V-013, V-082
Ghisini, Diego	V-018
Ghissi, Arthur	O-152, V-023
Ghissi, Arthur José	O-096, O-131, O-149, O-157, O-166, O-167, P-035, V-021, V-022, V-050, V-056
Giagnoni, Felipe	O-027, O-082, O-144, P-015, P-016, V-030, V-031, V-032, V-033
Giedelman Cuevas, Camilo Andres	O-048, O-049
Gil Deza, Ernesto	P-038, P-039, P-097
Gil Sanz, Maria Jesús	P-024, P-098, P-099, P-127
Gil Villa, Sergio Alberto	O-016, O-017
Gil, Segio Alberto	V-016
Gil, Sergio	O-015, O-018
Gimeno Argente, Vicente	V-089, V-091
Gimeno Collado, Alfonso	O-071
Ginestar, Nicolas	V-071
Ginevro, Paula	O-083
Giraldo Rojas, Maria Camila	O-126

Giromini, Sergio	P-107
Giudice, Carlos	O-017, O-018, O-019, O-080, V-038
Giudice, Carlos Roberto	O-011, O-015, O-016, O-084, V-016
Gobbo Garcia, Rodrigo	O-097, O-098, O-099
Godoy, Exequiel	P-038, P-039
Goginski, Julia	P-118, P-125
Gomes de Queiroz, Marcos Roberto	O-097, O-098, O-099
Gómez Carrillo, Judit	P-057
Gómez Garcés, Luis	V-083, V-085
Gómez Gómez, Guillermo A.	P-155
Gomez Guerra, Lauro	V-070
Gomez Guerra, Lauro Salvador	O-032
Gómez Veija, Francisco	P-046
Gómez-Guerra, Lauro S.	O-031, P-108, P-157
Gomez-Guerra, Lauro Salvador	O-007, O-008
Gomez, Lauro	P-083
Gomez, Luis	V-028
Gomez, Silvina	O-083
Gómez, Veiga	P-047
Gonzales, Liliana	P-137
Gonzalez Alfano, Claudia	V-086
González Casado, Ignacio	P-091, P-094
González Cazón, Agustín	P-053, V-001, V-020
González Cuenca, Eduardo	P-031, P-048
Gonzalez Enguita, Carmen	P-087
González García, Lucía	O-108
González León, Tania	O-140
Gonzalez-Cuenca, Eduardo	P-049

Gonzalez-Santana, Cristian	O-014, V-024
Gonzalez, Agustín	O-044
González, Gabriel Agustín	O-134, V-035, V-042
GONzalez, Mª Francisca	V-004, V-005, V-006, V-007, V-008, V-009
Gonzalez, Mariano Sebastian	O-035, O-056, O-065, O-067
Gonzalez, Martin	O-116, P-131
Gonzalez, Matias	O-019, P-018
Gonzalez, Matias Ignacio	O-074, O-075, O-156, O-164, P-105, V-019, V-075
Gonzalez, Mº Francisca	O-046
Gonzalez, Tomas	P-078
Gonzalez, Yanelly	O-128
Gonzalo Rodríguez, Victoria	P-100
Gorgen, Antonio	O-152, V-023
Görgen, Antônio Rebello Horta	O-096, O-149, O-157, O-166, O-167, P-073, V-017, V-021, V-022, V-050, V-056
Gradin, Samuel	O-114
Grases Freixedas, Félix	O-040
Graziano, Claudio	O-005, O-115
Greene, Patricio	P-116
gregoris, fabricio	O-060, O-118, O-169, P-150, P-152
Grillo, Cristian	V-068, V-069
Grinstein, Paula	O-130, O-137, P-150, V-020
Grippi, Roque	O-078
Grutadauria, Gracia	O-020, O-022
Gueglio Saccone, Mario Guillermo	P-036, P-037
Gueglio Saccone, Mario Guillermo Carlos	O-110, P-020, V-044, V-049, V-054
Gueglio, Guillermo	O-051, O-104, P-113
Guerrero, Pablo	O-124
Guevara Subía, Manuel Santiago	O-125, O-125, O-151, O-172

Guevara, Alex	O-026, P-006, P-123, V-034, V-059
Guevara, Francisca	O-105
Guglielmi, Juan Manuel	O-041, O-042, O-078, O-083
Guido, Mauro	O-087
Guiedelman, Camilo	O-089
Guillén Lozoya, Andrés	O-159
Gularte da Silva Teixeira, Aline	P-104
Gurrola Ortega, Ángel	P-117
Gutiérrez Carrillo, Gonzalo	P-009
Gutiérrez González, Adrian	O-159
Gutiérrez Mínguez, Emilio	P-100, V-015, V-060
Gutiérrez-González, Adrián	P-060, P-157
Gutierrez, Adrian	P-083
Guzmán Martínez- Valls, Pablo	O-021, O-024, O-160, O-161, P-110
Guzman Martinez-Valls, Pablo Luis	P-151
Guzman Valls-Martinez, Pablo	P-095
Guzman, Fernando	O-025, O-116, P-067, P-086, P-131
Guzman, Sergio	V-037, V-084
Halac, Damian	P-147
Hassi, Mario	O-113, O-122, P-055, V-047, V-055, V-079, V-084
Hermida Gutierrez, Juan	O-133
Hernández Alcaráz, David	O-004
Hernández Andrés, Inés	P-043, P-044
Hernández Farías, Miguel Ángel	P-031, P-111, P-145
Hernandez Galvan, Fernando	O-032
Hernández García, José Manuel	P-100, V-015, V-060
Hernández Hernández, Raymundo Armando	P-031, P-111, P-117, P-145
Hernández Sánchez, Teresa	P-046, P-047

