



42º CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA

11 AL 13
NOVIEMBRE
2021

MODALIDAD
VIRTUAL



LIBRO DE RESÚMENES



ORGANIZA:
Sociedad Chilena de Urología.
Email: urologiachile@gmail.com

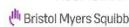
EN COLABORACIÓN CON:



American
Urological
Association



AUSPICIAN:



Contenido

UP) UROLOGÍA PEDIÁTRICA.....	8
UP1) UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA.8	
UP2) PIELOPLASTÍA ROBÓTICA EN MENORES DE UN AÑO.....	8
UP3) CRIPTORQUIDIA. PERTINENCIA Y CONCORDANCIA EN LA DERIVACION DESDE APS	9
UP4) DISFUNCION MICCIONAL POST CIRUGIA DE URACO	10
UP5) DEMOGRAFIA UROLÓGICA. DIAGNOSTICO PRENATAL DEL HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES.....	11
UP6) PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN NIÑOS CON CÁNCER: UN INTENTO POR REPLICAR PROTOCOLOS INTERNACIONALES. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.....	12
OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1	14
O01) ¿ES SEGURO Y EFECTIVO REALIZAR URETROPLASTÍA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN MUJERES CON OBSTRUCCIÓN VESICAL RECALCITRANTE INTRÍNSECA O EXTRÍNSECA?.....	14
O02) ADHERENCIA A TERAPIA INTRAVESICAL CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO-INVASOR DE MODERADO Y ALTO RIESGO EN UN CENTRO CHILENO.....	14
O03) BCG DOSIS COMPLETA CON ESQUEMA SWOG EN CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO.....	15
O04) EXPERIENCIA ONCOLÓGICA CON EL USO DE ABIRATERONA EN POLICLÍNICO ESPECIALIZADO EN CÁNCER PROSTÁTICO METASTÁSICO	16
O05) COMPARACIÓN DE LA SECUENCIACIÓN EN ABIRATERONA-QUIMIOTERAPIA VS QUIMIOTERAPIA-ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO.	17
O06) VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE CHILENA. RESULTADOS A LOS 10 AÑOS	18
O07) NUEVO MODELO PREDICTIVO BASADO EN REDES NEURONALES ARTIFICIALES PARA LA PREDICCIÓN DE COMPROMISO GANGLIONAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO	20
O08) VALIDACIÓN DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI-2018 EN CHILE	21
O09) PROPORCIÓN Y NÚMERO TOTAL DE GANGLIOS COMO PREDICTORES DE SOBREVIDA GLOBAL, USANDO OUTCOMES INTERMEDIOS.....	22
O10) ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE ADENOMA PROSTÁTICO ¿DETERMINA UN MAYOR RIESGO QUIRÚRGICO U ONCOLÓGICO ANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA?	23

O11) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACIÓN INANIMADO DE BAJO COSTO DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA.....	24
OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2	25
O12) PRESENCIA CHILENA EN LA LITERATURA UROLÓGICA INTERNACIONAL.....	25
O13) IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO SEMIAUTOMÁTICO EN UROLOGÍA.....	26
O14) EXOSOMAS EN ORINA EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO INVASOR, ¿PODRÍAN SER BIOMARCADORES DE RECURRENCIA?	28
O15) BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN TUMORES RENALES METASTÁSICOS REALIZADA POR URÓLOGOS: EXPERIENCIA INICIAL, SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA Y COMPLICACIONES DEL PRIMER AÑO EN PRÁCTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.	29
O16) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN CENTRO UNICO, HOSPITAL PÚBLICO, SANTIAGO DE CHILE.	30
O17) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: CORRELACIÓN ENTRE MARGEN QUIRÚRGICO POSITIVO Y RECURRENCIA LOCAL: UNA EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA LOCAL.....	31
O18) FUNCIÓN RENAL Y DESENLACES ONCOLÓGICOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES.	32
VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1	33
V01) BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA: TÉCNICA “DOUBLE-FREEHAND”	33
V02) MODELO DE SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL INANIMADO DE BAJO COSTO: PASO A PASO.....	34
V03) ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASO A PASO	35
V04) RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR DEL COMPLEJO ESFINTERIANO DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA	36
V05) LINFADENECTOMÍA PELVIANA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA	37
V06) TÉCNICAS DE PUBECTOMÍA PARA CIRUGÍA DE URETRA POSTERIOR.....	38
V07) TÉCNICA DE PROCURAMIENTO DE UN INJERTO DE LA MUCOSA LINGUAL.....	39
V08) ENTEROCISTOPLASTIA CON USO DE ILEON DISTAL EN VEJIGA NEUROGENICA HIPERACTIVA.....	40
V09) BYPASS DETOUR®: ALTERNATIVA PARA ESTENOSIS URETEROVESICAL EN RIÑÓN TRASPLANTADO	40
V10) LINFADENECTOMIA INGUINAL SUPERFICIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RESULTADOS DE NUESTRO PRIMER CASO	41
V11) URÉTEROLISIS BILATERAL ROBÓTICA CON 2 TECNICAS DE PERITONIZACIÓN DEL URÉTER EN FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA	42

V12) URETEROSCOPIA Y LÁSER HOLMIUM:YAG EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS INFUNDIBULAR POSTOPERATORIA CON CÁLIZ EXCLUIDO.....	43
VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2	45
V13) NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN RIÑON EN HERRADURA	45
V14) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA EN PACIENTE MONORRENO	45
V15) TUMOR RENAL ENDOFÍTICO: MANEJO LAPAROSCÓPICO ECO ASISTIDO	46
V16) NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN MASAS RENALES GRANDES.....	47
V17) TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA CAVA, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO	48
V18) ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA EN PACIENTE CON UROLIFT.....	49
V19) ¿ES UN OBSTÁCULO LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA PARA LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER?	50
V20) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO FIBER DUST: PRIMEROS CASOS EN LATINOAMÉRICA	50
OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3	51
O19) REZUM: EXPERIENCIA PRELIMINAR.....	51
O20) RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES TRATADOS CON REZUM® EN UNA SOLA INSTITUCIÓN. PRIMERA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA.	52
O21) TUMORES TESTICULARES GERMINALES BILATERALES METACRONICOS.....	53
O22) EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE PARAGANGLIOMAS RETROPERITONEALES: EXPERIENCIA DE 102 CASOS EN UN SOLO CENTRO ACADÉMICO	54
O23) FACTORES ASOCIADOS A PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CÁNCER TESTICULAR: ONCOTESE.....	55
O24) LEY NACIONAL DEL CÁNCER: DESARROLLO DEL CONSEJO TÉCNICO LOCAL ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCARIO.	56
O25) VALIDACIÓN DE MODELO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EVALUACIÓN DE ÚLCERAS GENITALES, ESTUDIO COMPARATIVO CON MÉDICOS ESPECIALISTAS	57
O26) ENDOUROLOGIA EN CHILE: ESCENARIO ACTUAL	58
O27) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE ENDOSCOPIA BAJO CISTOSCOPIA FLEXIBLE: NUESTRA EXPERIENCIA	59
O28) MORBILIDAD PERIOPERATORIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA UROLITIASIS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 2.531 CASOS.....	60
O29) EL FUTURO DEL MANEJO DE LA LITIASIS BILATERAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR, EXPERIENCIA INICIAL DE SBES EN CHILE	61
TI1) TRABAJOS DE INGRESO	62

TI1) PREOCUPANTES TASAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN MYCOPLASMAS GENITALES: REALIDAD NACIONAL.....	62
TI2) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO	63
TI3) MANEJO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: EXPERIENCIA INICIAL	64
TI4) REVERSIÓN DE VASECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA: EXPERIENCIA DE UN CIRUJANO EN CENTRO ÚNICO.	65
TI5) TRASPLANTE RENAL EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO: 38 AÑOS DE EXPERIENCIA.	66
TI6) BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL, EXPERIENCIA INICIAL CON TÉCNICA “DOUBLE-FREEHAND”	67
TI7) EXPERIENCIA INICIAL DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA VS CURVA ESTABLECIDA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA DE UN MISMO CIRUJANO.	68
PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO	69
P01) EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE MEDIANTE ESCLEROTERAPIA TRANSESCROTAL ANTERÓGRADA.....	69
P02) VASOVASOSTOMIA CON TECNICA MICROQUIRURGICA SIMPLIFICADA: EVALUACION DE RESULTADOS A LARGO PLAZO.....	70
P03) SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS, LECCIONES A TRAVÉS DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN CASO.	71
P04) HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA DE PENE CON EOSINOFILOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO. REVISION DE LITERATURA.....	72
P05) SINTOMAS GENITOURINARIOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES FIBROMIALGICAS CHILENAS	73
P06) MORBILIDAD ASOCIADA A LA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CONCOMITANTE A LA CIRUGÍA DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA.	74
P07) MODELO DE SIMULACIÓN CASERO DE ANASTOMOSIS URETRO-VESICAL.	74
P08) ETAPA AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA ¿ESTAMOS EN EL NIVEL QUE CREEMOS?	75
P09) IMPLEMENTACION DE ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE THULIUM PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR.....	76
P10) RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA CORPORAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD	77
P11) CARCINOMA ESCAMOSO DE PRÓSTATA; PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	78

P12) VALOR PRONÓSTICO DE LA INVASION PERINEURAL BIOPICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL.....	79
P13) CANCER DE PROSTATA EVANESCENTE: EXISTE REALMENTE?. A PROPÓSITO DE UN CASO	80
P14) RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA CON INTENSIDAD MODULADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: RESULTADOS TEMPRANOS DE UNA EVALUACIÓN PROSPECTIVA.....	81
P15) PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DE CHILE, PRIMEROS 100 CASOS	82
P16) CALIDAD DE VIDA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL: RESULTADOS INICIALES ...	83
P17) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION	84
P18) BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION: TASAS DE DETECCION DE CANCER CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO	85
P19) SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE URETEROSCOPIA FLEXIBLE AMBULATORIA, REVISIÓN PROSPECTIVA.....	86
P20) PREVALENCIA DE NEFROLITIASIS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, CHILE.	86
P21) URETEROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA SEMIRRÍGIDA DE URGENCIAS Y UROSEPSIS.	87
P22) NEFROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA FLEXIBLE (RIRS) EN UN CENTRO PÚBLICO, COMPLICACIONES Y ESTADIA HOSPITALARIA.....	88
P23) EXPERIENCIA DE 200 LITOTRIPCIAS EXTRACORPÓREAS.....	89
P24) DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS UROLÓGICOS NO LITIASICOS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.	90
P25) USO CATETER DOBLE J EN TRASPLANTE RENAL PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN UN CENTRO TRASPLANTE NACIONAL.....	91
P26) FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA DE INJERTO RENAL EN DONANTE VIVO Y CADAVERICO: SERIE DE 15 AÑOS.	92
P27) RUPTURA VESICAL INTRAUTERINA INDUCIDA POR FÁRMACOS	93
P28) PERFIL ETIOLÓGICO Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS EN LA POBLACIÓN DE UN HOSPITAL COMUNITARIO	94
P29) CANCER TESTICULAR DE CELULAS GERMINALES: NUESTRA SERIE 2000-2020.....	95
P30) POROQUERATOSIS GENITAL. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA	95
P31) AUMENTO DE CASOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN UN HOSPITAL PUBLICO REGIONAL, OTRA CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19.....	97

P32) MANEJO QUIRÚRGICO DE MASAS RETROPERITONEALES POSTERIOR AL USO DE QUIMIOTERAPIA EN HOMBRES CON CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES	98
P33) PROSTATITIS AGUDA BACTERIANA; EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE UN CENTRO.....	99
P34) ESCLEROTERAPIA CON POVIDONA YODADA EN PACIENTE CON LINFOCELE POST-LINFADENECTOMIA INGUINAL: UNA ALTERNATIVA ACCESIBLE PARA UN PROBLEMA FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO	100
P35) TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS PARA EL MANEJO DE MASAS RESIDUALES POSTQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER TESTICULAR	100
P36) ORQUIEPIDIDIMITIS GRANULOMATOSA SECUNDARIA A BCG COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR TESTICULAR: REPORTE DE UN CASO.....	101
P37) TUMORES MIXTOS EPITELIALES Y MESENQUIMATOSOS: UNA ENTIDAD IGNORADA	103
P38) ONCOCITOMA RENAL 13CM; SIGNO IMAGENOLÓGICO CLÁSICO - CICATRIZ ESTRELLADA- ¿PODRÍA EVITAR LA CIRUGÍA?.	104
P39) CARCINOMA DE TÚBULOS COLECTORES DE BELLINI. REPORTE DE UN CASO. ...	105
P40) LEIOMIOSARCOMA VESICAL MÚSCULO INVASOR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR VESICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	106
P41) PROBABILIDAD DE BENIGNIDAD EN MASAS RENALES PEQUEÑAS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.	107
P42) CÁNCER RENAL EN RIÑÓN EN HERRADURA: EXPERIENCIA DE UN CASO DE MANEJO LAPAROSCÓPICO Y REVISIÓN DEL TEMA.	108
P43) ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENCIACIÓN TUMORAL E INTEGRIDAD DE LA PSEUDOCAPSULA EN TUMORES RENALES T1: RESULTADOS PRELIMINARES	109
P44) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA AMBULATORIA: ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA?	109
P45) TUMOR RENAL DE NOVO EN UN INJERTO RENAL	111
P46) FALLA A BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL	112
P47) BIOPSIA RENAL PERCUTANEA ECODIRIGIDA DE MASA TUMORAL (BMRPC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTASICA: UN PROCEDIEMIENTO DIAGNOSTICO EN MANOS DEL UROLOGO - EXPERIENCIA INICIAL.	113
P48) TUMOR RENAL NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO/SARCOMA DE EWING: REPORTE DE UN CASO	114
P49) USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTASICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD NACIONAL: RESULTADOS Y COMPARACION CON LA LITERATURA.	115

P50) RESPUESTA INMUNE INTRATUMORAL EN UN MELANOMA RENAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	116
P51) MESOTELIOMA MALIGNO DE LA TÚNICA VAGINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	117
P52) MELANOMA URETRAL DISTAL, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.	118
P53) PROSTATITIS POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. REPORTE DE UN CASO	119
P54) PENECTOMIA TOTAL COMO MANEJO AGRESIVO EN PACIENTE CON CALCIFILAXIS DE PENE. A PROPOSITO DE UN CASO.....	120
P55) ANALISIS DE LA EXPRESION DE LOS ARN LARGOS NO CODIFICANTES, PCAT14 Y PCAT29, COMO BIOMARCADORES DE AGRESIVIDAD EN CÁNCER DE PRÓSTATA	121
P56) REVISTA CHILENA DE UROLOGIA. ANALISIS DESCRIPTIVO DE PUBLICACIONES ULTIMOS AÑOS.....	122
Índice por Título.....	123
Índice por Autor.....	128

UP) UROLOGÍA PEDIÁTRICA

UP1) UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Ramirez, R.(1); Herrera, J.(1); Bastías, C.(2);

(1): Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Clínica Indisa, Santiago, Chile

Introducción: la cirugía robótica es un campo que proporciona grandes ventajas en el área de la urología pediátrica ya que permite trabajar en espacios confinados con visión tridimensional, mayor precisión y delicadeza y con una curva de aprendizaje más eficiente. En el presente trabajo mostramos la primera serie nacional de pacientes abordados con esta metodología. Materiales y Métodos: trabajo descriptivo retrospectivo de pacientes urológicos pediátricos operados con técnica robótica entre los años 2011 y 2020 en Clínica Indisa-Chile. Se recolectaron sus antecedentes clínicos (diagnóstico y lateralidad), epidemiológicos (edad y sexo), antropométricos (peso) y los registros de sus cirugías (técnica realizada, tiempos quirúrgicos totales, tiempos quirúrgicos de consola). Resultados: se conformó un universo de 93 procedimientos realizados en pacientes entre 2 meses y 17 años de edad con rango de peso entre 5,5 y 92kgs. Los procedimientos más frecuentes fueron pieloplastías (29) y neoimplantes ureterales (27), luego en menor cuantía nefrectomías (17) y biopsias renales (6), hubo 14 otros procedimientos no agrupables pero de gran interés clínico. Los tiempos quirúrgicos de consola (TC) y total (TT) promedio para pieloplastía fueron 1:33hr y 1:56hr, para neoimplantes 1:41hr y 2:16hr, para nefrectomía 1:52hr y 2:13hr y para biopsia renal 0:29hr y 0:57hr, respectivamente. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias recientes. Conclusiones: La cirugía robótica es una opción posible, viable y segura para pacientes pediátricos de variadas características con patología urológica.

UP2) PIELOPLASTÍA ROBÓTICA EN MENORES DE UN AÑO

Ramirez, R.(1); Herrera, J.(1); Bastías, C.(2);

(1): Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Clínica Indisa, Santiago, Chile

Introducción: la cirugía robótica ofrece trabajar en espacios confinados con visión tridimensional, mayor precisión y delicadeza y con una curva de aprendizaje más eficiente. Estas ventajas se vuelven cruciales al realizar procedimientos en los pacientes menores de un año logrando disecar la unión pieloureteral en un menor tiempo, aunque la anastomosis permanece siendo más lenta. Les mostramos en el siguiente trabajo la primera serie de pieloplastías robóticas chilenas realizadas en menores de un año de edad. Materiales y

Métodos: Revisión de fichas clínica entre los años 2011 y 2020 en Clínica Indisa de pacientes operados de pieloplastía con técnica robótica. Resultados: se realizaron 29 pieloplastías robóticas pediátricas en el período señalado. Dentro de ese grupo 16 casos correspondían a menores de un año de vida, el menor tenía 2 meses de vida. Los pesos fluctuaron entre 5,5 y 10kgs. Todos los pacientes contaban con diagnóstico de obstrucción pieloureteral y correspondía al lado izquierdo en un 81,25% de casos. Los tiempos quirúrgicos totales y de consola promedio fueron 1:56hr y 01:26hrs respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas con el grupo mayor de un año. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias recientes. Conclusiones: la pieloplastía en pacientes menores de un año es un gran desafío técnico tanto en la habilidad quirúrgica como en la miniaturización de sus herramientas. Llevarla a cabo mediante cirugía robótica es una opción viable ya que permite un acceso con mayor rango de movilidad en espacios quirúrgicos muy reducidos y un manejo más fino de tejidos delicados.

UP3) CRIPTORQUIDIA. PERTINENCIA Y CONCORDANCIA EN LA DERIVACION DESDE APS

Sepulveda, C.(1); Diaz, R.(2); Sepulveda, J.(3);

(1): UACH, OSORNO, Chile (2): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLES, PUNTA ARENAS, Chile (3): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, Chile

Introducción

La criptorquidia es la malformación genital más frecuente en niños. Idealmente debe ser derivado al urólogo infantil antes del año de vida para su resolución quirúrgica.

Material y Método

Este trabajo tiene por objetivo analizar la calidad de las derivaciones que se realizan desde APS (Atención Primaria de Salud) al policlínico de urología infantil, con énfasis en la pertinencia (edad de derivación) y concordancia entre la sospecha diagnóstica que se hizo en APS y el diagnóstico definitivo hecho por el especialista.

Se tabularon datos obtenidos de todas las interconsultas que llegaron al policlínico de urología infantil del Hospital Clínico de Magallanes entre noviembre del 2017 y abril 2021. Se consideró edad de derivación, diagnóstico de criptorquidia uni o bilateral y diagnóstico final por especialista.

Resultados

112 pacientes fueron incluidos en este estudio. La edad promedio al momento de la derivación fue de 3 años y 6 meses (entre 8 días y 11 años).

64 pacientes se encontraban sanos (57%), en 25 (22%) había concordancia entre los diagnósticos y en 23 (21%) no se observó concordancia entre los diagnósticos. De estos 23 pacientes, 16 (70%) correspondían a testículos retráctiles (uni-bilateral), 4 (17%) tenían diagnósticos de criptorquidias bilaterales cuando eran en realidad unilaterales, 2 (9%) tenían diagnóstico inicial de aplasia testicular cuando eran criptorquidias y por último 1 (4%) tenía diagnóstico de criptorquidia unilateral y en realidad era bilateral.

Conclusiones

La edad promedio de derivación en este estudio fue de 3 años y 6 meses, dejando en claro la tardía derivación.

En 87 niños (78%), no había concordancia entre los diagnósticos de derivación y el del especialista. Solo en 25 pacientes (22%) había concordancia, lo cual demuestra la existencia de un problema en APS al momento de pesquisar esta patología.

Este estudio demuestra un importante problema en la salud pública infantil chilena, con múltiples implicancias. Por tanto, es fundamental enseñar el correcto examen testicular y el concepto de pertinencia en el pregrado para la adecuada derivación de esta patología.

UP4) DISFUNCION MICCIONAL POST CIRUGIA DE URACO

Bustamante Valenzuela, P.(1); Vera Veliz, A.(1); Ascanio Rojas, J.(1); Acuña Galvez, E.(1);
(1): HOSPITAL DE OVALLE, OVALLE, CHILE

INTRODUCCION:

Las anomalías del remanente del uraco son una entidad congénita poco frecuente, siendo el quiste de uraco (Q.U.) el más habitual. El manejo conservador es el tratamiento de elección, siendo quirúrgico en casos específicos.

MATERIALES Y METODO:

Paciente masculino 11 años, consulta por 2 semanas de dolor y masa en hemiabdomen inferior, disuria, y fiebre. Eco Abdominal: colección infraumbilical adyacente a vejiga sugiriente de Q.U. abscedado. Se inicia tratamiento antibiótico. TAC Abdomen-Pelvis c/c:

“Remanente del uraco abscedado, sin trayecto fistuloso cutáneo. Tras 21 días de tratamiento conservador sin mejoría se decide manejo quirúrgico mínimamente invasivo.

Se realiza cirugía laparoscópica para extirpación de quiste de uraco abscedado, Cirugía laboriosa por importantes adherencias en relación a masa abscedada. Se realiza cistoscopia, con llenado vesical con azul de metileno. Guiado por transiluminación y bajo visualización cistoscópica simultánea se logra completar la disección en el domo vesical y exéresis completa del remanente uracal, con indemnidad de las paredes vesicales.

RESULTADOS:

Evolución clínica satisfactoria. Se intenta retiro de sonda a las 24 horas, 3 día y 10 día postoperatorio, en todas evoluciona con residuos elevados, escasa diuresis y aumento de creatinina. estudio tomográfico descarta complicación quirúrgica. Se interpreta como disfunción miccional por lo que se mantiene con sonda por 2 semanas antes de su retiro definitivo con buena evolución. Ecotomografía renal/pelviana y uroflujometría normales.

Biopsia confirma la presencia de Q.U. con proceso inflamatorio crónico xantomatoso en partes supurado. Tras 9 meses de seguimiento el paciente se mantiene asintomático, con adecuada frecuencia miccional y función renal normal.

CONCLUSIONES

Para el tratamiento quirúrgico en este infrecuente escenario la cirugía laparoscópica es eficaz y seguro, con baja tasa de complicaciones. La disfunción miccional transitoria en el post operatorio temprano es multifactorial, sin embargo, la retracción y manipulación vesical durante la cirugía puede provocar neuropraxia de las fibras nerviosas autonómicas de la vejiga.

UP5) DEMOGRAFIA UROLÓGICA. DIAGNOSTICO PRENATAL DEL HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

Díaz, R.(1); Sepulveda, C.(2); Sepulveda, J.(3);

(1): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLES, PUNTA ARENAS, Chile (2): UACH, OSORNO, Chile (3): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, Chile

Introducción

La unidad de diagnóstico prenatal del Hospital Clínico de Magallanes (HCM) nace en 2016. Agrupa patologías de toda índole incluyendo urológicas.

Material y Método

Este trabajo tiene por objetivo describir la demografía de todos los pacientes controlados en DARO (alto riesgo obstétrico) con algún diagnóstico prenatal de patología urológica y su control postnatal, seguimiento y desenlace entre marzo de 2016 y julio de 2021.

Se tabularon datos de: diagnóstico prenatal, diagnóstico postnatal y desenlace.

Resultados

48 pacientes ingresaron a este estudio con diagnóstico prenatal y se excluyeron 8 por ausencia de datos. Los diagnósticos prenatales se desglosan así: Pielectasias (28), hidronefrosis (HN) (6), Displasia renal multicística (DRM) (2), Doble sistema (DS) (1), Displasia renal bilateral + HN severa derecha (1), quiste colédoco (1), Hidroureteronefrosis (HUN) bilateral (1). Los diagnósticos postnatales fueron: Pielectasias (12 concuerdan, 5 eran sanos, 11 no concuerdan). De los 11 pacientes que no concuerdan: 4 eran HN (2 bilaterales y 2 izquierdas), 2 DS (+1 ureterocele, +1 ureter ectópico), 1 monorroño derecho, 1 bilateral que era unilateral, 1 derecho que era izquierdo, 1 HUN, 1 DRM. De las 6 HN (2 concordaron, 1 sano, 3 no concuerdan). De los 3 que no concuerdan (1 pielectasia bilateral, 1 DS y 1 obstrucción pieloureteral (OPU)). Las 2 DRM coinciden pero 1 esta asociada a una HN contralateral. La displasia renal bilateral + HN severa derecha se mantuvo en el postnatal. El quiste de colédoco resultó ser una pielectasia unilateral. La HUN bilateral se mantuvo.

En cuanto a los desenlaces: 1 DS + uréter ectópico (ureterostomía terminal derecha); DS + ureterocele (punción del ureterocele), 2 HN izquierdas (2 plastías pieloureterales izquierdas), 1 DS + ureterocele (ureterostomía distal y posterior uretero-ureteroanastomosis); 1 DRM (nefroureterectomía izquierda); 1 displasia renal bilateral + HN derecha severa (pielostomía derecha); 1 OPU (plastia pieloureteral).

Conclusiones

El diagnóstico prenatal demuestra ser una gran herramienta para el control postnatal y la educación de los padres de nuestros pacientes. Sin embargo, aun en manos expertas no predice el desenlace final de nuestros pacientes.

UP6) PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN NIÑOS CON CÁNCER: UN INTENTO POR REPLICAR PROTOCOLOS INTERNACIONALES. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Troncoso Solar, B.(1); Rosales Landeros, N.(2); Gana, R.(1); Cisneros, N.(3); Rosas, M.(3); Perez, V.(3); Quijarro, P.(3); Palma, C.(4);

(1): Servicio de Urología Infantil Hospital San Juan de Dios, Clínica Las Condes, Santiago, Chile (2): Servicio de Pediatría Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Santiago, (3): Servicio de Oncología Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (4): Servicio de Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Avances en tratamientos oncológicos han logrado mejorar la sobrevida, frecuentemente a expensas del deterioro de la fertilidad de los pacientes. La preservación de fertilidad (PF) en niños plantea desafíos únicos debido a falta de información y que la eficacia de algunas técnicas no está probada. La criopreservación de espermios, mediante muestra de eyaculado o biopsia de tejido testicular (TT), está disponible para adolescentes y adultos, no así para <15 años; tampoco existen opciones para prepúberes, como criopreservación de TT.

Mediante la presentación de casos clínicos describiremos la criopreservación de espermios extraídos de TT en niños, replicando guías internacionales, para estandarizar la obtención de muestras, procesamiento y posterior preservación, y emprender protocolos nacionales.

Metodología: Luego de revisar las guías internacionales se incluyeron pacientes oncológicos >12años, con estadio Tanner \geq III, o volumen testicular \geq 10ml, que serían sometidos a quimio/radioterapia con riesgo disfunción gonadal (agentes alquilantes, platinos, triacenos, >7.5-12Gy). Se ofreció criopreservación de espermios obtenidos mediante biopsia de TT o vibroeyaculación, entre 12 – 14años, al insertar el CVC bajo anestesia general, o por masturbación en >14años. Se excluyeron pacientes prepúberes.

Resultados: Desde abril 2021, hemos realizado tres biopsias testiculares, con obtención de espermios para criopreservación en una. Las muestras se almacenaron en medio cultivo buffer Hepes. Parte del tejido fue sometido a estudio histopatológico para descartar infiltración. No se reportaron complicaciones. Primer paciente 12años (Tanner III/volumen testicular 10ml), meduloblastoma alto riesgo, recibiría radioterapia local (54Gy) y carboplatino/cisplatino/vincristina. Sin espermios al procesar el tejido.

Segundo paciente 14 años (Tanner III/volumen testicular 10ml) tratado por LLA (2016-2018) con varios gonadotóxicos. Recidiva testicular con aumento de volumen escrotal izquierdo y confirmación histopatológica intraoperatoria. Recibiría Vincristina/metotrexato/citarabina/idarubicina/asparginasa. Intento frustrado con vibroeyaculador, sin espermios en TT.

Tercer paciente 13 años (Tanner IV/volumen testicular 14ml), Sarcoma de Ewing, recibiría vincristina/doxorubicina/ciclofosfamida/etoposido/ifosfamida. Extracción de espermios y criopreservación exitosa.

Conclusiones: La criopreservación espermios de TT se puede realizar de forma segura en niños sin retraso en tratamiento. Debe ofrecerse a todo \geq 12años, cuando no es posible obtener muestra por vibroeyaculación o masturbación. Debemos implementar nuevas tecnologías para criopreservar TT en prepúberes, cuyas células podrían autotransplantarse para para restablecer la espermatogénesis

OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1

001) ¿ES SEGURO Y EFECTIVO REALIZAR URETROPLASTÍA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN MUJERES CON OBSTRUCCIÓN VESICAL RECALCITRANTE INTRÍNSECA O EXTRÍNSECA?

Mejías, A.(1); Bustamante, A.(2); Bernier, P.(2); Saavedra, A.(3);

(1): Cesfam Violeta Parra Sandoval / Cesfam San Gerónimo, Santiago, Chile (2): Clínica

Alemana, Santiago, Chile (3): Hospital Dr. Sotero Del Río / Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción. El diagnóstico de disfunción del vaciamiento vesical femenino (DVF) es esquivo, lo que lleva a su subestimación. En casos de estrechez uretral que causan una obstrucción intrínseca de la vejiga (IBOO), la uretroplastía tipo onlay dorsal con injerto de mucosa bucal (DO-BMGU) como tratamiento, tiene éxito en un 86-94%. Sin embargo, su uso en casos de obstrucción extrínseca de la vejiga (EBOO) como en fibrosis periuretral, obstrucción persistente posterior a liberación de sling suburetral o radioterapia, no está descrito. Materiales y métodos. Este es un estudio prospectivo que incluye todos los casos de BOO femenina diagnosticados entre 2016 y 2019 en dos centros. Las pacientes fueron sometidas a evaluación multimodal de DVF para confirmar BOO, utilizando: cistouretroscopía, uretrocitografía, uroflujometría/RVP y/o urodinamia y calibración uretral. Aquellas confirmadas con BOO se sometieron a una técnica DO-BMGU estandarizada. Se registraron prospectivamente datos demográficos, antecedentes médicos, puntuación de síntomas urinarios y calidad de vida (IPSS-AUA). Se reportaron los resultados postoperatorios: IPSS-AUA, uroflujometría/RVP, evaluación de IOE y clasificación de complicaciones quirúrgicas de Clavien-Dindo. El consentimiento informado se obtuvo siguiendo los protocolos locales. Resultados. Ocho pacientes se sometieron a DO-BMGU. La mediana de edad fue de 62,5 años. Cinco pacientes estaban en retención urinaria utilizando cateterismo intermitente o catéter suprapúbico. Solo 4 casos presentaban estenosis uretral, 2 secuelas de sling suburetral y 2 disfunción vesical (fibrótica y neurogénica). Tres de 5 pacientes que no orinaban previamente, fueron capaces de vaciar postoperatoriamente, ninguna tuvo incontinencia urinaria de esfuerzo de novo. Solo dos tuvieron complicaciones de Clavien-Dindo grado I y solo una de grado II. Conclusiones. DO-BMGU tuvo éxito y fue altamente seguro no solo para IBOO intrínseco, como ya se ha reportado previamente, sino también para EBOO, preservando la continencia en todos los casos. DO-BMGU parece ser una opción quirúrgica eficaz a una mediana de seguimiento de 16 meses, para pacientes seleccionados. Estos resultados justificarían más estudios con un mayor número de casos y un seguimiento más prolongado.

002) ADHERENCIA A TERAPIA INTRAVESICAL CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO-INVASOR DE MODERADO Y ALTO RIESGO EN UN CENTRO CHILENO

Córdova, L.(1); Soto, R.(1); Leiva, D.(1); Muñoz, S.(1); Mora, R.(1); Iturriaga, C.(1); Ruiz-tagle, D.(1); Vidal, Á.(1); Falcón, C.(1); Castro, D.(1); Avilés, N.(1); Marió, C.(1); Hausmann, C.(1); Biancardi, S.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La terapia intravesical con bacilo *Calmette-Guèrin* (BCG) tiene un rol pivotal en el manejo del cáncer de vejiga no-músculo-invasor (CVNMI). La adherencia a los esquemas sugeridos es fundamental para una eficacia óptima. Pese a lo anterior, un porcentaje relevante de pacientes no completan el tratamiento de forma adecuada. El objetivo del presente estudio es evaluar la adherencia a BCG en pacientes con CVNMI en un centro chileno.

Material y métodos: Se revisaron los registros de pacientes con CVNMI de moderado y alto riesgo sometidos a terapia intravesical con BCG entre 2016-2019. Se analizaron los esquemas de inducción y mantención, y se extrajo información referente al número de dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Resultados: Se evaluaron un total de 75 pacientes con una edad media de 70 (39-87) años y con predominio de población masculina (76% vs 24%). El 41.3% correspondía a pacientes con CVNMI riesgo intermedio (RI), mientras el 58.7% restante era de riesgo alto (RA). Un 77.3% de la muestra completó 6 dosis de inducción, sin diferencias significativas entre los grupos de riesgo y con un 60% que las recibió según los rangos de tiempo sugeridos. El promedio de tiempo entre el término de la inducción e inicio del esquema de mantención fue de 4.92 (1.61-12.57) meses. La duración media del esquema de mantención fue de 16.6 (7.32-23.2) meses en el grupo de RI y de 21.67 (6.96-36.6) en RA, con una media de instilaciones de 8.4 (3-15) y de 10.8 (3-18) dosis, respectivamente. Al menos 9 dosis de mantención fueron administradas en el 47.6% del grupo con RI, mientras que en los de AR se consiguió en el 75%. En el 16.7% del grupo con AR las dosis de mantención fueron administradas en ≤ 12 meses, en el 66.7% entre 12-36 meses y en el 12.5% completando 36 meses. La adherencia al esquema SWOG en las dosis de mantención fue de 23.8% en RI y de sólo un 12.5% en AR.

Conclusiones: La adherencia a los protocolos sugeridos de terapia intravesical con BCG es baja, destacando en nuestra muestra el pobre seguimiento en los esquemas de mantención.

O03) BCG DOSIS COMPLETA CON ESQUEMA SWOG EN CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO

Fernández, M.(1); Pinochet, R.(1); Flores, M.(1); Schultz, M.(2); Otaola, H.(1); Bustamante, A.(1);

(1): Servicio de Urología Clínica Alemana; Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Servicio de Anatomía Patológica; Clínica Alemana; Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

INTRODUCCION: El uso de BCG en dosis completa para el tratamiento del cáncer de vejiga no músculo invasor de alto riesgo (CVNMI) es un estándar clínico recomendado por las principales guías clínicas en base a evidencia de alto nivel. Más allá de los numerosos intentos por demostrar eficacia con dosis reducidas y/o esquemas abreviados, existe poca información acerca de estos esquemas fuera de ensayos clínicos. El objetivo del estudio fue reportar los resultados de la aplicación de un protocolo acorde en nuestra institución.

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron los datos de 65 pacientes con seguimiento completo y tratados por CVNMI de alto riesgo (según la clasificación EAU) en el marco de un protocolo de BCG con esquema SWOG y dosis completa desde 2017. Los datos clínicos e histopatológicos se obtuvieron de nuestra base de datos de CVNMI aprobada por el Comité de Ética. Además del análisis descriptivo, se evaluó la incidencia acumulada de recurrencia intravesical y progresión.

RESULTADOS: El estadio tumoral inicial fue Tis en 6 (9.2%), Ta en 26 (40%) y T1 en 33 (50.8%) casos. Al momento del estudio, 40 pacientes (61.5%) han completado al menos 1 año de tratamiento. Luego de una mediana de seguimiento de 29 meses (rango intercuartil 19 - 38), 12 casos (18.4%) presentaron recurrencia tumoral intravesical durante el seguimiento (mediana de tiempo hasta recurrencia fue de 8 meses). De esta manera, la sobrevida libre de recurrencia a 1 y 2 años fue de 85.6 y 79.7% respectivamente. Solamente 3 (4.6%) pacientes presentaron recidivas de alto grado. Mientras tanto, solamente un caso (1.5%) presentó progresión. Con respecto a efectos colaterales, 8 (12.3%) pacientes presentaron intolerancia al BCG (incluyendo 2 casos con alergias), siendo necesaria la interrupción del tratamiento (en 5 de ellos antes/durante el refuerzo de los 6 meses). En 3 pacientes fue necesaria la implementación de terapia antibiótica antituberculosa.

CONCLUSIONES: Los resultados de un protocolo estrictamente aplicado son significativamente mejores que series previas nacionales e internacionales y remarcan la importancia de adherir a las recomendaciones de guías clínicas. Sin embargo, es necesario ampliar seguimiento de la presente serie para confirmar estos hallazgos.

004) EXPERIENCIA ONCOLÓGICA CON EL USO DE ABIRATERONA EN POLICLÍNICO ESPECIALIZADO EN CÁNCER PROSTÁTICO METASTÁSICO

Durán García, L.(1); Menchaca, R.(1); Rojas Crespo, J.(1); Quiñones Rivera, C.(2); Neira, R.(1); Testa, I.(1); Donoso, R.(1); Orellana, N.(3); Hassi, M.(3);
(1): Residente Urología USACH - Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Interna de medicina - Universidad de Los Andes, Santiago, Chile (3): Urologo - Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

El manejo del cáncer prostático metastásico(CPM) ha cambiado de manera vertiginosa los últimos diez años. Nuevas terapias cambian radicalmente la sobrevida y calidad de vida de estos pacientes. La abiraterona es un inhibidor selectivo de la enzima CYP17 bloqueando la biosíntesis de andrógenos. Diversos estudios demuestran el beneficio de abiraterona en pacientes CPM resistentes a la castración(RC) y hormonosensibles(HS). Presentamos los

resultados oncológicos de nuestra experiencia con abiraterona como tratamiento de primera(1raL) y segunda línea(2daL) en nuestro policlínico de cáncer de próstata metastásico(PCPM).