Hernández Torres, Alicia	P-155
Hernández-Galván, Fernando	O-031
Hernandez, Roberto	O-043, O-044
Hernandez, Sebastián	P-040
Herquiñigo, David	V-041
Herranz-Yagüe, José Antonio	P-022, P-084
Herrera Criado, Filomena	P-091, P-094
Herrera, Diana	O-089
Herrero Polo, Manuel	P-046, P-047
Hidalgo, Sofia	O-103
Hideki Mizote, Fábio	P-052, P-063, P-070, P-118, P-125, P-153
Hinojosa Heredia, Héctor	P-117
Hinrichs, Alfredo	V-079
Hosman Basto, Ricardo	O-156
Hosman Basto, Ricardo	O-065, O-084
Hueb Baroni, Ronaldo	O-098, O-099
Huelmo, Sebastián	P-082
Iborra, Fernando	P-128
Iglesias, Fernando	P-093, P-116
Iglesias, H. Fernando	P-103
Iglesias, María	P-120
Iglesias, María Jesús	P-025, P-026, P-138
Iglesias, Tomás	P-139
Iguchi, Taro	O-100
Ines, Hernandez Andres	O-148
Iniguez, Sebastian	O-034
inturias alvarado, wilder	P-141
Inturias, Wilder	V-065

Iñiguez, Sebastian	O-036
Isola, Mariana Cecilia	P-020
Jaber, Samer	O-138
Jaime-Dávila, Rodolfo	P-060
jankilevich, gustavo	O-005, O-115
Jara Alegre, Roger Arnaldo	P-007
Jaramillo, Andres	O-093
Jaspersen Gastélum, Jorge	P-031, P-111, P-117, P-145
Jaunarena, Jorge	O-072, O-077, O-079, O-081, O-117, V-036
Jaworski, Paulo E.	V-073
Jim Kim, Nam	O-012
Jiménez Parra, José David	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Jimenez Torrado, Juan Manuel	P-062, P-132, P-143
Jiménez, Alejandro	V-052
Jimenez, Fernando	P-107
Joa-Cabrera, Mei-lin	V-024
Jofre, Boris	O-124
Jorge, Karolina Brochado	P-073
Jornet, Nuria	P-041
Juaneda, Ricardo	O-102, P-146
Juaneda, Ricardo Alberto	O-136
Juaneda, Rodrigo	O-033, O-047, O-064, O-136, P-012, P-034, P-078, P-089, P-146, V-057
Juaneda, Rodrigo (h)	O-102
Jufe, Laura	O-028
Jurado, Alberto	O-104, V-075
Jurado, Alberto Manuel	O-051, O-110, P-020, P-036, P-037, V-044, V-049, V-054

Katz, Nestor	P-135
Kerkebe, Marcelo	O-076, O-113, O-120, O-122, V-047, V-055, V-058, V-079, V-084
Klocker, Hugo	V-029, V-043
Knabben Magri, Alan	P-052, P-063, P-070, P-118, P-125, P-153
Knack, Matheus	O-157
Knack, Matheus Vinícius	O-096
Knijnik, Pedro Glusman	O-096, O-149, O-166, O-167, V-050
Koren, Claudio	O-145, P-103
Labra, Andrés	P-040
Lamuedra, Leandro	P-093, P-116
Landerer, Eduardo	O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088
Langer Wroclawski, Marcelo	O-012, O-146
Lapman, Sebastián	P-038
Lara Moscoloni, Luis Felipe	P-124
Lara, Antonio	O-170
Laso Ortíz, Alicia	P-155
Lavin, Matias	V-051
Layus, Omar	V-072
Leal, Conrado	P-017
Ledesma, Marta	O-020, O-022
Ledezma, Rodrigo	O-034, O-036
Leiva, Romeo	O-076, O-122
Lema Rios, Byron	O-147
Lembo, Carina	O-078
Lemos-Luengas, Elkin V	O-037
Leon, Boris	P-055
Lescano, Martin	O-128

Lezama, Kimberly	P-137
Lima Pupulim, Matheus Henrique	P-070
Lima Pupulin, Matheus Henrique	P-052, P-063, P-125
Limberger, Leo Francisco	P-073
Linares, Gonzalo	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Liyo, Juan Cruz	O-142, P-054
Lladser, Alvaro	O-103
Lobato, Nathalia Ribeiro	O-157, V-074
Lombardia Gonzalez de Lera, Cristina	P-009
Longo, Emilio Miguel	P-056, P-124
López Arias, Roy	P-003
Lopez de Mesa Rodriguez, Byron Eduardo	O-048, O-049
Lopez de Mesa Rodriguez, Melanie Tatiana	O-049
Lopez de mesa, Byron	O-089
López Fontana, Constanza	O-083
López Fontana, Constanza Matilde	O-078
Lopez Fontana, Gaston	O-041, O-042, O-078, O-083
Lopez Fontana, Jose Rodrigo	O-041
López Fontana, Rodrigo	O-042, O-078, O-083
Lopez Laur, Jose Daniel	O-041, O-042, O-078, O-083
López Martín, Leticia	P-087
López Martinez, Pablo	P-009
López Romero, Fredy Efrain	O-134, P-114, V-035, V-042
Lopez silva, Maximiliano	P-141
Lopez Silva, Maximiliano	V-063, V-065
López, Daniel	P-139
Lopez, Ernesto	O-103
Lopez, Federico	P-138