El PCPM fue creado el 2016 en HOSDIP para brindar un manejo integral y multidisciplinario en estos pacientes. Se evaluaron pacientes del PCPM, que recibieron abiraterona por al menos 6 meses como tratamiento de 1raL o 2daL. El outcome primario fue la sobrevida global(SG) y sobrevida libre de progresión(SLP); Otras variables evaluadas: antígeno inicial, RC, respuesta bioquímica, tiempo y tipo de progresión y efectos adversos(EA).

Actualmente hay 82 pacientes en el PCPM, de los cuales 41(50%) recibieron abiraterona como 1raL y 15(18%)de 2daL. En el grupo de 1raL la edad promedio fue 77 años(60-90), 28(68%) tenían Gleason ≥ 8 , antígeno inicial 32(1-274), 22(54%) fueron metastásicos al diagnóstico y 28(68%) eran RC. La SG fue de 47,9meses, la cual fue menor en los Gleason ≥ 8 y RC. La SLP fue de 26,1 meses. Dieciocho(44%) pacientes progresaron con un tiempo promedio de 18,8meses. La progresión fue principalmente bioquímica(34%), seguido por imagenológica(22%) y clínica(20%).

En el grupo de 2daL la edad promedio fue 67 años(47-77) con antígeno inicial de 40(0-403), recibiendo docetaxel como primera línea. Dentro de las características oncológicas: 11(73%) fueron metastásicos al diagnóstico, 7(47%)tenían Gleason ≥ 8 y un tiempo promedio de progresión de 9,9meses. La SG fue de 28,3meses y la SLP 20,8meses.

Ocho pacientes(14%) presentaron EA. Las más frecuentes fueron la hipokalemia(38%) y edema de extremidades inferiores(38%), sin embargo ninguno requirió suspensión del tratamiento.

Nuestros resultados oncológicos son comparables a la literatura internacional. La creación de un PCPM permite dar un espacio exclusivo para el manejo de estos pacientes, ofreciendo de manera oportuna nuevos tratamientos disponibles.

005) COMPARACIÓN DE LA SECUENCIACIÓN EN ABIRATERONA-QUIMIOTERAPIA VS QUIMIOTERAPIA-ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO.

Durán, L.(1); Rojas, J.(1); Menchaca, R.(1); Quiñones Rivera, C.(2); Neira, R.(1); Testa, I.(1); Donoso, R.(1); Orellana, N.(3); Hassi, M.(3);

(1): Residente Urología USACH - Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Interna de medicina - Universidad de Los Andes, Santiago, Chile (3): Urologo - Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

El cáncer de próstata(CaP) es la patología oncológica urológica más frecuente. El tratamiento estándar de pacientes metastásicos es la terapia deprivación androgénica(TDA) asociada a drogas nuevas, mejorando beneficios en sobrevida y calidad de vida. La Abiraterona(Abi) y Docetaxel(Doce) son drogas que han demostrado beneficio en pacientes metastásicos en

distintos estudios. Presentamos resultados oncológicos y funcionales de nuestra experiencia con su uso secuencial.

Estudio de cohorte retrospectivo y descriptivo. Se evaluaron todos los pacientes con CaP metastásico que hayan progresado a primera línea(1raL) con abiraterona y completado quimioterapia posterior(abi-doce); y se compararon los resultados oncológicos de pacientes que progresaron a quimioterapia de 1aL y luego recibieron abiraterona(doce-abi). Outcome primario fue la sobrevida global(SG). Otras variables evaluadas: sobrevida libre de progresión(SLP), score de gleason, metástasis al diagnóstico, respuesta bioquímica, tiempo y tipo de progresión, efectos adversos(EA).

Del total de pacientes del policlínico de CaP metastásico de HOSDIP, 20 cumplen criterios de inclusión; 14(70%) en el grupo Doce-Abi y 6(30%) Abi-Doce.

Grupo Doce-Abi: edad promedio de inicio de tratamiento de 1aL fue 65años(44-76 años), 11(79%) metastásicos al diagnóstico, 7(50%) Gleason ≥ 8 , 7(50%) metastásicos resistentes a la castración y con APE de 172(3-1100) al inicio de 1aL, con tiempo promedio de progresión de 1aL de 10 meses(1-29). Cinco(36%) progresaron a 2da línea con tiempo promedio de progresión de 13,6 meses(4-20). La SG fue 33,9 y SLP no alcanza mediana. Seis(43%) pacientes fallecieron. Tres pacientes presentaron EA: 2 con quimioterapia y 1 con abiraterona.

Grupo Abi-Doce: Edad promedio al inicio de tratamiento de 1aL fue 72años(61-85), 4(67%) metastásicos al diagnóstico, 3(50%) Gleason ≥ 8 , 4(67%) resistentes a la castración y con APE de 28(4-99) al inicio de 1aL, con tiempo promedio de progresión de 1aL de 13,8 meses(4-31). Cinco(83%) progresaron a la 2da línea con un tiempo promedio de progresión 6,2 meses(3,8-10). La SG fue 47,7 y SLP 13,9 meses. Tres(50%) pacientes fallecieron. Sin EA descritas.

Nuestra experiencia demostró mejor SG con la secuencia Abi-Doce, lo cual concuerda con la literatura internacional. Dado los múltiples tratamientos disponibles actualmente, se deben seguir evaluando que secuenciación podría demostrar mayores beneficios a futuro.

O06) VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE CHILENA. RESULTADOS A LOS 10 AÑOS

Souper, R.(1); Bernier, P.(2); Pinochet, R.(2); Orvieto, M.(2); Stein, C.(2); Labra, A.(2); Schultz, M.(2); Fernández, M.(2); Otaola-arca, H.(2);

(1): Hospital Sótero del Río - Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La Vigilancia Activa (VA) es ampliamente aceptada como el tratamiento estándar para los pacientes con Cáncer de Próstata de bajo riesgo.

El objetivo de nuestro estudio es reportar los resultados a 10 años de un programa de VA en una cohorte chilena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes incluidos en VA entre 2010-2020. Obtención de datos clínicos, estudio histológico, resonancia magnética y datos de seguimiento de nuestra base de datos aprobada por el Comité Ético. Se excluyeron aquellos pacientes con seguimiento <1 año. El objetivo primario fue determinar los predictores de salida de VA. Secundariamente, evaluar predictores de progresión a ISUP ≥ 3 tras la prostatectomía radical.

RESULTADOS

126 pacientes calificaron para el análisis. La mediana de seguimiento fue de 29.2 meses (12.2-123.8). 35 pacientes (27.7%) salieron de VA, con una mediana de tiempo a la salida de 20,4 meses (4 – 100). La principal causa de tratamiento activo fue un “upgrade” en la biopsia (40%). De los pacientes que recibieron tratamiento activo, 32 (91.4%) optaron por cirugía, y 8 de ellos (26.6%) presentaron un cáncer ISUP ≥ 3 en la histología de la pieza quirúrgica.

Cuando analizamos los predictores de salida de VA, no hubo diferencias significativas entre los pacientes que se mantuvieron en VA y los que salieron con respecto al PSA, PSAD y PIRADS al diagnóstico ($p=ns$), como tampoco respecto al porcentaje de cilindros ni milímetros positivos en la biopsia diagnóstica ($p=ns$).

La presencia de patrón primario 4, número de cilindros positivos y el porcentaje de milímetros positivos en la primera biopsia de seguimiento se comportaron como predictores de progresión a cáncer ISUP ≥ 3 en la pieza de prostatectomía en el análisis univariante ($p=0.045$, 0.009 y 0.005 , respectivamente).

Durante el seguimiento de esta serie no hubo pacientes que desarrollaran metástasis.

CONCLUSIONES

La VA es practicable y segura en nuestro medio. La mayoría de pacientes se mantendrá en vigilancia y su pronóstico no se verá afectado en caso de progresión. Este estudio refuerza la importancia de no omitir las biopsias de seguimiento, pese al uso de RNM

007) NUEVO MODELO PREDICTIVO BASADO EN REDES NEURONALES ARTIFICIALES PARA LA PREDICCIÓN DE COMPROMISO GANGLIONAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Gallegos Moran, H.(1); Rojas Ruz, P.(1); Mery, D.(1); Sepulveda, F.(1); Zuñiga, A.(1); San Francisco, I.(1);

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

Introducción: La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y las guías de la European Association of Urology (EAU) recomiendan el uso de nomogramas como el Briganti and Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) para estimar el riesgo de compromiso de los ganglios linfáticos (LNI) y de esa forma, seleccionar a los hombres que deben ser considerados para la linfadenectomía pélvica extendida (ePLND). Los algoritmos de Machine Learning (ML), como área de la inteligencia artificial (IA) han sido reconocidos estos últimos años como sólidos predictores de resultados oncológicos, dentro de ellos destacan las redes neuronales artificiales (ANN). Nuestro objetivo es realizar un nuevo modelo basado en algoritmos de aprendizaje automático para predecir LNI y compararlo con los nomogramas Briganti 2012, Briganti 2017 y MSKCC.

Material y Métodos: Utilizando un registro institucional con seguimiento longitudinal en pacientes con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical abierta (2014-2020), se entrenaron diferentes modelos de ML para predecir LNI en biopsia de prostatectomía radical. Se calcularon las pruebas de precisión diagnóstica para cada modelo entrenado y nomogramas clásicos. Los modelos de aprendizaje automático fueron desarrollados por el Departamento de Ciencias de la Computación y el Departamento de Urología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La utilidad clínica y los beneficios netos se evaluaron con un análisis de curva de decisión (DCA). El análisis estadístico fue realizado mediante los Software SPSS 22.0, R Studio y Python 7.0.

Resultados: Se entrenaron 19 modelos de ML diferentes, las redes neuronales artificiales (ANN) tuvieron la mejor discriminación (AUC 0.87). Este modelo de ML fue validado en una cohorte histórica de 301 pacientes y comparado con nomogramas clásicos (Tabla 1), las curvas ROC se compararon entre los distintos modelos (Figura 1). La utilidad clínica y los beneficios netos se evaluaron con un análisis de curva de decisión (DCA), Figura 2.

Conclusiones: Presentamos el desarrollo del modelo ML que es un predictor robusto de LNI en el cáncer de próstata localizado. Este modelo ML podría predecir LNI con mayor precisión y utilidad clínica que los nomogramas MSKCC, Briganti 2012 y Briganti 2017.

008) VALIDACIÓN DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI-2018 EN CHILE

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

(1): Departamento de Imágenes, Clínica Alemana, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción

El nomograma de Briganti-2018 permite predecir el riesgo de compromiso ganglionar pélvico en pacientes con cáncer de próstata diagnosticado mediante biopsia dirigida por resonancia magnética, permitiendo seleccionar aquellos pacientes candidatos a linfadenectomía pélvica. Si bien hay estudios que han demostrado su validez, ninguno se ha realizado en nuestro país.

El objetivo de este trabajo es evaluar la validez del nomograma Briganti-2018 en población chilena.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo con pacientes con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical y linfadenectomía pélvica entre 2014-2021. Se excluyeron aquellos pacientes con datos clínicos insuficientes para el cálculo del nomograma de Briganti. Se recogió la puntuación del nomograma de Briganti-2018 y se evaluó su validez (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, curva ROC y área bajo la curva) de acuerdo con el resultado del estudio histológico de la linfadenectomía.

Resultados

De los 725 pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica, 77 pacientes calificaron para el análisis. De los 41 pacientes (53,2%) con un riesgo >7% en el nomograma, solo 11 (14,3%) presentaron invasión ganglionar en el estudio histológico (pN1). Por otro lado, de los 36 pacientes (46,8%) con un riesgo ≤7%, sólo 3 pacientes (3,9%) se categorizaron como pN1. Tomando como punto de corte el 7%, encontramos una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 78,6%, 52,4%, 26,8% y 91,7%, respectivamente. La validez global del modelo es del 65,5%, y el área bajo la curva del 80%. Si descendemos el punto de corte a 5,6%, la sensibilidad, especificidad y validez global del 92,3%, 46%, y 69,2%, respectivamente.

La adopción del Briganti-2018 con un límite del 7% o 5,6% evitaría el 42,9% y 37,7% de las linfadenectomías, a costa de perder el 3,9% y 1,3% de los casos de invasión ganglionar, respectivamente para uno y otros puntos de corte.

Conclusiones

El nomograma de Briganti-2018 se muestra sensible en la predicción de la afectación ganglionar en nuestra muestra. Sin embargo, el uso de un punto de corte más bajo, nos permitiría aumentar tanto la sensibilidad como la validez global del modelo.

O09) PROPORCIÓN Y NÚMERO TOTAL DE GANGLIOS COMO PREDICTORES DE SOBREVIDA GLOBAL, USANDO OUTCOMES INTERMEDIOS

Bravo Izurieta, J.(1); Gallegos, H.(1); Navarro, R.(1); Perez, V.(1); Schalper, M.(1); Cañas, R.(1); Dominguez, J.(1);

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

Introducción: El cáncer de próstata corresponde al segundo cáncer más común en el hombre (1), siendo la mayoría de las veces preferida la prostatectomía radical (PR) en los cánceres localizados. El remover los linfonodos pélvicos (RLP), se ha transformado en parte integral de la PR, siendo, además, el gold estándar para el estadio nodal, siendo actualmente un tema de controversia si presenta beneficios en los resultados oncológicos. Actualmente basados en el trabajo de Ghazai et al., Lestingi et al usó outcomes intermedios para determinar el beneficio de RLP sobre la supervivencia global (SG), no existiendo beneficio sobre esta. El objetivo del trabajo es determinar la relación entre proporción y número total de ganglios resecados y supervivencia global, utilizando outcomes intermedios.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes operados de prostatectomía radical por cáncer de próstata entre el 2010 y 2020. Se uso la edad, TNM, compromiso extraprostático, Gleason, APE, número de ganglios resecados y positivos, fallecimiento,

aparición de metástasis (MTT), recidiva bioquímica (RBQ) y progresión de enfermedad entre otras. Se determinó si existía relación entre el número y proporción positiva de ganglios resecados, con respecto a SG, o los outcomes intermedios de sobrevida global.

Resultados: Fueron considerados en el estudio 585 pacientes, promedio de edad de 63.3 años, media de APE 9.5, Media de ganglios resecados 16.29, media de positivos 0.25, con una proporción de ganglios positivos de 0.16. Mediana de seguimiento 26 meses. 60% con linfadenectomía ilioobtruratriz, 33.9% extendida y 5.7% no se realizó. 68.2% fue órgano confinado y 84% presentó APE indetectable tras PR. Un 3.6% desarrolló MTT, un 10.3% presentó RBQ, y 4.7% presentó progresión de la enfermedad. Con respecto a predictores de sobrevida, sobrevida libre de MTT, de RBQ o progresión, ninguno de los factores estudiados resultó ser predictor para estas.

Conclusiones: Al igual que lo sugieren los estudios antes mencionados, en nuestra población no existe relación en el número de ganglios, ganglios positivos o proporción de ganglios positivos con respecto a la SG, ni con los outcomes intermedios de esta.

O10) ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE ADENOMA PROSTÁTICO ¿DETERMINA UN MAYOR RIESGO QUIRÚRGICO U ONCOLÓGICO ANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA?

Menchaca, R.(1); Duran, L.(1); Rojas, J.(1); Quiñones, C.(2); Testa, I.(1); Donoso, R.(1); Neira, R.(1); Hassi, M.(1); Orellana, N.(1); Kerkebe, M.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción

No existe consenso de si el antecedente de haber sido sometido a cirugía prostática previa (CPP) confiere un mayor riesgo quirúrgico u oncológico al realizarse una prostatectomía radical robótica (RALP). El objetivo de este estudio es si el antecedente de CPP se asocia a peores resultados quirúrgicos u oncológicos.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a RALP desde los años 2014-2021. Se analizaron sus características poblacionales, outcomes quirúrgicos y datos oncológicos relevantes. La comparación de variables se realizó mediante Test t de Student y Chi-cuadrado con un alfa 0,05.

Resultados

Se recolectaron datos de 216 pacientes sometidos a RALP. 19 (8,79%) tenían el antecedente de CPP. La edad promedio fue de 71,3 y 63,7 años para los grupos CPP y sin-CPP

respectivamente (valor-p 0,01). No hubo diferencias significativas respecto a etapificación clínica TNM ni ISUP.

No hubo relación entre antecedente CPP y la preservación de bandeletas o linfadenectomía. No se vieron diferencias en el tiempo quirúrgico ($p=0,41$) con tiempos de consola promedio de 196 y 216 min para los grupos CPP y sin-CPP respectivamente. Tampoco se encontró diferencias significativas en el sangrado intra-operatorio ni la tasa de complicaciones.

Se observó mayor tiempo de uso de catéter el grupo CPP con una media de 11,44 vs 8,72 días en el grupo Sin-CPP ($p=0,02$).

No se observaron diferencias significativas en la tasa de márgenes positivos ($p=0,99$), ni en la tasa de persistencia o recidiva bioquímica.

Conclusión

No encontramos una relación significativa entre el antecedente de cirugía prostática previa y los principales resultados oncológicos o quirúrgicos. Observamos una asociación entre la CPP y mayor tiempo de uso de catéter vesical.

Discusión

La prostatectomía radical robótica tiene resultados similares en pacientes que han sido sometidos a una RTUP o adenomectomía abierta, por lo que este antecedente podría no ser un factor relevante al momento de definir la estrategia terapéutica.

Por el carácter retrospectivo de nuestro estudio, no fue posible la evaluación de factores funcionales como la tasa de disfunción eréctil o incontinencia de orina de esfuerzos. Sería provechoso la evaluación de estos factores en un estudio con diseño prospectivo.

O11) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACIÓN INANIMADO DE BAJO COSTO DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA.

Neira, R.(1); Kerkebe, M.(1); Orellana, S.(2); Ibañez, H.(1); Durán, L.(1); Rojas, J.(1); Donoso, R.(1); Testa, I.(1); Menchaca, R.(1); Vilches, R.(3);

(1): Servicio de Urología Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología Hospital Dipreca; Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile

Introducción: El entrenamiento a través simulación nos permite crear un ambiente seguro y confiable para la adquisición de habilidades quirúrgicas, sin embargo se requiere de simuladores que se encuentren debidamente validados. Nuestro objetivo es validar de fachada, contenido y constructo un modelo de simulación de bajo costo de anastomosis uretrovesical laparoscópica.

Materiales y métodos: Se desarrolló un modelo de simulación de bajo costo para anastomosis uretrovesical laparoscópica consistente dos estructuras de silicona, una cilíndrica de 12 mm de diámetro (uretra) y una cónica (vejiga), fijadas a una base acrílica. Para la validación, se reclutó urólogos y residentes con experiencia variable en este procedimiento, y se separaron en 3 grupos: G1 para residentes sin experiencia en laparoscopia, G2 para residentes con experiencia variable y G3 para urólogos. A los participantes se les envió un video de 5 minutos explicando el modelo y la técnica paso a paso descrita por Van Velthoven, y se les solicitó realizar el procedimiento utilizando una caja de entrenamiento laparoscópico. Al finalizar, cada participante debía contestar una encuesta respecto al realismo y la utilidad del modelo utilizando una escala de Likert de 10 puntos. Se realizó validación de fachada y contenido solo considerando la opinión de los expertos. Además, se midió tiempo total y calidad de la anastomosis para la validación de constructo. Se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para el análisis estadístico.

Resultados: 11 personas participaron en la evaluación. De estos, 3 residentes fueron asignados a G1, 4 residentes a G2 y 4 urólogos a G3. Se obtuvo una mediana de 9.5 puntos para la utilidad del modelo y 8.3 puntos para el realismo de este. Los tiempos totales de fueron 3720, 2740 y 1239 segundos para G1, G2 y G3 respectivamente ($p=0.01$). Se observó que las anastomosis realizadas por urólogos con mayor experiencia en laparoscopia fueron mejor logradas y herméticas respecto a las realizadas por residentes y urólogos con menos experiencia.

Conclusiones: Se establece validez de fachada, contenido y constructo para un modelo simulación de anastomosis uretrovesical laparoscópico inanimado de bajo costo. Es factible y recomendable su implementación en programas de formación urológica.

OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2

O12) PRESENCIA CHILENA EN LA LITERATURA UROLÓGICA INTERNACIONAL

Coz, F.(1); Coria, D.(2); Vivaldi, B.(1); Sarrás, M.(3); Horn, C.(3); Mandujano, F.(3); Saez, I.(1); (1): Hospital Militar / Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Hospital Militar, Santiago, Chile

Introducción

Con el objeto de conocer cuál es la producción científica o la presencia de los urólogos chilenos en las principales revistas indexadas de la especialidad, se identificaron todos los trabajos publicados en estas revistas por los socios Titulares o Afiliados que registra la página oficial de la Sociedad Chilena de Urología a mayo del año 2021.

Material y método

De acuerdo a la página oficial de la Sociedad Chilena de Urología al 27 de mayo del 2021 se identificó a 307 Socios Titulares o Afiliados y se buscó uno por uno su presencia como autor o coautor de publicaciones indexadas de acuerdo a diferentes fuentes. Un grupo de expertos en estudios bibliográficos y bibliométricos registró la información en un archivo Excel y se construyó así un "bigdata" con la información recuperada de todas de las fuentes consultadas.

Resultados

Se recuperaron 1242 artículos publicados en que al menos uno de los autores o coautores correspondía a uno de los 307 socios. De los 1242 artículos recuperados, 882 serían de afiliación nacional o dicho de otro modo, artículos *made in Chile* y 360 serían artículos realizados en instituciones extranjeras con la autoría o coautoría de uno de los 307 Socios. El socio con mayor número de publicaciones aparece en 124 artículos y es el mismo que figura como coautor del trabajo que registra el mayor número de citas con 181 citas en WOS.

Conclusión

La falta de normalización en las autorías y afiliación, complicaron la recuperación de la información, veracidad de las evidencias y tiempo de investigación. Del total de los Socios Titulares o Afiliados de la Sociedad Chilena de Urología un 63.2% (194 socios) figuran como autores o coautores en al menos una publicación indexada. El 36.8% (113 socios) no figuran como autores o coautores en ninguna publicación indexada de la especialidad en las revistas analizadas. Es posible que este trabajo contenga errores y en buena parte puede deberse a diferentes nombres usados por los autores, a diferentes afiliaciones y nadie mejor que cada autor podrá informar las correcciones que sean necesarias.

O13) IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO SEMIAUTOMÁTICO EN UROLOGÍA

Otaola-arca, H.(1); Bustamante, A.(1); Souper, R.(1); Mejías, O.(1); Gumera, C.(2); Flores, M.(3); Fernández, M.(1);

(1): Servicio de Urología, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Departamento de Informática Biomédica, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La recolección de datos fidedignos es un paso clave para la investigación clínica de calidad. Sin embargo, es un proceso laborioso, que consume una gran cantidad de tiempo.

REDCap (Research Electronic Data Capture) es el estándar de oro como sistema de registro electrónico en investigación clínica.

Nuestro objetivo es presentar la implantación de una base de datos semiautomatizada en REDCap para el seguimiento de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de los síntomas del tracto urinario inferior.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un registro prospectivo para incluir a los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de los síntomas del tracto urinario inferior, aprobado por el comité ético.

Se creó una base de datos en REDCap que envía de forma programada por correo electrónico al primer, tercer, sexto y duodécimo mes postoperatorios una encuesta para el seguimiento (cuestionarios IPSS, ICIQ-SF e IIEF-5) cuya respuesta se incorpora automáticamente a la base.

RESULTADOS

Hasta julio/2021 la información clínica para los estudios se recogía exclusivamente mediante la anamnesis en la consulta y la revisión de las fichas clínicas, lo que supone un gran gasto de tiempo, dificulta recoger la información en el momento adecuado (visita al mes, no al mes y 10 días...), y muchas veces era incompleta (falta de tiempo, olvidos, etc.).

Entre julio y septiembre/2021 se han incluido 18 pacientes en el registro prospectivo, con una mediana de seguimiento de 1,3 meses.

Cuando se les invitó a participar, todos los pacientes se mostraron muy interesados y recibieron la propuesta como una mejora en el seguimiento de su propia salud. Dicho beneficio se materializó cuando todos los pacientes con un seguimiento superior a un mes (13 pacientes) rellenaron las encuestas recibidas por mail, y éstas se han incorporado automáticamente en el registro de REDCap.

Si bien los datos todavía son muy inmaduros, creemos que se trata de un proyecto prometedor que beneficiará a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

La creación de bases de datos en REDCap con encuestas automáticas facilita la obtención de datos precisos y es muy bien recibida por los pacientes, por lo que esperamos mejore la calidad de los datos de investigación clínica.

O14) EXOSOMAS EN ORINA EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO INVASOR, ¿PODRÍAN SER BIOMARCADORES DE RECURRENCIA?

Vega Avalos, A.(1); Mercado, A.(2); Avila, C.(3); Roman, J.(1); Castellon, E.(3); Sanchez, C.(2); (1): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica Las Condes, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El Cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) se caracteriza por su elevada recurrencia, y los métodos actuales de seguimiento son sub-óptimos. Los exosomas son vesículas secretadas por células, y son esenciales en la comunicación intercelular. Han ganado atención en la investigación oncológica, ya que su producción aumenta en células cancerosas y por su contenido que favorece la carcinogénesis en el microambiente en que son liberados. Los exosomas tumorales se han aislado en distintos biofluidos, entre ellos orina, facilitando su estudio como potenciales biomarcadores.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, analítico, caso control, con aprobación de comité de ética. Entre octubre 2019 y junio 2021 se recolectaron muestras de orina de pacientes con diagnóstico o sospecha de tumor vesical que someterían a RTU-V. Las muestras fueron concentradas por ultrafiltración y se aislaron los exosomas mediante columnas de cromatografía de exclusión por tamaño. Se midió el número de exosomas con el equipo NanoSight, ajustando por volumen de orina y creatinina urinaria (Exosomas/ml Orina Normalizado). Los antecedentes clínicos y demográficos fueron recolectados de la ficha clínica, y se estratificaron según riesgo usando calculadora EORTC 2006 y EAU NMIBC 2021.

Resultados

Se incluyeron 16 pacientes en el análisis, según diagnóstico histológico post RTU-V: 13 pacientes con CVNMI (Ta=11 y T1=5) y 3 pacientes con diagnóstico previo de CVNMI con sospecha de recidiva, pero cuya biopsia fue negativa (T0). Aquellos con mayor estratificación de riesgo de acuerdo a calculadoras utilizadas, presentaron mayor concentración de exosomas en orina, lo que fue significativo en aquellos con mayor número de tumores

($p < 0,05$) y mayor tamaño tumoral ($p < 0,05$). Por último, pacientes Ta-T1 tenían significativamente mayor concentración de exosomas en orina que pacientes T0 ($p < 0,01$).

Conclusión

La concentración de exosomas en orina aumenta en CVNMI de mayor riesgo, y se asocia a mayor tamaño y número tumoral, siendo significativa la diferencia al comparar pacientes con y sin presencia de tumor al momento de recolección de orina. Un estudio a mayor escala podría validar la utilidad clínica de la medición de la concentración de exosomas como herramienta adicional para identificar recurrencias en CVNMI.

O15) BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN TUMORES RENALES METASTÁSICOS REALIZADA POR URÓLOGOS: EXPERIENCIA INICIAL, SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA Y COMPLICACIONES DEL PRIMER AÑO EN PRÁCTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Neyra Vallejos, A.(1); Ramírez Espinoza, J.(1); Arias Orellana, E.(1); Rissetti Villalobos, J.(1); Manzanares Sánchez, V.(1); Saez Galaz, G.(1); Chaparro Ramos, E.(1); Quintana Lacoste, E.(1); Torrado Rico, K.(1); Bustamante Basso, C.(1); Bezama Urriola, P.(1); Herrera Canales, L.(1); Aguilera Salinas, J.(1); Calvo Bernasconi, I.(1); Alvarez Sanhueza, R.(1);
(1): Universidad de Concepción, Concepcion, Chile

Introducción: La biopsia renal percutánea ecoguiada (BRPE) es una técnica invasiva menor, frecuentemente, realizada por nefrólogos o radiólogos intervencionales con sensibilidad promedio de 92% y una tasa de 8.1% de complicaciones generales. Históricamente, la BRPE no era considerada en tumores renales, sin embargo, el cambio de paradigma con el uso del tratamiento sistémico en pacientes con carcinoma de células renales metastásico le ha otorgado mayor protagonismo en la urología. Su sensibilidad, así como el temido aumento de complicaciones Clavien Dindo II o más, dada la mayor vascularización tumoral, pueden diferir de históricos reportes en otras patologías renales. Nuestro objetivo es calcular la sensibilidad diagnóstica de la BRPE en un primer año de realización exclusivo por urólogos en pacientes con tumores renales metastásicos, y, en segunda instancia, describir las complicaciones durante el primer mes.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, en un sólo centro, de pacientes con diagnóstico de tumor renal metastásico por tomografía axial computarizada desde julio del 2020 a junio del 2021. Se incluye sólo pacientes con BRPE, con aguja core, realizadas por equipo de urología. Se registran características de los pacientes, tiempo quirúrgico, resultado de biopsias y complicaciones dentro del primer mes. Se calcula sensibilidad y valor predictivo negativo, utilizando como referencia estándar el informe de la tomografía axial computarizada, y se clasifican las complicaciones según la escala Clavien Dindo.

Resultados: Un total de 12 pacientes incluidos. La edad promedio de 62.3 años, el número de metástasis por paciente de 2,1. La mediana de tiempo quirúrgico fue 22,5 minutos. En 10 biopsias el resultado fue diagnóstico de carcinoma de células renales, mientras que el resto no reportó signos de malignidad, requiriendo una segunda biopsia realizada por experto para confirmación histológica. Se calcula una sensibilidad de 83.3%, con valor predictivo negativo de 85,7%. No se reportaron complicaciones Clavien Dindo II o superior.

Conclusión: La BPRE tiene una alta sensibilidad con escasas complicaciones en un primer año de realización, sin embargo, existen falsos negativos. Dada la importancia clínica y pronóstica actual de este procedimiento, es fundamental desarrollarlo en la práctica diaria del urólogo y reportar los resultados.

O16) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN CENTRO UNICO, HOSPITAL PÚBLICO, SANTIAGO DE CHILE.

Soto, G.(1); Arzeno, L.(2); Vergara, G.(3); Barria, S.(3); Olivares, V.(4); Acuña, J.(2); Telayna, F.(2); Del Real, O.(2); Dominguez, R.(5); Hassi, M.(2);

(1): HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, ñuñoa, Chile (2): HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, LAS CONDES, CHILE (3): HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, SAN MIGUEL, CHILE (4): HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, SANTIAGO CENTRO, CHILE (5): HOSPITAL FELIX BULNES CERDA, PROVIDENCIA, CHILE

OBJETIVO: Describir nuestra experiencia en nefrectomía parcial laparoscópica como centro único.

MATERIALES Y METODOS: Estudio transversal descriptivo, retrospectivo efectuado en pacientes con diagnóstico de tumor renal, con indicación médica de nefrectomía parcial laparoscópica, en un Hospital Público (Santiago, Chile). Se realizó revisión de fichas clínicas y electrónicas de los pacientes desde enero 2018 a julio 2021. Se analizaron tanto características clínicas del paciente como tumorales. Se realizó cálculo de nivel de dificultad del procedimiento mediante RENAL SCORE. También se describieron características del procedimiento quirúrgico y de las complicaciones presentadas.

RESULTADOS: De una población inicial de 34 pacientes, 3 de estos se excluyeron por conversión a cirugía radical laparoscópica. La edad promedio fue de 64.4 años (30-85). El tamaño promedio tumoral fue de 3.6 cm (1.5-6.5). Se encontró un RENAL SCORE moderado

(7 a 9 puntos) en el 47.6% de los casos. El sangrado intraoperatorio presentó una mediana de 300 ml. El tiempo operatorio promedio fue de 210 min (75-485) y tiempo promedio de isquemia caliente fue de 20 min (11-36). La tasa de complicaciones intraoperatorias fue de 12.3% (4/31), de las cuales 3 (9.6%) fueron por lesión vascular. La tasa de complicación postoperatoria fue de 12.3% (4/31), de las cuales 2 (50%) corresponden a Clavien-Dindo IIIb y 1 clasificado como IVb. La estancia hospitalaria presenta una mediana de 4 días. El carcinoma de células renales claras fue el hallazgo histopatológico más frecuente en el 86.2% de los casos. No hubo mortalidad relacionada con la cirugía. Hubo margen quirúrgico positivo en el 19.3 % de los casos. No se reporta recidiva tumoral hasta la fecha.

CONCLUSIÓN: La nefrectomía parcial laparoscópica es considerada un tratamiento seguro desde el punto de vista quirúrgico, funcional, como oncológico para el manejo de una gran variedad de tumores renales. Hasta la fecha no se reporta recidiva tumoral en el seguimiento imagenológico. Los resultados expuestos hasta la fecha son acordes a lo descrito en la literatura.

O17) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: CORRELACIÓN ENTRE MARGEN QUIRÚRGICO POSITIVO Y RECURRENCIA LOCAL: UNA EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA LOCAL

Soto Monsalve, S.(1); Henriquez Montoya, D.(1); Vilches Páez, R.(2); Román Sobarzo, J.(2); Aliaga De La Fuente, A.(2); Foneron Sandoval, A.(3); Astete Villarroel, A.(3);
(1): Hospital Clínico universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Facultad de medicina U. Austral, Hospital Base de Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: La nefrectomía parcial se ha consolidado como el tratamiento estándar para el cáncer renal localizado, manteniendo resultados perioperatorios y oncológicos similares a la nefrectomía radical y una mejor preservación de la función renal. La presencia de márgenes quirúrgicos positivos se ha asociado con un riesgo mayor de recurrencia local. **Objetivo:** Correlacionar la positividad de los bordes quirúrgicos operados mediante nefrectomía parcial y la recurrencia tumoral local.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional analítico sobre base de datos de nefrectomías parciales laparoscópicas en 3 grandes centros de la región metropolitana y de Los Ríos, desde enero 2009 a agosto 2020. Se registraron características demográficas, perioperatorias, tiempo de seguimiento y recurrencia local. Se dividió a la población en grupos con margen quirúrgico negativo (MQ(-)) y positivo (MQ(+)). Se realizó análisis estadístico entre ambos grupos.

Resultados: Se obtuvieron 113 pacientes con MQ(-) y 23 con MQ(+). Las poblaciones fueron estadísticamente comparables en edad, género y lateralidad. En relación al tamaño tumoral (3.3 vs 3.33 cm $p=0.920$) y complejidad según R.E.N.A.L score ($p=0.902$), no hubo diferencias

estadísticamente significativas. En cuanto a las variables perioperatorias: tiempo operatorio, sangrado y tiempo de isquemia no hubo diferencia estadísticamente significativa (139 vs 152 min $p=0.129$), (231 vs 304 cc $p=0.299$) y (20 vs 23.3 min $p=0.131$) respectivamente. En relación a los días de hospitalización fue más prolongado para el grupo MQ(+) (3.88 vs 4.43 días $p=0.051$). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células renales con 125 pacientes. El tiempo medio de seguimiento en el grupo con MQ(-) fue de 38 meses y de 51 meses para MQ(+) ($p=0.006$). Se presentaron 2 casos de recurrencia local para cada grupo ($p=0.073$).

Conclusión: El número de pacientes con MQP de esta serie fue superior a lo descrito en la literatura internacional. No hubo diferencia significativa en cuanto al margen quirúrgico y la complejidad quirúrgica evaluada por nefrometría. Se presenta una tendencia a una mayor recurrencia local en pacientes con MQ (+).

Palabras clave: Nefrectomía parcial, Margen quirúrgico positivo, Recurrencia tumoral local.

O18) FUNCIÓN RENAL Y DESENLACES ONCOLÓGICOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Otaola-arca, H.(1); Bermúdez, H.(1); Krebs, A.(1); Lyng, R.(1); Orvieto, M.(1); Stein, C.(1); Labra, A.(2); Souper, R.(1); Schultz, M.(3); Fernández, M.(1);
(1): Servicio de Urología, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Departamento de Imagen, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

OBJETIVO

Evaluar la función renal y los resultados oncológicos a largo plazo en pacientes sometidos a NPAR por carcinoma de células renales (CCR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a NPAR por CCR clínicamente localizado entre Enero/2014-Diciembre/2019. Obtención de datos clínicos, estudio histológico y resultados a largo plazo de nuestra base de datos aprobada por el Comité Ético. Se calculó la incidencia acumulada de recidiva local, metástasis a distancia y mortalidad con el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

234 pacientes calificaron para el análisis. La mediana de seguimiento fue de 46 meses (10,8-97,8), con 77 pacientes (32,9%) con ≥ 5 años de seguimiento. La mediana de tamaño tumoral en las imágenes preoperatorias fue de 30 mm (5-98), con un 95,7% estadificado como cT1. Hubo 14 (6%) complicaciones intraoperatorias y siete (4,7%) posoperatorias; tres de ellas Clavien III. La tasa de reingreso y reintervención fue del 2,1% y del 1,3%, respectivamente. La creatinina sérica media a los 12 meses fue de 1,04 mg/dL (DE 0,26), con una diferencia media respecto al valor preoperatorio de +0,08 (IC95%: 0,05-0,12; $p < 0,001$). El estudio histológico mostró CCR de células claras en el 67,5% ($n=158$) de los casos. Entre los factores histológicos desfavorables se encontró grado nuclear 3-4 en 67 pacientes (29,4%), invasión linfovascular en 10 (4,3%), márgenes quirúrgicos positivos en 34 (14,6), necrosis en 21 (9%) y patrón sarcomatoide en dos pacientes (0,9%). La supervivencia libre de recidiva a los 5 años fue del 97,8%. Hubo cinco recidivas locales (2,1%) y dos a distancia (0,9%), ninguna de las cuales resultó mortal. La mediana de tiempo a la recidiva local fue de 20 meses (11-64), siendo la necrosis (HR = 5,49; $p=0,034$) y el patrón sarcomatoide (HR=124,57; $p = 0,001$) las únicas variables asociadas.

CONCLUSIONES

Los datos de esta gran cohorte demuestran que los pacientes sometidos a NPAR tienen una baja incidencia de recidiva local y a distancia, lo que resulta en una excelente supervivencia a largo plazo, al tiempo que preserva la función renal en la mayoría de los pacientes.

VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1

V01) BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA: TÉCNICA “DOUBLE-FREEHAND”

Testa, L.(1); Menchaca, R.(1); Donoso, R.(1); Rojas, J.(1); Neira, R.(1); Duran, L.(1); Acuña, J.(1); (1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de próstata es el cáncer con mayor incidencia en hombres en Chile, convirtiendo de esta manera a la biopsia prostática en uno de los procedimientos urológicos más frecuentes. Actualmente la mayoría de las biopsias se realizan de forma transrectal, sin embargo, cada vez es más frecuente la implementación de la técnica transperineal con o sin resonancia previa debido a sus ventajas, principalmente, su casi nula tasa de infección y sepsis. Además permite tomar más fácilmente muestras de la zona anterior de la próstata.

Existen distintas formas de realizar una biopsia transperineal de próstata, el objetivo de este video es mostrar y detallar cómo realizamos la técnica de biopsia transperineal “double-freehand” o sin guía.

Materiales y Métodos

Se obtuvo consentimiento informado y autorización de paciente. Se detalla la disposición del pabellón, el instrumental necesario y se procede a la explicación “paso a paso” de la biopsia transperineal con técnica “double-freehand”, de un caso clínico de un paciente de nuestro centro con APE elevado y RMmp con lesiones PI-RADS 3.

Resultados

Video ilustrativo y demostrativo de la técnica. En este caso se demuestra una biopsia cognitiva, con punciones estándar y dirigidas a las lesiones con técnica “double-freehand”.

Conclusiones

La biopsia transperineal es una técnica factible y segura que permite una adecuada detección de cáncer de próstata, minimizando riesgos de infección. Esta vía debiera ser considerada el gold standard actual y en particular la técnica “double-freehand” facilita la implementación de este tipo biopsia a un costo más controlado.

V02) MODELO DE SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL INANIMADO DE BAJO COSTO: PASO A PASO

Neira, R.(1); Kerkebe, M.(1); Orellana, S.(2); Ibañez, H.(1); Durán, L.(1); Rojas, J.(1); Donoso, R.(1); Testa, I.(1); Menchaca, R.(1); Vilches, R.(3);
(1): Servicio de Urología Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología Hospital Dipreca; Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Uno de los pasos de mayor dificultad en el dominio de la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) es la realización de la anastomosis uretrovesical. Esto se debe principalmente al ángulo de las suturas tanto en el cuello de la vejiga como en la uretra. El

entrenamiento a través simulación nos permite crear un ambiente seguro y confiable para la adquisición de habilidades quirúrgicas desafiantes.

DESARROLLO

Se desarrolló un modelo de simulación inanimado de bajo costo para la realización de una anastomosis uretrovesical laparoscópica. Nuestro modelo se utiliza en un entrenador laparoscópico y consiste en dos estructuras de silicona flexible, correspondientes a la uretra (de forma cilíndrica de 12 mm, de diámetro) y la vejiga (de forma cónica, con el cuello vesical de 12mm). Estas son ancladas a una base acrílica mediante pinzas simulando la posición anatómica. Se describe el desarrollo del modelo y el manejo de los materiales utilizados para su confección, así como el procedimiento paso a paso para realizar una anastomosis uretrovesical utilizando una sutura monofilamento de 20 cms con aguja doble. La anastomosis uretrovesical se lleva a cabo por pasos según la técnica de Van Velthoven, para cada uno de los cuales se describe la técnica con que se debe tomar la aguja y pasar el punto. Se finaliza la anastomosis, la cual debe quedar hermética.

CONCLUSIONES

Se presenta un modelo de anastomosis uretrovesical laparoscópica, en el cual es posible simular todos los pasos según la técnica descrita por Van Velthoven para realizar este procedimiento, con una sutura continua como se hace de forma habitual durante la prostatectomía radical laparoscópica. Al tratarse de un modelo validado, de bajo costo y altamente reproducible, creemos que es factible y recomendable su implementación en programas de formación urológica, lo que podría acortar la curva de aprendizaje.

V03) ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASO A PASO

Orellana, S.(1); Roman, J.(1); Aliaga, A.(1); Reyes, D.(1); Vega, A.(1); Walton, A.(1); Vilches, R.(1);

(1): instituto nacional del cancer, santiago, Chile

Introducción: La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) es una técnica mínimamente invasiva para la prostatectomía radical. Se estima que la curva de aprendizaje aproximada son 40 casos. Uno de los pasos quirúrgicos durante la PRL más difíciles técnicamente es la anastomosis uretrovesical. En los inicios del desarrollo de la técnica la mayoría de los cirujanos realizaban una anastomosis con técnica de 6 a 10 nudos, hasta la incorporación de la técnica de Van Velthoven con un nudo en 2003. Posteriormente el desarrollo de nuevas suturas barbadas, han facilitado la realización de este paso, logrando disminuir el tiempo en realizarla a menos de 30 minutos.

Materiales y Métodos: Presentamos la técnica estandarizada de la anastomosis uretrovesical.

La técnica consiste en 14 pasos, para la cual utilizamos dos suturas barbadas de 15cm, unidas entre sí según la técnica descrita por Van Velthoven con un nudo. Durante los primeros puntos se necesita compresión perineal. La sutura continua se inicia pasando ambas agujas de fuera a dentro en la cara posterior de la vejiga y luego de dentro a fuera por la uretra, instalando 4 puntos posteriores para posteriormente aproximar la cara posterior de la anastomosis. Posteriormente con la ayuda de un Benique se realizan 2 puntos laterales a derecha e izquierda. Posteriormente se completa la anastomosis con dos puntos anteriores. La técnica se completa, comprobando la hermeticidad de la anastomosis uretrovesical con 180 cc de suero fisiológico en vejiga.

Resultados: Se han realizado un total de 78 cirugías, con un tiempo operatorio promedio de 218 min (140 - 135). Tiempo de anastomosis varía entre cirujanos (5-30min) En cuanto a complicaciones relacionadas con la anastomosis uretrovesical hemos observado 2 filtraciones de la anastomosis (2,6%) y 1 estenosis del cuello vesical (1,28%).

Conclusiones: La técnica de sutura continua con sutura barbada ofrece un paso simplificado, fácil de aprender y reproducir, además de ser impermeable y presentar una baja tasa de estenosis del cuello vesical, lo cual otorga una herramienta útil para la realización de esta cirugía por cirujanos laparoscópicos expertos y aquellos en el inicio de la curva de aprendizaje.

V04) RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR DEL COMPLEJO ESFINTERIANO DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Orellana, S.(1); Román, J.(1); Aliaga, A.(1); Reyes, D.(1); Walton, A.(1); Vega, A.(1); Vilches, R.(1);
(1): instituto nacional del cancer, santiago, Chile

Introducción: La incontinencia de orina (IO) es un efecto adverso importante posterior a una prostatectomía radical (PR). La preservación de la integridad del esfínter urinario externo resulta ser un paso crucial durante la PR. Pero la continencia precoz, aún resulta ser un desafío para los urólogos, afectando de forma significativa la calidad de vida de los pacientes. Diversas técnicas se han intentado con el afán de mejorar la continencia precoz desde la primera publicación realizada por Rocco en 2006.

Materiales y Métodos: En este video presentamos la técnica de Rocco modificada de reconstrucción posterior del complejo esfinteriano mediante video laparoscopia.

La técnica se realiza en 2 planos, utilizando una sutura barbada 3-0 de 15cm con aguja V-20 de 26mm.

La reconstrucción de la placa posterior de la uretra se inicia de derecha a izquierda tomando la fascia de Denonvillier's la cual se aproxima al aspecto posterior de rabdoesfinter y al rafe medio posterior. En total se realizan tres puntos de derecha a izquierda. La segunda capa se

inicia con la misma aguja, realizando tres nuevos puntos de izquierda a derecha, incorporando la cara posterior del cuello vesical y el músculo vesico prostático al rafe uretral posterior. A continuación se realiza la anastomosis uretrovesical con dos suturas unidas de sutura barbada 3-0 de 15cm con aguja SH (26mm) con la técnica de Van Velthoven. Tras la realización de 68 anastomosis previas sin punto de Rocco, hemos realizado esta técnica en 10 pacientes aumentando el promedio de tiempo quirúrgico total en 12 minutos (218 vs 230 minutos).

Discusión: La reconstrucción posterior puede ayudar a acelerar la recuperación de la continencia urinaria antes de los primeros 3 meses. Esto se confirma en un estudio randomizado de Salazar donde observaron recuperación de la continencia a los 30 y 90 días superior (59% vs 43%). Además esta técnica ha demostrado disminuir la tasa de filtración de un 2,1% a un 0,4%.

Conclusión: La reconstrucción de la placa posterior del complejo esfinteriano es una técnica reproducible con laparoscopia convencional, la cual no aumenta significativamente el tiempo operatorio total.

V05) LINFADENECTOMÍA PELVIANA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA

Orellana, S.(1); Román, J.(2); Reyes, D.(2); Aliaga, A.(2); Walton, A.(2); Vega, A.(2); Vilches, R.(2);

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

Introducción: La linfadenectomía pelviana en cáncer de próstata, sigue siendo la principal herramienta para la etapificación linfonodal. Las guías europeas recomiendan una linfadenectomía pelviana extendida en pacientes de alto riesgo y en pacientes de riesgo intermedio según el nomograma de Briganti. La linfadenectomía mediante la técnica videolaparoscópica (LL) resulta ser una técnica desafiante para el urólogo pero que ha demostrado ser similar a la técnica abierta o robótica.

Materiales y Métodos: En el video mostramos la técnica en 10 pasos de LPE laparoscópica. La técnica se inicia posterior a la realización completa de la PRL, incluyendo la anastomosis. Para la realización de la LPE la energía de ultrasonido ha resultado ser de vital importancia. Paso 1 Limitación del margen cefálico: incisión con energía monopolar por sobre la arteria iliaca externa hasta observar el uréter cruzando por sobre los vasos ilíacos comunes. Paso 2 Limitación del margen medial: Se identifica arteria iliaca interna y la arteria umbilical obliterada. Paso 3 Limitación margen lateral: identificación del nervio genitofemoral y disección de la cara medial del psoas. Paso 4: Disección del límite superior y liberación de ganglios de la arteria iliaca externa con la técnica "split-and-roll". Paso 5: Liberación vena iliaca externa. Paso 6: Disección del ganglio de Cloquet. Paso 7: Identificación de nervio obturador y disección de ganglios de fosa obturatriz. Paso 8 Disección de vasos ilíacos internos Paso 9: Disección de la fosita de Marcille. Paso 10: Extracción de la pieza operatoria.

Resultados: En nuestra experiencia desde febrero del 2019 a agosto del 2021 se han realizado 78 PRL. De estas se ha realizado LPE en 68 pacientes (87%). El tiempo operatorio de linfadenectomía promedio fue de 49 min. El promedio de linfonodos resecados resecados 22 linfonodos (4 - 61). El 20,45% presentó ganglios positivos. Complicaciones: 1 lesión de uréter, 1 lesión de vena iliaca externa, 1 (1,47%) de TVP, 1 (1,47%) linfedema, 0% de linfocele.

Conclusión: La LPE laparoscópica de forma estandarizada, resulta ser una técnica desafiante para el urologo, pero reproducible, con baja tasa de complicaciones y con una cosecha de linfonodos similar a la cirugía abierta.

V06) TÉCNICAS DE PUBECTOMÍA PARA CIRUGÍA DE URETRA POSTERIOR

Gómez Illanes, R.(1); Pfeifer Esparza, J.(2);

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile (2): Universidad Finis Terrae - Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La extirpación de una parte del arco púbico anterior, o pubectomía, es útil en algunos casos complejos de reconstrucción de la uretra posterior. Puede ser una pubectomía superior, a través de una incisión abdominal suprapúbica o una pubectomía inferior a través de un acceso perineal. El objetivo de este video es demostrar nuestra técnica para realizar la pubectomía tanto superior como inferior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Primero, se muestra una pubectomía superior, necesaria para realizar una reanastomosis vesico-uretral transpúbica. La cara anterior de la sínfisis y el cuerpo del pubis se exponen a través de una incisión en la parte inferior del abdomen, movilizándolo la fascia y las inserciones de los músculos hacia los lados. La cara posterior del arco púbico se disecciona mediante un elevador perióstico, lo que permite que la pared de la vejiga se movilice de forma segura posteriormente. Se utiliza un motor de osteotomía para extraer una cuña de hueso y lograr la exposición necesaria. Una vez finalizada la reconstrucción uretral y antes de cerrar la pared abdominal, se moviliza un colgajo omental para rellenar el espacio retropúbico.

En el segundo caso, exponemos una pubectomía inferior para realizar una reanastomosis bulbo-vesical. La cara anteroinferior del arco púbico se expone mediante la resección del ligamento púbico inferior, dividiendo los pilares en la línea media y elevando la inserción lateral de ambos pilares mediante disección cortante. Esto permite exponer el segmento de pubis a eliminar. La cara posterior se disecciona mediante un elevador perióstico, en el plano

subperióstico, evitando así lesionar la vejiga. Una vez que se han liberado ambos lados del pubis, se delimita la cuña ósea y se realiza la osteotomía con cincel y martillo.

RESULTADOS

En ambos casos, la pubectomía proporcionó la exposición necesaria para realizar una reconstrucción vesicouretral satisfactoria. No hubo complicaciones atribuibles a la pubectomía.

CONCLUSIONES

La pubectomía no se requiere con frecuencia, sin embargo, puede ser esencial obtener la exposición necesaria en algunas reconstrucciones complejas en la uretra posterior. Los urólogos reconstructivos deben saber cómo realizar tanto la pubectomía superior como la inferior ante un caso que requiera tales maniobras.

V07) TÉCNICA DE PROCURAMIENTO DE UN INJERTO DE LA MUCOSA LINGUAL

Velarde Ramos, L.(1); Campos Pantoja, R.(1); Gomez Illanes, R.(1);

(1): HOSPITAL DEL TRABAJADOR, comuna providencia, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El injerto de la mucosa lingual es una alternativa aceptable cuando no se disponga de otros tejidos para realizar una reconstrucción uretral. El objetivo es presentar la técnica de procuramiento.

CASO CLÍNICO: Masculino de 68 años. Estrechez uretral desde la infancia con múltiples procedimientos y cirugías (dilataciones, uretrotomía endoscópica, injerto prepucial, colgajo perineal e injerto de mucosa oral de ambas mejillas). Presenta recidiva de estrechez crítica en uretra bulbar y deficiente distensibilidad en uretra peneana. Se realiza uretroplastia con injerto dorsal según técnica de Asopa de mucosa lingual de 6 cm de longitud.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: Bajo anestesia general y con intubación oral, se tracciona la lengua con un punto para lograr una buena exposición sublingual. Se delinea un injerto de 6 cm respetando los límites entre las papilas y frenillo lingual. Se realiza hidrodisección con suero fisiológico y anestésico local. A continuación se disecciona y eleva el injerto hasta su extracción. Se realiza hemostasia, se sutura el lecho donante y se prepara el injerto para su uso.

RESULTADOS: El tiempo total de procuramiento fue de 20 minutos. Como cuidado postoperatorio se indicó dieta blanda y uso de enjuague oral con colutorio, 3 veces al día. La evolución fue favorable, con dolor leve y buen manejo con analgésicos.

CONCLUSIONES: La mucosa lingual es un buen recurso en los casos en los que no se disponga de la mucosa de las mejillas. Su procuramiento es fácil y las molestias postoperatorias suelen ser leves.

V08) ENTEROCISTOPLASTIA CON USO DE ILEON DISTAL EN VEJIGA NEUROGENICA HIPERACTIVA

Campos, R.(1); Velarde, L.(1); Gómez, R.(1);
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La enterocistoplastia con el uso de íleon distal es una excelente alternativa de manejo para la vejiga neurogénica hiperactiva resistente al manejo médico, aumentando la capacidad vesical, bajando la presión intravesical y evitando el escape urinario al inhibir las contracciones desordenadas del musculo detrusor.

CASO CLÍNICO: Hombre de 65 años de edad. Antecedente de paraplejia T10, vejiga neurogénica hiperactiva en tratamiento con 20 mg de oxibutinina y escape urinario persistente. Urodinamia confirma contracciones no inhibidas a pesar del tratamiento médico. Se plantea realizar una enterocistoplastia para el manejo definitivo de su vejiga neurogénica.

TÉCNICA: Bajo anestesia general, se realiza incisión media infraumbilical accediendo a la cavidad abdominal, se identifica íleon distal y a 30 cm de la válvula ileocecal se marca y reseca 40 cm de íleon hacia proximal, luego se continúa realizando una anastomosis termino-terminal del íleon con doble sutura manual (mucosa-serosa). El segmento de íleon ya separado, se detubuliza por su lado anti mesentérico y se dispone en forma de "S" suturando sus bordes conformando así, el parche de intestino. Luego se realiza incisión sobre fondo vesical en forma de "U", para luego anastomosar el parche de intestino a la vejiga. Se deja sonda Foley por vía uretral y cistostomía con sonda Pezzer para drenaje urinario.

RESULTADOS: El tiempo de cirugía es de 3 horas, paciente no presenta complicaciones digestivas ni urinarias, a la tercera semana se retira Foley y reinicia cateterismo intermitente, luego se retira sonda Pezzer, paciente retoma actividad habitual a las 4 semanas de cirugía.

CONCLUSIONES: La enterocistoplastia es un procedimiento de baja morbilidad que permite una solución definitiva al manejo de la vejiga neurogénica hiperactiva, permitiendo al paciente mejorar su calidad de vida recuperar al recuperar la continencia y dejar de usar anticolinérgicos.

V09) BYPASS DETOUR®: ALTERNATIVA PARA ESTENOSIS URETEROVESICAL EN RIÑÓN TRASPLANTADO

Leyton, R.(1); López, C.(1); Barrientos, C.(2); Oyanedel, P.(1); Verdugo, F.(1); Ayala, C.(1); Durruty, J.(1); Marchant, Á.(1); Sandoval, J.(1);
(1): Servicio Urología Hospital Clínico Fuerza Aérea De Chile “General Dr. Raúl Yazigi J.”, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción

En Chile, el renal es el trasplante más frecuente (200 a 400 por año aproximadamente). Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentra la estenosis ureterovesical, que incluso puede llevar a la pérdida del injerto. Dentro de las alternativas quirúrgicas tenemos las endoscópicas como instalación de catéter Ureteral o dilatación con balón, con altas tasas de falla; y la vía abierta como el reimplante ureteral, que ofrecen resultados más duraderos pero con mayor morbimortalidad. Como alternativa mínimamente invasiva, surge el Bypass Detour®, un uréter artificial subcutáneo (tubo de silicona con funda de PTFE). Se han reportado pocos casos y no hay registro en Chile de su uso.

Materiales y **métodos**
Se presenta la técnica quirúrgica basada en el primer implante de bypass Detour® en un paciente trasplantado renal en Chile. Paciente masculino de 69 años, trasplante renal en 2017 por enfermedad de Berger, evoluciona con estenosis ureterovesical por virus BK infranqueable anterógrada y retrógradamente, a quien se le instaló nefrostomía percutánea. Se programó resolución definitiva mediante bypass pielovesical. Se utilizó kit Detour® Coloplast (Bypass Detour, camisa Amplatz 30 Fr y tunelizador) y dilatadores renales Amplatz con guía extra stiff.

Resultados

Técnica: Posición de litotomía modificada. Pielografía directa. Retiro de nefrostomía previo paso de guía extra stiff. Dilatación progresiva con set de dilatadores Amplatz hasta 30Fr, paso de camisa Amplatz y posicionamiento proximal del Detour® bajo control radioscópico. Formación de trayecto subcutáneo con tunelizador, paso de Detour® a distal. Cistostomía y suturas de referencia en 4 puntos (vicryl 3-0). Calibración de extremo distal (2 a 3 cm de silicona intravesical). Posicionamiento y fijación de funda PTFE a pared vesical en 4 puntos. Cierre de pared abdominal. Instalación de sonda Foley 20Fr. Tiempo operatorio: 105 min. Sangrado estimado: 150 cc. Postoperatorio con aumento discreto y transitorio de creatinina. Alta el día 9. UroTAC a las 3 semanas: uréter del injerto amputado a nivel distal y bypass Detour® correctamente posicionado.

Conclusión: El Bypass Detour® es una alternativa mínimamente invasiva, que combina técnicas clásicas de la urología, con baja morbimortalidad.

V10) LINFADENECTOMIA INGUINAL SUPERFICIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RESULTADOS DE NUESTRO PRIMER CASO

Massouh Skorin, R.(1); Román, J.(2); Aliaga, A.(2); Vilches, R.(2);

(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción: El factor pronóstico más preponderante en el cáncer de pene es el compromiso linfonodal, y su manejo juega un rol clave especialmente en el paciente con ganglios no palpables. La alta tasa de complicaciones asociada a la linfadenectomía por vía abierta ha impulsado la búsqueda de nuevas alternativas para el manejo de los ganglios. Una que hace algunas décadas viene mostrando comparables resultados oncológicos, con una menor tasa de complicaciones es la linfadenectomía inguinal superficial videolaparoscópica (s-VEIL). **El caso (Materiales y métodos):** Paciente de 24 años, sano. Con aumento de volumen del glande sospechoso de neoplasia y adenopatías inguinales no palpables. Biopsia incisional: Carcinoma escamoso invasor, bien diferenciado. Etapificación con scanner no concluyente para ganglios. Resonancia magnética descarta compromiso ganglionar. Estadíaje: pT2cN0cM0. Se opta por penectomía más s-VEIL bilateral. **Resultados:** Tiempo operatorio: 2 hrs. Sangrado: 100 cc. Biopsia de pene: Carcinoma escamoso bien diferenciado, grado 1. Invade cuerpo esponjoso. Invasión linfovascular y márgenes negativos. Biopsia ganglionar: izquierda 0/29 ganglios positivos y a derecha 0/18. pT2pN0cM0. Retiro de drenajes los días 10 (izquierdo) y 19 (derecho) post cirugía. Al seguimiento con edema bilateral de extremidades que cede posterior al primer mes de la cirugía. A los 2 meses asintomático, sin otras complicaciones y sexualmente activo. **Conclusiones:** s-VEIL es una técnica relativamente sencilla, reproducible, con respaldo en la literatura internacional, que a la fecha ha mostrado resultados oncológicos adecuados, con una menor tasa de complicaciones, aunque con un nivel de evidencia algo limitado. Su implementación se presenta como una atractiva alternativa en el manejo del paciente con cáncer de pene y ganglios no palpables, para reducir complicaciones, sin afectar resultados oncológicos.

V11) URÉTEROLISIS BILATERAL ROBÓTICA CON 2 TECNICAS DE PERITONIZACIÓN DEL URÉTER EN FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

Donoso Vasquez, R.(1); Rojas Crespo, J.(1); Testa Sklofsky, I.(1); Menchaca Cruzat, R.(1);

Duran García, L.(1); Neira Soto, R.(1); Kerkebe Lama, M.(2);

(1): HOSPITAL DIPRECA, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL DIPRECA, CLINICA LAS CONDES, SANTIAGO, CHILE

INTRODUCCIÓN

La fibrosis retroperitoneal es un proceso inflamatorio fibrótico en el retroperitoneo que causa compresión de estructuras. Es raro, con incidencia de 0,1 por 100.000 personas/año. La presentación más frecuente es masa alrededor de aorta en L4 que envuelve y comprime uréteres. El 70% son idiopáticos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años sin antecedentes médicos. Consulta por dolor sordo abdominal de 1 mes de evolución en flanco derecho irradiado al dorso. UROTAC informa manguito de tejido de partes blandas alrededor de la aorta, bifurcación iliaca y ambas arterias iliacas comunes, que tracciona ureteres, ocasionando hidroureteronefrosis mayor a izquierda. Sugere de fibrosis retroperitoneal. Creatinina 1.6 mg/dl. Se instala pigtail bilateral.

CIRUGÍA

Se realiza ureterólisis bilateral asistida por robot, con 2 técnicas distintas de peritonización del ureter. Decolamiento del colon derecho iniciando a nivel del ciego hacia cefálico siguiendo línea de todt. Se identifica uréter a nivel del cruce con vasos iliacos. Disección del ureter identificando zona fibrotica adherente, hasta polo inferior del riñón. Se procede a cierre de peritoneo por posterior del uréter con v-lock 2-0, dejando uréter intraperitoneal. En segundo tiempo se realiza a izquierda: decolamiento de colon iniciando desde sigmoides hacia cefálico. Se identifica uréter, disección hacia dificultosa por fibrosis (mayor que lado derecho). Dada las importantes adherencias, se decide realizar interposición de colgajo de omento mayor. Sección longitudinal de 3 cm de epiplón e interposición entre defecto de peritoneo y uréter izquierdo en forma de manguito. Cirugía sin incidentes.

Retiro de pigtail bilateral a las 3 semanas. Paciente sin dolor, creatinina 0.9 mg/dl. UROTAC de control con buena fase de eliminación y sin hidroureteronefrosis.

CONCLUSIÓN

Para el tratamiento quirúrgico de la fibrosis retroperitoneal se deben conocer los 3 principios quirúrgicos: preservar vasculatura ureteral, aislar completamente el uréter de la fibrosis y asegurar drenaje urinario. Existen múltiples alternativas quirúrgicas para disminuir recidivas, donde es fundamental que uréter no quede en contacto con retroperitoneo: intraperitonización del uréter o interposición de colgajo epiploico. Estas son factibles de realizar vía robótica, laparoscópica o abierta, siendo preferible las alternativas mínimamente invasivas.

V12) URETEROSCOPIA Y LÁSER HOLMIUM:YAG EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS INFUNDIBULAR POSTOPERATORIA CON CÁLIZ EXCLUIDO.

González Pellegrino, D.(1); Torres, B.(1); Saez, N.(1); Marchant, F.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La estenosis infundibular es una complicación rara (2%) de la nefrolitotomía percutánea (NLPC). Sus factores predisponentes son litiasis coraliformes con múltiples procedimientos, mayor tiempo operatorio; tamaño del nefroscopio y tiempo de nefrostomía postoperatorio. En la mayoría se presenta dentro de un año tras el procedimiento con dolor, hematuria o insuficiencia renal. Cuando la estenosis ocluye completamente el infundíbulo, las imágenes evidencian una zona de hidronefrosis sin paso de contraste. Entre las técnicas quirúrgicas disponibles se encuentran la ureteroscopia con incisión láser Holmium:yttrium-aluminum-garnet (YAG), y el acceso percutáneo. Presentamos un caso de estenosis infundibular con cáliz excluido tratado mediante ureteroscopia flexible con incisión mediante láser holmium:YAG.

Metodología:

Mujer de 50 años con antecedente de NLPC izquierda por litiasis coraliforme con punción de cáliz superior e inferior, inicia cuadro de dolor lumbar izquierdo 4 años después. UroTC evidencia dilatación del grupo calicilar superior. Pielografía ascendente confirma la exclusión calicilar. Se asciende ureteroscopia flexible. Bajo fluoroscopia y visión directa se identifica probable ubicación de estenosis infundibular y mediante fibra láser Holmium 272um modo partes blandas, virtual basket, se realiza corte preciso logrando paso hacia cáliz superior. Se amplía incisión sin sangrado significativo. Se instala catéter JJ con su extremo proximal en cáliz superior. Cuatro semanas después, UroTC evidencia la totalidad del sistema pielocaliceal contrastado, retirándose el catéter JJ. A las 12 semanas la paciente se mantiene asintomática.

Discusión:

La estenosis infundibular es una complicación rara de la NLPC. El abordaje de tratamiento suele ser endoscópico, con tasa de éxito reportada de 60-80%. Entre las distintas técnicas se describen la incisión con bisturí frío, la ablación con láser y la dilatación con balón. El láser holmium:YAG puede realizar cortes con precisión, con profundidad <0,5mm, coagulando inmediatamente los vasos pequeños, disminuyendo el riesgo de sangrado. La fibra de 272um puede utilizarse en un ureteroscopia flexible con mínima disminución de la deflexión,

evitando la morbilidad de un abordaje percutáneo, y es reutilizable lo que la hace una técnica más económica que los dilatadores con balón. El uso del láser holmium:YAG es una excelente opción de tratamiento para el manejo de las estenosis infundibulares.

VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2

V13) NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN RIÑON EN HERRADURA

Hassi Roman, M.(1); Guzman, S.(2); Fulla, J.(2); Escudero, N.(1); Ibañez, H.(1); Kerkebe, M.(1); (1): hospital dipreca, santiago, chile (2): clinica las condes, santiago, chile

El riñón en herradura corresponde a una de las anomalías congénitas más comunes del sistema genitourinario; en ella existe una fusión de los extremos inferiores de ambos riñones asociada frecuentemente a aneuploidías cromosómicas. Se estima que se presenta entre un 0,15 y 0,25% de la población (1 cada 400), siendo más frecuente en hombres en una relación 2:1.

Sus complicaciones más frecuentes son obstrucción (26%), litiasis (25%), infecciones (19%) y cáncer urogenital (4%), no se ha definido un mayor riesgo para carcinoma renal en estos pacientes con pronostico similar al de la población general².

Presentamos una nefrectomía parcial robótica en paciente de 33 años con un riñón en herradura.

V14) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA EN PACIENTE MONORRENO

Rojas Crespo, J.(1); Donoso Vasquez, R.(1); Durán García, L.(1); Neira Soto, R.(1); Testa Sklofsky, I.(1); Menchaca Cruzat, R.(1); Hassi Román, M.(1); Kerkebe Lama, M.(1); (1): DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCION:

La nefrectomía parcial (NP) corresponde al tratamiento de elección en tumores renales menores de 7 cms. En la actualidad, la cirugía mínimamente invasiva ofrece beneficios indiscutibles (Menor morbilidad quirúrgica, tasas de transfusión, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, etc.)

Pero existen casos en los cuales las dimensiones del tumor, ubicación, antecedentes del paciente y relaciones con estructuras adyacentes harán esta cirugía mas complicada.

Sin embargo, uso de la asistencia robótica, experiencia y el uso de referencias anatómicas en imágenes permite buenos resultados oncológicos y funcionales.

CASO CLINICO:

Hombre de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial , gota, dislipidemia y monorreno quirúrgico izquierdo desde el 2018 por un carcinoma de células renales (CCR)

Presenta un cuadro de hematuria, se estudia con un UROTAC, que informa: nódulo solido hipervascularizado en el tercio medio del riñón izquierdo, 3,5 cms, que es proyectado al sistema excretor, compatible con CCR. RENAL SCORE 10P. Se realiza una NP robótica.

PLANIFICACION PREOPERATORIA:

Utilizando el scanner del paciente evidenciando referencias anatómicas (quiste renal simple (QRS), ubicación y profundidad tumoral en riñón).

TÉCNICA QUIRURGICA:

Decolamiento clásico. Identificación de uréter y vasos gonadales. Disección hacia cefálico hasta hilio renal, identificando arteria y vena renal. Apertura de fascia de Gerota y grasa perirrenal, identificación de QRS en tercio medio usado como reparo anatómico para identificación tumoral. Destechamiento de QRS. Isquemia arterial y venosa. Apertura parénquima renal longitudinal a nivel lecho QR. Disección y resección subcapsular de tumor intrarrenal. Excisión y extracción tumoral completa. Renorrafia en dos planos. Surgicel y Durgiflo a lecho quirúrgico. Cierre Gerota.

Tiempo quirúrgico: 150 minutos, sangrado 600 cc. Biopsia quirúrgica: CCR, grado nuclear ISUP II. Bordes quirúrgicos negativos. Creatinina postoperatoria sin cambios. Alta al segundo día postoperatorio.

DISCUSION:

La utilización de referencias anatómicas en las imágenes preoperatorias pueden ser suficientes para la realización de una nefrectomía parcial robótica segura a pesar de la no disponibilidad de ecografía intraoperatoria ni de un modelo tridimensional para guiar la cirugía, manteniendo buenos resultados perioperatorios y oncológicos. Siempre y cuando sea realizada por cirujanos con basta experiencia.

V15) TUMOR RENAL ENDOFÍTICO: MANEJO LAPAROSCÓPICO ECO ASISTIDO

Massouh Skorin, R.(1); Mogollón, J.(1); Escovar, P.(1);

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

Introducción: La nefrectomía parcial (NP) es practicada cada vez más en tumores de mayor complejidad dado que lograría equivalente control oncológico que la nefrectomía radical (NR) pero con menor riesgo de progresión a enfermedad renal crónica y morbilidad cardiovascular. Los tumores endofíticos presentan un desafío quirúrgico al no ser detectables visualmente y a veces tampoco a la palpación. Además presentan una mayor

probabilidad de complicaciones. La ecografía intraoperatoria (ECO-IP) ha sido utilizada para el manejo de tumores renales asistiendo en la localización y control de márgenes. **Caso:** Hombre de 49 años, con masas renales bilaterales, sometido en primera instancia a nefrectomía radical izquierda que resultó ser un carcinoma de células renales de células claras Fuhrman 2, pT2aNOMO. Actualmente con masa renal de 2 x 3 cm. completamente endofítica en tercio medio de riñón derecho. Creatinina plasmática preoperatoria de 1.24 mg/dL. Se decide tratar con NP laparoscópica ECO asistida. **Intervención:** Se realiza NP laparoscópica estándar, una vez liberado el riñón se introduce transductor endocavitario, previamente esterilizado químicamente y con doble funda estéril, a través del trayecto de uno de los trocares de 10 mm. Con un equipo de ultrasonido básico y un transductor endocavitario estándar, como suelen estar disponibles en la mayoría de los hospitales, se realiza ECO-IP de la unidad renal derecha en ejes longitudinal y transversal para caracterizar adecuadamente la lesión (ubicación, tamaño, límites y relación con sistema colector). Una vez identificada se marca sobre el parénquima renal con electrofulguración. Se procede a disección de parénquima renal sano sobre marca hasta identificar visualmente lesión y completar enucleoresección. **Resultados:** Tiempo quirúrgico: 150 min., sangrado estimado: 200cc., Creatinina 48 hrs post cirugía de 1.6mg/dL, alta al cuarto días post operatorio. Histología informa CCR variante papilar tipo 1 de 2 x 2,5 cm., márgenes negativos. Paciente evoluciona sin complicaciones a mediano plazo. **Conclusiones:** La ECO-IP es una herramienta útil para suplir la falta de feedback táctil en cirugía laparoscópica o robótica, permitiendo una certera localización del tumor sin agregar mayor morbilidad a la cirugía, permitiendo resolver adecuadamente casos complejos. Este caso, además, presenta una alternativa económica y ampliamente disponible.

V16) NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN MASAS RENALES GRANDES

Foneron, A.(1); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Toledo, H.(1); Oyanedel, F.(1); Silva, J.(1); Astete, A.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1);

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

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía radical es el tratamiento de elección en los tumores renales T2. Las guías europeas 2021 recomiendan el abordaje laparoscópico en estos casos. Sin embargo, en masas de gran tamaño (T2b o >10cm), la cirugía es laboriosa y no está exenta de complicaciones. Debido a lo anterior, hemos incorporado a nuestra técnica quirúrgica, maniobras que nos han permitido superar los puntos críticos de esta cirugía, facilitando su realización.

MATERIAL Y METODO

Presentamos una serie de casos de nefrectomía radical laparoscópica en masas renales grandes, mayores de 10 cm, describiendo las maniobras que realizamos para superar los 4 puntos críticos que creemos haber identificado en este procedimiento.

Revisamos la falta de espacio de trabajo, adherencia a estructuras vecinas, gran cantidad de vasos de neo-formación y manejo de pedículo complejo.

RESULTADOS

De nuestra serie de 211 nefrectomías radicales laparoscópicas, 36 fueron en tumores mayores de 10 cm. El tiempo operatorio promedio fue de 180 minutos, la mediana de sangrado fue de 300 cc, un promedio de hospitalización de 3 días, con 3 conversiones (8%) y necesidad de transfusión en 2 casos (5%). Todos los márgenes fueron negativos y las biopsias informaron neoplasias renales malignas.

CONCLUSIONES

La nefrectomía radical laparoscópica ofrece ventajas evidentes comparada con la cirugía abierta, que la posicionan como tratamiento de elección en los tumores renales, cuando la cirugía conservadora de nefronas no es posible. En las masas renales grandes, algunas modificaciones a nuestra técnica de nefrectomía habitual, nos han ayudado a completar las cirugías de manera mas segura.

V17) TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA CAVA, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Foneron, A.(1); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Toledo, H.(1); Oyanedel, F.(1); Silva, J.(1); Astete, A.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1);

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

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía radical con extracción del trombo tumoral es el tratamiento de elección para pacientes con tumores renales y extensión a la vena cava. El abordaje laparoscópico nos permite realizar el procedimiento replicando la técnica abierta y agregando las ventajas de la mínima invasión. Presentamos el caso de una paciente con tumor renal derecho y trombo en vena cava nivel II, manejado por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenino de 63 años, IMC 45, portadora de un tumor renal derecho de 7 cm con trombo en vena cava nivel II. Se decide abordaje laparoscópico transperitoneal, realizando control vascular proximal y distal, cavotomía, cavorrafia y nefrectomía radical.

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue de 215 minutos, con un sangrado de 450 cc y tiempo de clampeo de cava de 25 minutos. La biopsia informo un carcinoma de células claras ISUP 2, pT3aN0Mx, con margen de vena renal negativo. La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio sin registrarse complicaciones.

CONCLUSION

El abordaje laparoscópico para tumores con trombo en vena cava infradiafragmatico es una alternativa segura, mientras se cumplan los principios de la técnica quirúrgica. Tiene especial importancia la planificación de la cirugía tanto por el cirujano, como con el equipo quirúrgico.

V18) ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA EN PACIENTE CON UROLIFT

Henriquez, D.(1); Torres, B.(1); Ledezma, R.(1); Marchetti, P.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La patología prostática benigna representa un gran porcentaje de la práctica clínica del urólogo. Dada su alta prevalencia y presentación en pacientes muchas veces añosos y frágiles, es que se han ido desarrollando numerosas técnicas mínimamente invasivas para su resolución. No obstante, no todas cuentan con un mismo perfil de uso, eficacia o seguridad.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de XX años, quien fue sometido a instalación de urolift en XX del 2020 por síntomas del tracto urinario inferior asociados a una próstata de 60cc, con pobre respuesta. En septiembre 2021 es sometido a enucleación prostática con láser Thulium y extracción de los restos de urolift.

Resultados: la cirugía fue llevada sin inconvenientes. Los fragmentos de urolift no siempre fueron fáciles de identificar debido a su inclusión en el tejido del adenoma. Cuando fue posible, fueron cortados con láser y extraídos con pinza BigOpsy. El resto de los fragmentos fueron encontrados durante la morcelación, produciendo fallas en el equipo. El paciente presenta un post operatorio favorable, con orina espontánea de buen calibre al retiro de sonda foley en su segundo día post operatorio.