López, Francisco	O-039, O-078, O-153, O-173, O-174
López, Francisco Miguel	O-086, O-154, P-008, P-102
Lopez, Gustavo	V-081
López, Miguel	P-053
Lorenzo-Gómez, María Fernanda	P-091, P-094
Lorenzo, Horacio	V-068
Losco, Federico	O-072, O-077
Loss de Carvalho Contieri, Fabiana	V-073
Lourenco, Danilo Budib	O-012
Lozano-Salinas, Fermin	P-060
Lupis, Marcelo	P-080, P-081
Luz, Thiago Sipas Teixeira	O-121
machado, marcos tobias	O-143, P-059
Machado, Roberto	V-003, V-062
Machado, Tobias	V-003
Macias, Francisco Rogelio	O-052, O-053, P-002
Mackern, Juan Pablo	O-083
Madero Arteaga, Alejandro	P-031
Madero Morales, Pedro A.	O-159
Madero Morales, Pedro Antonio	O-032
Madero-Morales, Pedro A.	O-031, P-060
Maduley, Alejandro	O-069
Magaña González, Jorge Esteban	P-031, P-111, P-117, P-145
magnabosco, Wesley	V-003, V-062
Mainez, Juan Antonio	O-040
Malizia Reynoso, Enzo	O-003
Malossi, Alejandro	P-074, P-075, V-061
Malossi, Alejandro Elías	P-156

Malossi, Alejandro Elías	O-132
Malossi, Elias	O-070, P-011, P-069
Mancebo, Matías	O-091, P-120
Mancías-Guerra, María de Lourdes	P-108
Mancini, Carla	P-062, P-132, P-143
Manduley, Alejandro	O-038, V-087
Mannise, Gustavo	O-068
Manriquez, Maurietch	O-034
Marchant, Fernando	O-061, V-058
Marchetti, Pablo	O-124
Marcos Asensio, Sara	P-046, P-047
Marcos Marín, Diego	V-064, V-077
Marcucci, Miguel	V-076
Marengo, Roberto	O-054, O-107, P-027, P-142
Marin Martinez, Florencio	P-095, P-151
Marín Martínez, Florencio Manuel	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-110, P-140
Marin Ordoñez, Alba	P-097
Marin, Carlos	O-038, V-052
Marin, Luis	V-051
Márquez Sánchez, Magaly Teresa	P-091, P-094
Martin Stocco, Gonzalo	P-156
Martín Reinas, Gastón	P-038, P-039
Martin Stocco, Gonzalo	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, V-061
Martinetti, Melisa	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Martínez Gómez, Gloria	P-057, P-155
Martínez Huélamo, Misericordia	P-091, P-094
Martínez Igualada, R.	P-032, P-050, P-149

Martínez Igualada, Raúl	O-009, O-073, O-168, P-154
Martínez Mateo, Miguel Ángel	P-087
Martínez-Valls Guzman, Pablo Luís	P-061, P-140
Martinez, Adrian	P-083
Martinez, Gonzalo	O-034, O-036
Martínez, Levin	O-090, O-091, O-092, O-123, P-025, P-026, P-082, P-120, P-138, V-045
Martinez, Oscar	P-042
Martinez, Pablo	O-019, O-080, V-038, V-075
Martinez, Pablo Francisco	O-011, O-084, O-156, P-036, P-054
Martins, Henrique Vergueiro da Cruz	V-056
Martos, Ignacio	O-033, O-047, O-064, O-102, O-136, P-012, P-034, P-089, P-146, V-057
Marzari, Alfonso	O-070, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Massouh Skorin, Ragheb	V-083, V-085
Matus, Paloma	P-055, V-055
Mauro, Guido	P-079, P-128
Mayor, Federico	V-012, V-014, V-081
Mazza, Osvaldo	P-092
Mazzei, Maria Eugenia	P-138
Medrano Urtecho, Harvey Mauricio	P-048, P-049
Medrano-Urtecho, Harvey Mauricio	P-031
Mejía-Rosario, Juan	V-024
Mejías, Orlando	V-031
Mello, Julia Rahd	O-119
Melo, Cristian	O-025
Melogno, Rodrigo	O-068
Menchaca, Rodrigo	O-076, O-113, O-120, O-122, P-055, V-047, V-055