Conclusiones: La enucleación prostática se presenta como una buena elección para el tratamiento de pacientes que han fallado a otras técnicas mínimamente invasivas, como es el caso del urolift.

V19) ¿ES UN OBSTÁCULO LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA PARA LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER?

Ledezma, R.(1); Valdevenito, J.(1); Storme, O.(2); Marchetti, P.(1); Saez, N.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Clínica Redsalud, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica de la próstata con láser Holmio (HoLEP) o Thulium-YAG (ThuLEP) es un tratamiento recomendado por las guías internacionales para la hiperplasia prostática sobre 80 gramos. Se ha descrito que en un 8% de los pacientes sometidos a HoLEP/ThuLEP se detecta Cáncer de Próstata (CaP) siendo en su mayoría de bajo riesgo y manejados con vigilancia activa.

El objetivo de este trabajo es revisar nuestra incidencia de CaP y presentar en video un caso representativo de esta experiencia.

Materiales y métodos:

Analizamos nuestra base de datos retrospectivamente desde Mayo de 2016 a Julio de 2021. Un total de 205 pacientes han sido sometidos a enucleación laser, de los cuales en 5 (2,4%) se detectó CaP incidentalmente en la biopsia post enucleación. En el video se presenta un paciente de 75 años, previamente sometido a vaporización con láser Thulium-YAG. El paciente vuelve a presentar retención urinaria. La ecotomografía mostró un volumen prostático de 98 cc. El tacto rectal estimó una próstata grado III sin nódulos, el antígeno prostático fue de 11 ng/ml. Se realizó HoLEP con Virtual Basquet usando técnica de 2 lóbulos. Posteriormente, se morceló con dispositivo Piraña.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin incidentes, el tiempo operatorio fue de 105 minutos. Durante la cirugía, se logra identificar claramente el plano de enucleación. El tejido prostático extraído pesó 90 gr, con un 5% de Gleason 4+4=8. El paciente permaneció hospitalizado por 2 días. Se retiró la sonda en el segundo día y se indicó el alta con micción espontánea. En los otros 4 casos, se realizó ThuLEP sin incidentes con Biopsia pT1a ISUP 1 los que se manejaron con vigilancia activa. Los resultados perioperatorios fueron similares, siendo dados de alta el 2do día postoperatorio los 4 pacientes sin reingresos.

Conclusiones: En esta serie de casos, tanto HoLEP como ThuLEP fueron realizados sin incidentes en pacientes en que se detectó CaP incidentalmente. Los resultados perioperatorios fueron similares a los obtenidos en nuestra experiencia previa, pudiendo ser una excelente opción en pacientes con CaP en vigilancia activa que requieran desobstrucción.

V20) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO FIBER DUST: PRIMEROS CASOS EN LATINOAMÉRICA

Ledezma, R.(1); Bustamante, A.(2); Storme, O.(3); Marchetti, P.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana, Santiago, Chile (3): Clínica Redsalud, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica de la próstata es un tratamiento mínimamente invasivo para la hiperplasia prostática de gran tamaño. En los últimos años, la tecnología láser ha evolucionado y se han introducido nuevas alternativas. Uno de estos avances es el láser de fibra de Tulio (ThuF). Experiencias iniciales en enucleación con ThuF (ThuFLEP) han mostrado excelentes resultados perioperatorios comparables al HoLEP. (Morozov et al, J Endourol 2020).

El objetivo de este video es presentar un caso de enucleación con láser de fibra de Tulio perteneciente a una serie de 8 casos.

Materiales y métodos: Se presenta caso de paciente de 56 años con sintomatología obstructiva de larga data refractaria a tratamiento médico. La ecotomografía mostró un volumen prostático de 90 cc. El tacto rectal estimó una próstata grado IV, el antígeno prostático fue de 2,4ng/ml. El equipo de endoscopia usado fue resectoscopio 26Fr de flujo continuo con óptica de 30 grados y fibra laser de 550 µm. El láser de fibra de Tulio usado fue Fiber Dust de 60W. Los parámetros del láser para enucleación (ambos modo pulsado) fueron en corte 60W (1,2 J y 50 Hz) y coagulación 30W (300 mJ y 100 Hz). Se realizó una técnica de 3 lóbulos. Posteriormente, se morceló con dispositivo Piraña usando nefroscopio 24F.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin incidentes, el tiempo operatorio fue de 95 minutos. El tejido prostático extraído pesó 70 gr. El paciente permaneció hospitalizado por 2 días. Se retiró la sonda en el segundo día y se indicó el alta con micción espontánea. Se han realizado 8 casos en total con esta tecnología y los resultados intraoperatorios han sido similares al mostrado en este video. No se han presentado re-intervenciones ni re-ingresos hospitalarios. Al seguimiento los resultados funcionales han sido óptimos sin incontinencia, con mejoría del flujo y disminución del RPM.

Conclusiones: Esta serie de 8 casos de ThuFLEP fue realiza sin incidentes, apreciando excelente hemostasia y presentando los pacientes resultados perioperatorios similares a los obtenidos en nuestra expeiciencia previa con ThuLEP y HoLEP.

OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3

O19) REZUM: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Urrutia, C.(1); Henriquez, D.(1); Astorga, S.(1); Marchant, F.(1); Ledezma, R.(1); Olmedo, T.(1);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Rezum® es un procedimiento mínimamente invasivo basado en ablación térmica por convección del calor. Consiste en aplicación de dosis pequeñas de vapor de agua

en tejido prostático que provoca necrosis tisular. Procedimiento ambulatorio, cuya principal ventaja consiste en preservación de eyaculación. Estudios iniciales muestran efectividad en seguimiento a 48 meses en pacientes con próstatas entre 30 y 80 cc, tanto en IPSS como en uroflujometría. Objetivo: Presentar una serie de casos nacionales de pacientes sometidos a Rezum®. Describir la intervención y características clínicas de pacientes y complicaciones precoces del procedimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, incluyó pacientes operados con técnica Rezum, entre Enero y Agosto del 2021. Se registraron las características preoperatorias, datos operatorios y seguimiento hasta el tercer mes. Se analizaron los datos con software de acceso libre Jamovi 1.6.15, se presentan datos con estadígrafos no paramétricos.

Resultados: Se evaluó un total de 18 pacientes. La mediana de edad fue 63,5 años (55-81). La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial, presente en 44% de los pacientes. Volumen prostático 50.1 ml (38-71) grs. APE 2,67 ng/dL (0,51 -10,8) ng/dl. IPPS preoperatorio 18,1 puntos (12-27). QoL 4.2 puntos (3-5). En el procedimiento la mediana de inyecciones fue de 4 (3-5) en los lóbulos laterales y 1.6 (0-3) en el lóbulo medio cuando este estaba presente. El uso de sonda postoperatorio fue de 7.1 días (4-8), mediana de hospitalización 1 día. Al control de 3 meses IPSS 10,3 puntos (6-13). QoL 2,1 puntos (1-4). El 23% de los pacientes presentó complicaciones Clavien-Dindo 1, siendo la principal la presencia de hematuria. No se reportaron casos de complicaciones Clavien-Dindo 2 ni retención urinaria.

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

O20) RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES TRATADOS CON REZUM® EN UNA SOLA INSTITUCIÓN. PRIMERA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA.

Massouh, R.(1); González, D.(1); Flores, I.(1); Fullá, J.(2);

(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Propósito:

Evaluar los resultados del tratamiento con Rezum® para pacientes con síntomas del tracto urinario bajo (STUI) atribuidos a hiperplasia prostática benigna (HPB), luego de 6 meses de seguimiento.

Materiales y métodos:

Estudio prospectivo no controlado open-label que incluyó 40 pacientes mayores de 50 años, con un International Prostate Symptom Score (IPSS) >12 puntos, flujo urinario máximo (Q_{máx}) <16ml/seg y estimación de peso prostático (EPP) entre 35-81 cc, tratados con Rezum® por un solo cirujano, en un mismo centro. Se incluyeron pacientes con lóbulo medio. Controles sucesivos las semanas 6, 12 y 24 posterior a la intervención con IPSS y uroflujometría.

Resultados:

Luego de un seguimiento promedio de 18,4 meses, se observó una mejoría significativa en el IPSS, con una caída de 17 puntos (equivalente a una disminución del 79%, p=0.003) y un aumento de 8,8 ml/seg del Q_{máx} (equivalente a un aumento del 120%, p=0.01) al cabo de 24 semanas. Solo se reportaron eventos adversos Clavien-Dindo I y II, que resolvieron precozmente, destacó sólo un caso de trastorno de la eyaculación. Al cabo de seis semanas todos los pacientes se encontraban libres de tratamiento farmacológico, y no hubo pérdida de pacientes en el seguimiento.

Conclusión:

Primer estudio Latinoamericano con Rezum®, en el que se observaron resultados sintomáticos y de flujo urinario favorables, con pocas complicaciones tras los primeros seis meses de realizado el procedimiento. Sus resultados son reproducibles, aplicables a todas las configuraciones prostáticas y factible de realizar en un escenario ambulatorio. Se requiere un seguimiento más prolongado para establecer la duración de estos resultados a largo plazo.

O21) TUMORES TESTICULARES GERMINALES BILATERALES METACRONICOS

Ebel, L.(1); Foneron B., A.(1); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(1); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2); Astete, A.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1);
(1): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA- UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE (2): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA, VALDIVIA, CHILE

Introducción. Chile tiene una alta incidencia de cáncer testicular (CáT), 7.6/100.000 hombres (824 casos) el año 2020. Las tasas nacionales son variables entre regiones, destacando la De los Ríos con la tasa más alta del país. Es una enfermedad de hombres jóvenes, siendo el tumor sólido más frecuente entre 15-44 años; la gran mayoría deriva de las células germinales (CG) del testículo. Al momento del diagnóstico, 1-2% de los pacientes se

presentan con un tumor contralateral sincrónico. El resto tiene un alto riesgo de desarrollar un tumor bilateral metacrónico (TBM), calculado en 500 veces mayor que la población general. El tratamiento de TBM dependerá de su tamaño y ubicación dentro de la gónada, de su etapa tumoral y tipo histológico. Presentamos nuestra serie. **Materiales y Método.** Revisión de casuística de CáT-CG entre 1-1-2000 y 31-12-2020, analizando y caracterizando los casos de TBM. **Resultados.** En el período se trataron 536 casos de CáT-CG, 14 (2.6%) fueron TBM, con 3 casos tratados antes del año 2000; 12 casos adicionales fueron bilaterales sincrónicos. Edad promedio al diagnóstico del primer tumor (PT) fue 22.6 años (rango 17-28) y 28.0 años al momento del segundo (ST) (rango 19-33). Todos los casos excepto uno (IIA) fueron etapa I al diagnóstico. El lapso promedio entre ambos tumores fue 67 meses (rango 23-145). 4PT y 6ST fueron seminomas. En todos los casos se realizó orquidectomía radical; 2 casos de ST cumplían criterios para tumorectomía, ambos seminomas. PT y ST fueron del mismo tipo histológico en 3 pacientes, todos seminomas. Tamaño promedio de PT y ST fue 5.5 cms (rango 2-10) y 4.3 cms (rango 2-8), respectivamente. Todos los casos recibieron tratamiento activo según protocolo del servicio, menos 1PT y 2ST que fueron vigilados; no hubo fallecidos. **Conclusión.** El riesgo y lapso de aparición de TBM en nuestra casuística se compara con series nacionales. En ausencia de factores de riesgo y la dificultad para diagnosticar CáT-in situ, el seguimiento estricto por mínimo 10 años y el auto-examen testicular permanente son la mejor estrategia de pesquisa temprana del ST, especialmente en zonas de alta incidencia de CáT.

O22) EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE PARAGANGLIOMAS RETROPERITONEALES: EXPERIENCIA DE 102 CASOS EN UN SOLO CENTRO ACADÉMICO

Valenzuela Grau, R.(1); San Francisco, I.(1); Lopez Moya, P.(2); Uslar, T.(1); Arteaga, E.(1); Baudrand, R.(1);

(1): Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile (2): CESFAM La Higuera, La Serena, Chile

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos de baja prevalencia, derivados de las células cromafines de la cresta neural y que se encuentran en ubicación extra-adrenal. Los paragangliomas retroperitoneales corresponden al 5-10% del total. En su gran mayoría son tumores funcionales y provocan síntomas derivados del exceso de catecolaminas. El pilar del tratamiento es la resección quirúrgica, siendo en muchos casos cirugías de alta complejidad por estar cercano a grandes vasos y órganos nobles.

Materiales y métodos: Se revisaron las cirugías de resección de paragangliomas retroperitoneales (PR) de pacientes de un mismo centro para el análisis de datos clínicos, quirúrgicos e histo-patológicos.

Resultados: Entre 1981-2020 fueron sometidos a cirugía un total de 102 casos, la mayor serie reportada en la literatura actual. El 38,2% fueron mujeres, y el promedio de edad fue de 44,2 años. Un 64% fue sintomático siendo lo más frecuente dolor abdominal e hipertensión arterial, sin embargo, en la última década los hallazgos imagenológicos han ido en aumento. El examen diagnóstico de elección fue el scanner contrastado. El 60% presentó elevación de metanefrinas al diagnóstico. Un 14.7% correspondían a neoplasia maligna, y el 10.7% presentó recurrencias. La cirugía de resección se realizó por vía laparoscópica en el 65% de los casos en los últimos 14 años con resultados oncológicos similares a la vía abierta, pero con un menor número de días de hospitalización (6,2 días vs 2,8 días).

Conclusión: Los paragangliomas retroperitoneales suponen un desafío tanto diagnóstico como terapéutico, debido a su baja prevalencia y ubicación cercana a grandes vasos y órganos nobles, respectivamente. La cirugía es el tratamiento de elección en este grupo de pacientes. Las técnicas actuales mínimamente invasivas como la cirugía por laparoscópica han demostrado tener resultados seguros y eficaces en centros de gran volumen y cirujanos expertos.

O23) FACTORES ASOCIADOS A PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CÁNCER TESTICULAR: ONCOTESE

Iñiguez, S.(1); Palma, C.(1); Ossandon, E.(1); Cruz, E.(2); Vinay, J.(1);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El Cáncer Testicular (CT) es la principal neoplasia sólida en hombres en edad fértil. Su incidencia global de 5.2/100.000 hombres muestra una tendencia al alza en los últimos años. Por otro lado, la calidad seminal de la población se ha deteriorado progresivamente durante las últimas décadas. La asociación entre neoplasias germinales testiculares y alteraciones seminales es un fenómeno en activa investigación.

Menos del 50% de pacientes con CT tienen parámetros seminales normales antes de la orquiectomía ampliada, con un 25% presentando azoospermia. La extracción de espermatozoides desde el testículo durante la orquiectomía (OncoTESE) es muchas veces la única alternativa para preservar la fertilidad, especialmente en pacientes monórquicos. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia de OncoTESE en un Hospital Universitario, con énfasis en las características clínicas y tasas de recuperación espermática.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal que considera todos los pacientes sometidos a OncoTESE entre los años 2015 y 2021 en un Hospital Universitario. Se analizaron antecedentes clínicos, anatomo-patológicos y tasas de recuperación espermática.

Resultados

Doce pacientes fueron sometidos a OncoTESE, con una edad promedio de 35 años (22-51 años). 4 pacientes eran monórquicos. En el análisis seminal preoperatorio: 10 pacientes eran azoospermicos, uno criptoazoospermico y uno oligozoospermico severo. El valor promedio de hormona folículo estimulante (FSH) fue 20,1 UI/mL (5.8-35.6). 10 pacientes fueron sometidos a OncoTESE y 2 a microOncoTESE. Se logró recuperación espermática en un 75% de los pacientes en forma global y en el 100% de pacientes monórquicos.

La histología de los tumores con fracaso de recuperación espermática fue: seminoma, tumor de células de Leydig y tumor quemado. En este grupo, dos pacientes presentaban los mayores niveles de FSH de la muestra.

Conclusión

La criopreservación de semen preoperatorio en CT es fundamental para preservar la fertilidad. Pacientes con azoospermia u oligozoospermia severa tienen indicación de OncoTESE durante la orquiectomía ampliada, especialmente en casos de testículo único. Aunque una FSH elevada no contraindica realizar un OncoTESE, es un marcador de gravedad en la falla de espermatogénesis.

O24) LEY NACIONAL DEL CÁNCER: DESARROLLO DEL CONSEJO TÉCNICO LOCAL ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Elias, E.(1); Cataldo, C.(1); Vicherat, C.(1);
(1): Hospital El Carmen, Santiago, Chile

El Ordinario 5647 del 20 de diciembre del 2019 enviado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL planteó que cada Servicio de Salud y cada Centro Hospitalario, en el marco de la organización de la red oncológica de los distintos Servicios, deben crear un Consejo Técnico Local Oncológico. Este tiene por objeto la correcta implementación y cumplimiento de los indicadores del plan nacional del cáncer y mejorar la articulación de la Red Oncológica en base a procesos.

Este trabajo desarrolla las distintas etapas y muestra los resultados a un año de la creación de este Consejo Técnico Oncológico en un hospital terciario que no cuenta con Servicio de Oncología. Describe la conformación y los procesos de gestión involucrados en la licitación de prestaciones (como Quimioterapia y Radioterapia), en el acceso a drogas de alto costo (Comité DAC), en el desarrollo del Comité Oncológico y la Unidad de Cuidados Paliativos y en la creación de un sistema de registro local centralizado de patología oncológica.

Desde la conformación del Comité Oncológico (Marzo 2021) se han presentado 215 pacientes con patologías GES acreditadas como prestación en el hospital (Cáncer Renal, Cáncer Próstata, Cáncer Vesical, Cáncer Testicular, Cáncer Colorectal y Cáncer Gástrico). El 40% de los pacientes corresponde a patología urológica. Han sido derivados a QMT 47 pacientes y a RT 31 pacientes. El consejo técnico ha facilitado la gestión de 53 exámenes complementarios, con una espera actual menor a un mes (incluidos PET y RNM en extrasistema). La resolutivez de los casos presentados es actualmente del 98%. Por su parte, a la Unidad de Cuidados Paliativos han ingresado 208 pacientes, con 128 pacientes activos, que reciben una atención multidisciplinaria.

Esperamos que nuestra experiencia sirva de ejemplo a otros centros que no cuentan con prestación oncológica, de como poder articular estos procesos y desarrollar sus propios consejos técnicos locales con provisión de servicios asistenciales, fortalecimiento de la red oncológica y la mejoría de los sistemas de registros.

O25) VALIDACIÓN DE MODELO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EVALUACIÓN DE ÚLCERAS GENITALES, ESTUDIO COMPARATIVO CON MÉDICOS ESPECIALISTAS

Gallegos Moran, H.(1); Mery, D.(1); Aclé Fossa, R.(1); Bravo, J.(1); Sepulveda, F.(1); Zuñiga, A.(1); San Francisco, I.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Dentro de las úlceras genitales, el virus herpes simple y la sífilis son de las causas más comunes, seguidos por el chancroide, linfogranuloma venéreo, donovanosis. El diagnóstico inicial es difícil de diferenciar por urólogos y médicos generales no expertos. La inteligencia artificial (IA) se está transformando en un elemento importante, permitiendo una aproximación certera, comparable incluso con la de personas expertas. El objetivo del trabajo es mostrar la aplicación y capacidad diagnóstica de un modelo basado en redes neuronales que permite diferenciar entre las lesiones antes mencionadas a través de una fotografía y síntomas del paciente.

Materiales y métodos: Se utilizó una base de datos de imágenes de los 5 tipos de úlceras genitales más comunes. Se entrenó un modelo de Redes Neuronales Convolucionales, concatenado con modelos de machine learning para poder diferenciar entre las 5 diferencias tipo de lesiones. El modelo fue desarrollado en un trabajo en conjunto entre urólogos, dermatólogos y el laboratorio XCV del Departamento de Ciencias de la Computación de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Finalmente se realizó un estudio de validación

utilizando 15 casos clínicos, desconocidos para el modelo, comparando sus resultados con un grupo de médicos generales, del área dermatológica y urológica. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante modelos de regresión Poisson. Análisis estadístico realizado mediante SPSS 22.0 y R Studio.

Resultados: Se incluyó un total de 104 médicos generales y especialistas. El porcentaje de acierto para el diagnóstico más probable fue de 54.6%, 55.1%, 70.4% y 86.7% para Médicos generales, Urólogos, Dermatólogos y Modelo de IA, respectivamente ($p=0.006$). Mientras que para los 2 diagnósticos más probables, el porcentaje de acierto fue de 71.4%, 70.9%, 81.5% y 100% para Médicos generales, Urólogos, Dermatólogos y Modelo de IA, respectivamente ($p=0.031$).

Conclusión: Presentamos la validación de un modelo de Inteligencia Artificial para el diagnóstico de úlceras genitales, sobre el cual no existen reportes disponibles en la literatura. Probamos que con su uso existen diferencias significativas en la probabilidad de obtener un diagnóstico adecuado, siendo superior incluso a la de los médicos especialistas gracias al proceso de aprendizaje desarrollado en redes neuronales.

O26) ENDOUROLOGIA EN CHILE: ESCENARIO ACTUAL

Torres, B.(1); Loyola, M.(2); Krebs, A.(3); Vargas, R.(4); Vivaldi, B.(5); Acuña, E.(6); Domenech, A.(7); Aguila, F.(8);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana, Santiago, Chile (4): Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile (5): Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile (6): Hospital de Ovalle, Ovalle, Chile (7): Clínica BUPA, Santiago, Chile (8): Hospital San José, Santiago, Chile

Introducción: La Endourología es un área de la urología que ha tenido un gran desarrollo en las últimas décadas. Incluye el diagnóstico y tratamiento mínimamente invasivo de urolitiasis, alteraciones anatómicas genitourinarias, tumores de tracto urinario superior y crecimiento prostático. En Chile existe desde el año 2016 la Filial de Endourología (FE), bajo el alero de la Sociedad Chilena de Urología (SCHU). A julio del 2021 la FE contaba con 71 miembros activos. El objetivo de este trabajo es caracterizar la composición de dicha filial y describir cómo se ejerce la endourología dentro de Chile.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se realizó una encuesta mediante Formulario Google a los miembros de la FE entre mayo y junio de 2021. Dentro de la encuesta se recolectaron variables sociodemográficas, estudios de postgrado, lugar de trabajo, actividad endourológica, vinculación universitaria, jerarquización académica y afiliación con la SCHU.

Resultados: La encuesta fue respondida por los 71 miembros activos (100%). La distribución geográfica de miembros fue de 49 en la zona central y 22 en las zonas norte y sur del país. El 69% de los miembros realizó su especialidad en la Universidad de Chile, Pontificia

Universidad Católica de Chile o Universidad de Santiago de Chile. El 64% de los miembros lleva entre 6 y 20 años de ejercicio profesional. El 69% cuenta con formación específica en endourología, 58% en centros internacionales. Dos afiliados cuentan con estudio formal en docencia. Existe una distribución equitativa entre ejercicio público, privado y mixto, 63% trabaja en un solo centro y 38% cuenta con unidad de endourología dedicada en su lugar de trabajo. Más de la mitad refiere dedicar solo un 25-50% de su quehacer a la endourología. El 73% de los miembros realiza actividades docentes y el 54% cuenta con grado académico.

Conclusiones: La Filial de Endourología es una entidad joven que ha tenido un significativo crecimiento y que ha ganado importante presencia académica desde su creación hasta la actualidad. El presente análisis descriptivo de la realidad nacional permite conocer el estado actual, además de vislumbrar fortalezas y potenciales áreas de desarrollo futuro de la endourología en Chile.

O27) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE ENDOSCOPIA BAJO CISTOSCOPIA FLEXIBLE: NUESTRA EXPERIENCIA

Escudero Bustos, N.(1); Gallegos Valenzuela, I.(1); Sepulveda Tapia, F.(1); Novoa Brunet, C.(1); Vidal Mansilla, V.(1); Lagos Sepulveda, M.(1); Arias Villanueva, M.(1); Baeza Barrera, R.(1); Vargas Gálvez, A.(1);
(1): Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

INTRODUCCIÓN:

La instalación de catéter doble jota es un procedimiento frecuente en la práctica urológica. Si bien en nuestro país la práctica habitual es la instalación en pabellón central con anestesia espinal, en diversos centros a nivel mundial se realiza bajo sedación y anestesia local en unidades de endoscopia, lo cual se ha visto favorecido con la masificación de cistoscopios flexibles. Los objetivos de este estudio fueron determinar tasa de éxito, tolerancia, complicaciones y factibilidad del procedimiento en pabellón de endoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional, transversal, retrospectivo. Se revisaron protocolos operatorios de 150 pacientes sometidos a instalación de catéter doble jota con cistoscopia flexible y fluoroscopia en pabellón de endoscopia bajo anestesia local con o sin sedación entre febrero del 2018 a julio de 2021. Se evaluó sexo, edad, indicación de instalación, tolerancia, tiempo operatorio, éxito y fracaso del procedimiento así como complicaciones derivadas del procedimiento.

RESULTADOS

Se revisaron 150 protocolos. 94 fueron mujeres y 56 hombres cuya edad promedio fue 48 años. Las indicaciones más frecuentes de instalación fueron cólico-subintrante en 60 casos,

27 pionesofrosis, 26 hidroureteronefrosis, 12 preoperatorios, 8 recambios en usuarios, 6 falla renal aguda y 4 compresión extrínseca. Según la escala EVA 132 pacientes reportaron buena tolerancia, 15 regular y 3 mala. Se administró anestesia local más sedación en 73 pacientes y 77 pacientes solo con anestesia local. Se reportaron 22 intentos frustrados cuyas causas más frecuentes fueron no ascenso de guía hidrofílica en 11 casos, 6 fallas de ascenso de pigtail. Nueve de estos casos con litiasis >10mm de larga data. Del total, 24 pacientes consultaron en urgencia posterior al alta, 13 fueron hospitalizados. El tiempo promedio de instalación fue de 19 minutos, estimando un tiempo de ahorro de pabellón central de 49 horas.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la instalación de catéter doble Jota es un procedimiento invasivo que se puede realizar de forma segura y bien tolerada en pabellón de endoscopía bajo sedación o incluso bajo anestesia local exclusiva. Esto permitiría destinar esas horas de pabellón central a otras intervenciones electivas.

O28) MORBILIDAD PERIOPERATORIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA UROLITIASIS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 2.531 CASOS

Vega Avalos, A.(1); Krebs, A.(2); Bustamante, A.(2); Barroso, J.(2); Osorio, F.(2); Saavedra, Á.(2); Zambrano, N.(2); Otaola Arca, H.(2); Fernandez, M.(2);

(1): Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La urolitiasis ha mostrado un incremento en prevalencia en las últimas décadas, determinando una mayor demanda por atención y tratamiento. Existen múltiples reportes de la efectividad de los procedimientos para el tratamiento activo de la urolitiasis. Sin embargo, estas intervenciones no están exentas de riesgo y, si bien en nuestro país se ha acumulado experiencia, existe escasa información acerca de la evolución de los pacientes que se desvían de un postoperatorio ideal. El objetivo de este trabajo es describir las complicaciones postoperatorias precoces de la ureteroscopía (URS) y la litotricia extracorpórea (LEC) como tratamientos activos para la urolitiasis.

Material y método

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. Luego de aprobación por comité de ética, se registraron variables demográficas, clínicas y de seguimiento. Se recolectaron datos de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por urolitiasis en forma consecutiva entre enero de 2010 y junio de 2020 en nuestra institución. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables clínicas según el tipo de procedimiento, con foco en la morbilidad perioperatoria.

Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 2.531 procedimientos. Estos consistieron en URS semirrígida y/o flexible en 2.103 y LEC en 428 casos. Consultas postoperatorias al servicio de urgencia ocurrieron en 90 (4,3%) y 44 (10,1%) de los pacientes sometidos a URS y LEC, respectivamente ($p < 0,001$). El 5,2% de estas visitas al servicio de urgencia se relacionaron con intolerancia a catéter doble J. Reingresos no planificados antes del día 30 postoperatorio fueron necesarios para 61 (2,9%) y 24 (5,6%) pacientes sometidos a URS y LEC, respectivamente ($p = 0,0072$), siendo las principales causas dolor (51,5%), complicaciones infecciosas (24,2%) y hematuria (8,4%). Fueron necesarias 20 (3,56%) reintervenciones no planificadas dentro de los primeros 30 días, 6 (0,29%) en el grupo URS y 14 (3,27%) en el grupo LEC, siendo la indicación principal dolor persistente secundario a cálculos residuales. Globalmente 2.288 (90,4%) pacientes no experimentaron ningún tipo de evento adverso.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de la urolitiasis es seguro. Los procedimientos analizados en nuestra serie (URS y LEC) presentaron bajas tasas de visitas a urgencias, reingresos y reintervenciones durante los primeros 30 días postoperatorios.

O29) EL FUTURO DEL MANEJO DE LA LITIASIS BILATERAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR, EXPERIENCIA INICIAL DE SBES EN CHILE

Rozental, M.(1); Morales, C.(2); Alliende, C.(1); Coria, D.(1); Loyola, M.(1); Tapia, A.(2); Morales, I.(2);

(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Universidad de los Andes / Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile

Introducción:

Se estima que hasta en un 15-25% de los pacientes con urolitiasis pueden tener litiasis bilaterales (1,2), por lo que el manejo de la urolitiasis bilateral del tracto superior constituye un desafío para el urólogo. Se ha demostrado que realizar en una misma sesión el manejo de la litiasis bilateral es un procedimiento seguro y efectivo (3,4). En este trabajo relatamos nuestra primera experiencia como centro en SBES (Simultaneous bilateral endoscopic surgery), cirugía caracterizada por la realización simultánea de una ureteroscopia flexible (fURS) en una unidad renal asociado a una nefrolitotomía percutánea (NLPC) de la litiasis contralateral.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo. Se analizó la cirugía de SBES realizada en 10 pacientes consecutivos sometidos entre los meses de Agosto 2018 y Agosto 2021 en nuestro centro, analizando las características morfológicas de las litiasis, las complicaciones perioperatorias y el Stone free con PieloTAC de control.

Resultados

El diámetro máximo promedio de las litiasis tratadas fue 28 mm (rango 10-52 mm) y 11 mm (rango 8-13 mm) de la NLPC y fURS respectivamente. El Stone free fue de 50% en el PieloTAC de control. Ninguno de los pacientes recibió transfusión durante el perioperatorio. La principal complicación fue el dolor postoperatorio con requerimiento de uso de opioides a las 6 horas en un 30% de los pacientes, pero ninguno a las 24 horas postoperatorio y no se presentaron complicaciones mayores. La estadía hospitalaria promedio fue de 2 días.

Conclusiones

La técnica de SBES puede constituir el futuro de la cirugía para el manejo de la nefrolitiasis bilaterales, en nuestro primeros resultados de la técnica demostró ser un procedimiento seguro y efectivo.

TI1) TRABAJOS DE INGRESO

TI1) PREOCUPANTES TASAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN MYCOPLASMAS GENITALES: REALIDAD NACIONAL.

Fuentes Espinoza, A.(1); Lam Esquenazi, M.(1); García Cañete, P.(1); Calvo De La Barra, C.(1); (1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: *Ureaplasma urealyticum/parvum* (U U/P) y *Mycoplasma hominis* (MH) suelen ser microorganismos comensales del tracto genitourinario. Sin embargo, pueden causar uretritis, cervicitis/endometritis, o incluso infecciones intra-amnióticas. Dado que no poseen pared celular, el espectro de antibióticos eficaces para su tratamiento es limitado y la resistencia antibiótica se ha visto en aumento. El tratamiento empírico con macrólidos o tetraciclinas es de amplio uso en la práctica clínica y podría estar contribuyendo a un aumento en las tasas de resistencia antibiótica. El objetivo de este trabajo fue analizar las tasas de resistencia antibióticas reportadas en las muestras procesadas por el laboratorio clínico de la red de salud UC-Christus.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo analizando los cultivos realizados entre julio 2017 y diciembre 2020 con el kit MYCOFASTÒ para el diagnóstico y resistencia antibiótica U U/P y MH, provenientes de muestras tomadas de ambos géneros (secreción

endocervical, vaginal, uretral, orina y semen). Se comparó la resistencia antibiótica para ambos microorganismos entre las diferentes muestras analizadas.

Resultados: De un total 7448 muestras, resultaron positivas el 32,8%, las cuales correspondieron a 19,3% U U/P, 12% fueron positivas a ambas bacterias y sólo 1,4% fueron positivas a MH. U U/P mostró una alta tasa de resistencia a Eritromicina (56,7%) con una mayor proporción de resistencia en mujeres comparado a hombres (61,3% vs 29,1% $p < 0,01$). La tasa de resistencia a tetraciclinas global fue de 39,7%, pero alcanzó un 60,6% en las muestras de secreción uretral. La resistencia a levofloxacino fue de 23,9% similar en todas las muestras. MH mostró una menor tasa de resistencia antibiótica que U U/P, liderada por levofloxacino (31,2%) pero con una tasa mínima de resistencia a tetraciclinas (1,9%).

Conclusión: Las tasas de resistencia antibiótica de *Ureaplasma spp.* para los antibióticos de uso rutinario es preocupantemente alta y podría llevar a cambiar los esquemas de tratamiento empíricos actualmente utilizados.

TI2) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO

Oyanedel, F.(1);

(1): Hospital Clínico Regional de Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción: Se ha producido un aumento en el diagnóstico del cáncer de próstata con lo que se ha acuñado el término “sobrediagnóstico” que describe un tumor que se diagnostica a través de un examen de tamizaje y que no tiene la capacidad de causar síntomas ni la muerte. El tratamiento del cáncer de próstata no está exento de complicaciones por lo que se ha propuesto la estrategia de vigilancia activa para pacientes que tienen un cáncer de próstata de bajo riesgo, permitiendo ofrecer un tratamiento curativo a aquellos hombres cuya enfermedad progresa, sin perder la ventana de cura.

Se describen los resultados del seguimiento a mediano plazo de una cohorte de pacientes manejados con vigilancia activa.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte histórica de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo atendidos en un hospital público. Se incluyeron pacientes que tenían un mínimo de 12 meses de seguimiento desde el diagnóstico inicial. Se seleccionaron los potenciales participantes tomando los resguardos éticos pertinentes, y fueron dispuestos en una base de datos. Se obtuvieron las variables de interés y se consolidaron en una planilla de datos, los que fueron analizados con la plataforma RStudio®. El análisis se basó en estadística descriptiva.

Resultados: El análisis de los datos de 70 pacientes muestra que la vigilancia activa es una estrategia oncológicamente segura para el manejo de los pacientes. Un 17,1% de los pacientes fueron re-clasificados a un grupo de mayor riesgo, y no perdieron la posibilidad de

recibir un tratamiento con intención curativa. 18 pacientes (25,7%) recibieron tratamiento curativo.

Los resultados de este estudio no difieren con lo que reportan series internacionales.

Conclusiones: La vigilancia activa es una forma segura y beneficiosa para el manejo de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo. Permite disminuir los problemas asociados al sobretratamiento.

La realización de biopsia prostática de confirmación parece ser la clave para la obtención de buenos resultados oncológicos.

Palabras clave: próstata, cáncer de próstata, vigilancia activa, elección de tratamiento, sobre diagnóstico, sobretratamiento.

TI3) MANEJO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: EXPERIENCIA INICIAL

Sáez Valenzuela, I.(1);

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

Introducción:

El manejo quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna ha incorporado numerosas técnicas en los últimos 25 años. Las opciones endoscópicas con láser han demostrado buenos resultados y con alto margen de seguridad.

Se presenta la experiencia en el manejo quirúrgico de la hiperplasia prostática en modalidad ambulatoria, en un centro universitario de Santiago.

Material y métodos:

Un total de 18 pacientes fueron operados mediante cirugía endoscópica con láser (vaporización con láser verde y enucleación con láseres verde (GreenLEP), Holmium (HoLEP), y Thulium (ThuLEP)), y fueron dados de alta dentro de las 24 horas del postoperatorio. Se registró variables perioperatorias, complicaciones, y tiempo de uso de sonda uretral.

Resultados:

17 de los 18 pacientes evolucionaron favorablemente. 7 pacientes fueron dados de alta con sonda Foley, la que fue retirada en forma ambulatoria, con un tiempo promedio de uso de sonda de 31,6 horas.

Solo un paciente de la serie, operado mediante ThuLEP, requirió reinstalación de sonda Foley por retención urinaria, que resuelve luego de 72 horas de sonda en domicilio. No hubo complicaciones hemorrágicas en la serie.

Conclusiones:

La cirugía ambulatoria de la hiperplasia prostática, con el uso de láseres, está probando ser segura, y aporta beneficios en cuanto a disponibilidad de camas de hospitalización; minimiza la estadía hospitalaria, y mantiene los resultados funcionales de las opciones tradicionales.

Palabras Claves: Hiperplasia prostática, cirugía ambulatoria, láser, holmium, thulium, greenlight

TI4) REVERSIÓN DE VASECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA: EXPERIENCIA DE UN CIRUJANO EN CENTRO ÚNICO.

Osorio, F.(1); Barroso, J.(1);

(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: La vasectomía es un método de anticoncepción cada vez más utilizado en nuestro país. Hasta un 6% de los hombres que se han realizado una vasectomía consultan buscando ser padres nuevamente. La reversión de vasectomía permite restaurar la fertilidad en estos pacientes. Nuestro objetivo es describir la experiencia quirúrgica y resultados de las primeras vasovasostomías microquirúrgicas realizadas por nuestro equipo.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo analizando variables demográficas y resultados quirúrgicos de las vasovasostomías microquirúrgicas realizadas en nuestro centro entre Junio 2016 y Enero 2021 por un solo cirujano. Los pacientes fueron controlados con espermograma al 1er y 3er mes post operados. Se calculó las tasas de permeabilidad

(presencia de espermatozoides en el semen) y de embarazo, tanto espontáneo como con apoyo de técnicas de reproducción asistida.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 18 pacientes. La edad media de los pacientes y de sus parejas fue de 43,1 y 34,3 años respectivamente. El tiempo medio entre vasectomía y reversión fue de 4,7 años (1-13). El 67% de las cirugías fue ambulatoria. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. La tasa de permeabilidad al 1er mes fue de 94% y al 3er mes de 88%. La tasa de embarazo fue de 50%, espontáneo en 62,5% de los casos.