Mendoza-Olazarán, Soraya	O-031
Menegola, Conrado	O-096, O-131, O-149, O-152, O-157, O-166, O-167, V-017, V-021, V-022, V-023, V-050, V-056, V-074
Menendez, Nicolás	O-142, P-136
Meneo, Gustavo	O-078
Meo, Mauro	O-035, P-126
Meo, Mauro Marcelo	O-135, P-054, P-113
Mera Velasco, Santiago	V-027
Mias, Fernando	V-012
Mieghi, Mauro	O-109, P-136
Milones, Sergio	O-132
Mina Falsarella, Priscila	O-097, O-098, O-099
Mingote, Pablo	V-071
Minuzzi, Federico	O-003
Miño, Paola	O-025, O-116, P-086, P-109, P-131
miranda machado, pablo	P-059
Mirón Canelo, José Antonio	P-091, P-094
Modina, Patricio	P-017, V-029, V-043
Mogollon, Jesus	P-042
Molina Bravo, Marta	P-009
Molina Burgos, Roberto	V-039, V-089, V-090, V-091
Molina Hernandez, Olimpia	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Molina-Ayala, Max	P-157
Molina-Escudero, Roberto	P-084
Molinari, Mario	P-067
Moliné, Gustavo	P-136
Momesso, Adrian	V-018
Montserrat Jover, Amparo	V-090

Montanile, Mariela	P-080, P-081
Montaña, Emmanuel	P-082
Montedoro, Ariel	O-020, O-022
Montelongo, Fred	P-083
Montero Torres, Javier	P-100, V-015, V-060
Montero, Paul	O-030, O-030
Montes de Oca, Luis	O-081
Montes de Oca, Luis Fernando	O-079
Montes, Fernando	V-031
Monti, Flavia	P-062, P-132, P-143
montiel, raul	O-060
Montoro, Belén	V-061
Moraga-Sanz, Álvaro	P-021
Moral Escudero, Encarnación	P-155
Morales Bayo, Sergio	P-116
Morales, Ricardo	P-067
Moreno Jiménez, J.	P-032, P-050, P-149
Moreno Jiménez, Juan	O-009, O-010, O-073, O-168, P-154
Morera, Maricela	O-140
Morga Egea, Juan	O-021, O-024, O-160, O-161, P-110
Morga Egea, Juan Pedro	P-061, P-095, P-140, P-151
Morgenfeld, Eduardo	P-038, P-039, P-097
Mosquera, Vanessa	O-093
Mostacero León, Mario	O-095
Motta, Guilherme Lang	O-131
Moyano Avendaño, Carlos	O-175
Muadi, Javier	P-112
Mucientes Avellaneda, Víctor Manuel	O-013, P-031

Muguruza, Diego	O-068
Muiño, Marcelo	P-039
Muñoz Rivero, Marta	P-098, P-099
Muñoz-Price, Silvia	O-037
Murata, Murilo Minoru	P-052, P-063, P-070, P-118, P-125, P-153, V-073
Musetti, Jorge	O-045
Mutka, Teófilo	P-136
Nahas, William	O-106
Nam Jim, Kim	O-146
Napole, Héctor	O-150
Narvaez, Maximiliano	O-034, O-036
Narvaez, Paulette	O-076, O-120, O-122, P-055, V-037, V-047, V-055
Narvez, Paulette	O-113
Navarro Sánchez-Ortiz, A.	P-032, P-050, P-149
Navarro Sánchez-Ortiz, Ángel	O-009, O-073, P-154
Nazar, Miguel Eduardo	O-086
Néder, Paola Rezende	O-119
Neffa, Florencia	P-025, P-026, P-082
Neto, Brasil Silva	O-096, O-149, V-050
Ng Yep, Johnny	P-003
Nieblas Toscano, D.	P-032, P-050, P-149
Nieblas Toscano, Davinia	O-009, O-010, O-073, O-168, P-154
Nieto-Ríos, John Fredy	P-119
Niewiadomski, Dario	P-038, P-039
Nobile, Raul Horacio	O-003
Nolazco, José Ignacio	O-084, O-156, P-020, P-036, P-037, P-054, P-105, P-113, P-126
Norberto, Bernardo	P-141
Noya Mourullo, Andrea	P-046, P-047

Noyola Guadarrama, Alejandro	P-001
Nuñez Perez, Maria Fernanda	P-144
Nuñez, Fernanda	O-162
Nuñez, Marcos	O-118, O-129, O-169, P-053, P-068
o'leary, karina	O-115
Ocampo-Kohn, Catalina	P-119
Ocampo, Jose Maria	P-062, P-132, P-143
Ocaña Munguía, Marco Alberto	V-070
Ocaña-Munguía, Marco	O-007
Ocaña, Marco	O-032
Ochoa, Mario	P-083
Olguin, Norberto	O-005
Olivares, Rubén	O-124
Olmedo, Jose	O-003
Olmedo, Tomas	O-034
Oñate Celdrán, Julián	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Opazo, Valentina	P-139
Orbe Villota, Patricio Miguel	P-034
Orbe, Patricio	O-064, P-012
Ordoño Dominguez, Felipe	V-089
Orellana, Nelson	O-076, O-113, O-120, O-122, V-047, V-055
Orellana, Sebastian	O-113, O-122, P-055, V-037, V-047, V-055, V-058
Orellana, Sebastian	O-120
Orellano, Leandro	V-053
Orlandi Oliveira, Walter	P-024, P-098, P-099, P-127
Orozco, Jonathan	P-042
Orquin, Yésica	V-061
Orrego, Paola	O-093