Conclusiones: La vasovasostomía microquirúrgica es una cirugía mínimamente invasiva, que constituye una alternativa segura y efectiva para los hombres que quieren restaurar su potencial de fertilidad post vasectomía.

TI5) TRASPLANTE RENAL EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO: 38 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Vivaldi, B.(1); Coria, D.(1); Loyola, M.(1); Santana, V.(2); Coz, F.(1);

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

INTRODUCCIÓN

El Trasplante Renal (TR) es el tratamiento de elección para aquellos pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal (ERC) debido a que, además de ser una medida costo – efectiva, mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad de estos pacientes en comparación con aquellos que se mantienen en diálisis. Según registros de trasplantes del Instituto de Salud Pública (ISP), en Chile al año 2019 se han realizado 8406 trasplantes renales. Sin embargo, el número de donantes es insuficiente y la lista de espera de pacientes que necesitan un riñón crece año a año. El objetivo de este estudio es dar a conocer nuestra experiencia en TR durante los últimos 38 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectiva que incluyó 246 pacientes trasplantados renales en el Hospital Militar de Santiago, entre mayo de 1983 y mayo de 2021. Se analizaron variables como tipo de donante, características del receptor, esquema terapia de inmunosupresión, tiempo de isquemia fría y caliente, rechazo agudo y crónico, sobrevida del injerto y complicaciones postoperatorias. Se estudió además, a través del sistema

estadístico STATA (Versión 17.0) y por regresión logística, si la sobrevida del injerto se vio afectada por las diferentes variables.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes trasplantados fue de 43 años (10 – 75). El tiempo medio que nuestros pacientes permanecieron en terapia de reemplazo renal (TRR) previo a recibir el injerto fue de 26 meses (3 días – 168 meses). Ciento ochenta y nueve (76.8%) correspondieron a donantes cadavéricos, 51 (20.7%) a donante vivo relacionado sanguíneo (padres y/o hermanos) y 6 (2.5%) a donante vivo relacionado no sanguíneo. La sobrevida actuarial del injerto en 246 trasplantes renales a 1, 5 y 10 años fue de 93,4%, 76% y 63% respectivamente. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 217 meses.

CONCLUSIONES

La sobrevida del injerto de nuestro grupo de trabajo se compara a la descrita con otras series internacionales. Nuestras complicaciones postoperatorias se encuentran dentro de lo reportado en la literatura mundial e incluso en algunos casos menores a ellas.

TI6) BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL, EXPERIENCIA INICIAL CON TÉCNICA “DOUBLE-FREEHAND”

Acuña, J.(1); Donoso, R.(1); Testa, I.(1); Rojas, J.(1); Durán, L.(1); Neira, R.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) es la patología oncológica más frecuente en el hombre en Chile. Dada esta alta incidencia, la biopsia de próstata es un procedimiento muy frecuente, y la vía más utilizada es la biopsia transrectal. La biopsia de próstata transperineal

(BpTP) ha generado mayor interés el último tiempo, principalmente, por su mínimo riesgo de infección. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia inicial en BpTP en nuestro centro con técnica sin guía, o “double-freehand”, en pacientes con sospecha de CaP, con y sin RMmp previa. **Materiales y métodos:** Estudio tipo serie de casos. Se registran prospectivamente, desde abril 2020 hasta agosto 2021, las BpTP realizadas en nuestro centro por un urólogo. Se registran datos personales, información pre biopsia, variables del procedimiento. Luego los resultados de biopsia, puntaje de Gleason y grupo ISUP. Se realiza registro de las complicaciones, con especial énfasis en infección o sepsis, hematuria y retención urinaria. **Resultados:** Se realizaron 59 BpTP. La media de edad fue 65 años (DE 9 años). 47 casos contaron con una RMmp previa. En los primeros 24 casos se realizó el procedimiento bajo anestesia raquídea o general, posteriormente con anestesia local y sedación. 1 caso se realiza con anestesia local. La tasa de detección de CaP fue un 62,7% (n=37). El tiempo de promedio fue 21 minutos (DE 7 min.), con una estabilización de los tiempos tras el caso número 17. Se registra una complicación consistente en retención urinaria (1,7%). No se presentaron casos de infección o sepsis. **Conclusiones:** En esta serie inicial el procedimiento tuvo una buena tasa de detección de CaP y un alto nivel de seguridad, ya que no hubo infecciones ni reingresos. Además permitió disminuir las necesidades de antibioterapia y anestesia. Esta serie constituye una primera experiencia en Chile con una técnica “freehand” o sin guía, y nos parece de alta importancia su difusión, ya que permite la implementación de esta vía a un menor costo.

TI7) EXPERIENCIA INICIAL DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA VS CURVA ESTABLECIDA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA DE UN MISMO CIRUJANO.

Vilches, R.(1); Orellana, S.(1); Roman, J.(1); Aliaga, A.(1); Reyes, D.(1); Walton, A.(1); Vega, A.(1); Segebre, J.(2); Olea, M.(2); Consigliere, L.(2); Bravo, C.(3);

(1): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Hospital San José, SANTIAGO, Chile (3): Departamento de Matemática y Ciencia de la Computación, Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical es el estándar en el tratamiento del cáncer de próstata localizado. La cirugía mínimamente invasiva ha mostrado resultados funcionales y oncológicos comparables con el abordaje abierto, con ventajas como menor morbilidad. La cirugía laparoscópica convencional ha caído en desuso con el auge de la cirugía robótica, la que aún no está ampliamente disponible. La técnica laparoscópica tiene una alta curva de aprendizaje.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio analítico transversal de pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta (PRA) o laparoscópica (PRL) por un mismo cirujano entre enero 2016 y agosto 2021. Todos los pacientes contaron con comité oncológico preoperatorio. Se registraron características clínico-epidemiológicas y oncológicas basales. Se registraron variables perioperatorias y resultados oncológicos precoces. Se realizó análisis estadístico para comparar los resultados entre ambos grupos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 57 pacientes para PRL y 43 pacientes para PRA entre Septiembre 2016 y Agosto 2021. Las poblaciones fueron similares, sin encontrarse diferencias en cuanto a edad, PSA y estadio clínico, aunque hubo una significativa mayor proporción de casos de alto riesgo en el grupo PRL vs PRA (26,3% y 18,6%, $p=0.014$). En relación a las variables perioperatorias la PRL presentó menor sangrado intraoperatorio (287 vs 577cc, $p=0.0001$), días de cateterización urinaria (8,3 vs 13,6 $p=0,0001$) y estadía hospitalaria (2,2 vs 4,2 días, $p<0.001$), y mayor tiempo operatorio (220,2 vs 167 min $p=0.0001$). PRL mostró significativamente menor margen quirúrgico positivo global ($p=0.04$) y en pT2 ($p=0,015$) sin diferencias en pT3. No hubo diferencias en cuanto a complicaciones totales o Clavien 3-5. PRL mostró significativamente mayor tasa de continencia inmediata ($p=0,0001$) y precoz ($p=0,009$) vs PRA tanto social como completa.

CONCLUSIÓN: En esta serie de pacientes con cáncer de próstata operados por un mismo cirujano, la PRL se asoció a menor sangrado intraoperatorio, menor estadía hospitalaria, menos días de sonda uretrovesical, menos márgenes positivos globales y en pT2 y una recuperación de la continencia inmediata y precoz en relación con la PRA. Por otro lado la PRL presentó mayor tiempo operatorio. La PRL parece ser una alternativa atractiva para ofrecer mínima-invasividad en centros que no cuentan con plataforma robótica.

PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P01) EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE MEDIANTE ESCLEROTERAPIA TRANSESCROTAL ANTERÓGRADA

Elorrieta, V.(1); Díaz, M.(2); Román, C.(2); Muñoz, C.(1); Henríquez, C.(1); Villena, J.(1); Henríquez, I.(1); Urrea, F.(1); Marchetti, P.(2); Balbontín, F.(2); (1): Residente de Urología, Universidad Finis Terrae – Clínica Santa María, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología. Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La escleroterapia transescrotal anterógrada (ETA) es una técnica validada para el tratamiento del varicocele. Estudios previos demuestran su utilidad, especialmente en casos de recidiva. Presentamos nuestra serie actualizada de 10 años de experiencia en ETA.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo, que analiza 95 pacientes con diagnóstico clínico de varicocele, confirmado por ecografía, sometidos a ETA con polidocanol al 2% bajo fluoroscopia, entre enero de 2011 y mayo de 2021. Se realizó seguimiento clínico, ecográfico, y en los casos correspondientes, con espermiograma entre uno y tres meses postoperatorios. El procedimiento se consideró exitoso si la ecografía de control demostraba ausencia o disminución significativa del reflujo venoso. Además, se analizó la

resolución significativa del dolor en los casos que reportaban este síntoma de manera preoperatoria. Se reportaron complicaciones mediante Clavien-Dindo.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue 28,5 años [11-47]. 72,6% de los pacientes tenían un varicocele primario y 27,4% una recidiva luego de alguna técnica previa distinta. La indicación quirúrgica fue dolor testicular en 62,1%, atrofia testicular en 10,5%, y alteración del espermograma (sin infertilidad clínica) en 27,4%. 11,6% de los pacientes tenían varicocele grado I, 38,9% grado II, y 49,5% grado III. En 2 pacientes se realizó una técnica bilateral. El tiempo operatorio promedio fue de 57 min. La canulación de una afluyente de la vena gonadal fue exitosa en 94,7%. No hubo complicaciones intraoperatorias. Hubo un 13,7% de complicaciones post operatorias (todas Clavien-Dindo I). De los pacientes que realizaron seguimiento ecográfico (48,4%), 15,2% demostró reflujo persistente en el plexo pampiniforme operado. De los pacientes que reportaban dolor preoperatorio, 73,7% tuvo una resolución significativa del síntoma. Al analizar a los pacientes con indicación por recidiva de varicocele, el 90,5% tuvo una resolución ecográfica.

Conclusiones: Esta actualización de nuestra serie refleja tasas de canulación exitosa similares a la reportada en la literatura. La ETA es una cirugía con un tiempo operatorio acotado que presenta resultados comparables a otras técnicas para la operación de varicocele, con mínimas complicaciones. Esta técnica se mantiene como una alternativa ideal para pacientes operados por recidiva, con tasas de éxito cercanas al 90%.

P02) VASOVASOSTOMIA CON TECNICA MICROQUIRURGICA SIMPLIFICADA: EVALUACION DE RESULTADOS A LARGO PLAZO.

Venegas Vera, J.(1);

(1): Hospital Carlos Van Buren, Viña del mar, Chile

INTRODUCCION: La vasectomía es el método de anticoncepción masculino más efectivo y estable, sin efectos adversos en la sexualidad ni la función gonadal. De gran demanda de parte de varones en países desarrollados conlleva asimismo a una significativa solicitud de repermeción de conductos deferentes con fines de recuperación de la capacidad reproductiva espontánea. Se presenta los resultados a largo plazo de una técnica de vasovasostomía microquirúrgica simplificada .

MATERIAL Y METODOS: 15 pacientes operados antes del 2010 han sido seguidos a la fecha. La técnica quirúrgica (realizada por el mismo andrólogo en todos) consiste en una anastomosis en monoplano (musculomucoso) con solo 4 puntos de nylon 8/0. Se realiza de rutina un primer espermograma control a los 30 días post operatorio.

RESULTADOS: En todos hubo reaparición espermática en semen en primer control. Seis pacientes reportaron embarazo espontáneo y dos más consiguieron gestación por reproducción asistida con espermios seminales dentro de los primeros 2 años de seguimiento. Lo significativo es que de los siete restantes, cuatro reconsultaron después de 4 años de operados (entre los 4 -6 años) por persistencia de infertilidad y cuyos espermigramas revelaban azoospermia, con gónadas y FSH normales. Se analizan los motivos de retraso en reconsulta.

CONCLUSION: La técnica de vasovasostomía microquirúrgica simplificada es de fácil realización y de alto rendimiento en reaparición espermática seminal temprana. El trabajo inicial (publicado en Revista Chilena de Urología 2010) es repetido por otro grupo andrológico de Santiago siete años después (republicado en Revista Chilena de Urología 2017) con resultados similares. El análisis interesante actual se hace sobre la tendencia a reoclusión de vías seminales más tardíamente en la evolución lo que permite aconsejar adecuadamente a las parejas sobre el adecuado timing para procurar el embarazo post vasovasostomía con esta técnica.

P03) SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS, LECCIONES A TRAVÉS DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN CASO.

González Pellegrino, D.(1); Massouh, R.(1); Flores, I.(1); Gimenez, B.(1); Escovar, P.(2);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción:

El síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos (SICA) tiene una prevalencia de 2-5/100.000 e incidencia de 1/20.000-99.000. Producto de alteraciones del cromosoma X y el gen del receptor de andrógenos (RA), las células genotípicamente XY son incapaces de responder a los andrógenos, presentando un fenotipo femenino completo. Se diagnostica mediante clínica, laboratorio e imágenes, confirmándose con cariotipo y análisis del gen del RA. El manejo es multidisciplinario e incluye gonadectomía y terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Metodología:

Paciente de 36 años, haitiana, escolaridad 7mo básico, madre por adopción, consulta a los 20 años por amenorrea primaria en República Dominicana, descontinuo estudio. Consulta en Chile en ginecología por tumoración inguinal bilateral. Al examen mamas Tanner V, genitales externos femeninos, cérvix uterino ausente. Ecografía informa ausencia de útero y ovarios; criptorquidia inguinal bilateral con nódulos neoplásicos. Tomografía computada informa útero pequeño. Estudio por endocrinología reporta LH 9.1UI/ml, testosterona

451ng/ml, estradiol 90.1ug/ml. Cariotipo 46XY, regiones SRY, ZFY, TSPY y DAZ positivas. Urología realiza gonadectomía bilateral ampliada. Biopsia informa parénquima testicular compuesto por células de Sertoli, gonias aisladas y células luteinizadas, sin neoplasia. En postoperatorio inicia estrógenos conjugados, manteniéndose asintomática 6 meses después.

Discusión:

El SICA generalmente es diagnosticado en la pubertad, como parte del estudio de amenorrea primaria. En este caso el estudio fue completado 16 años después. Al examen presentan vagina corta y las imágenes habitualmente confirman útero y ovarios ausentes, describiéndose en pocos casos la presencia de útero pequeño. La testosterona elevada orienta el diagnóstico. El cariotipo diferencia el SICA de otras anomalías genéticas. Es posible analizar el gen del RA, lo que no se realizó dado su elevado costo. La orquiectomía evita el riesgo de malignidad (3,6% y 33% a los 25 y 50 años). Dado que los testículos aportan estrógeno mediante la aromatización de testosterona, es necesario administrar TRH. Resulta fundamental la relación entre diferentes especialidades para otorgar un manejo integral multidisciplinario en pacientes con SICA.

P04) HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA DE PENE CON EOSINOFILOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO. REVISION DE LITERATURA

Venegas Vera, J.(1);

(1): Hospital Carlos Van Buren, Viña del mar, Chile

INTRODUCCION. La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) es un proceso vasculoproliferatoidiopático caracterizado por nódulos subcutáneos únicos o múltiples, preferentemente en cabeza y cuello, y muy ocasionalmente en otras regiones del cuerpo, en adultos jóvenes.. Reportamos el caso de un paciente varonconsultando por un proceso nodular múltiple infiltrativo del pene doloroso que finalmente se concluye como HALE. Se presenta el caso por su rara frecuencia en esta localización y su posible diagnóstico diferencial con priapismo tardío y carcinoma de pene.

MATERIAL Y METODOS. Se trata de un hombre de 52 años quien reporta erecciones nocturnas dolorosas en 3-4 episodios por noche, asociadamente a un endurecimiento progresivo del pene. Al examen físico se constata pene indurado difuso (ambos cuerpos cavernosos) con nódulos cutáneos del tronco y en el glande prominentes. Se realiza RMN de pene y Biopsia de nódulos y de tejido cavernoso. La Resonancia informa alteración difusa del tejido cavernoso a modo de cavidades vasculares de distribución errática. La biopsia confirma el diagnóstico de HALE.

RESULTADOS: Se indica tratamiento con Pentoxifilina. La respuesta clínica a 90 días es favorable con alivio progresivo del dolor aunque no desaparece la induración. Se agrega tadalafilo 5 mg /diarios. Al año el paciente se presenta estable, manteniendo vida sexual activa y una condición de pene similar a un estado priapico de alto flujo. Rechazo la indicación de implante protésico de pene.

CONCLUSIONES: Lo excepcional de esta patología benigna , sobre todo en el caso presente de compromiso difuso de pene que obliga a diagnóstico diferencial con cáncer, priapismo venosos tardío, y otros procesos infiltrativos, nos estimula a la presentación del caso y revisión de la literatura.

P05) SINTOMAS GENITOURINARIOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES FIBROMIALGICAS CHILENAS

Tala, F.(1); Maggi, J.(2); Manriquez, V.(3); Soto, L.(4);

(1): Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): ICBM. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Unidad de Piso Pelvico. HCUCH, Santiago, Chile (4): Unidad de Dolor. Hospital Clinico U. de Chile (HCUCH), Santiago, Chile

Introducción: Fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico musculoesquelético generalizado que afecta al 2-5% de la población, con una relación mujer hombre de 3:1. FM presenta numerosos síntomas atribuibles a un proceso neurológico conocido como Sensitización Central (SsC). FM también se asocia a Síndrome de Intestino irritable o IBS (1), Dismenorrea (2) y dolor pélvico. Nuestra Investigación pretende aportar información en el área Genitourinaria (GU) de pacientes FM. **Métodos:** Estudio indagatorio, descriptivo-analítico en una cohorte de 34 pacientes pertenecientes a la Corporación de Fibromialgia de Chile. Se realizó un registro uniforme de los datos demográficos, verificación de criterios Diagnósticos de FM 2010-2016, síntomas propios de la FM contenidos en éstos (Escala de Síntomas Sensitivos o SSS e Índice de Dolor Generalizado o WPI). La intensidad de FM se evaluó con el instrumento FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) y EVA del dolor. Se realizaron análisis de comparación de los elementos característicos de FM con variables clínicas GU medidas con escalas de Vejiga Hiperactiva (VH) y Cistitis Intersticial (CI).(5)(6) utilizando T-tests, Mann Whitney tests o Fisher exact tests, según correspondiera. **Resultados** La media de Edad fue de 54,34 años (30 a 76a). El 100% de los individuos eran mujeres. La mayoría presentaba un largo tiempo de diagnóstico (82,34 meses promedio). Las evaluaciones de FM mostraron un WPI promedio de 12,32 (1-19); La Escala SSS fue de 9,61 (4 -12) y EVA de Dolor de 6,91 (0-10). El FIQ promedio fue 67,60 (10,01-90,9). Otras comorbilidades observadas fueron IBS (68,7%) y Trastorno del Ánimo en 78,1%. Un 74.3 y 81.2% de las pacientes FM acusaban síntomas y problemas asociados a CI, respectivamente. Un 100% presentaban síntomas de VH. No se encontraron asociaciones significativas entre dominios de FM y síntomas GU evaluados. **Conclusiones:** Nuestro estudio muestra una clara tendencia en FM a presentar síntomas GU; el total de las pacientes refieren síntomas de VH y casi 80% CI. Estos resultados apoyan la hipótesis de una

fisiopatología común entre FM y síntomas GU, justifica el uso de clínica específica (7) y refuerza la necesidad de establecer datos nacionales.

P06) MORBILIDAD ASOCIADA A LA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CONCOMITANTE A LA CIRUGÍA DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA.

Bravo, J.(1); Calvo, I.(1); Navarro, R.(1); Cañas, R.(1); Pasten, F.(1); San Francisco, I.(1);
(1): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Se estima que la prevalencia de hernias inguinales en pacientes sometidos a cirugía por HPB es del 15-25%. Tradicionalmente se tratan en forma separada, siendo primero la cirugía de hiperplasia y luego la hernioplastia inguinal. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en cirugía de HPB y hernia inguinal de manera concomitante, haciendo énfasis en morbilidad perioperatoria. Se postula que la realización de ambos procedimientos se puede realizar con una tasa de complicaciones aceptable y considerarse como estándar en el manejo.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía de hiperplasia prostática (HOLEP o RTU-bipolar) justo a continuación de una hernioplastia inguinal con malla (Técnica de Lichtenstein) en el mismo tiempo anestésico comparado con grupo control de cirugía de HPB entre los años 2008-2020. Se analizaron las variables perioperatorias y se compararon los resultados en ambos grupos.

Resultados: Se realizaron 48 cirugías combinadas de hiperplasia más hernioplastia inguinal (RTU n=19, HOLEP n=29), que se compararon con un grupo control de 162 pacientes con cirugía de hiperplasia (RTU n=55, HOLEP n=107). Los pacientes del grupo combinado fueron más jóvenes (66 vs. 73 años, p: 0.001), tenían menos diabetes (8.3% vs 24% p:0.024) y tenían menor volumen prostático (67 gr vs 83 gr p:0,014), el puntaje de riesgo anestésico (ASA) fue similar en ambos grupos. El grupo de cirugía combinada tardó una hora más de cirugía (180 vs. 120 min p:0,001). La duración de la hospitalización y los días de sonda fueron equivalentes en ambos grupos (3 días). Las tasas de complicaciones a 30 días, exceptuando las propias de la cirugía de hernia (4 casos de hematomas), no mostraron diferencia significativa (18,8% vs 13,6% p:0,375). Las complicaciones mayores (Clavien \geq III) también fueron similares (1,9% vs 2,1% p:0,92).

Conclusiones: Abordar quirúrgicamente la HPB y la hernia inguinal en un mismo tiempo anestésico parece ser factible y seguro. A pesar de aumentar el tiempo operatorio, no conlleva a un aumento en la morbilidad perioperatoria en la cirugía de la hiperplasia prostática.

P07) MODELO DE SIMULACIÓN CASERO DE ANASTOMOSIS URETRO-VESICAL.

Del Real Valdés, O.(1); Larraín De La Carrera, F.(2);
(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile (2): Senti, Santiago, Chile

La simulación en el ámbito quirúrgico va cobrando cada día más importancia dado la disminución del número de cirujías por residente en el contexto de la pandemia y también por los estándares de calidad de los establecimientos de salud. Para mejorar la atención del paciente, disminuir las complicaciones quirúrgicas y los tiempos de pabellón, es necesario que el residente practique previamente los pasos críticos de las cirugías, para así, al momento de ésta, esté familiarizado con los pasos a seguir y los realice de forma eficiente. Uno de los pasos críticos de la prostatectomía radical es la anastomosis uretro-vesical. El objetivo de este modelo de simulación es practicar este paso ya sea por vía abierta o laparoscópica. Uno de las dificultades de la simulación es el costo de los modelos. Se presenta un modelo que se puede confeccionar en el hogar con materiales de fácil acceso y económicos.

Materiales y métodos: base de madera, una botella de 2,5 litros, una bombilla, silicona selladora de ventanas, 3 perros de ropa, cartón piedra, globos redondos y globos largos, 2 tornillos pequeños. Se corta botella en su extremo superior para simular pelvis masculina, se introduce bombilla por boca de botella, que se sostiene con silicona. Luego se monta la botella a la base de madera usando un soporte con el cartón piedra y los tornillos. Se fijan los perros de ropa a base de madera, los cuales servirán para sostener globos que simularán vejiga y uretra.

Este modelo permite realizar la anastomosis uretro-vesical usando el globo redondo como vejiga y el largo como uretra. Se puede usar para practicar puntos por vía abierta como laparoscópica.

Conclusión: este modelo de simulación casero de anastomosis uretro-vesical es confeccionable con materiales comunes y permite practicar en el hospital como en el hogar un paso crítico de la prostatectomía radical, ya sea por vía abierta o laparoscópica.

P08) ETAPA AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA ¿ESTAMOS EN EL NIVEL QUE CREEMOS?

Kramer, F.(1); Kirmayr, M.(1); Escobar, M.(1); Pauchard, F.(1);

(1): Hospital Naval Almt. Nef, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

Introducción

El cáncer prostático (CaP) es una patología de alta prevalencia e incidencia mundial. El tamizaje ha perseguido el diagnóstico precoz de esta enfermedad para otorgar tratamientos oportunos. Nosotros buscamos caracterizar los pacientes de un hospital local respecto al diagnóstico, etapificación y tratamiento, y comparar estos resultados con datos previamente reportados.

Materiales y Métodos

Análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados con CaP en un hospital local. Se recolectaron variables clínicas al momento del diagnóstico, los métodos de etapificación, el estadio según TNM, grado histológico y el tratamiento aplicado.

Resultados

Se incluyeron 129 pacientes en el análisis. El APE promedio al diagnóstico fue de 18,13. El grado histológico fue clasificado como ISUP 1 en un 37,5%. Se realizó una RNMmp en el 42,19% de los pacientes, siendo clasificados como PIRADS 4 en mayor proporción (21,09%). La etapificación con PET-CT PSMA se utilizó principalmente en el grupo de alto riesgo, prefiriendo el CT contrastado y la cintigrafía ósea en los otros grupos. Un 6,25% fue catalogado N1 y un 9,37% M1. El tratamiento más utilizado primariamente fue la radioterapia (exclusiva o asociado a hormonoterapia) en un 42.19%, seguido por la cirugía en un 30%.

Conclusiones

La etapa al diagnóstico de nuestra serie es algo mayor a lo reportado por países desarrollados, pero considerablemente menor a lo publicado por otros países de Latinoamérica e inclusive de otro hospital de nuestra misma región. Pareciera ser de gran relevancia nacional contar con protocolos claros de tamizaje y acceso a APE con el fin de disminuir los casos diagnosticados en etapas avanzadas.

P09) IMPLEMENTACION DE ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE THULIUM PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

Otaola-arca, H.(1); Barroso, J.(1); Lyng, R.(1); Zambrano, N.(1); Bernier, P.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);

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

INTRODUCCIÓN

La enucleación prostática con láser de thulium (ThuLEP) es una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) por hiperplasia prostática benigna (HPB).

El objetivo es presentar la implementación de la ThuLEP en un centro privado y exponer los resultados perioperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a ThuLEP (Enero/2019-Agosto/2021). Se recogieron las variables demográficas, datos clínicos, datos perioperatorios e histológicos. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS

De los 308 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por STUI, 113 pacientes corresponden a ThuLEP, realizadas por 3 urólogos con amplia experiencia en cirugía endoscópica de próstata, representando su curva de aprendizaje.

En el preoperatorio, la puntuación IPSS media fue de 14 puntos, el volumen prostático medio de 86,3 cc (20-160 cc), y del antígeno prostático específico de 8,4 ng/dL. El flujo máximo y el residuo postmiccional medios fueron 10,5 mL/seg y 161,4 mL, respectivamente. Hay que destacar que 35 pacientes (30,9%) estaban en retención urinaria, ocho tenían cálculos vesicales (7,1%) y 22 (19,5%) tenían antecedentes de prostatitis aguda.

La media de tiempo quirúrgico fue de 176,8 min. Los primeros 50 casos presentaron un tiempo quirúrgico más largo ($\Delta +36,3$ min) que los últimos 50, y en 4 pacientes (3,5%) fue necesario usar el resector bipolar para completar la cirugía. El tiempo medio de sondaje y de estancia hospitalaria fue de 2,7 y 3,1 días, respectivamente. Se identificó cáncer de próstata incidental en 4 pacientes (3,5%).

Veintiún pacientes (18,6%) presentaron complicaciones postoperatorias (14,2% Clavien II; 4,4% Clavien III-IV): 6 estrechez uretral (calibración), 10 retención aguda orina (sonda vesical), 4 transfusión y uno, infarto cerebral (cuidados intensivos). La tasa de reingreso y reintervención fue del 5,3% y 2,6%, respectivamente. Con una mediana de seguimiento de 6,2 meses, ningún paciente presenta incontinencia urinaria (1 paciente incontinencia transitoria durante 3 semanas).

CONCLUSIONES

La ThuLEP permite evitar la cirugía abierta y presenta una baja tasa de complicaciones perioperatorias, siendo la mayoría de bajo grado.

P10) RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA CORPORAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD

Solis, J.(1); Olivares, J.(1); Lazcano, G.(1); Veillon, G.(1); Tudela, B.(1); Perrot, I.(1); González, L.(1);

(1): Universidad de Valparaíso - Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La radioterapia es una opción de tratamiento para el cáncer de próstata localizado, siendo la radioterapia estereotáxica corporal (SBRT), con un esquema ultra-hipofraccionado, una alternativa respaldada por estudios aleatorizados en cuanto a su seguridad y eficacia. El objetivo de este estudio es describir las características del tratamiento y la toxicidad aguda de una cohorte de pacientes con cáncer de próstata tratados con SBRT.

Método: Realizamos un análisis retrospectivo que incluyó pacientes tratados con SBRT con intención curativa entre los años 2020 y 2021. La dosis a próstata fue 36,25 Gy y vesículas seminales 27,25 Gy, en 5 sesiones en días intercalados. Se considero toxicidad aguda hasta los 90 días de finalizado el tratamiento según la escala de toxicidad del Radiation Therapy Oncology Group. El acelerador lineal utilizado fue un equipo Elekta, Versa HD con energías de 6 y 10 MV y el sistema de planificación de la radioterapia fue Monaco, versión 5.11.02 (© 2017 Elekta, Inc). **Resultados:** 83 pacientes fueron incluidos. La mediana del antígeno prostático específico al diagnóstico fue 14.83 ng/ml (RIC 7.19 – 23). 32 (39.02%) pacientes eran de riesgo alto. El 97% se realizó estudio de extensión, 73 con TC AP; 70 con cintigrama óseo y 19 contaban con PET-CT/PSMA. 29 pacientes fueron estudiados con RMmp de próstata. Se identificaron 7 (8.43%) pacientes con compromiso nodal pélvico al PET-PSMA. En 72 (87.8%) pacientes la planificación de la radioterapia fue con la fusión de imágenes de TC y RM. Todos los pacientes fueron tratados en 5 sesiones y la mediana del tiempo de tratamiento fue de 11 días (RIC 10 – 13). El 71.3 % de los pacientes tuvo algún grado de toxicidad aguda. Dos presentaron toxicidad gastrointestinal aguda grado 3 y dos pacientes toxicidad genitourinaria aguda grado 3, sin eventos grado 4-5. Sólo un paciente debió suspender tratamiento debido a obstrucción urinaria aguda por progresión de la enfermedad (completó 3/5 sesiones). **Conclusiones:** La SBRT es un procedimiento terapéutico seguro en pacientes con cáncer de próstata, con excelente tolerancia y perfil de toxicidad aguda. Los resultados de efectividad serán reportados cuando se alcance un seguimiento apropiado.

P11) CARCINOMA ESCAMOSO DE PRÓSTATA; PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Guerrero S., P.(1); Elorrieta D., V.(1); Brandau, C.(2); Basso, G.(2); Gonzalez I., R.(3); Velasco P., A.(4);

(1): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile (3): Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. la Florida, La Florida, Chile (4): Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción

El cáncer de próstata de células escamosas (CCE) es un tipo histológico infrecuente, representando menos del 1% de los cánceres de esta glándula. Corresponde a una enfermedad altamente agresiva (CP) con una mediana de supervivencia estimada en 14 meses. En la actualidad no existen directrices de manejo ni terapias avaladas por la evidencia para el abordaje de esta enfermedad.

Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 75 años de edad, con antecedente de hiperplasia prostática benigna (HPB) y tabaquismo. Evoluciona con progresión de los síntomas urinarios del tracto inferior (LUTS), refractarios a tratamiento médico. Estudio dirigido destaca próstata estimada en 104 cc por ecografía, con tacto rectal no sospechoso y Antígeno Prostático Específico (APE) de 2.83 ng/mL. Se decide realizar adenomectomía prostática transvesical. La biopsia diferida informa Cáncer de Próstata (CP) en el 20% de la muestra (90% escamoso, 10% acinar), ISUP 4.

Al mes de postoperado es consulta en el servicio de urgencias por uretrorragia. Se realiza tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que describe tumor de origen prostático que compromete vejiga y recto. Evoluciona con obstrucción intestinal siendo necesario realizar una colostomía en asa.

2 meses más tarde, reingresa hematuria y sangrado por colostomía. TC de abdomen y pelvis informa masa pelviana que compromete Próstata, Vejiga y Recto, además de infiltrar la pared abdominal. Por gran extensión tumoral, fuera del alcance quirúrgico, se presenta a comité oncológico siendo derivado a cuidados paliativos, tratamiento con el cual se mantiene hasta la fecha.

Discusión

El CCE es una entidad rara, responsable del 0,5% a 1% de todos los CP. Por lo general el diagnóstico es tardío, dado que no suele elevar el APE, siendo un hallazgo incidental del manejo quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna. El 40% de los casos se puede presentar en contexto de un adenocarcinoma en tratamiento con hormonoterapia o radioterapia, siendo infrecuente la presentación de novo.

Este trabajo reporta el curso natural de un CCE primario, exponiendo la agresividad y mal pronóstico que caracteriza este tipo histológico.

P12) VALOR PRONÓSTICO DE LA INVASION PERINEURAL BIOPSICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Córdova, L.(1); Leiva, R.(2); Muñoz, S.(1); Leiva, D.(1); Mora, R.(1); Soto, R.(1); Iturriaga, C.(1); Ruiz-tagle, D.(1); Vidal, Á.(1); Falcón, C.(1); Castro, D.(1); Avilés, N.(1); Marió, C.(1); Haussmann, C.(1); Biancardi, S.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La invasión perineural (IPN) es considerado un mecanismo importante en la diseminación del cáncer de próstata (CaP). En algunos estudios, se ha descrito al hallazgo de

IPN en biopsias transrectales como un factor de riesgo independiente prediciendo resultados adversos en pacientes tratados con radioterapia de haz externo. En población sometida a prostatectomía radical (PR) su significancia pronóstica aún es controvertida.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con CaP sometidos a PR entre los años 2017 y 2020. Se evaluaron datos demográficos y bioquímicos, además de analizar de forma correlativa los reportes anatomopatológicos de la biopsia prostática transrectal (BPTR) y la muestra operatoria de PR. Las variables fueron tabuladas y sometidas a análisis estadístico con el software Prism 8.

Resultados: De un total de 84 PR realizadas en el periodo estudiado, sólo en 54 de las BPTR preoperatorias se informaba la presencia o ausencia de IPN; En 30 de los reportes (55.6%) no se describía IPN, informándose presencia de IPN en los restantes 24 casos (44.4%). Ambos grupos presentaron características comparables en cuanto a edad media al momento del diagnóstico, niveles de antígeno prostático específico previo a las biopsias y volúmenes prostáticos. Posterior al análisis correlativo con los reportes histológicos de las muestras de PR, se observó en el grupo con presencia de IPN un aumento significativo en el porcentaje de CaP con score de Gleason 8 o mayor (41.7% vs 16.7%, $p=0.042$), de compromiso de vesículas seminales (62.5% vs 26.7%, $p=0.008$) y de compromiso linfonodal (58.3% vs 26.7%, $p=0.018$) en comparación con el grupo sin IPN en las BPTR. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas respecto a los márgenes quirúrgicos positivos ni extensión extracapsular.

Conclusiones: El presente estudio sugiere que el hallazgo de IPN en las BPTR se asocia a características histológicas adversas en pacientes con CaP sometidos a PR.

P13) CANCER DE PROSTATA EVANESCENTE: EXISTE REALMENTE?. A PROPÓSITO DE UN CASO

Quintana, E.(1); Ebel, L.(1); Foneron B, A.(1); Troncoso, L.(1); Foneron V, A.(1); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2); Astete, A.(1); Araya, J.(1); Del Pozo, M.(3); Brevis, L.(3);
(1): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA- UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE (2): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA, VALDIVIA, CHILE (3): HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA, ,

Introducción. En pacientes portadores de cáncer prostático (CP) sometidos a prostatectomía radical (PR), se ha descrito la imposibilidad de identificar CP en la pieza quirúrgica definitiva. Conocido como “cáncer evanescente” (CEP), se ha atribuido a un error del diagnóstico histológico, a la técnica anatomopatológica o a la curación del tumor, espontánea o inducida por la biopsia (Bp). En nuestro servicio se reportó este fenómeno en el 0.86% de las 346 PR realizadas entre 1996-2007. Desde entonces no lo habíamos observado. **Caso clínico.** Paciente de 58 años en controles por STUI. PSA total 7.5 ng/dL con próstata G2 no sospechosa al tacto rectal. PSA total de confirmación 6.83 ng/dL con índice L/T 22% en mayo 2020. Se realiza Bp prostática transrectal sistemática por sextantes clásicos obteniendo 12

muestras, encontrando foco de 4mm. de adenocarcinoma acinar ISUP 2 en un cilindro de base izquierda (15% de la muestra). Se decide PR retropúbica abierta con conservación bilateral de bandeletas neurovasculares, realizada el 24-06-2021. Bp de pieza operatoria no demostró CP, sólo PIN de alto grado en base izquierda. Se revisaron todos los cortes originales, agregando nuevos cortes de desgaste, sin encontrar lesión residual. Se revisa Bp por punción, confirmando foco de adenocarcinoma acinar, reclasificado como ISUP 1. PSA total al 40° día postop fue 0,25 ng/dL y 0.45 al 80° día de PR. **Discusión.** CEP se reporta entre 0,07-4,2% de PR, dependiendo de su definición. Habitualmente se trata de CP de bajo grado, por lo que la utilización de mayores resguardos en el diagnóstico por Bp core en estos casos es fundamental, con protocolos de criterios estrictos antes del informe. Además, incluir toda la pieza de PR para estudio histológico, investigando en detalle zonas con cambios microscópicos sugerentes de carcinoma en Bp core, descartar bloqueo hormonal y considerar en última instancia la posibilidad de error al identificar la muestra. Si bien en la mayoría de los reportes se describe una evolución favorable, existen casos con recidiva local o metastásica, por lo que es importante el seguimiento de estos pacientes, como el caso presentado.

P14) RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA CON INTENSIDAD MODULADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: RESULTADOS TEMPRANOS DE UNA EVALUACIÓN PROSPECTIVA

Veillon, G.(1); Lazcano, G.(1); Solís, J.(1); Tudela, B.(1); Olivares, J.(1); Perrot, I.(1); González, L.(1);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción

El cáncer de próstata es el segundo cáncer de mayor incidencia en hombres a nivel mundial y el con mayor prevalencia. La radioterapia es una alternativa de tratamiento. Sus características biológicas (α/β bajo), juntos a las mejoras técnicas de radioterapia como intensidad modulada (IMRT), han avalado el desarrollo de esquemas de hipofraccionamiento, no inferiores al fraccionamiento estándar de acuerdo con estudios aleatorizados de fase III.