Ortega Palacios, Carlos Hernando	V-025
Ortega Vega, Eliécer A	O-140
Ortega, Thainys	O-069, O-094, V-002
Osca Garcia, Jose Manuel	V-039, V-089, V-090, V-091
Osorio, Juan	V-076
Ossandon, Enrique	O-034
Otaola-Arca, Hugo	P-021, P-022, P-023, P-084
Otaola, Hugo	O-001, O-101
Oteo Manjavacas, Pablo	O-148, P-043, P-044, P-072
Otero, Fabio	V-025
Oulton, Guillermo	O-006, P-122
Ovalle, Johanna	O-152, V-023
Ovando, Soledad	P-062, P-132, P-143
Ozório Ferraz, Melissa Carolina	P-118
Padial Tagliapietra, Leandro	O-129, O-137
Padial, Leandro	O-141, V-001
Padilla-Fernández, Bárbara	P-091, P-094
Páez-Borda, Álvaro	P-084
Paissan, Andrea Laura	P-020
Paludo, Artur	O-152, V-023
Paludo, Artur de Oliveira	O-096, O-131, O-149, O-166, O-167, P-073, V-021, V-022, V-050, V-056
Panico, Vinicius	V-003, V-062
Paradelo, Martin	O-107, P-027, P-142
Paredes Martinez, Klever Americo	P-144
Paredes, Klever	O-162
Pareja Rodríguez de Vera, Ana	P-155
Parini, Martín	V-078
Parra, Leonel	O-066, O-129, O-141, P-152



Pasik, Gaston	P-135
Patiño, Tydeo	O-068
Pautasso, Ana	O-054, O-107, P-027, P-142
Pautasso, Oscar	O-054, O-107, P-027, P-142
Pautasso, Santiago	O-054, O-107, P-027, P-142
pawelkowski, yesica	O-115
Paz, Gloria	P-137
Peralta-Bernal, Ingris M	V-024
Peran Teruel, Miguel	V-039, V-089, V-091
Pereyra, Haydee	V-061
Perez Arguelles, Daniel	O-004
Pérez Elizalde, Rafael	O-078
Perez Garavito, Claudia Patricia	V-088
Pérez Serrano, Cora	O-004
Perez Truco, Javier	O-094
Pérez-Fuentes, Daniel	O-040
Pérez, Liliana	O-090
Perez, Pablo	O-087, P-079, P-128
pertuz genes, william enrique	P-059
Petrini, Roberto	P-107
Petros-Franco, Alejandro	P-021, P-022, P-023
Petros, Alejandro	O-001, O-027, O-082, O-101, P-015, P-016, P-019, V-030, V-031, V-032, V-033
Petrylak, Daniel	O-100
Pfeifer, Jessica	O-124
Pfeiffer, Hernan	V-043
Piber, Leonardo Souza	O-119, O-121
Pichardo-Garcia, Merycarla	O-014, V-024
Picurelli Oltra, Luis	V-039

Pigatto Filho, Gino	V-073
Pilot, Mauricio	O-070, O-132, P-011, P-069, P-074, P-075, P-076, P-156, V-061
Pineda Murillo, Javier	O-139
Pinilla Schulz, Isaac	V-083, V-085
Pinilla, Isaac	V-028
Pinotti da Rocha Loures, Amanda	P-052
Pinto, Iván	O-124
Pinto, Ulises	P-042
Piñeiro, Ayelen	V-012, V-014, V-080, V-081
Piñon Solis, Enrique Omar	P-001
Pirajá, Fernanda	P-125
Pitzzu, Martin	O-005
Pizarro, Luis	P-116
Plasser, Jorge	V-051
Plazas Cordoba, Luis Alejandro	V-088
Podskubka, Juan	P-116
Politi, Esteban	O-033, O-064, O-136, P-012, P-034, P-089, V-057
Pontes, Jose	O-106
Ponzano, Rolando	O-003
Porto Silveira, Fábio	P-118
Poveda, Jose Luis	O-093
Priante Kayano, Paulo	O-097, O-098, O-099
Prieto González, Antonio	P-155
Prieto, Raúl	O-061
Primo, Juan	V-014, V-080
Puente, Roberto	O-138
Puentes-Bernal, Andrés Felipe	O-057
Punin Larrea, Roberto	O-058

Punin Neira, Ariana	O-058
Punin Neira, Roberto	O-058
Punte Menendez, Tomas	P-106
Puppi, Renzo	O-068
Pusineri, Hernando	P-007
Quintana Rodríguez, Maykel	O-140
Quinteros, Leandro	O-003
Quiverio Hincapie, Gustavo Adolfo	V-088
Rabadán Márquez, Pablo	O-004
Rabolini, Eduardo Brasil	P-073
Radolovich, Claudio	V-029, V-043
Ramirez Ibarra, Felix	V-071
Ramirez Wosnuk, Germán	V-001
Ramírez, Hernán	P-139
Ramos Alaminos, C.I.	P-032, P-050, P-149
Ramos Alaminos, Clara	O-009, O-010
Ramos Alaminos, Clara Isabel	O-073, O-168, P-154
Ramos Suppicich, Juan	P-135
Ramos Suppicich, Juan Ignacio	O-028
Ramos-Castañeda, Jorge	O-037
Ramos, Anamaria	O-089
Rangel, Jaime	O-093
Rasguido, Alejo	O-043, O-128
Rasguido, Lucas	O-128
Rasguido, Ricardo	O-128
Ravera, Lorena	P-142
Rebello Horta Gorgen, Antonio	P-035, P-104
Rebello Horta Gôrgen, Antônio Rebello Horta	O-131