Materiales y métodos

Desde noviembre de 2018 se desarrolló el reclutamiento de una cohorte prospectiva para evaluar resultados oncológicos y toxicidades en pacientes tratados por cáncer de próstata localizado con un fraccionamiento de 60 Gy (20 fracciones de 3 Gy) administrados con IMRT en modalidad de arcoterapia volumétrica (VMAT) utilizando un acelerador lineal Elekta Versa y software de planificación de tratamiento Elekta Monaco. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética local.

Resultados

Se incluyeron 43 pacientes desde noviembre de 2018 a febrero de 2020. La mediana de edad fue de 73 años (RIC 68-75), con antígeno prostático específico al diagnóstico de 9 ng/ml (RIC 7.46-20) y una moda de Gleason score de 7, siendo 6 pacientes de riesgo bajo, 20 intermedio y 17 alto, de acuerdo con NCCN.

El tiempo mediano de tratamiento fue de 29 días (RIC 27-32). Todos los pacientes completaron las 20 fracciones, no identificando desviaciones de prescripción.

La toxicidad aguda gastrointestinal fue grado 0 en 28 pacientes (65.12%), 1 en 11 (25.58%) y 2 en 4 (9.3%), mientras que la genitourinaria fue grado 0 en 13 pacientes (30.23%), 1 en 23 (53.49%) y 2 en 7 (16.28%). No hubo toxicidad de grado ≥ 3 .

Conclusiones

La radioterapia hipofraccionada en cáncer de próstata localizado, administrada con técnica IMRT-VMAT, es una alternativa terapéutica viable y segura. Se planea comunicar resultados de efectividad y seguimiento a largo plazo.

P15) PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DE CHILE, PRIMEROS 100 CASOS

Arzeno Thome, L.(1); Vergara Faúndez, G.(2); Soto Cornejo, G.(2); Barría Oyarce, S.(2); Hassi Román, M.(2);

(1): Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile (2): Hospital Félix Bulnes Cerda, ,

OBJETIVO: Caracterización clínico-patológica de pacientes con cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical retropúbica abierta y evaluación de los resultados oncológicos postoperatorios obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de serie de casos, retrospectivo efectuado mediante revisión de fichas clínicas de pacientes con Cáncer de Próstata sometidos a prostatectomía radical abierta efectuadas por 7 urólogos, desde el período comprendido entre enero 2014 y agosto 2020 en un hospital público de Santiago de Chile. Se describieron cambios postquirúrgicos en antígeno prostático específico (APE), características del procedimiento quirúrgico, presencia de margen quirúrgico positivo y porcentaje de positividad de compromiso linfonodal.

RESULTADOS: Se analizaron datos de 100 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata con indicación de prostatectomía radical retropúbica, 12 casos fueron excluidos del estudio por falta de datos en registros clínicos. La población efectivamente estudiada corresponde a 88 pacientes con un promedio de edad de $67,1 \pm 6,23$ (50-80) años, PSA promedio al diagnóstico de $13,28 \pm 9,39$ ng/dl (2,3-53,25) ng/dl, PSA postoperatorio promedio de $0,2 \pm 0,61$ (0.008-4.17) ng/dl. Dentro de las variables preoperatorias evaluadas el Patrón de Gleason más frecuente fue de 7 (3+4) puntos en el 36,4% y el estadio clínico T pre-operatorio fue

cT2C en 49% de los pacientes. El sangrado promedio documentado fue de $827 \pm 425,6$ (100-2000) ml. Se realizó preservación de paquete neurovascular y Linfadenectomía iliobutriz en el 25% y 79,5% de los casos, se resecaron en promedio $15,4 \pm 12,2$ (0-51) ganglios, objetivando compromiso linfonodal en 9 (12.9 %) Casos. La tasa de márgenes positivos fue de un 43% (38 casos), 13,6% pT2 y 29,5% pT3.

Se observó compromiso de vesículas seminales y cápsula prostática en 25% y 48% de las muestras respectivamente.

Se observó upgrade en Patrón de Gleason y estadio "T" post-operatorio en un 69,3% y 78,4% respectivamente.

CONCLUSIÓN: Presentamos nuestra primera serie de casos de prostatectomía radical retropúbica abierta, observamos que los resultados obtenidos son similares a los publicados en la literatura nacional.

P16) CALIDAD DE VIDA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL: RESULTADOS INICIALES

Iñiguez, S.(1); Reyes, D.(2); Roman, J.(2); Walton, A.(2); Aliaga, A.(2); Vega, A.(2); Segebre, J.(3); Orellana, S.(4); Vilches, R.(2);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Hospital San José, SANTIAGO, Chile (4): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El Cáncer de Próstata (CP) tiene una incidencia en aumento, siendo actualmente la principal neoplasia en hombres en Chile. En etapa localizada tiene una sobrevida cercana al 100% a 5 años, por lo que la Calidad de Vida (CV) cobra gran importancia. Estudios prospectivos muestran deterioro en CV de pacientes sometidos a Prostatectomía Radical (PR). Específicamente se describen efectos adversos a nivel urinario y sexual. El objetivo de este estudio es determinar el impacto en CV urinaria y sexual post PR, con un seguimiento de 12 meses. Además de una comparación entre las técnicas quirúrgicas utilizadas.

Materiales y Método

Estudio prospectivo y analítico que incluyó pacientes sometidos a PR abierta o laparoscópica entre los años 2019-2021 realizadas por diferentes cirujanos. Se aplicaron encuestas de CV validadas (IIEF-EF y EPIC-CP), en el preoperatorio y a los 3, 6 y 12 meses, mediante seguimiento telefónico. Se analizó CV, variables clínicas y técnica quirúrgica mediante prueba de Chi-cuadrado. Se consideró una significancia estadística con $p < 0.05$. El estudio contó con aprobación de Comité de Ética y consentimiento informado.

Resultados

Se reclutaron 40 pacientes (16 PR vía abierta y 24 laparoscópicas). No hubo diferencias significativas por edad ($p=0.19$), comorbilidad ($p=0.43$) ni riesgo según clasificación de D'Amico ($p=0.16$) entre ambos tipos de abordaje quirúrgico. A 12 meses de seguimiento, hubo una disminución significativa de función sexual al comparar con el basal ($p<0.05$), pero sin diferencias entre técnicas quirúrgicas ($p=0.53$). La función urinaria se recuperó a los 6 meses en forma global ($p<0.05$), sin diferencias entre técnicas quirúrgicas ($p=0.32$), pero con una tendencia en beneficio del abordaje laparoscópico. No hubo diferencias significativas en dominio urinario y sexual al analizar preservación de bandeletas neurovasculares ($p=0.12$).

Conclusiones

La PR afecta en forma significativa la CV. En el dominio sexual, la alteración de CV se mantiene durante el primer año de seguimiento. En el dominio urinario la CV tiende a recuperarse desde los 6 meses, con una diferencia a favor del abordaje laparoscópico que no alcanzó significancia estadística, lo que puede relacionarse con un bajo tamaño muestral.

P17) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION

Rodriguez-carlin, A.(1); Herquiñigo, D.(1); Arribas, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción: la biopsia prostática transrectal es el estándar de oro para el diagnóstico del cáncer de próstata. En la última década se ha descrito un aumento de las re-hospitalizaciones por complicaciones infecciosas (7,6-10%) y de la mortalidad asociada al abordaje transrectal. Nuestro objetivo es presentar los resultados perioperatorios y tasa de complicaciones de la biopsia prostática transperineal dirigida por fusión de imágenes (ecografía/resonancia magnética) en una serie de 205 pacientes.

Materiales y métodos: Entre los meses de julio de 2019 a septiembre de 2021 se realizaron en nuestro centro 205 BPTP guiadas por fusión de imágenes (ecografía/resonancia magnética) en pacientes con antígeno prostático ≥ 3 ng/ml y al menos una lesión PIRADS ≥ 3 en la resonancia magnética multiparamétrica de próstata, utilizando la plataforma de fusión bk3000 (BK Ultrasound Herlev Denmark). Todas las BPTP se realizaron bajo anestesia general y los pacientes recibieron una dosis única de 2gr de cefazolina vía endovenosa. Se tomaron de 3-5 biopsias dirigidas a la lesión sospechosa y se realizó un mapeo prostático (biopsia sistemática) utilizando una grilla de 5 mm, según el protocolo de Ginsburg. Las complicaciones postoperatorias se definieron utilizando la clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados: el tiempo operatorio promedio fue de 24,3 minutos ($DS\pm 8,6$). En promedio se tomaron 4,85 biopsias dirigidas a la lesión ($DS\pm 0,65$), 28 biopsias sistemáticas ($DS\pm 4,17$) y

34,5 biopsias combinadas ($DS \pm 0,65$). Todas las complicaciones fueron \leq clavier II. Cinco pacientes (2,4%) presentaron retención aguda de orina, requiriendo drenaje con sonda Foley. Ningún paciente desarrolló infección del tracto urinario, fiebre o sepsis. Todos los pacientes fueron dados de alta el mismo día del procedimiento.

Conclusiones: la BPTP dirigida por fusión de imágenes es un procedimiento seguro y factible con una baja tasa de complicaciones perioperatorias. El acceso transperineal parece ser una solución definitiva a las complicaciones infecciosas.

P18) BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION: TASAS DE DETECCION DE CANCER CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO

Rodriguez-carlin, A.(1); Herquiñigo, D.(1); Arribas, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Objetivos: presentar nuestra técnica de biopsia prostática transperineal (BPTP) dirigida por fusión de imágenes (ecografía/resonancia magnética) y evaluar la tasa de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPCS).

Materiales y métodos: entre los meses de julio de 2019 y agosto de 2021 se realizaron 198 BPTP guiadas por fusión de imágenes (ecografía/resonancia magnética) utilizando la plataforma de fusión bk3000 (BK Ultrasound Herlev Denmark). Se utilizó el sistema de clasificación PI-RADS versión 2.0 (PI-RADS v2) para categorizar las lesiones sospechosas en la resonancia magnética multiparamétrica de próstata (RMmp). Se tomaron de 3-5 biopsias dirigidas a las lesiones sospechosas bajo anestesia general y se realizó un mapeo prostático (biopsia sistemática) utilizando una grilla de 5 mm, según el protocolo de Ginsburg. Se evaluaron las tasas de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (puntaje de Gleason $\geq 3+4$). Se excluyeron los pacientes que tuvieran antígeno prostático >30 ng/mL y/o lesiones PI-RADS 1-2 en la RMmp. Finalmente se incluyeron 186 pacientes para el análisis de resultados.

Resultados: La edad promedio fue de $64,9 \pm 7,6$ años con una media de antígeno prostático específico (APE) de $7,8 \pm 6,07$ ng/mL. La densidad de APE promedio fue $0,17 \pm 0,18$ con volumen prostático de $58,7 \pm 25,5$ mL. Se diagnosticó cáncer de próstata (CaP) en 112 de 186 pacientes (60,2%) y la prevalencia de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs) fue de 43%. La tasa de detección de CaP y CaPcs fue 36,1% (13/36) y 8,31% (3/36) para lesiones PI-RADS 3, 57,3% (63/110) y 40,9% (45/110) para PI-RADS 4 y 90% (36/40) y 80% (32/40) para PI-RADS 5, respectivamente.

Conclusiones: La biopsia prostática transperineal dirigida por fusión de imágenes (ecografía/RMmp) es una herramienta útil para mejorar la tasa de detección de CaP y especialmente la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo. La tasa de

detección de CaPcs de nuestra serie de BPTP por fusión es comparable a la descrita en la literatura.

P19) SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE URETEROSCOPIA FLEXIBLE AMBULATORIA, REVISIÓN PROSPECTIVA

Urrutia, C.(1); Saez, N.(2); Segebre, J.(2); Jaime, B.(2); De La Llera, J.(2); Consigliere, L.(2); Marchant, F.(3); Cuevas, M.(1); Águila, F.(1);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San José, SANTIAGO, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, SANTIAGO, Chile

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la litiasis urinaria ha aumentado en las últimas 3 décadas desde un 3,2% a un 10,1%. Lo anterior genera una gran demanda quirúrgica y necesidad de camas en los centros hospitalarios. La realización de protocolos de corta estadía en el postoperatorio han demostrado ser seguros posterior a una ureteroscopia flexible. Objetivo: Evaluar las tasas de stone free y complicaciones en pacientes sometidos a ureteroscopia flexible ambulatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo, se incluyeron pacientes con litiasis renal o ureteral confirmada con tomografía de abdomen y pelvis sin contraste, operados de forma ambulatoria entre Agosto de 2018 y mayo de 2020, se registraron las características preoperatorias de los pacientes y de las litiasis urinarias, datos intraoperatorios y postoperatorios. El Stone free se evaluó con tomografía de abdomen y pelvis sin contraste entre 1 y 3 meses post cirugía. Se analizaron los datos con software de acceso libre Jamovi 1.6.15.

RESULTADOS: Se incluyeron 169 pacientes con litiasis Renal o Ureteral a los que se les realizó anestesia general, ureteroscopia flexible y luego de 2 a 4 horas de recuperación anestésica fueron evaluados por anestesista y dados de alta. Mediana de edad 52 años (43-57), 94,1% ASA I o II. El 28% de los pacientes presentaban más de una litiasis. La mediana de diámetro de la carga litiasica por unidad renal fue de 15 mm (11-20 mm), con una densidad de 1030 UH (680-1200). La tasa libre de litiasis según la ubicación de la litiasis fue 100% en UPU, 72,5% cáliz inferior, 70,8% Uréter, 66,7% cáliz superior, 64,7% cáliz medio. El stone free según tamaño fue 92% para litiasis menores de 10 mm, 72,9% para litiasis de 10 a 20 mm y 43,8% para litiasis mayores de 20 mm. En cuanto a las complicaciones hubo 8 casos de Pielonefritis Aguda y 1 Cistitis, 3 lesiones de vía urinaria, 2 hematuria y 1 cólico renal, sin superar Clavien dindo II.

CONCLUSIONES: La realización de protocolos ambulatorios de ureteroscopia flexible es seguro y efectivo, las tasas de stone free y complicaciones son similares a lo reportado en la literatura.

P20) PREVALENCIA DE NEFROLITIASIS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, CHILE.

Del Real Valdés, O.(1); Vergara Faundez, G.(1); Soto Cornejo, G.(1); Arzeno Thome, L.(1); Barría Oyarce, S.(1); Acuña Madrid, J.(1); Telayna Manrique, F.(1); Hassi Román, M.(1); Domínguez Argomedo, R.(1); Landerer Leiva, E.(1); Plaza Jimeno, C.(1); (1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

La litiasis renal es una patología frecuente en la práctica médica, con una prevalencia estimada en series internacionales del 3 – 15%, sin embargo, no disponemos de datos publicados en Chile. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de nefrolitiasis en una población usuaria de hospital público de Santiago, Chile.

Es un trabajo descriptivo retrospectivo de las tomografías axiales computadas (TAC) de abdomen realizadas a personas mayores de 15 años durante 2019 y 2020 usuarias del hospital, con el objetivo de describir la prevalencia y características de nefrolitiasis en esta población. Se calculó el tamaño muestral y se eligieron TAC en forma aleatoria.

Se revisaron 940 TAC de pacientes mayores de 15 años, 556 mujeres (59,2%) y 384 hombres (40,8%), el promedio de edad fue de 55,9 años (DE 18,6). Se registraron 132 pacientes con nefrolitiasis, con una prevalencia estimada de 14,04% (IC95% 11,88 – 16,42%), según sexo: mujeres 12,05% (IC95% 9,46 – 15,05%) y hombres 16,93% (IC95% 13,31 – 21,06%). Según ubicación: derecho 51 (38,6%), izquierdo 38 (28,8%), bilateral 43 (32,6%), con un promedio de 2,2 litiasis por paciente, pero una moda de 1 litiasis por paciente. La UH promedio fue de 506 (DE 352), solamente un 24,4% de los cálculos eran radio-opacos en el scout del TAC. El diámetro mayor promedio fue de 13,5mm (DE 22,4). Además, se encontraron 28 casos de ureterolitiasis, con una prevalencia calculada de 2,98% (IC95% 1,99 – 4,18%).

La prevalencia de nefrolitiasis en la población usuaria de un hospital público chileno es de las más altas comparada con reportes internacionales, con una mayor prevalencia en hombres. La mayoría de los pacientes presenta una litiasis, siendo radio-opacas solamente un cuarto de éstas. Es importante considerar este dato en la planificación de políticas públicas de salud dado que es una enfermedad frecuente en la población laboralmente activa.

P21) URETEROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA SEMIRRÍGIDA DE URGENCIAS Y UROSEPSIS.

Pichon M, J.(1); Urzua S, R.(1); Kirmayr Z, M.(1); Troncoso B, J.(1); Almeida A, P.(1); Toloza C, H.(2); Calderon H, D.(3); Chacon C, R.(3); Rojas O, V.(4); (1): UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL DEL SALVADOR/ CLINICA DAVILA, SANTIAGO, CHILE (3): HOSPITAL DEL SALVADOR/ UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (4): HOSPITAL DEL SALVADOR/ CLINICA CORDILLERA, SANTIAGO, CHILE

Introducción

Clásicamente la presencia de ureterolitiasis obstructivas asociado a sepsis de foco urinario ha sido una indicación de drenaje de la vía urinaria. Existen series de trabajos que han evaluado la ureterolitotomía endoscópica como abordaje inicial en pacientes seleccionados.

Nuestro objetivo fue evaluar las ureterolitotomías endoscópicas por cálculos ureterales realizadas en pacientes ingresados por urgencia y, específicamente el subgrupo que presentaban criterios de sepsis, analizando sus resultados.

Materiales y métodos

Se rescatan datos de fichas clínicas, imágenes y base de datos de exámenes de nuestro hospital a pacientes ingresados por urgencias con ureterolitiasis. Se define sepsis de foco urinario como 2 o más criterios de respuesta inflamatoria sistémica asociado a un sedimento de orina inflamatorio y/o urocultivo positivo. Se incluyeron pacientes quienes presentaron respuesta favorable a un manejo conservador previo. Criterios de exclusión: riñón único, sepsis grave, shock séptico, mala respuesta antibiótica ya sea clínica o laboratorio.

Resultados

Entre enero 2019 y enero 2021 se realizaron 47 ureterolitotomía endoscópicas por cálculos ureterales de urgencias. Edad promedio de 49 (21-87) años, índice de comorbilidades de Charlson 1 (0-5). El motivo de consulta más frecuente fue por cólico renal en 72%, en segundo lugar, síntomas urinarios en un 45%. Recuento de glóbulos blancos inicial promedio de 12.943 (3.290-34.080) mm³. 54% de los cálculos eran uréter distal, 23% medio y 23% proximal, el tamaño promedio de litiasis 8.8 (3-20) mm. Tiempo quirúrgico promedio de 52 (15-140) minutos, se deja doble j en el 80% de los casos. Estadía hospitalaria promedio de 4.9 (1-16) días.

19 pacientes cumplían criterios de urosepsis que se intervinieron con un promedio de 4 días de cobertura antibiótica. El antibiótico más utilizado fue ceftriaxona. Al evaluar las complicaciones post operatorias en el subgrupo se observó 1 paciente que evolucionó con absceso renal que requirió cobertura antibiótica extendida, sin reintervención.

Conclusiones

Ureterolitotomía endoscópica semirrígida precoz podría ser una alternativa segura para ofrecer a pacientes seleccionados, incluyendo un subgrupo de pacientes con urosepsis sin drenaje previo con respuesta favorable al manejo conservador, logrando la resolución del paciente en una cirugía.

P22) NEFROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA FLEXIBLE (RIRS) EN UN CENTRO PÚBLICO, COMPLICACIONES Y ESTADIA HOSPITALARIA

Urzúa, R.(1); Rubio, G.(1); Pichón, J.(2); Kirmayr, M.(2); Carvajal, D.(1); Calderón, D.(1); Troncoso, J.(1); Almeida, P.(1); Farias, N.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago,

Introducción: La nefrolitotomía endoscópica retrógrada flexible (RIRS) ha ido ganando adherencia en los últimos años gracias a su continuo avance en tecnología y técnica. Se reportan tasas de stone free de 90% para litiasis < 10 mm y de 80% en < 15 mm, con menor tasa de complicaciones, pérdida de sangre, estadía hospitalaria y costos en comparación a otros tratamientos. El objetivo es caracterizar, conocer la frecuencia de complicaciones y alta hospitalaria durante las primeras 24 horas de pacientes en que se realizó RIRS unilateral electiva en un centro de salud público.

Paciente y métodos: Estudio retrospectivo, en el cual se revisaron los datos de todos los pacientes en que se realizó RIRS unilateral de forma electiva para tratamiento de litiasis renales entre enero/2019 y diciembre/2020.

Resultados: Se realizaron 64 RIRS en 64 pacientes, edad promedio 52,25 años (23-82 años). 37 pacientes (58,8%) tenía alguna comorbilidad, 36 (56,3%) con doble jota previo y 17 (26,6%) con urocultivo positivo, siendo *E. coli* la bacteria más frecuente (47,06%). Respecto a las litiasis, el promedio de litos fue de 2, diámetro mayor promedio 11,23 mm (5-28 mm), densidad promedio 967.089 UH (100-1.531 UH). La mayoría se ubicaba en pelvis renal (37,5%), seguido del cáliz inferior (32,8%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 85,21 min (25–105 min), con ascenso de vaina exitoso en 60 RIRS (93,8%), se instaló doble jota en 57 pacientes al finalizar (89,1%). 9 pacientes (14,1%) presentaron alguna complicación. Complicaciones Clavien-Dindo I se presentaron en 6 pacientes (10,9%), complicaciones Clavien-Dindo II en 1 paciente (1,6%), y complicaciones Clavien-Dindo IV en un paciente (1,6%), con shock séptico que requirió manejo en UTI. 51 pacientes (79,7%) se consideraron ambulatorios y 13 (20,3%) tuvieron una hospitalización de más de 24 horas.

Conclusión: Los resultados encontrados son acordes a la literatura, con una baja frecuencia de complicaciones graves y con alta probabilidad de egreso hospitalario en menos de 24 horas, lo cual es muy preciado en el sistema público.

P23) EXPERIENCIA DE 200 LITOTRIPCIAS EXTRACORPÓREAS

Fassler, E.(1); Kramer, F.(1); Ondarza, C.(1); Escobar, M.(2); Pauchard, F.(2);
(1): UNIVERSIDAD VALPARAÍSO, VINA DE MAR, Chile (2): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF,
VINA DE MAR, Chile

Introducción: La Litotricia Extracorpórea(LEC) es considerada tratamiento de primera línea en urolitiasis en ciertos escenarios clínicos, presentando tasas de éxito cercanas a 72% en litiasis ureteral y 80-90% en litiasis renal adecuadamente seleccionadas. El objetivo de este trabajo es caracterizar la indicación y eficacia de LEC en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 200 LEC entre enero 2016 y agosto 2021. Variables analizadas: características de las litiasis, fragmentos residuales, método de seguimiento, necesidad de reintervención, uso de catéter doble J y consultas en urgencias.

Resultados: Se trataron 29 nefrolitiasis y 171 ureterolitiasis. La tasa libre de lito o fragmentos menores o iguales a 4mm en ureterolitiasis fue 53,1%, y en nefrolitiasis 23,8%. Al dividir los grupos según densidad menor o igual a 1000 UH y mayor a 1000 UH, ésta tasa fue 69,3% y 55,8% para ureterolitiasis y 33,3% y 20% para nefrolitiasis, respectivamente. El principal método de seguimiento fue radiografía con 37,5%, seguido del pielotc 35,7% y clínico 10%. El uso de catéter doble J fue de 48,2% en nefrolitiasis y 40,3% en ureterolitiasis. La tasa de reintervención en nefrolitiasis fue 31%, siendo la ureteroscopía flexible el procedimiento más frecuente en 77,7%, seguida de la nefrolitotomía percutánea en 22,2%, utilizada en 2 casos de nefrolitiasis, no cáliz inferior de 15 y 17mm, mayores de 1200UH, sin fragmentación. En ureterolitiasis la reintervención fue necesaria en 11,6%, realizándose ureteroscopía flexible, ureteroscopía semirrígida y LEC, en 60%, 35% y 5%, respectivamente. La tasa de éxito posterior a reintervención fue 71,4% en nefrolitiasis y 91,6% en ureterolitiasis. La tasa de consulta en urgencia fue 13,5%, principalmente por cólico renal en 77,7% de los casos.

Conclusiones: Las tasas libres de lito o fragmentos menores a 4mm fueron menores a las reportadas en la literatura, siendo más altas al seleccionar el grupo con densidad menor o igual a 1000 UH. Hubo una alta tasa de reintervención, todos estos casos presentaban al menos una característica desfavorable para LEC. Los resultados destacan el rol fundamental que juega la adecuada selección de pacientes en LEC, permitiendo maximizar su tasa de éxito y disminuir sus complicaciones.

P24) DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS UROLÓGICOS NO LITIASICOS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Barria Oyarce, S.(1); Vergara Faúndez, G.(1); Soto Cornejo, G.(1); Arzeno Thome, L.(1); Acuña Madrid, J.(1); Telayna Manriquez, F.(1); Hassi Roman, M.(1); Dominguez Argomedo, R.(1); Landerer Leiva, E.(1); Plaza Jimeno, C.(1); Del Real Valdés, O.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

La prevalencia de patologías urológicas abdominales esta poco descrita en Chile, siendo nuestra referencia reportes internacionales. El objetivo de este trabajo es describir la

prevalencia de patologías o condiciones urológicas en una población que consulta en un hospital público de Santiago, Chile.

Es un trabajo descriptivo retrospectivo de las tomografías axiales computadas (TAC) de abdomen realizadas a personas mayores de 15 años durante 2019 y 2020 usuarias del hospital, con el objetivo de describir la prevalencia de patologías o condiciones urológicas no litiásicas en esta población. Se calculó el tamaño muestral y se eligieron TAC en forma aleatoria.

Resultados: Se revisaron 940 TAC de pacientes mayores de 15 años, 556 mujeres (59,2%) y 384 hombres (40,8%), el promedio de edad fue de 55,9 años (DE 18,6). Se registraron 246 pacientes con patologías o condiciones urológicas no litiásicas: quiste renal 119 (12,66%), hidroureteronefrosis 32 (3,40%), tumor suprarrenal 22 (2,34%), tumor renal 20 (2,13%), atrofia renal 16 (1,70%), nefritis (pielonefritis) 11 (1,17%), monorroño 8 (0,85%), absceso renal 5 (0,53%), angiomiolipoma 4 (0,43%), doble sistema pielocalicilar 4 (0,43%).

En relación a las patologías más frecuentes asociadas a litiasis, los quistes renales tuvieron 21,9%, la hidroureteronefrosis (23,8%), tumor suprarrenal (19%) y tumor renal (17,6%). Cabe destacar que las HUN en 76,2% no estuvieron asociadas a litiasis.

Conclusión: destaca la prevalencia de quistes renales como hallazgo más frecuente, la HUN asociado o no a litiasis y tumores renales y suprarrenales. La asociación con litiasis de estas patologías fueron en general menores.

P25) USO CATETER DOBLE J EN TRASPLANTE RENAL PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN UN CENTRO TRASPLANTE NACIONAL.

Pichon M, J.(1); Urzua S, R.(1); Kirmayr Z, M.(1); Almeida A, P.(1); Troncoso B, J.(1); Carvajal S, D.(2); Campos C, D.(3);

(1): UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL DEL SALVADOR/CLINICA DAVILA, SANTIAGO, CHILE (3): HOSPITAL DEL SALVADOR/UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE

Introducción

El uso de catéter doble j/Stent ureteral en trasplante renal (TR) tendría un rol en disminuir el riesgo de complicaciones urológicas, tales como fugas u obstrucciones urinarias. Por otro lado, su uso se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar infecciones urinarias (ITUs) con riesgo de sepsis grave en pacientes inmunosuprimidos.

Nuestro objetivo es evaluar si el uso de catéter doble j en el TR se asocia a disminución de las complicaciones urológicas y el potencial riesgo de ITUs asociado.

Materiales y métodos

Revisión de fichas clínicas electrónicas, protocolos operatorios de pacientes sometidos a TR desde enero 2017 hasta abril 2020. Se incluyeron TR donantes cadáveres y vivos que se realizaron con la técnica de neimplante ureteral tipo Lich-Gregoir. El uso de stent ureteral se indicaba en casos de vejiga de mala calidad, baja capacidad, neimplante dificultoso y decisión del cirujano. Criterios de exclusión: Datos incompletos, anastomosis uretero-ureteral, receptores con malformaciones urinarias. El stent fue retirado mediante cistoscopia en el tiempo indicado por el cirujano. Se revisaron los cultivos de orina hasta los 45 días post TR.

Resultados

Se realizaron 121 TR de los cuales 73% (100 pacientes) corresponden a donantes cadáver. La edad promedio del receptor fue 59.3(17-72) años. 56% (68 pacientes) no se les realizó instalación de catéter doble J y al 43% sí. Al comparar ambos grupos no se observó diferencia estadísticamente significativa en la tasa de complicaciones generales; 11 (16,1%) versus 11 (20,7%) [P=0,517] ni urológicas; 5(7,4%) versus 3(5,6%) [P=0,921]. El tiempo de retiro de catéter doble J promedio fue 23 (14-45) días. Respecto a la positividad de urocultivos dentro de los primeros 45 días no se observó diferencia estadísticamente significativa; 7(10,2%) versus 11(20,8%) [P=0,164] respectivamente.

Conclusiones

La instalación de stent ureteral en nuestra serie no afecta significativamente en la reducción de complicaciones generales ni urológicas. Tampoco se encontró diferencia respecto a la positividad de urocultivos en ambos grupos, que podría estar en relación de un retiro temprano del stent en comparación a otras series.

P26) FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA DE INJERTO RENAL EN DONANTE VIVO Y CADAVERICO: SERIE DE 15 AÑOS.

Bravo Izurieta, J.(1); Avila, E.(1); Navarro, R.(1); Bofill, A.(1); Amstein, R.(1); Ortiz, A.(1); Majerson, A.(1); Dominguez, J.(2);
(1): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La prevalencia en Chile de insuficiencia renal crónica (ERC) ha ido en aumento, siendo actualmente del 3%, aumentando hasta un 12% en la población adulto mayor, asociado al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión. El trasplante renal es el tratamiento preferido para la mayoría de los pacientes con ERC etapa 5, asociado a una mejor supervivencia y calidad de vida. La supervivencia del injerto renal depende de diversas variables. Se sabe que el trasplante renal donante vivo (TRDV) posee mayor supervivencia, siendo menos claros si son los mismos factores que para el trasplante renal donante cadáver (TRDC). El objetivo fue determinar aquellos factores que

puedan afectar la sobrevida del injerto renal tanto donante vivo como cadaver en nuestra institución.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en base a los pacientes trasplantados entre los años 2005-2020 en nuestro centro. Se analizó diversas variables asociadas a sobrevida del injerto en 2 grupos, TRDV y TRDC.

Resultados: Se obtuvieron datos completos de un total de 277 pacientes trasplantados, 123 TRDV y 154 TRDC. Se realizó un análisis univariado (OR) y multivariado (HR) para determinar factores asociados a sobrevida del injerto. Para los TRDC se encontró relación significativa con la edad del trasplante (OR 0.95, p 0.012), el rechazo crónico (OR 16.38, p 0.001), las complicaciones quirúrgicas (OR 5.72, p 0.003), y el retraso en la función del injerto (OR 4.8, p 0.021). En cuanto al TRDV existió relación significativa con la edad del trasplante (OR 0.93, p 0.001), el mismatch (HR 0.25, p 0.041), el uso de basiliximab (OR 0.176, p 0.033), ITU el 1er año (HR 6.32, p 0.011), y el rechazo crónico (OR 77.77 p 0.001).

Conclusión: Se encontró factores en común asociados a la sobrevida del injerto entre ambos grupos, además se determinó factores propios de cada uno de ellos. A partir de estos hallazgos sería posible realizar intervenciones para optimizar la sobrevida del injerto renal.

P27) RUPTURA VESICAL INTRAUTERINA INDUCIDA POR FÁRMACOS

Ramirez, R.(1); Bastías, C.(2); Herrera, J.(1); Díaz, A.(1); Gutiérrez, J.(1);
(1): Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Clínica Indisa, Santiago, Chile

Introducción: las rupturas vesicales en pediatría son escasas y habitualmente se asocian a obstrucción urinaria baja. Se han reportado 4 casos previos de ruptura en contexto de paso transplacentario de opiodes, siendo éste el primero en Chile y asociado a cuadro clínico de COVID (+) materno. Caso Clínico: gestante de 33 años en sedoparalización para recibir ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria en neumonía COVID-19 (+), feto de 31+4 semanas de gestación que posterior a presentar una vejiga distendida evoluciona de manera abrupta con ascitis asociado a vejiga colapsada. Al nacimiento se evidencia uroperitoneo mediante ecografía por lo que se instala drenaje peritoneal tipo pigtail y catéter vesical. Evoluciona con débito urinario persistentemente mayor por drenaje peritoneal por lo que al quinto día de vida se realiza cistoscopia diagnóstica, canalizando el defecto con guía y en el mismo tiempo anestésico una rafia vesical de la ruptura identificada a través de laparotomía media infraumbilical. Se mantiene con catéter urinario por 14 días y se comprueba ausencia de filtraciones mediante ecografía y uretrocistografía. Conclusiones: la ruptura vesical asociada al uso de fármacos es una entidad infrecuente y de difícil manejo cuando ocurre en el ambiente intrauterino, una vez en el período neonatal el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico debe ser gradual en invasividad y utilizando todas las herramientas técnicas que ofrece la urología actualmente.

P28) PERFIL ETIOLÓGICO Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS EN LA POBLACIÓN DE UN HOSPITAL COMUNITARIO

Carrillo, I.(1); Gómez, S.(1); Bernal, K.(1); Hernández, C.(1);
(1): Hospital de Curepto, Curepto, Chile

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es una causa frecuente de consulta en los diferentes niveles de atención, su tratamiento inicial es principalmente empírico y el éxito dependerá de la susceptibilidad antimicrobiana de los microorganismos involucrados. El objetivo de este estudio es identificar los principales agentes etiológicos y la frecuencia de resistencia a antibióticos de microorganismos aislados por urocultivos en pacientes de la comuna, para poder establecer pautas de tratamiento empírico que resulten más efectivas para el manejo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, se evaluaron todos los resultados de urocultivos realizados entre el 01 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020. Se tomaron los resultados desde el laboratorio del hospital comunitario que actúa como centro único y de referencia para el análisis de las muestras de la comuna. Se identificaron datos demográficos de la población que originó las muestras. El análisis de susceptibilidad se realizó principalmente a través de difusión en disco (10 antibióticos) y turbidimetría automatizada (25 antibióticos).

RESULTADOS

Se obtuvieron 2286 urocultivos, 1113 no tuvieron crecimiento bacteriano, 732 resultaron positivos y 441 con otros resultados como polimicrobiano (401) o crecimiento menor a 100.000 UFC/ml (40). En los urocultivos positivos el 77,8% fue en mujeres, el promedio de edad fue de 66,4 años, se identificaron más de 20 microorganismos diferentes, el más frecuente fue *Escherichia coli* (76,3%) seguido de *Enterococcus faecalis* (7,3%) y *Klebsiella pneumoniae* (5,7%). Al evaluar el subgrupo de *Escherichia coli* se observa que el 23% es sensible a todos los antibióticos estudiados, mientras que el resto mantiene altos porcentajes de resistencia 58% a Cefalosporinas de primera generación (principalmente cefadroxilo), 35% Ampicilina/sulbactam, 33% ácido pipemidico, 23% Ciprofloxacino y 18% Sulfatrimetropim.

CONCLUSIONES

El conocimiento del perfil etiológico y su resistencia antimicrobiana a nivel local resultan fundamental para el tratamiento en las primeras 48 horas de una ITU. Se ha observado que existe variabilidad en la susceptibilidad antibiótica según el área geográfica y tiempo estudiado. Es necesario generar estudios locales de forma periódica. Existen diferencias en

los métodos de laboratorio empleados que son importantes de conocer para una mejor interpretación de resultados.

P29) CANCER TESTICULAR DE CELULAS GERMINALES: NUESTRA SERIE 2000-2020

Ebel, L.(1); Foneron B., A.(1); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(1); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2); Barrera, C.(3); Quintana, E.(1); Cañoles, R.(4); Westendarp, M.(5); Segura, F.(6); Gavilan, D.(6); Astete, A.(1); Araya, J.(1); Corti, D.(1);

(1): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA- UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE (2): HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA, VALDIVIA, CHILE (3): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE (4): CLINICA ALEMANA, VALDIVIA, CHILE (5): CLINICA ALEMANA-HOSPITAL DE LA UNION, VALDIVIA-LA UNION, CHILE (6): HOSPITAL DE LA UNION, LA UNION, CHILE

Introducción. El cáncer de testículo (CáT) representa aproximadamente el 1.5% de las neoplasias del hombre, ocupando el 4to. lugar luego de próstata, riñón y vejiga. En Chile representa un porcentaje mayor, llegando hasta el 3.6% y ocupando el 3er. lugar, antes de vejiga. Sin embargo, es el tumor sólido más frecuente del hombre entre 15-44 años. 2-5% son bilaterales, mayormente asincrónicos. El 95% de ellos se originan de las células germinales (CG) del testículo, en diferentes etapas de maduración, pudiendo ser del tipo seminomatoso, no-seminomatoso o mixto. Presentamos las características de la serie de CáT de CG tratados en nuestra Región entre los años 2000-2020. Material y Métodos. Cohorte retrospectiva de casos tratados desde el 1-1-2000 hasta el 31-12-2020 de pacientes con domicilio en la Región, incluyendo casos del ámbito público y privado; se excluyen pacientes de la Región tratados fuera de ella. Se obtienen datos (electrónicos y en papel) de registros oncológicos de todos los centros de salud existentes, del único laboratorio privado de histopatología, de los registros GES/AUGE y del Registro de Cáncer del Servicio de Salud; se complementan con información de Laboratorios Clínicos y Servicios de Radiología de la región y del sitio web del Registro Civil. Resultados. Se obtuvo 538 casos. 2 pacientes fueron tratados fuera de la Región y se excluyeron del análisis. Edad promedio fue 33.0 años, con rangos entre 15-76 años; para seminoma y no-seminoma la edad promedio fue 36.4 años y 29.0 años, respectivamente. 23 casos (4.3%) fueron bilaterales: 6 sincrónicos y 7 asincrónicos, de los cuales 3 casos se diagnosticaron antes del período de estudio. Todos los casos excepto 4 (99.2%) tienen confirmación histológica: el 51.5% fueron seminomas puros. El 68.6% se diagnosticó en etapa I, el 20.1% en II y el 10.2% en III. Durante el período de estudio fallecieron 50 pacientes, 20 de ellos por CáT. Conclusión. La serie presentada confirma las características del CáT publicadas en otras series, tanto nacionales como mundiales. Destacamos el alto número de casos observados y la calidad del registro.