Recabal, Pedro	O-046, V-004, V-005
Recalde Lara, César	O-165
Recalde, Vanina	P-103
Redondo Redondo, Cristina	P-098, P-099
Reina Ruiz, Manuel Carlos	O-040
Rengifo Abbad, Diego	V-026
Rey Valzacchi, Gaston	V-072
Rey, Lara	O-078, O-083
Reyes Gutiérrez, Miguel Ángel	O-013
Reyes Pantoja, Henry Xavier	P-144
Reyes Sánchez, Adair Edgardo	P-031
Reyes, Eduardo	O-113, O-120
Reyes, Henry	O-162
Riatiga Ibañez, Diego Armando	O-126
Rico Frontana, Eloy	P-111
Rico, Luis	O-029, O-085, O-086, O-111, O-112, O-154, O-173, O-174, P-008, P-092, V-040, V-046
Ringa, Maximiliano	O-029, O-059, O-109, O-111, O-112, O-153, O-154, O-173, O-174, V-048
rios auad, Pericles	P-059
Ríos Pita, Hernando	O-029, O-039, O-085, O-086, O-109, O-111, O-112, P-051, P-102, V-040, V-046, V-048
Rios, Edwybell	P-042
Ripalda-Ferretti, Emilio	P-084
Rivarola, Edgardo	P-038, P-039, P-097
Rivera Astorga, Hugo	P-117
Rivero Cardenes, Alberto	P-100, V-015, V-060
Rizzi, Alfredo	O-129
Rizzo, Andrés	O-068

Rizzo, Jose Eduardo	O-068
Roberto Colombo, Jose	O-012
Roble Torre, Ivan	V-070
Roble Torres, Ivan	O-032
Robles Daza, Luis German	O-062, O-063
Robles Torres, José Iván	O-159
Robles-Torres, José I.	O-031, P-060, P-108, P-157
Rocchia, Gonzalo	O-054, O-107, P-027, P-142
Rocha de Lossada, Alberto	P-046, P-047
Rodrigues, Gilberto	O-106
Rodriguez Baigorri, Gustavo	P-115
Rodriguez Monsalve, María	V-078
Rodríguez Valle, Edson David	P-031, P-111, P-117, P-145
Rodriguez-Carlin, Arquimedes	O-001, O-101, P-021, P-022, P-023, V-041
Rodríguez-Sánchez, Lara	P-084
Rodriguez, Alejandro	O-093
Rodríguez, Arquímedes	O-027, O-082, O-144, P-015, P-016, P-019, V-010, V-030, V-031, V-032, V-033
Rodriguez, Daiana	P-028, P-029
Rodriguez, Julio	V-086
Rodriguez, Mónica	O-090
Rodriguez, Ramon	O-014
Rodriguez, Uruguay	O-068
Roggero, Mariana	O-020, O-022
Rojas Bilbao, Érica	P-051, P-092
Rojas Claros, Oliver	O-097, O-098, O-099, O-146
Rojas Gomez, Lulybey	O-048, O-049
Rojas, Jady	P-041
Rojas, Paulina	V-079

Rojas, Vicente	O-023, P-040, P-139
Rojas, Víctor	P-093
Roman, Cristóal	O-124
Romeo, Agustin	O-011, O-080, O-084, O-104, O-110, O-164, P-018, P-020, P-037, V-019, V-038, V-044, V-049, V-054
Romero Bobadilla, Emny Rochelle	O-021, O-024, O-160, O-161, P-110
Romero Mata, Rodrigo	O-032
Romero-Mata, Rodrigo	P-108
Romero, Rodrigo	P-083
Rosales, Joel	P-042
Rosas Nava, Jesús Emmanuel	P-031, P-111, P-117, P-145
Rosasco, Mariana	P-138
Rosbrook, Brad	O-100
rosenfeld, nicoles	O-060
Rosito, Tiago Elias	O-131, O-166, O-167, V-021, V-022, V-056
Rosito, Tiago Elias	O-096, O-149, O-152, O-157, P-073, V-017, V-023, V-050, V-074
Rotar, Florin	O-069, O-094, V-002
Rovegno, Agustin	O-114
Rovegno, Federico	O-114, V-018
Ruano-Ravina, Alberto	O-037
Rueda, Manuel	O-049
Ruiz Ortuño, Arturo	P-031
Ruiz-Londoño, Rodrigo	O-037
Ruiz, Hector	V-082
Ruiz, Leticia	V-087
Russo, Fernanda	O-012, O-146
Russo, Roberto	O-054, O-107, P-027, P-142
Sáenz Medina, Javier	O-071

Sáez, Nicolás	O-034, O-036, O-061
Saffioti, Nicolas	O-115
Salas Moreno, M.C.	P-032, P-050, P-149
Salas Moreno, María Carmen	O-009, O-010
Salas Moreno, María Del Carmen	O-073, O-168, P-154
Salas Trigo, Eva	P-098, P-099, P-127
Salas Trigo, Eva Maria	P-024
Salas Yaro, Víctor	O-158
Salas, Julian	P-033
Saldaño, Joaquín	O-087
Saldaño, Joaquin	P-079, P-128
Salirrosas Bermúdez, Segundo Víctor	O-095
Salirrosas Ponce, Víctor	O-095
Samacá-Rodríguez, Jairo Yesid	O-057
Sánchez Curbelo, Josvany René	O-127
Sánchez Escudero, Alfonso	P-091, P-094
Sánchez García, Juan Francisco	O-040
Sánchez Izquierdo, Elena	P-024, P-098, P-099, P-127
Sánchez López, Armando	P-112
Sánchez Núñez, Juan Eduardo	P-031, P-111, P-117, P-145
Sanchez Rodriguez, Carlos	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Sanchez Tamaki, Roberto	O-140
Sánchez Zalabardo, José Manuel	P-099
Sánchez Zalabardo, Manuel	P-098
Sánchez-Domínguez, Celia Nohemí	O-007, O-008
Sánchez, Gonzalo	P-080, P-081
Sánchez, Rodrigo	O-124
Sanchez, Victoria	O-083