P30) POROQUERATOSIS GENITAL. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

Coria, D.(1); Horn, C.(2); Mandujano, F.(2);

(1): Residente Urología. Facultad de Medicina Universidad de los Andes., Santiago, Chile (2): Urólogo. Servicio de Urología Hospital Militar, Santiago, Chile

Introducción

La poroqueratosis representa un grupo heterogéneo de trastornos de la queratinización caracterizados por la presencia de placas anulares con bordes elevados distintivos, que incluyen laminillas coroides que se superponen a una invaginación epidérmica con pérdida de la capa granular y disqueratosis. El área genital se ve raramente afectada por la poroqueratosis, con aproximadamente 50 casos reportados en la literatura. Con respecto a la ubicación penoescrotal, se han publicado solamente 10 casos en el mundo. Presentamos dos casos clínicos de pacientes que se presentaron con lesiones cutáneas a nivel peneano cuyo diagnóstico histopatológico reveló la presencia de poroqueratosis.

Casos clínico

1. - Paciente de 19 años, derivado del policlínico de Dermatología por presentar una lesión papular blanquecina, asintomática, de 1.2 cm diámetro, indurada, en el área dorsal del pene de 1 año de evolución.

2.- Paciente de 21 años que consultó al policlínico de Urología por edema prepucial, el cual al retraerse evidenció una lesión blanquecina de 1cm de diámetro, indurada a la palpación, en el surco balanoprepucial.

A ambos pacientes se les realizó una biopsia excisional ambulatoria bajo anestesia local. Ambas muestras fueron enviadas a estudio anatomopatológico confirmando el diagnóstico de Poroqueratosis.

Discusión

La afección penoescrotal se ha descrito sólo en hombres jóvenes en su tercera década. El centro de esta lesión puede ser hipo o hiperpigmentado, atrófico y anhidrótico. Clínicamente

tienden a ser asintomáticas, pero se han descrito casos en que puede haber prurito intenso. El pronóstico de estas lesiones es favorable, pero puede existir transformación maligna a carcinoma escamosos en 7 – 10%. El tratamiento depende del tamaño, número y localización de las lesiones. Entre las opciones terapéuticas se encuentran la escisión quirúrgica, crioterapia, terapia con láser de CO2 e Imiquimod entre otras.

Conclusión

La poroqueratosis es una dermatosis secundaria a un trastorno del proceso de queratinización. Su localización genital es poco frecuente y mas infrecuente aún su localización peneana. Estas lesiones siempre deben tratarse debido a su potencial maligno, siendo la escisión quirúrgica una alternativa, como lo reportado en nuestros casos.

P31) AUMENTO DE CASOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN UN HOSPITAL PUBLICO REGIONAL, OTRA CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19

Kramer, F.(1); Gurovich, J.(1); Ondarza, C.(1); Fassler, E.(1); Pauchard, F.(1); Mülchi, C.(1); Ruiz, R.(1); Jara, D.(1); Venegas, J.(1);

(1): Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria provocada por COVID-19 ha perjudicado la atención de pacientes con patologías crónicas. La gangrena de Fournier (GF) es una enfermedad infrecuente y potencialmente mortal que debe ser manejada oportuna y agresivamente. El objetivo es caracterizar el aumento de casos con este diagnóstico durante la pandemia en un hospital regional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados con GF en un hospital público, en el período comprendido entre marzo 2020 y marzo 2021. Se examinaron las variables: días de estadía hospitalaria, motivo de consulta, comorbilidades, decesos, número y tipo de intervenciones quirúrgicas. Utilizamos porcentajes y promedios para el análisis descriptivo, con máximos y mínimos por variable.

RESULTADOS

Se identificaron ocho pacientes con diagnóstico de GF en los 12 meses estudiados. De estos pacientes, todos consultaron por aumento de volumen y/o dolor escrotal, promediaron una estadía hospitalaria de 26.4 días (máximo 42, mínimo 8). Se realizaron en promedio 3.3 intervenciones quirúrgicas por paciente (máximo 8, mínimo 1), con un total de 26 aseos

quirúrgicos, dos orquiectomías y tres penectomías. Tres pacientes fallecieron durante la hospitalización (38%). Las comorbilidades más prevalentes en este grupo de pacientes fueron: hipertensión arterial (88%), diabetes mellitus (75%), hiperplasia prostática benigna (50%), enfermedad renal crónica (25%) y obesidad (25%). Todos los pacientes tenían más de una patología asociada. Los patógenos aislados en cultivos no fueron incluidos por falta de concordancia y fidelidad en los registros.

CONCLUSIONES

Al comparar los casos de esta muestra con los registrados durante los años pre pandemia, que muestran un promedio de 3.3 casos por año, se observa un aumento del 146% en los mismos. De la misma manera, se vio un incremento en el promedio de días cama de un 145%, de cirugías por paciente en un 122% y muertes intrahospitalarias en un 66%. Esto refleja un alza de casos y decesos por GF, en contexto de un acceso limitado a control de patologías crónicas durante la pandemia.

P32) MANEJO QUIRÚRGICO DE MASAS RETROPERITONEALES POSTERIOR AL USO DE QUIMIOTERAPIA EN HOMBRES CON CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES

Oyanedel, F.(1); Astete, A.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Toledo, H.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1);
(1): Universidad Austral de Chile - Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: El cáncer testicular se disemina a los ganglios linfáticos retroperitoneales de una forma predecible. La linfadenectomía retroperitoneal se usa en varios escenarios clínicos, uno de ellos es la resección posterior al uso de quimioterapia. Material y métodos: Se presenta la revisión retrospectiva de nuestra cohorte histórica de pacientes con cáncer de células germinales sometidos a linfadenectomía retroperitoneal post quimioterapia. Resultados: Entre 1981 y 2021 se realizaron 85 linfadenectomías retroperitoneales en hombres con cáncer de células germinales que habían recibido quimioterapia. La mediana de edad fue de 30 años (16-58 años). El 1% correspondían a tumores extragonadales; 2% pertenecían a etapa I, 61% a etapa II y 36% a etapa III. El tamaño promedio de la masa fue de 77,9 mm (DE 51,2). Un 34% de los pacientes presentó complicaciones intra operatorias y 24% en el post operatorio. Las complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo fueron 3,7% tipo I, 74,1% tipo II, 7,4% tipo IIIB, 11,1% tipo IVB y 3,7% tipo V. El análisis anatomopatológico de las masas resecadas reveló en 51% de los casos necrosis o fibrosis, en 28% tumor viable y en 21% teratoma maduro. Durante el seguimiento, 16 pacientes (18,8%) murieron a causa del cáncer, con una mediana de sobrevida para este grupo de 16 meses (3-76). La mediana de sobrevida de la serie en general fue de 157 meses (0-455). Conclusiones: La linfadenectomía retroperitoneal en pacientes sometidos a quimioterapia es una cirugía desafiante y con altas tasas de complicaciones, pero es el único método que ofrece posibilidades de etapificación y curación.

P33) PROSTATITIS AGUDA BACTERIANA; EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE UN CENTRO

Guerrero S., P.(1); Basso, G.(2); Brandau, C.(2); Ortega, R.(2); Pfeifer, J.(3); Moreno, S.(3); Velasco, A.(3);

(1): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile (3): Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción

La prostatitis aguda bacteriana (PAB) es una infección potencialmente severa de la glándula prostática.

El tratamiento de la PAB es la antibioticoterapia, no obstante, en el último tiempo se ha reportado un aumento importante en la resistencia antibiótica en los gérmenes más habituales.

El objetivo de este estudio es exponer nuestros datos epidemiológicos con respecto a esta patología, y evaluar posibles factores predictores de hospitalización del paciente.

Material

y

Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo que incluyó un total de 190 pacientes de un único centro, con diagnóstico de PAB, recopilados en un periodo de 12 meses. Se evaluaron diversas variables demográficas y características del microorganismo aislado. El análisis estadístico utilizó el criterio de Hosmer y Lemeshow para ingresar las variables al modelo de regresión logística. El valor-p del análisis bivariado fue menor ó igual a 0,25.

Resultados

De la población estudiada, la edad promedio de presentación fue 56 años y la comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 2 (8,6%). Un 41% consultó inicialmente al servicio de urgencias, un 31% requirió hospitalización y un 5,8% ingreso a unidad de paciente crítico. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron Escherichia Coli (80.3%), Klebsiella Pneumoniae (6.9%) y Enterococcus Faecalis (6.4%). La prevalencia de cepas betalactamasas de espectro extendido (BLEE+) fue 11.2%. El antibiótico empírico más frecuentemente utilizado fue Ciprofloxacino (50.6%), seguido de Ceftriaxona (20,5%). Un 38.1% de las PAB requirieron ajuste del tratamiento inicial. Los antibióticos que demostraron tener mejor sensibilidad fueron los Carbapenémicos (99.4%), seguido por Amikacina (98,3%). La sensibilidad reportada para Ciprofloxacino fue de 80.3%. Los factores asociados con el aumento de la probabilidad de hospitalización fueron la edad (10% por cada año adicional) y la presencia de BLEE+ (29,8%).

Conclusiones

En esta revisión, al igual que en la literatura internacional, el microorganismo más frecuentemente aislado fue Escherichia Coli. En base a los resultados expuestos y considerando las limitaciones del tamaño muestral de este estudio, podemos sugerir que la edad y la presencia de BLEE+ podrían ser factores a considerar para determinar la hospitalización de paciente con PAB.

P34) ESCLEROTERAPIA CON POVIDONA YODADA EN PACIENTE CON LINFOCELE POST-LINFADENECTOMIA INGUINAL: UNA ALTERNATIVA ACCESIBLE PARA UN PROBLEMA FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

Córdova, L.(1); Soto, R.(1); Mora, R.(1); Muñoz, S.(1); Leiva, D.(1); Iturriaga, C.(1); Ruiz-tagle, D.(1); Vidal, Á.(1); Falcón, C.(1); Castro, D.(1); Avilés, N.(1); Marió, C.(1); Hausmann, C.(1); Biancardi, S.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La linfadenectomía inguinal está asociada a una morbilidad postoperatoria significativa, siendo el linfocele una de sus complicaciones más comunes. Si bien, la mayoría de los casos responderá a medidas conservadoras, aquellos de mayor severidad requerirán un manejo activo. La instilación percutánea de agentes esclerosantes es descrita como una opción poco invasiva, efectiva y con menores tasas de recidiva. Se presenta el caso de un paciente con cáncer de pene y linfocele post-linfadenectomía inguinal manejado de forma satisfactoria con escleroterapia en base a povidona yodada.

Caso clínico: Paciente de 54 años con diagnóstico de carcinoma escamoso de pene por el cual es sometido a una penectomía parcial con linfadenectomía inguinal superficial bilateral. Al séptimo día postoperatorio y en relación al retiro de los drenajes inguinales, evoluciona con aumento de volumen inguinal bilateral asociado a eritema y sensibilidad local, fiebre y elevación de parámetros inflamatorios. En el estudio tomográfico destacan colecciones inguinales compatibles con linfoceles postoperatorios. Inicialmente es manejado con antibióticos y fórmulas modulares de ácidos grasos destacando escasa respuesta en linfocele derecho. Se procede a la punción aspirativa de colección derecha con extracción de 120 cc. de líquido seroso. Por favorable evolución clínica y descenso de parámetros inflamatorios, se decide el alta al decimoctavo día postoperatorio. Siete días posteriores al alta, se objetiva durante el primer control ambulatorio colección fluctuante y sensible en relación a herida inguinal derecha compatible con linfocele recidivado, sin sintomatología sistémica asociada ni ascenso en parámetros inflamatorios. Se decide iniciar escleroterapia con instilación percutánea de povidona yodada; Para ello se procede al posicionamiento percutáneo de una sonda Foley 10 Fr en la colección. Posteriormente, se instruye al paciente para instilar en domicilio povidona yodada 10% por la sonda en un volumen equivalente al 50% del débito de las últimas 12 horas, con posterior clampeo del catéter por 30 minutos. Paciente completa 7 días del esquema sugerido con favorable respuesta clínica y sin recidivas en controles posteriores.

Conclusiones: Múltiples agentes esclerosantes han sido descritos en la literatura para el manejo del linfocele postoperatorio. En nuestra experiencia, la povidona yodada mostró ser una opción efectiva, accesible y segura.

P35) TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS PARA EL MANEJO DE MASAS RESIDUALES POSTQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER TESTICULAR

Narvaez, P.(1); Donoso, R.(1); Ibáñez, H.(1); Duran, L.(1); Menchaca, R.(1); Testa, I.(1); Rojas, J.(1); Neira, R.(1); Kerkebe, M.(1);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular afecta principalmente a hombres entre 20 y 44 años. Dentro de su tratamiento en distintas etapas está la quimioterapia, posterior a la cual se podría requerir linfadenectomía lumboaórtica según el tipo de tumor de células germinales y el tamaño. El abordaje tradicionalmente es abierto, pero las técnicas mínimamente invasivas como la cirugía laparoscópica y asistida por robot, se han promovido debido a que han logrado reducir morbilidad quirúrgica y conservar eyaculación anterógrada. El siguiente trabajo presenta resultados de LALA PQ operadas por vía laparoscópica o robótica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Serie retrospectiva de 5 pacientes sometidos a LALA PQ manejados por vía laparoscópica y asistida por robot. Todos habían recibido al menos 3 ciclos de quimioterapia basada en cisplatino.

RESULTADOS

Edad promedio 25 años. El estadio clínico varió de I hasta IIIc. Cuatro correspondieron a no seminomas y uno a seminoma puro. Todos recibieron al menos 3 ciclos de PEB. Longitud promedio de masa retroperitoneal fue de 42 mm. Tiempo operatorio de LAP y R LAP fue de 187.5 y 150 minutos, respectivamente. Sangrado promedio de LAP y R LAP fue 245 y 500 cc, respectivamente. Un paciente presentó sangrado intraoperatorio que requirió conversión a cirugía abierta. El promedio de días hospitalizados fue para LAP 6.5 días y en R LAP 6 días.

CONCLUSIÓN

En esta serie se puede observar que el abordaje laparoscópico presenta buenos resultados oncológicos, perioperatorios y baja tasa de complicaciones. Por su parte, la cirugía laparoscópica asistida por robot ha ido en aumento por su ergonomía y menos complicaciones perioperatorias, con la ventaja de similares resultados oncológicos en comparación con otros abordajes. Esta última posee mayor costo y lenta curva de aprendizaje. El abordaje mínimamente invasivo, tanto laparoscópico clásico como el asistido por robot, son técnicas seguras para el tratamiento de masas post quimioterapias en cáncer testicular. Pese a esto, se requieren más estudios con mayor cantidad de pacientes para evaluar resultados oncológicos a largo plazo.

P36) ORQUIEPIDIDIMITIS GRANULOMATOSA SECUNDARIA A BCG COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR TESTICULAR: REPORTE DE UN CASO.

Olivares Cortés, V.(1); Barria Oyarce, S.(1); Benavides Mendoza, A.(1); Vergara Faundez, G.(1); Dominguez Argomedo, R.(1); Acuña Madrid, J.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el segundo cáncer urológico más frecuente. Dentro del manejo, la inmunoterapia con BCG ha sido utilizada por años como adyuvante, disminuyendo el riesgo de recurrencia y progresión. Las reacciones adversas a instilaciones vesicales con BCG son infrecuentes (fiebre, mialgias, náuseas, vómitos). Con menor frecuencia se han reportado casos de orquiepididimitis granulomatosa.

CASO

Hombre de 77 años con antecedentes Hipertensión arterial, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna, diagnosticado de cáncer urotelial de alto grado no músculo invasor, en inmunoterapia con BCG.

Presentó algia e induración testicular derecha de 3 meses de evolución por lo que se realizó ecografía testicular que evidenció tumor testicular derecho vascularizado al Doppler.

Destacan dentro del estudio, marcadores tumorales negativos (B-HCG menor a 2 mUI/mL , LDH 180 U/, AFP 1.68 ng/mL) y TAC TAP que informó lesión focal testicular derecha de 1.6 cms compatible con neoplasia primaria, sin signos de compromiso a distancia.

Se realizó orquiectomía radical derecha sin incidentes. En el análisis histopatológico se evidenció intenso infiltrado inflamatorio crónico linfocitario con tendencia a constituir granulomas no necrotizantes con algunas células gigantes multinucleadas, granulomas de esperma y acúmulos de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos que llegaban a constituir focos. Al análisis inmunohistoquímico TBC, CD3, CD20 y CD68 positivos. Biopsia compatible con orquiepididimitis granulomatosa de tipo tuberculosa. Por lo anterior se realizó notificación ENO por tuberculosis extrapulmonar y se derivó a infectología y broncopulmonar. Infectología inició tratamiento y actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones recibiendo tratamiento y a la espera de reanudar su tratamiento con BCG.

DISCUSIÓN

La orquiepididimitis granulomatosa secundaria a BCG es una complicación infrecuente. Existe evidencia que sustenta el manejo farmacológico de esta patología sin necesidad de orquiectomía. Sin embargo, el diagnóstico diferencial es difícil sobre todo en casos en que la presentación se asemeja a la de un tumor testicular. Para realizar un correcto diagnóstico se debe tener un alto nivel de sospecha en pacientes que presentan tumor testicular y tienen antecedentes de cáncer de vejiga tratado con BCG.

P37) TUMORES MIXTOS EPITELIALES Y MESENQUIMATOSOS: UNA ENTIDAD IGNORADA

Torres, B.(1); Henríquez, D.(1); Fernández, C.(1); Numhauser, I.(1); Alfaro, D.(2); Gallegos, I.(3); Román, J.(2);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

(3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los tumores mixtos epiteliales y mesenquimatosos del riñón (MEST) son una entidad benigna e infrecuente, corresponde al 0.2% de los tumores renales aproximadamente. Característicamente se presentan en mujeres en edad media y tienen expresión de receptores de estrógenos y progesterona. Su apariencia imagenológica y sus características anatomopatológicas lo hacen difícil de distinguir del carcinoma de células renales, diagnóstico con un pronóstico y manejo diametralmente opuesto.

Material y métodos: En base a una serie de cinco casos de MEST en los últimos cinco años en un hospital universitario de la región Metropolitana, se revisa la literatura, y se realiza una revisión retrospectiva de las bases de datos de nefrectomía en 3 hospitales de Santiago.

Resultados: Se presenta una serie de casos de un hospital universitario de la zona norte de Santiago con 5 pacientes entre 339 biopsias renales oncológicas en los últimos 5 años, correspondiente al 1.4% de los tumores renales operados en ese lapso de tiempo, lo cual se contrasta con los resultados de un hospital público de alta complejidad y un centro de derivación oncológico del mismo sector, que no reportaron ningún caso en el mismo plazo de tiempo, teniendo 222 y 147 nefrectomías oncológicas respectivamente.

Conclusiones: La identificación y correcto diagnóstico de los MEST requieren del conocimiento de la patología y un alto índice de sospecha. Un diagnóstico certero resulta fundamental para evitar seguimientos innecesarios, con los costos económicos, exposición a radiación y gastos que esto conlleva.

P38) ONCOCITOMA RENAL 13CM; SIGNO IMAGENOLÓGICO CLÁSICO - CICATRIZ ESTRELLADA- ¿PODRÍA EVITAR LA CIRUGÍA?

Quiñones, C.(1); Durán, L.(2); Rojas, J.(2); Neira, R.(2); Donoso, R.(2); Menchaca, R.(2); Testa, I.(2); Orellana, N.(3);

(1): Interna Medicina. Facultad de Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Residente Urología. Facultad de Medicina Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile (3): Urólogo. Servicio de Urología Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer renal ocupa el tercer lugar de prevalencia entre neoplasias urológicas malignas, siendo el 90% carcinoma de células renales (CCR). Usualmente se diagnostica incidentalmente con ecotomografías y tomografía axial computarizada (TAC). El oncocitoma es el tumor sólido benigno más común, constituye el 3-7% de los tumores renales sólidos. El estudio imagenológico puede evidenciarlo como una lesión sólida, homogénea, con cicatriz estrellada central, pero esto es insuficiente para diferenciar al oncocitoma del CCR, el diagnóstico es histopatológico. Presentaremos un reporte de caso de un paciente con tumor renal de 13.5cm con imagen poco frecuente pero clásica de oncocitoma, cicatriz estrellada.

Caso clínico

Paciente sexo masculino 46 años sin antecedentes mórbidos, en control imagenológico posterior a neumonía por COVID-19 se realiza TAC de tórax evidenciando imagen sugerente de neoplasia renal izquierda. En TAC abdomen y pelvis con contraste; masa hipervascular con áreas centrales hipodensas de configuración estrellada en corteza renal izquierda, de 13.5cm en diámetro mayor, asociado a leve aumento de densidad perineural hacia polo inferior. Paciente niega historia de hematuria, dolor abdominal y otros síntomas. Al examen físico destaca masa palpable en hipocondrio izquierdo indolora bien delimitada. Sin hallazgos de enfermedad diseminada. Se realizó nefrectomía radical laparoscópica izquierda sin incidentes. A la biopsia se identifica tumor de ubicación cortical de 13.5cm de eje mayor, color marrón con cicatriz estrellada central de 4.2cm. Proliferación celular compuesta por grandes células eosinofílicas redondas (oncocitos) con citoplasma granular denso compatible con oncocitoma que contacta corteza renal.

Conclusión

Los tumores benignos tienen nulo o bajo potencial metastásico, por lo que ciertos autores han planteado la posibilidad de vigilancia al tener una alta sospecha de oncocitoma con la imagen característica de cicatriz estrellada. Esto puesto que el manejo activo conlleva un alto

riesgo de futuras comorbilidades al ser pacientes monorrenos. Independientemente que la imagen sea altamente sugerente de oncocitoma, no es posible confirmar el diagnóstico sin la histología ni descartar un CCR concomitante. Por lo que siempre se debería optar por realizar un manejo quirúrgico.

P39) CARCINOMA DE TÚBULOS COLECTORES DE BELLINI. REPORTE DE UN CASO.

Pichon M, J.(1); Urzua S, R.(1); Kirmayr Z, M.(1); Campos C, D.(2); Chacon C, R.(2); Toloza C, H.(3);

(1): UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL DEL SALVADOR/UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (3): HOSPITAL DEL SALVADOR/CLINICA DAVILA, SANTIAGO, CHILE

Introducción

El carcinoma renal de túbulos Colectores de Bellini (CB) Representa el 0,6-3% de todos los carcinomas de células renales. Se presenta más frecuentemente entre los 30-70 años. Respecto a los hallazgos imagenológicos del CB no tiene características específicas que nos ayuden a diferenciarlo de otros tipos histológicos. Alrededor de 35-50% tienen metástasis al momento del diagnóstico. 2/3 de los pacientes fallecen a los 2 años del diagnóstico.

Materiales y métodos

Revisión de ficha clínica, imágenes e histología en conjunto con anatomo-patólogo.

Resultados

Mujer de 49 años originaria de Perú. Consulta por dolor lumbar derecho, sin hematuria, sin fiebre, sin antecedentes de trauma ni coagulopatías. Tomografía computada (TC) muestra hematoma espontáneo subcapsular derecho de 11 cm. Urografía por TC (UroTC) una semana posterior muestra estabilidad del hematoma, pero ahora se observa la presencia de trombo vena renal derecha. Paciente con buena evolución, se da de alta con anticoagulación y estudio de trombofilias.

2 meses posterior consulta por dolor lumbar y hematuria. UroTC muestra hematoma espontáneo subcapsular de similar tamaño respecto a estudio previo. Riñón derecho hipocaptante con focos hipointensos en su interior, inespecíficos. Sin trombo en vena renal derecha. Se decide realizar, ante sospecha de neoplasia cavidades, nefroureterectomía radical.

Re consulta luego de 1 mes por dolor abdominal. TC muestra trombosis de la vena cava inferior. Múltiples adenopatías necróticas retroperitoneales y mesentéricas, lesiones

hepáticas de aspecto quístico y tenues nódulos sólidos, nódulos pulmonares inespecíficos. dentro de las posibilidades de origen infeccioso por Tuberculosis (TBC) v/s neoplásico.

Se descartan origen infeccioso de hallazgos en TC. Biopsia informa lesión macroscópica blanquecina, friable de 6x4 cm concordante con CB.

TC a los 45 días posterior muestra múltiples lesiones metastásicas en hígado, pulmón, adenopatías retroperitoneales, trombosis de vena cava inferior, carcinomatosis peritoneal.

Se descarta posibilidad de algún tratamiento adyuvante en contexto mal performance status de paciente.

Conclusiones

El CB es una entidad rara, con pobre pronóstico clínico, donde las imágenes pueden no ser categóricas de neoplasia como este caso. La rápida progresión de esta variante histológica nos obliga en algunos casos, a descartar diagnósticos diferenciales de la índole infecciosa.

P40) LEIOMIOSARCOMA VESICAL MÚSCULO INVASOR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR VESICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rojas Crespo, J.(1); Olivares Cortés, V.(1); Donoso Vasquéz, R.(1); Durán García, L.(1); Neira Soto, R.(1); Testa Sklofsky, I.(1); Menchaca Cruzat, R.(1); Orellana Salinas, N.(1); Kerkebe Lama, M.(1);
(1): DIPRECA, Santiago, Chile

Leiomiomasarcoma vesical musculo invasor como presentación atípica de tumor vesical. A propósito de un caso.

Introducción:

Las neoplasias no epiteliales constituyen menos del 5% de los cánceres de vejiga, donde el leiomiomasarcoma, la neoplasia mesenquimatosa más frecuente en vejiga, representa <1% de los casos. Estos suelen presentarse como tumores de alto grado de comportamiento agresivo, suelen aparecer sobre la quinta década de vida con un pronóstico desalentador en más de la mitad de los casos.

Dada su baja incidencia, existe poca literatura sobre sus estándares de manejo. La cistectomía radical ha sido el manejo convencional, sin embargo, la cirugía parcial junto a la eventual adyuvancia de quimio-radioterapia se han convertido en una opción debido a su menor impacto en la calidad de vida.

Caso clínico:

Mujer de 26 años, sin antecedentes médicos. Consulta en agosto 2020 por infecciones urinarias recurrentes asociado a hematuria. Se realiza estudio con UroTAC que informa gran masa irregular en vejiga, de contornos mal definidos, heterogénea, de 11 cms en diámetro mayor. Se realiza RTU-V, en la cistoscopia se evidencia gran tumor de aspecto sólido con pedículo dependiente de la pared lateral derecha de aproximadamente 4 cms, resto de paredes libres de tumor. Biopsia de lesión informa leiomioma muscular alto grado G2-3. Se realiza re-etapificación con TAC tórax sin evidencia de diseminación. RNM pelvis: tumor 11x12 cms solida expansiva impresionando submucoso. Sin adenopatías.

En septiembre 2020 se realiza una Cistectomía parcial mas linfadenectomía pelviana extendida robótica, convertida a abierta por dificultad dada por gran tamaño tumoral, con biopsias rápidas intraoperatorias y dejando un margen quirúrgico de 2 cms. cuya biopsia final informa leiomioma vesical alto grado, G2. Margen quirúrgico negativo, 30 ganglios negativos. Fue a radioterapia adyuvante completando 20 sesiones en diciembre 2020.

Controles posteriores por equipo de urología, con etapificación negativa y cistoscopias sin recidiva local hasta agosto 2021.

Discusión:

El leiomioma de vejiga es un tumor infrecuente y de escasa literatura en cuanto a su tratamiento. La cistectomía parcial se ha convertido en una opción viable de tratamiento en pacientes con lesiones localizadas, generando un menor impacto en la calidad de vida.

P41) PROBABILIDAD DE BENIGNIDAD EN MASAS RENALES PEQUEÑAS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Urzúa, R.(1); Campos, D.(1); Pichón, J.(2); Kirmayr, M.(2); Carvajal, D.(1); Calderón, D.(1);
Farias, N.(1); Troncoso, J.(1); Almeida, P.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago,

Introducción: El diagnóstico incidental de tumores renales sólidos (TRS) ha aumentado en los últimos años principalmente con la utilización de imágenes, lamentablemente el Gold estándar para determinar benignidad o malignidad se establece con el examen anatomopatológico. Las masas renales pequeñas (MRP), definidas como lesiones sólidas < 4 cm, corresponderían a histología benigna en un 17-20% y tendrían una mayor probabilidad de benignidad respecto a los TRS de mayor tamaño. El objetivo de este estudio es realizar una caracterización de los pacientes sometidos a nefrectomía laparoscópica con MRP; clasificarlos en 3 grupos (<2 cm / 2 – 3 cm / 3 – 4 cm) y conocer su frecuencia de benignidad.

Paciente y métodos: Estudio retrospectivo, en el cual se revisaron los datos de todos los pacientes en que se realizó nefrectomía radical o parcial laparoscópica con MRP entre enero/2019 y enero/2021 en un hospital.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes. Edad promedio de 62,6 años (39-83). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA con 55,8% y obesidad con un 53,5%. Respecto a la cirugía, 33 (76,7%) fueron parciales y 10 (23,3%) radicales. Sobre las características histológicas, el diámetro promedio fue de 2,6 cm (1-4), 4 muestras (9,3%) fueron benignas, 2 angiomiolipomas (4,7%) y 2 oncocitomas (4,7%). 39 muestras (90,7%) fueron malignas, 35 células claras (81,4%), 3 papilar (6,9%) y 1 cromóforo (2,3%). En el grupo <2 cm el 25% resultó ser benigno, en el grupo 2-3 cm el 5% y en el > 3 cm el 6,7%.

Conclusión: Los resultados encontrados son acorde a la literatura, con mayor probabilidad de benignidad al tener menor tamaño. Aunque en todos los grupos la probabilidad de malignidad es mayor, esta información podría ayudar al clínico a tomar una decisión respecto al manejo, dependiendo de las comorbilidades y edad del paciente.

P42) CÁNCER RENAL EN RIÑÓN EN HERRADURA: EXPERIENCIA DE UN CASO DE MANEJO LAPAROSCÓPICO Y REVISIÓN DEL TEMA.

Massouh Skorin, R.(1); Mogollón, J.(1); Escovar, P.(1);

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

Introducción: El riñón en herradura se reporta entre 1 cada 400-600 nacidos vivos, se caracteriza por malrotación, ectopia y cambios en la vasculatura. El 90% de los casos la fusión es en el polo inferior. La incidencia de cáncer es igual que en riñón normal. Hasta el año 2017 habían menos de 200 casos de cáncer en riñón en herradura reportados. Últimamente la indicación de nefrectomía parcial (NP) se extiende cada vez más hacia tumores más complejos, en vista de sus beneficios en morbimortalidad cardiovascular con similares resultados oncológicos en comparación a nefrectomía radical (NR). Hasta el año 2020 solo habían 7 casos de NP laparoscópica para tumores en riñón en herradura. **El caso:** paciente de sexo masculino, de 31 años diagnosticado mediante imágenes de una masa renal de 5x5 cm. dependiente del riñón derecho, ubicado en cara medial, entre el tercio medio y polo inferior, en íntima relación con el istmo, además se evidencian 3 ramas arteriales a la unidad renal derecha. Se propone una NP laparoscópica, que finalmente no se puede completar por la escasa movilidad de la unidad renal afectada por la relación del istmo con el tumor, la disposición de los vasos sanguíneos en íntima relación con el contorno tumoral y la ubicación y tamaño de la masa. Se decide convertir a NR. **Resultados:** Tiempo quirúrgico: 210 min., sangrado estimado: 300 cc., el paciente es dado de alta 48 hrs posterior a la cirugía. Evoluciona sin complicaciones al corto y mediano plazo. La biopsia informó un carcinoma de

células renales variante Cromóforo de 6x5x5,5 cm., con compromiso de pelvis renal y márgenes negativos. **Conclusión:** La NP en RH es una cirugía compleja, con escasos reportes en la literatura y un posible sesgo de publicación en la materia. Se debe realizar un detallado estudio anatómico con imágenes avanzadas (Ej. angiografía renal, angiografía 3D por scanner, reconstrucción 3D por resonancia magnética) con especial énfasis la vasculatura, para una planificación terapéutica exitosa. Nuestro caso sería el único hasta ahora que falla en su intento de lograr una NP.

P43) ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENCIACIÓN TUMORAL E INTEGRIDAD DE LA PSEUDOCAPSULA EN TUMORES RENALES T1: RESULTADOS PRELIMINARES

Astete, A.(1); Foneron, A.(1); Brevis, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Ebel, L.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Quintana, E.(1); Araya, J.(1);
(1): Universidad Austral de Chile - Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: La nefrectomía parcial es el manejo de elección en tumores renales menores de 7 cm. Dentro de las técnicas de resección se han descrito enucleación, enucleoresección y resección pura. La asociación entre el *score* nefrométrico dado por el R.E.N.A.L. *score* (RS), y diferenciación tumoral, entregan información que nos permitiría decidir qué técnica aplicar en cada caso, con el fin de disminuir el riesgo de un margen quirúrgico (MQ) positivo. Nuestro objetivo es establecer la asociación entre grado tumoral e invasión de la pseudocapsula tumoral, para entregar otro elemento al momento de decidir la técnica de resección. Material y métodos: Se recopiló información retrospectivamente de pacientes portadores de tumores renales, sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica entre enero 2014 y enero de 2019 en el Hospital Base Valdivia. Se revisaron las tomografías computarizadas pre operatorias, calculando el RS tumoral y las placas histológicas fueron revisadas por una anatomopatóloga, que clasificó la infiltración de pseudocápsula según *score* i-Cap. Resultados: Se recopilaron antecedentes de 39 pacientes. La mediana de edad fue 58 años (34-78) con una relación mujeres/hombres de 35,9% y 64,1%. Se clasificaron según RS, en 21 tumores de complejidad baja, 17 de intermedia y 1 de alta. La histología informó carcinoma de células claras en 89,7%, carcinoma renal quístico multiloculado en 7,7% y papilar en 2,6%. Se identificaron 6 tumores grado 1, 23 grado 2, 10 grado 3, y 0 grado 4. El 74,3% de MQ fueron negativos. En la revisión histológica, 14 se catalogaron i-Cap nivel 1, 16 nivel 2 y 8 nivel 3; 1 fragmentado. De los ocho pacientes i-Cap 3, dos fueron grado tumoral 3, seis grado 2 y dos grado 1; estos incluían seis con RS bajo, uno moderado y uno alto; además 3 de estos tenían MQ positivos. De los 9 pacientes con márgenes positivos, 2 tenían RS de complejidad moderada-alta. Conclusiones: El 37,5% de los tumores con MQ positivos fueron i-Cap 3. A menor infiltración de pseudocápsula se identificó menor grado tumoral, mientras que el 20% de los pacientes fueron grado tumoral e i-Cap elevados, aparentando existir una asociación positiva entre ambos.

P44) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA AMBULATORIA: ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA?

Narváez, P.(1); Elorrieta, V.(2); Vidal, Á.(3); Altamirano, J.(3); Sandoval, C.(3); Recabal, P.(3); Pinto, I.(3); Díaz, J.(3);

(1): Servicio de Urología Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile (2): Residente Urología - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (3): Unidad de Urología Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial robótica ha llegado a ser el gold estándar en el manejo de tumores renales con indicación de cirugía conservadora de nefronas. Esto ha logrado una disminución de la morbimortalidad, como también ha disminuido los tiempos de estadía hospitalaria.

La cirugía ambulatoria ha ganado cada vez más relevancia y se han extendido sus indicaciones, difundiendo aún más durante la pandemia por COVID-19. Presentamos la experiencia inicial del programa de nefrectomía parcial robótica (NPR) ambulatoria en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, analizando una serie de pacientes sometidos a NPR ambulatoria realizado en el servicio de Urología de la Fundación Arturo López Pérez, entre los meses de mayo a septiembre de 2021. Se diseñó un programa de cirugía robótica ambulatoria, donde se definieron los criterios de selección y seguimiento para pacientes candidatos a este. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, características de los tumores basados en el R.E.N.A.L. score (baja, mediana y alta complejidad), variables perioperatorias y las complicaciones peri y postoperatorias.

RESULTADOS

Desde mayo a septiembre del año 2021 se planificaron cinco NPR ambulatorias, logrando el alta el mismo día en la totalidad de los casos. El tamaño tumoral promedio fue de $3,2 \pm 1$ cm. Todos los casos fueron R.E.N.A.L. score de complejidad moderada (7-9). El tiempo operatorio promedio fue de $67,8 \pm 12$ min, tiempo de isquemia de $16 \pm 4,2$ min y el sangrado intraoperatorio de 50 mL. No se registraron complicaciones perioperatorias ni postoperatorias. En el seguimiento a 30 días no se registraron re-ingresos.

DISCUSIÓN

Esta serie de casos prospectivos muestra los datos preliminares de la experiencia inicial en NPR ambulatoria. Los resultados obtenidos exhiben la viabilidad y seguridad de esta técnica en un seguimiento inicial. Datos publicados en la literatura avalan la factibilidad y seguridad de este tipo de protocolos. Creemos que la cirugía robótica ambulatoria debe ser realizada por equipos experimentados y en pacientes seleccionados, a través de una vía clínica estructurada. La seguridad, satisfacción, costo-efectividad y reproducibilidad de este programa, serán factores clave para promover la NPR ambulatoria.

P45) TUMOR RENAL DE NOVO EN UN INJERTO RENAL

López, C.(1); Mardones, P.(2); Oyanedel, P.(1); Ayala, C.(1); Durruty, J.(1); Marchant, Á.(1); Sandoval, J.(1); Verdugo, F.(1); Leyton, R.(1);
(1): Servicio Urología Hospital Clínico Fuerza Aérea De Chile “General Dr. Raúl Yazigi J.”, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante es la terapia de elección para la insuficiencia terminal del órgano, que significa mantener tratamiento inmunosupresor que favorece el desarrollo de neoplasias. Se estima que aumenta la prevalencia a corto plazo entre 3 a 5 veces y después de 10 años, el riesgo es 13.8 veces mayor. Las neoplasias con mayor incidencia son las linfoproliferativas y las de piel. El cáncer renal en trasplantados se ubica en séptima posición, casi exclusivamente en riñones nativos, mientras que la afectación del aloinjerto ocurre en un 0.19 - 0.26% de los CCR. Se presenta un caso de un paciente con carcinoma renal en riñón trasplantado.