SAndoval, Camilo	O-046, V-004, V-005, V-006, V-007
Sanguinetti, Horacio	P-141
Sanguinetti, Horacio	O-043, O-044, O-060, O-066, O-137, O-141, V-063
Sanguinetti, Horario	V-065
Sanguinetti, Oscar	P-134
Santana de Camargo, Thayline Mylena	P-052, P-153
Santana, Alejandra	V-025
Santarelli, Maximiliano	O-145, P-056, P-124
Santillan, Diego	O-056, O-065, O-067, O-135, V-075
Santinelli, Flavio	V-012, V-014, V-080, V-081
santome, alberto	O-115
Santomil, Fernando	O-134, P-114, V-035, V-042
Santos Amaral, Breno	O-012, O-146
Santos, Emanuel Burck	O-157, V-017, V-074
Sanz del Pozo, Mónica	P-024, P-098, P-099, P-127
sarabia, eduardo	O-115
Sarkis, Alvaro	O-106
Sarria, Juan Pablo	O-003
Sayuri Makiyama, aqueline	P-052
Scherñuk Schroh, Jordán Ceferino	P-020, P-036, P-037
Scherzer, Daniel	O-029
Schwengber, Victor Hugo	P-104, V-050
Schwengber, Victor Hugo Vione	V-021, V-022, V-056
Schwenger, Victor Hugo	P-035
Scorticati, Carlos	O-118, P-053, P-152, V-001
Seeber, Jose	O-054, O-107, P-027, P-142
Segura, Ángela María	O-037
Sempere Gutiérrez, Andres	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151



Sewell Araya, Joseph	P-003
Shore, Neal D.	O-100
Sicca, Hernan	V-081
Sierra, Pablo	O-106
Sillon Rivas, Ricardo Alejandro	P-056
Silva Alvarez, Hernan Adriano	P-144
Silva, Adriano	O-162
Silva, Aline Gularte Teixeira	V-017, V-074
Silveira, Fábio	P-118
Silvera, Enzo	O-090
Siri, Juan Facundo	P-106
Smaniotto, Victoria	P-153
Smolje, Leonel	P-039, P-097
Smolje, Leonel Antonio	P-038
Sobreiro Fernandes, Andre	P-035, P-104
Solano, Maria	O-089
Solares, Felipe	O-055
Solé, Martina	O-018
Soliz Burgos, Wilmer	P-033, P-101, P-148
Soria Fernández, Guillermo	O-013
Soria Fernández, Guillermo René	P-145
Soriano-Morillo, David	O-014, V-024
Soto Palacín, María	P-024, P-098, P-099, P-127
Soto-García, Brenda	O-007, O-008
Soto, Guillermo	O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088
Soto, Irela	O-069, V-087
Soto, Jaime	V-028
Souto Soto, Aura Daniela	V-064, V-077

Souza, Pablo Cambeses	O-149, O-157, V-050, V-074
Souza, Patrícia Colombo	O-119
Spagnuolo, Juan Ignacio	O-145
Sponton, Luis	O-114
Sposito, Maximiliano	P-101, P-148
Sposito, Maximiliano Nestor	O-028
Stenzl, Arnulf	O-100
Stier Serpe, Maurus Vinicius	P-118
Suarez Besio, Ruben	O-143
Suarez, Geovanny	V-012, V-014, V-080, V-081
Suárez, Pedro	P-150
Suarez, Rubén	V-066, V-067
Sugg, Jennifer	O-100
Sullcata, Jhonny	P-109
Susaeta, Ricardo	V-058
Szmulewitz, Russell Z.	O-100
Tapia, Carolina	V-047
Tavares, Patric	O-152, V-023
Tavares, Patric Machado	O-096, O-131, O-149, O-157, O-166, O-167, V-017, V-021, V-022, V-050, V-056, V-074
Tejerizo, Juan Carlos	O-019, O-074, O-075, O-164, P-018, P-105, P-126, V-019
Tellez Martinez Fornes, Miguel	O-148
Tellez Martinez-Fornes, Miguel	P-072
Testa, Itzhak	O-076, O-113, O-122, P-055, V-047, V-055
Testa, Izhak	O-120
Thomas, Franco	O-043, O-044
Tinajero Arias, Juan Diego	V-072
Tinajero, Juan Diego	O-074, P-105

Tirapegui, Federico	O-035, O-065
Tirapegui, Federico Ignacio	O-056, O-067
Tirapegui, Sebastian Gustavo	O-142, P-054
Tobia Gonzalez, Ignacio	O-156
Tobia, Igancio	P-002
Tobia, Ignacio	O-018, O-052, O-053, O-080
Tobia, Ignacio Pablo	O-011, O-016, O-017, O-035, O-084
Tobias-Machado, Marcos	V-062
Tognelli, Flavio	P-097
Toro-Bermudez, Rodrigo	O-037, P-119
Torrecilla Ortiz, Carlos	O-040
Torres, Eugenia	P-138
Torres, Johnny	P-123
Trevisol, João Victor Balestreri	P-058
Triana-Guzmán, Juan José	O-057
Trombini, Miguel	P-147
Trujillo-de Santiago, Grissel	O-007
Tumburús, Benjamín	P-135, P-147, P-148
Turo Antona, Jorge	O-071, V-026
Ureña, Rubén	V-086
Urresti, Angel Alejandro	P-114
Vaccaro, Fernando	P-103
Valdelvira Nadal, Pedro	O-021, O-024, O-160, O-161, P-061, P-095, P-110, P-140, P-151
Vallejos, Jazmin	O-120
Valverde Martínez, Lauro Sebastián	P-091, P-094
Van Cauwelaert, Roberto	O-001, O-082, P-015, P-016, P-019, V-030, V-031, V-032, V-033
Varcasia, Daniel	O-087

Varela, Martín	O-068, P-025, P-026
Vargas Delanoy, Fernando	V-083, V-085
Vargas, Fernando	V-028
Vasconcelos, Ana	O-012, O-146
Vásquez Quiroz, Edgardo	O-158, O-175
Vazquez Avila, Luis	V-069
Vecchio, Florencia	O-088
Vega, Andres	O-034, O-036
Vela Guillen, Jose Luis	O-062, O-063
Velarde Muñoz, C.	P-032, P-050, P-149
Velarde Muñoz, Consolación	O-009, O-010, O-073, O-168, P-154
Velarde-Calvillo, Liza Paola	O-007, O-008
Velarde, Laura	P-066
Velasco, Alfredo	O-124
Velasquez, Fabian	O-120
Vendrell, Lucas Martin	O-150
Vera Veliz, Alvaro	O-113, P-055, V-047, V-055, V-079, V-084
Vera, Alvaro	O-076, O-120, O-122, V-037
Vergara, Gonzalo	O-163, P-004, P-005, P-013, P-030, P-064, P-065, P-066, P-077, P-088
Vesga Molina, Félix	V-015
Vicente Arroyo, Manuel José	P-091, P-094
Vicente, Sergio	O-171
Vidal-Mora, Ivar	P-021, P-022, P-023
Vidal, ALvaro	O-046, V-004, V-005, V-006, V-007, V-008, V-009
Vidal, Leonardo	P-017
Viетро, Sebastian	V-045
Vigil, Santiago	O-054, O-107, P-027, P-142
Vilche, Sofía	O-090

Vilchez Costas, Ana Isabel	P-095, P-151
Villalba Bachur, Roberto Franco	O-145
Villamil, Antonio Wenceslao	O-011, O-084
Villamil, Wenceslao	O-019, O-080, P-018, V-038
Villar, Gustavo Marcelo	O-088
Villarejo, Nestor	P-086
Villaronga, Alberto	O-072, O-077, O-117, V-036
Villasante, Nicolás	O-039, O-153
Villegas Muñoz, Emilia	V-027
Villegas, Jaime	O-105
Villers, Arnould	O-100
Villoldo, Gustavo	O-072, O-077, O-117, V-036
Virasoro, Ramon	O-014
Virsedá Rodríguez, Alvaro	P-047
Virsedá Rodríguez, Alvaro Julio	P-046
Vitagliano, Gonzalo	O-029, O-085, O-086, O-109, O-111, O-112, P-051, P-092, P-102, V-040, V-046, V-048
Vizcarra Mata, Guillermo	O-159
Vizcarra-Mata, Guillermo	P-060
Vizueté, Erika	P-109
Vola, Magdalena	P-138
W. Branco, Anibal	V-073
Wong-Campos, Jaime David	O-007
Yaber, Fabian	O-055, P-133, P-134
Yaber, Fernando	O-055, P-133, P-134
Yagüe Guirao, Genoveva	P-155
yamgotchian, emiliano	O-115
Yandian, Juan	O-068, P-138
Yee-De León, Juan Felipe	O-007, O-008

Yepes Hernandez, Christian	O-114
Yiansens, Daniel	O-068
Yirula, Lucas	O-060, O-066, O-118, O-129, O-130, O-137, O-141, O-169, P-053, P-068, P-150, P-152, V-001, V-020
Young, Marcos	V-087
Zambrano, Norman	V-079, V-084
Zamitto, Leonardo	O-155, P-071
Zamora, César	P-025, P-026, P-082, P-138
Zapata, Carlos	O-048
Zarba, Juan J.	O-100
Zeballos, Javier	O-045
Zeno, Lelio	O-055, P-133, P-134
Zirino, Jose	P-128
Zirino, Jose Luis	P-079
Zirino, Jose Luis	O-087
Zubieta, Maria	O-019
Zubieta, Maria Ercilia	O-074, O-075, O-164, P-018, P-105, V-019
Zuleta Vergottini, Gonzalo	O-122
Zuleta, Gonzalo	O-076
Zuluaga-Valencia, Gustavo Adolfo	P-119
Zúñiga Gallardo, Alex	V-083, V-085
Zuñiga, Alex	V-028