Caso Clínico: Paciente masculino 69 años con trasplante renal el 2010 por enfermedad poliquística hepatorenal, durante estudio imagenológico por colangitis aguda se evidencia nódulo sospechoso de 18x15 mm en el injerto renal. Control imagenológico a los 2 meses: aumento de tamaño a 23x25 mm y del realce de contraste. Se decide nefrectomía parcial abierta, abordaje por lumbotomía derecha baja. Tumorectomía sin isquemia. Cierre de lecho con 3 puntos de Guyon sobre hemostático absorbible y posterior cierre de pared abdominal. Tiempo operatorio 70 min. Sangrado estimado 20 cc. Sin deterioro de la función renal ni caída de hematocrito, re-inicia su tratamiento inmunosupresor el primer día postoperatorio. Alta al segundo día. Biopsia: carcinoma renal papilar tipo 1. Control a los 3 meses sin evidencia de recidiva.

Discusión y Conclusión: El tratamiento inmunosupresor favorece el desarrollo de neoplasias en pacientes trasplantados, potenciando su agresividad y confiriendo un peor pronóstico. En la población trasplantada, la incidencia de neoplasias aumenta a un valor medio de 6%. El CCR surge casi exclusivamente en riñones nativos y estudios han mostrado una propensión de subtipos papilares en riñones en etapa terminal y aloinjerto, aunque la mayoría de los estudios de aloinjerto son cuestionables. Si bien la tasa de malignidad en los riñones de aloinjerto es baja, el screening de los riñones del donante mediante ecografía puede ser útil para detectar estas lesiones, sin embargo, no hay estandarización ni evidencia de costo-beneficioso .

P46) FALLA A BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

Ávila, C.(1); Vega, A.(2); Morales, N.(2); Román, J.(2); Reyes, D.(2); Vilches, R.(2); Aliaga, A.(2); Walton, A.(2);

(1): Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer vesical se caracteriza por altas tasas de recurrencia y progresión. La instilación intravesical con BCG ha sido un pilar en el tratamiento del cáncer vesical no músculo-invasor (CVNMI) por más de 40 años y es considerado el gold standard para pacientes con CVNMI de alto riesgo y casos seleccionados de riesgo intermedio.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de CVNMI sometidos a instilación intravesical con BCG adyuvante luego de RTU-V entre los años 2014 y 2021 en el Instituto Nacional del Cáncer. Se utilizaron 30 mg de Mycobacterium bovis & Glaxo, cepa Danish 1331) en 50 cc de solución salina instilada con sonda Nelaton 6-10 Fr por 1 hr. El esquema de instilación consistió en 1 ciclo de inducción (1 dosis de instilación semanal por 6 semanas) y 3 ciclos de mantención (1 dosis de instilación semanal por 3 semanas). Todos los procedimientos fueron realizados por personal entrenado de enfermería de nuestro hospital.

Resultados

59 pacientes (42 hombres, 17 mujeres), mediana de edad de 73 años (RIC11.5, [39;94]), 66.1% de ellos con antecedente tabáquico. Presentaron estadios tumorales: pTa AG (28; 47.4%), pT1 (26; 44.0%) y pTis (5; 8.4%). 37 pacientes (62.7%) completaron inducción y mantención y 10 pacientes (16.9%) completaron al menos 1 ciclo de inducción más 1 ciclo de mantención o 1 ciclo de reinducción. Las tasas de recurrencia y progresión fueron 5,08% y 3.38%, respectivamente, con mediana de seguimiento de 11.25 meses (RIC 18.5, [1.7;61.3]). 2 pacientes fueron sometidos a cistectomía radical, uno de ellos por recurrencia (biopsia operatoria pT1) y otro por progresión (pT4a). En términos de complicaciones, sólo 1 paciente presentó disuria post-instilación. No se reportaron síntomas extravesicales.

Conclusiones

Este estudio describe resultados clínicos de pacientes con CVNMI sometidos a BCG en un centro de referencia nacional. Nuestra cohorte presentó tasas bajas de complicaciones asociadas a la administración de BCG. Nuestras tasas de recurrencia y progresión son

inferiores a las descritas en literatura internacional, efecto atribuible a una menor mediana de seguimiento cistoscópico.

P47) BIOPSIA RENAL PERCUTANEA ECODIRIGIDA DE MASA TUMORAL (BMRPC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTASICA: UN PROCEDIENDO DIAGNOSTICO EN MANOS DEL UROLOGO - EXPERIENCIA INICIAL.

Vera Veliz, A.(1); Olivares Cortes, V.(2); Ibáñez Holmgren, H.(2); Sucheni Reveron, I.(1); Alarcon Figueroa, C.(1); Ascanio Rojas, J.(1); Pinto Martinez, U.(1); Bustamante Valenzuela, P.(1); Acuña Galvez, E.(1);
(1): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

INTRODUCCION:La indicación de una BMRpc en el escenario de enfermedad metastásica es la confirmación histológica del tumor primario para un eventual inicio de terapia sistémica. Tradicionalmente en algunos centros este procedimiento diagnostico es efectuado por radiólogos intervencionales, sin embargo, la BMRpc puede ser realizada por urólogos de forma precisa y con baja tasa de morbilidad/complicaciones.

OBJETIVO:Describir la experiencia inicial en BMRpc realizadas por una unidad de urología.

MATERIAL Y MÉTODOS:Revisión y análisis de BMRpc realizadas entre Abril-2019 y Agosto-2021 en Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle-Chile). Se describe nuestra técnica y resultados del procedimiento, además de características oncológicas-demográficas.

PLANIFICACION:Delimitamos el área de punción percutánea según reparos anatómicos previamente definidos en base a imágenes tomográficas del paciente, evitando biopsiar áreas quísticas, necróticas o hemorrágicas del tumor e identificando aquellos sitios en que la distancia piel-tumor sea idealmente <10cm. Con esta información se determina la posición del paciente durante el procedimiento (decúbito lateral v/s prono).

TÉCNICA BMRPC:Se realiza ecoguiada (Flex-Focus 800) con técnica multicuadrante. Utilizamos aguja de corte true-cut con sistema coaxial (pistola automática 18Gx250mm/20mm). Por cada sitio puncionado se toman 2-4 muestras de tejido.

RESULTADOS:Se han realizado 8 BMRpc en nuestro centro (75% realizadas durante el 2021). La mayoría eran hombres, edad promedio $65 \pm 7,6$ años. Todos con masa renal >7 cm ($11,8 \pm 3,1$ cm) y múltiples sitios metastasicos. El 75% eran de riesgo intermedio desfavorable o pobre (criterios de Heng). El 87,5% de las BMRpc fueron derechas y la distancia piel-tumor nunca supero los 6cm. Mediana del total de fragmentos de tejido biopsiados fue 6 (3-11). Tiempo de duración del procedimiento $36,8 \pm 19,9$ minutos. Nuestras ultimas 5 BMRpc fueron ambulatorias, bajo anestesia local y sedación indicada por el mismo urólogo, siendo bien tolerado por el paciente y sin complicaciones asociadas. Informe anatomopatológico: Todos

los casos fueron carcinoma de células claras; un caso con componente sarcomatoide y otro oncocítico.

CONCLUSION: La BMRpc realizada de forma estandarizada es un procedimiento seguro y bien tolerado por el paciente. Es fundamental una planificación previa en base al estudio imagenológico tomográfico y ecográfico, que sumado a la técnica multicuadrante incrementan la precisión del diagnóstico anatomopatológico e inmunohistoquímico, reduciendo el sesgo de heterogeneidad.

P48) TUMOR RENAL NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO/SARCOMA DE EWING: REPORTE DE UN CASO

Ibáñez, H.(1); Neira, R.(1); Ortiz, J.(2); Orellana, N.(1); Reyes, E.(1); Menchaca, R.(1); Testa, I.(1); Donoso, R.(1); Rojas, J.(1); Duran, L.(1);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) son sarcomas infrecuentes histológicamente invasivos; altamente malignos con rápido crecimiento y metástasis tempranas. Según su sitio primario se dividen en centrales y periféricos, siendo los periféricos sólo un 14%, afectando principalmente tejido óseo, extremidades y tejido blando en adolescentes y adultos jóvenes.

Los PNET renales tienen un comportamiento más agresivo y corresponden solo al 1% de los sarcomas primarios, habiendo tan solo 200 casos reportados en la literatura. Su clínica es altamente inespecífica y no presenta la triada clásica de un tumor renal, con hematuria únicamente cuando invade el sistema colector.

En la actualidad no existe un tratamiento estandarizado y el enfoque utilizado de forma más frecuente es multidisciplinario, basado inicialmente en la resección quirúrgica para realizar el diagnóstico, que posteriormente se puede complementar con radioterapia en caso de márgenes positivos y con quimioterapia neoadyuvante para prevenir progresión y diseminación, o en casos de enfermedad metastásica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años sin antecedentes mórbidos conocidos, en estudio de dolor abdominal inespecífico se realiza un scanner de abdomen donde se pesquisa masa de 15x14x10mm en riñón izquierdo, se complementa estudio con un scanner de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de lesiones secundarias. Se realiza nefrectomía radical izquierda laparoscópica, la cual debe finalizar siendo mano-asistida para lograr liberación del riñón en relación a la pared abdominal posterior.

Biopsia informa neoplasia renal de alto grado indiferenciada concordante con tumor neuroectodérmico primitivo, inmunohistoquímica positiva para vimentina y CD99, infiltración tumoral de cápsula renal y grasa perirrenal, sin trombo tumoral ni invasión de uréter. Dada la infrecuencia de esta patología se presenta caso a comité oncológico donde se decide complementar tratamiento con quimioterapia adyuvante.

CONCLUSIONES

Los PNET renales son una entidad sumamente infrecuente con reportes escasos en la literatura. Se presentan de forma más agresiva y su diagnóstico, al depender principalmente del estudio histopatológico e inmunohistoquímico, otorga un rol primordial al equipo de anatomía patológica de cada centro, de la misma forma requiere un tratamiento multimodal en busca de un aumento de sobrevida.

P49) USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTASICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD NACIONAL: RESULTADOS Y COMPARACION CON LA LITERATURA.

Neyra Vallejos, A.(1); Manzanares Sánchez, V.(1); Rissetti Villalobos, J.(1); Saez Galaz, G.(1); Arias Orellana, E.(1); Ramirez Espinoza, J.(1); Chaparro Ramos, E.(1); Torrado Rico, K.(1); Bustamante Basso, C.(1); Quintana Lacoste, E.(1); Bezama Urriola, P.(1); Herrera Canales, L.(1);

(1): Universidad de Concepción, Concepcion, Chile

Introducción: El cáncer renal en Chile presenta una incidencia de 6,9 por cada 100.000 habitantes. A nivel mundial, se reporta que al menos un tercio de los pacientes presentan alguna metástasis al momento del diagnóstico y un 30% de los tumores localizados desarrollarán una metástasis. A partir del 2017, Chile dispone de acceso a inhibidores de tirosina quinasa (TKI) en el sistema público para pacientes metastasicos. No obstante, el pronóstico y respuesta en la literatura es variada y debatible. Las guías internacionales recomiendan el uso de clasificaciones pronosticas para la toma de decisiones, sin embargo, las últimas actualizaciones le han restado protagonismo a los TKI. Nuestro objetivo es describir la sobrevida global y complicaciones de los pacientes desde su implementación nacional.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, en un solo centro, de enero del 2019 a agosto del 2021 de pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma de células renales metastásico (CCRm) que recibieron al menos un ciclo completo de TKI. Registro de pacientes, clasificación según el consorcio internacional de bases de datos de CCRm (IMDC), tiempo y dosis de TKI, cálculo de sobrevida global, descripción de tolerancia y complicaciones. Comparación de resultados con reportes internacionales.

Resultados: Un total de 25 pacientes incluidos en muestra final, 13 bajo sunitinib y 12 con pazopanib. El 12% de los pacientes fue catalogado como riesgo favorable de IMDC, mientras

que el 60% y 28% como intermedio y desfavorable respectivamente. Seguimiento promedio de 7,5 meses donde hasta la fecha ha fallecido el 28%. Sobrevida global promedio de 7.2 meses pero variable según grupo IMDC. Dentro de las complicaciones las más frecuentes fueron gastrointestinales (48%) pero las de mayor complejidad las cutáneas (12%). Nuestros resultados en sobrevida y complicaciones difieren a los descritos en la literatura.

Conclusión: El uso de TKI en pacientes con CCRm es una opción válida y con perfil de seguridad aceptable, sin embargo, la evidencia estadística y aparición de nuevas opciones de tratamiento inmune la han desplazado a un rol secundario. Es relevante reportar los resultados del tratamiento disponible en nuestro país para evaluar costos y beneficios o inclusive cambios de estrategias.

P50) RESPUESTA INMUNE INTRATUMORAL EN UN MELANOMA RENAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soto, F.(1); Lopez, D.(1); Saavedra, F.(2); Hidalgo, S.(2); Moreno, F.(3); Urbina, S.(3); Alarcón, L.(1); Lladser, A.(2); Borgna, V.(4);

(1): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (2): Laboratorio Inmuno-oncología, Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (3): Unidad de Anatomopatología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (4): Escuela Medicina, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: Dentro de los tumores renales raros, el Melanoma Renal Primario (MRP) es un tumor extremadamente inusual, con solo 5 casos publicados. Tanto el cáncer renal como el melanoma maligno son tumores respondedores a las inmunoterapias, sin embargo no existe información respecto a la respuesta inmunológica, ni tratamiento estandarizado para el MRP. Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico MRP y la caracterización de los linfocitos infiltrantes del tumor (TILS).

Materiales y Métodos: La muestra fue mecánicamente disgregada y tratada con enzimas. Las células fueron teñidas con anticuerpos para la caracterización de los linfocitos T CD8+ residentes de memoria (Trm; CD69+CD103+) y circulantes (Tcm; CD69-CD103-), además de la identificación de los marcadores TCF-1 y TOX mediante citometría de flujo. Los análisis se realizaron utilizando el programa FlowJo v10.7.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años con antecedentes de HTA, ERC etapa IV quien consulta por cuadro de baja de peso. El estudio con RM de Abdomen mostró un tumor renal izquierdo de 10cm con invasión de vena renal. Se realizó una Nefrectomía Radical. Biopsia: Tumor pobremente diferenciado de células gigantes. Inmunohistoquímica compatible con melanoma maligno. Se realiza estudio de diseminación con evaluación Dermatológica, Oftalmológica y Neurológica, sin hallazgos de melanoma primario. Progresa a los 3 meses con múltiples implantes secundarios hepáticos. Actualmente el paciente inició terapia con Nivolumab (anti-PD1).

Resultados: Dentro de los TILS, se observa una mayor frecuencia de linfocitos T CD8+, correspondiente a un 36,1%, sólo la mitad de estos linfocitos presentan el marcador de memoria CD45RO+(50,7%). Dentro de los subtipos de linfocitos TCD8+ se observa un 22,1% de linfocitos Trm y un 23,3% de linfocitos circulantes. Además, se observa un 50% de TCD8+ que presentan el marcador CD69+. La mayor parte de los linfocitos CD8+ presentan un perfil TCF-1, indicando un potencial de autorrenovación.

Conclusión:El MRP es una enfermedad extremadamente rara y agresiva. En base a los hallazgos, el tumor presentó una alta infiltración de TILS con perfil de autorrenovación, los cuales podrían ser eventuales respondedores a la inmunoterapia. Este trabajo muestra por primera vez datos sobre la respuesta inmune intratumoral en un MRP.

P51) MESOTELIOMA MALIGNO DE LA TÚNICA VAGINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ondarza, C.(1); Kramer, F.(1); Fassler, E.(1); Riady, V.(2); Pauchard, F.(2); Escobar, M.(2); (1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

Introducción. Los mesoteliomas son enfermedades que afectan las serosas. El compromiso de la túnica vaginal (TV) es infrecuente, existiendo pocos reportes. En Chile, no se han descrito.

Caso clínico. Hombre de 82 años, a quien se le realizó una ecografía doppler por un probable hidrocele izquierdo. Se describió: hidrocele y nódulos vascularizados en la superficie testicular y en la TV. En la eversión de la TV, se identificó líquido citrino, paquivaginitis, engrosamiento e irregularidades y nódulos en la TV y en la túnica albugínea. Se envió muestra para biopsia. Se informó mesotelioma maligno (MM) de la TV. En el PET/CT de etapificación se informó hiperactividad metabólica en hemiescrotos y en una adenopatía pelviana izquierda. Se realizó una orquiectomía radical vía inguino-escrotal, resección del hemiescrotos y linfadenectomía iliobuturtriz. La biopsia informó MM con metástasis nodal. El paciente se ha mantenido asintomático durante el seguimiento.

Revisión de la literatura: Los mesoteliomas de la TV representan el 0,3-5% de los MM. La etiología es desconocida. La inflamación crónica y la exposición a asbestos podrían ser factores de riesgo. La presentación típica es el aumento de volumen escrotal no doloroso, siendo el hidrocele el diagnóstico preoperatorio más común. En la ecografía, se ha observado: hidrocele, nódulos extratesticulares y engrosamientos irregulares y focales de la TV. La presencia de hipervascularización es sospechosa de malignidad. En el 97% el diagnóstico es intraoperatorio al identificar hematocele, excrecencias amarillentas y/o

engrosamiento de la TV. La
diseminación es linfática. Se ha utilizado tomografía o PET/CT para etapificación. Dado a la
alta capacidad de invasión local y recurrencia, la cirugía radical tiene mayor éxito que la
conservadora. El
pronóstico es desfavorable. El rol de la quimio y radioterapia es limitado.

Conclusiones: El MM de la TV es una enfermedad infrecuente, con alta recurrencia y mal pronóstico. La sospecha es determinante para el tratamiento. Ya que la presentación más frecuente es el hidrocele, la ecografía doppler es fundamental. Los hallazgos imagenológicos han sido comúnmente expuestos. Ante éstos, se debe realizar la etapificación y cirugía radical si es posible.

P52) MELANOMA URETRAL DISTAL, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Neyra Vallejos, A.(1); Ramírez Espinoza, J.(1); Arias Orellana, E.(1); Rissetti Villalobos, J.(1); Manzanares Sánchez, V.(2); Saez Galaz, G.(1); Chaparro Ramos, E.(2); Quintana Lacoste, E.(2); Torrado Rico, K.(2); Bustamante Basso, C.(2); Bezama Urriola, P.(2); Maturana Barra, J.(1); Aguilera Salinas, J.(1); Herrera Canales, L.(2);
(1): Universidad de Concepcion, Concepcion, Chile (2): Universidad de Concepción, Concepcion, Chile

Introducción: Los tumores uretrales son una patología infrecuente, donde el melanoma de uretra (MU), corresponde a menos del 1% de estos y al 1.4% de los melanomas de mucosa. Nuestro objetivo es reportar una patología inusual sin estándar de tratamiento.

Caso Clínico: Mujer de 74 años, sin mayores antecedentes, derivada por lesión pigmentada del meato uretral, sin otros síntomas. Biopsia incisional reporta mucosa uretral con compromiso neoplásico por melanoma maligno. Uretrocistoscopia evidencia sólo segunda lesión a 1,2 centímetros del meato. Tomografía axial computarizada sin evidencia de diseminación distal. Se realiza uretrectomía total con vulvectomía, cistotomía definitiva y linfadenectomía inguinal y pélvica. Cirugía sin incidentes, biopsia informa MU invasor con margen negativo y ganglios iliacos e inguinales sin neoplasia. Cursa con linfocele inguinal que requiere drenaje quirúrgico. Actualmente, en buenas condiciones, con pérdida ocasional de orina por la vagina y, a la fecha, sobrevive de 33 meses.

Discusión: El MU es una patología de mal pronóstico, con supervivencia global de 16 meses. Ocurre principalmente en mujeres sobre la sexta década, en uretra distal y en etapa tardía. La diseminación suele ser linfática. No existe un consenso actual de tratamiento, las alternativas surgen de reportes de casos aislados. Se describe el tratamiento curativo sólo en estadio local, siendo la resección extensa con linfadenectomía la técnica más frecuente, con menor recidiva, pero mayor morbilidad. Mayor extensión y presencia de metástasis

limita a opciones paliativas. El tratamiento sistémico con radioterapia o quimioterapia está descrito, sin poder comprobar su magnitud. La mayor evidencia sugiere el uso de interferón alfa adyuvante dada la patogenia inmune del melanoma. Otros estudios, han considerado la combinación de nivolumab con ipilimumab, pero sólo en pacientes con metástasis. Dado el relevante rol de la extensión en el pronóstico y tratamiento, se ha descrito el uso de marcaje de ganglio centinela con tecnecio 99 para obtener una resección y etapificación completa.

Conclusión: El MU es una patología infrecuente y maligna. No existe un tratamiento estándar ni claridad pronóstica de cada opción. La escasa evidencia sugiere procedimientos agresivos, pero riesgosos. Se deben realizar estudios de mayor evidencia para establecer un consenso terapéutico.

P53) PROSTATITIS POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. REPORTE DE UN CASO

Mejias, O.(1); Stein, C.(1); Schultz, M.(1); Sáez, F.(1); Labra, A.(1); Orvieto, M.(1); (1): Clínica Alemana; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (IgG4RD) es una patología autoinmune de reciente descripción que suele presentar afección multiorganica y que ha sido principalmente descrita en afecciones al páncreas y glándulas salivales, Se produce por una desregulación de las inmunoglobulinas que deriva tanto daño epitelial directo como lesiones por deposito de inmuno-complejos con infiltración celular masiva, generando un aspecto tumoral.

La afectación prostática también ha sido descrita. El cuadro generalmente se manifiesta con síntomas de dificultad miccional progresivos, junto con la presencia de un tacto rectal pétreo y un valor de antígeno prostático específico (APE) bajo. La resonancia magnética multiparametrica así como el PET-CT con PSMA sugieren la presencia de neoplasia.

Presentación del caso

Paciente de 47 años que consulta por síntomas de vaciado severos de 2 meses de evolución, con induración difusa al tacto rectal y APE de 0,28 ng/mL. La RMmp revela extenso compromiso difuso en la zona periférica y transicional bilateral, hipointenso en T2, además de restricción en la difusión y bajo ADC (PI-RADS 5). La biopsia prostática muestra extenso infiltrado linfocitario y niveles elevados de IgG4, sin evidencia neoplásica. Se realiza un PET-CT con FDG que muestra la presencia de depósitos pseudotumorales a nivel periorbitario, de glándulas salivales y próstata. La serología confirma un nivel de IgG de 1.966 mg/dL (Normal hasta 1.600 mg/dL) e IgG4 de 344 mg/dL (Normal <86 mg/dL). El paciente comienza

tratamiento medico con prednisona 60 mg/día, refiriendo resolución completa de sus síntomas urinarios en 48 horas.

Conclusiones

La IgG4RD es una patología multiorgánica que puede presentar manifestaciones tanto urológicas como extraurológicas. La afectación prostática por IgG4RD es una entidad probablemente subdiagnosticada y que debe ser conocida por el urólogo, a fin de incluirla dentro del diagnostico diferencial en pacientes en que la clínica e imágenes sugieren la presencia de cáncer prostático.

P54) PNECTOMIA TOTAL COMO MANEJO AGRESIVO EN PACIENTE CON CALCIFILAXIS DE PENE. A PROPOSITO DE UN CASO.

Soto, R.(1); Mora, R.(1); Iturriaga, C.(1); Ruiz-tagle, D.(1); Falcón, C.(1); Marió, C.(1); Haussmann, C.(1); Castro, D.(1); Aviles, N.(1); Biancardi, S.(1);
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

PNECTOMIA TOTAL COMO MANEJO AGRESIVO EN PACIENTE CON CALCIFILAXIS DE PENE. A PROPOSITO DE UN CASO.

INTRODUCCION. La calcifilaxis o arteriopatía urémica calcifiláctica, es una condición clínica multifactorial que puede comprometer vasos peneanos y una mortalidad de hasta 64%. La desregulación metabólica calcio-fósforo en ERCT determina calcificación vascular de la túnica media, hipertrofia intimal y trombosis de pequeños vasos. Su prevalencia es de 1 a 4% en pacientes en diálisis, principalmente aquellos en hemodiálisis (75,9%). Los principales factores de riesgo incluyen diabetes mellitus, obesidad, uso de warfarina, hipercoagulabilidad (deficiencia de proteínas C/S) e hipoalbuminemia. Existe evidencia acotada respecto a su manejo, presentando pobre pronóstico. **MATERIAL Y METODO (CASO CLÍNICO).** Paciente masculino de 72 años, portador de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca, ERC-V, DM2, hipertensión y fibrilación auricular. Es hospitalizado en marzo de 2021 por shock cardiogénico secundario a BAVC que requirió MCP. Presenta descarga uretral, interpretada como úlcera por catéter urinario. Se realiza tomografía abdominopélvica, sin evidencia de lesiones perineales o genitales. Recibe manejo antibiótico, ingresando a los 2 meses por SCA s/SDST. Laboratorio: urocultivo (+) E. coli y KPN blee (+), creatininemia: 3,45, PCR: 36, leucocitos: 9740, láctico: 12, calcemia: 10, NA: 131, K: 5,2, CL: 101. Se presenta con dolor en cuerpo peneano y secreción purulenta. En tomografía se observan extensas calcificaciones en arterias pudendas internas, dorsales y cavernosas del pene, con ausencia de flujo al Doppler. Por evolución tórpida y dolor local, se realiza penectomía total en Junio de 2021, encontrándose cuerpos cavernoso isquémicos y vasos con gruesas calcificaciones de aspecto litiásico. La histopatología confirmó arteriopatía urémica calcificada. Se realiza uretrotomía perineal que cicatriza de manera satisfactoria. Paciente es dado de alta sin complicaciones locales. **CONCLUSIONES.** La infrecuencia de la calcifilaxis de pene y su clínica heterogénea (edema, exudado, induración, necrosis) retarda un diagnóstico oportuno, por

lo que frente a la sospecha en pacientes con factores de riesgo mencionados, debe solicitarse estudio con ecodoppler penenano, permitiendo evaluar la severidad del cuadro según el compromiso vascular. Si bien, un manejo agresivo se reserva para algunos pacientes, este podría evitar ciclos prolongados de antibióticos y menos estadía hospitalaria.

P55) ANALISIS DE LA EXPRESION DE LOS ARN LARGOS NO CODIFICANTES, PCAT14 Y PCAT29, COMO BIOMARCADORES DE AGRESIVIDAD EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Sotomayor, P.(1); Azocar, L.(1); Godoy, A.(2); Rodriguez, M.(1); Aguayo, D.(1); Zuñiga, A.(1); San Francisco, I.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) representa una de las neoplasias más frecuentes y la octava causa de muerte por cáncer en hombres adultos a nivel mundial. En Chile, sólo durante el año 2020, se registraron más de 8.000 nuevos casos de CaP y fallecieron más de 2000 hombres por esta causa. El CaP es una enfermedad heterogénea que puede presentarse como un cáncer indolente o altamente agresivo. Desafortunadamente, no disponemos de biomarcadores que puedan predecir de manera fehaciente el curso de progresión de la enfermedad. Sin embargo, el descubrimiento de los ARN largos no codificantes (ARNlnc) ha permitido identificar nuevos biomarcadores que podrían ser relevantes en la clasificación y manejo clínico de esta enfermedad. Estudios recientes sugieren que los ARNlnc PCAT14 y PCAT29, poseen un rol importante en el desarrollo de este tipo tumoral y podrían ser utilizados como potenciales biomarcadores de agresividad tumoral en CaP.

Material y métodos: Mediante PCR en tiempo real, se determinaron los niveles de expresión de los ARNlnc PCAT14 y PCAT29 en muestras de CaP. Los niveles de expresión de PCAT14 y PCAT29 se correlacionaron con el grado Gleason de agresividad tumoral.

Resultados: La expresión de PCAT14 y PCAT29 se encuentra significativamente elevada en muestras de CaP con grado Gleason bajo e intermedio respecto a los valores de expresión en muestras de hiperplasia prostática benigna (HPB). Sin embargo, la expresión de ambos marcadores tiende a disminuir en grados Gleason elevados. En resumen, observamos valores bajos de expresión de los ARNlnc PCAT14 y PCAT29 en muestras de HPB, valores elevados de estos ARNlnc en muestras de CaP de bajo riesgo, en tanto que los niveles de expresión disminuyen a medida que aumenta el puntaje Gleason.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que PCAT14 y PCAT29 representan potenciales biomarcadores de diagnóstico y agresividad tumoral. Adicionalmente, nuestros datos sugieren que PCAT14 podría ser utilizado como marcador de CaP de bajo riesgo. Si bien, es necesario comprender mejor el rol biológico de ambos ARNlnc en el desarrollo de la enfermedad, ambos ARNlnc pueden ser promisorios biomarcadores, e inclusive blancos terapéuticos para el tratamiento de esta enfermedad.

P56) REVISTA CHILENA DE UROLOGIA. ANALISIS DESCRIPTIVO DE PUBLICACIONES ULTIMOS AÑOS.

Inzunza Navarro, J.(1); Gonzalez Billault, M.(1); Inostroza Aqueveque, C.(2); Valenzuela Viale, R.(3);

(1): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (2): Departamento de Salud Municipal Villarrica, Villarrica, Chile (3): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: La Revista Chilena de Urología (RCHU) es la publicación oficial de la Sociedad Chilena de Urología. Su objetivo principal es difundir la actividad científica de los urólogos nacionales, publicando también en ella urólogos de otros países. El objetivo de este trabajo es describir el tipo de publicaciones de RCHU de los últimos años, las áreas de investigación e instituciones a las cuales pertenecen los autores. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Revisión de últimos números RCHU (desde el año 2018 al primer número de 2021). Estudio autorizado por Editor jefe de RCHU. Utilización para análisis de software IBM SPSS® .V12. Trabajos agrupados según se publican en la revista. **RESULTADOS:** 13 números publicados (12 entre 2018 a 2020 y 1 el 2021). 3 son *Libro de Resumen* de cada Congreso Nacional (se excluye su análisis para el presente trabajo). Total 70 trabajos (22 el año 2018, 23 el 2019, 17 el 2020 y 8 el 2021) y 26 videos (6 el año 2018, 12 el 2019 y 8 el 2020). Tipo de trabajos: 16.28% revisiones de temas, 12.49% casos clínicos, 13.52% trabajos de ingreso y 57.71% trabajos originales. Las áreas temáticas de los trabajos: 47.9% oncología, 18.48% urología general, 13.8 % litiasis/ endourología, 1.14% trasplante, 8.63% urología femenina y funcional, 4.34% andrología, 5.71% otros temas (infeccioso, ciencias básicas, estudios económicos). Las áreas temática de los videos: 56.87% oncología, 18.41% litiasis, 12.53% reconstructiva, 7.69% femenina/funcional y 4.5% varios (andrología, urología general, experimental). Diseño de estudio de los trabajos originales y trabajos de ingreso: 60.46% estudio transversal, 13.98% cohorte, 11.62% experimental, 6.97% ensayo clínico, 4.65% revisión bibliográfica, 2.32% estudio económico. Centros de afiliación de autores: 39.2% Universidades de Santiago, 24.8% hospitales públicos Santiago, 17.5% Centros privados Santiago, 13.7% Universidades de provincia y 4.8% otros. **CONCLUSIONES:** Predominan los trabajos originales y revisiones de temas. Las áreas más frecuentes de los estudios son oncología y litiasis. El diseño de estudio más utilizado es el observacional de tipo corte transversal. Predominan autores pertenecientes a instituciones de Santiago, con menor participación de provincias.

Índice por Título

¿ES SEGURO Y EFECTIVO REALIZAR URETROPLASTÍA TIPO ONLAY DORSAL CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN MUJERES CON OBSTRUCCIÓN VESICAL RECALCITRANTE INTRÍNSECA O EXTRÍNSECA?	14
¿ES UN OBSTÁCULO LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA PARA LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA CON LÁSER?	50
ADHERENCIA A TERAPIA INTRAVESICAL CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO-INVASOR DE MODERADO Y ALTO RIESGO EN UN CENTRO CHILENO	14
ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE LOS ARN LARGOS NO CODIFICANTES, PCAT14 Y PCAT29, COMO BIOMARCADORES DE AGRESIVIDAD EN CÁNCER DE PRÓSTATA	121
ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA PASO A PASO	35
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE ADENOMA PROSTÁTICO ¿DETERMINA UN MAYOR RIESGO QUIRÚRGICO U ONCOLÓGICO ANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA?	23
ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENCIACIÓN TUMORAL E INTEGRIDAD DE LA PSEUDOCAPSULA EN TUMORES RENALES T1: RESULTADOS PRELIMINARES	109
AUMENTO DE CASOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL, OTRA CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19	97
BCG DOSIS COMPLETA CON ESQUEMA SWOG EN CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO	15
BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL, EXPERIENCIA INICIAL CON TÉCNICA	67
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN: TASAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO	85
BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA ECOGUIADA DE MASA TUMORAL (BMRPC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTÁSICA: UN PROCESO DIAGNÓSTICO EN MANOS DEL UROLOGO - EXPERIENCIA INICIAL.	113
BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN TUMORES RENALES METASTÁSICOS REALIZADA POR URÓLOGOS: EXPERIENCIA INICIAL, SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA Y COMPLICACIONES DEL PRIMER AÑO EN PRÁCTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.	29
BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA: TÉCNICA	33
BYPASS DETOUR®: ALTERNATIVA PARA ESTENOSIS URETEROVESICAL EN RIÑÓN TRASPLANTADO	40
CALIDAD DE VIDA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL: RESULTADOS INICIALES	83
CÁNCER DE PRÓSTATA EVANESCENTE: EXISTE REALMENTE?. A PROPÓSITO DE UN CASO .	80
CÁNCER RENAL EN RIÑÓN EN HERRADURA: EXPERIENCIA DE UN CASO DE MANEJO LAPAROSCÓPICO Y REVISIÓN DEL TEMA	108
CÁNCER TESTICULAR DE CELULAS GERMINALES: NUESTRA SERIE 2000-2020	95
CARCINOMA DE TÚBULOS COLECTORES DE BELLINI. REPORTE DE UN CASO	105
CARCINOMA ESCAMOSO DE PRÓSTATA; PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	78
COMPARACIÓN DE LA SECUENCIACIÓN EN ABIRATERONA-QUIMIOTERAPIA VS QUIMIOTERAPIA-ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO.	17

COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE LA BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION	84
CRIPTORQUIDIA. PERTINENCIA Y CONCORDANCIA EN LA DERIVACION DESDE APS	9
DEMOGRAFIA UROLÓGICA. DIAGNOSTICO PRENATAL DEL HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES.....	11
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACIÓN INANIMADO DE BAJO COSTO DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL LAPAROSCÓPICA.	24
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS UROLÓGICOS NO LITIASICOS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.	90
DISFUNCION MICCIONAL POST CIRUGIA DE URACO	10
EL FUTURO DEL MANEJO DE LA LITIASIS BILATERAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR, EXPERIENCIA INICIAL DE SBES EN CHILE	61
ENDOUROLOGIA EN CHILE: ESCENARIO ACTUAL.....	58
ENTEROCISTOPLASTIA CON USO DE ILEON DISTAL EN VEJIGA NEUROGENICA HIPERACTIVA	40
ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA EN PACIENTE CON UROLIFT	49
ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO FIBER DUST: PRIMEROS CASOS EN LATINOAMÉRICA	50
ESCLEROTERAPIA CON POVIDONA YODADA EN PACIENTE CON LINFOCELE POST-LINFADENECTOMIA INGUINAL: UNA ALTERNATIVA ACCESIBLE PARA UN PROBLEMA FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO	100
ETAPA AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA ¿ESTAMOS EN EL NIVEL QUE CREEMOS?	75
EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE PARAGANGLIOMAS RETROPERITONEALES: EXPERIENCIA DE 102 CASOS EN UN SOLO CENTRO ACADÉMICO	54
EXOSOMAS EN ORINA EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MUSCULO INVASOR, ¿PODRÍAN SER BIOMARCADORES DE RECURRENCIA?	28
EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE MEDIANTE ESCLEROTERAPIA TRANSESCROTAL ANTERÓGRADA	69
EXPERIENCIA DE 200 LITOTRIPCIAS EXTRACORPÓREAS	89
EXPERIENCIA INICIAL DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA VS CURVA ESTABLECIDA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA DE UN MISMO CIRUJANO.	68
EXPERIENCIA ONCOLÓGICA CON EL USO DE ABIRATERONA EN POLICLÍNICO ESPECIALIZADO EN CÁNCER PROSTÁTICO METASTÁSICO	16
FACTORES ASOCIADOS A PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CÁNCER TESTICULAR: ONCOTESE.....	55
FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA DE INJERTO RENAL EN DONANTE VIVO Y CADAVERICO: SERIE DE 15 AÑOS.	92
FALLA A BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL.....	112
FUNCIÓN RENAL Y DESENLACES ONCOLÓGICOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES	32
HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA DE PENE CON EOSINOFILOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO. REVISION DE LITERATURA.....	72

IMPLEMENTACION DE ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE THULIUM PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO.....	76
IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO SEMIAUTOMÁTICO EN UROLOGÍA	26
INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE ENDOSCOPIA BAJO CISTOSCOPIA FLEXIBLE: NUESTRA EXPERIENCIA	59
LEIOMIOSARCOMA VESICAL MÚSCULO INVASOR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR VESICAL. A PROPOSITO DE UN CASO.....	106
LEY NACIONAL DEL CÁNCER: DESARROLLO DEL CONSEJO TÉCNICO LOCAL ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCARIO.....	56
LINFADENECTOMIA INGUINAL SUPERFICIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: RESULTADOS DE NUESTRO PRIMER CASO	41
LINFADENECTOMÍA PELVIANA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA	37
MANEJO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: EXPERIENCIA INICIAL	64
MANEJO QUIRÚRGICO DE MASAS RETROPERITONEALES POSTERIOR AL USO DE QUIMIOTERAPIA EN HOMBRES CON CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES	98
MELANOMA URETRAL DISTAL, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	118
MESOTELIOMA MALIGNO DE LA TÚNICA VAGINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	117
MODELO DE SIMULACIÓN CASERO DE ANASTOMOSIS URETRO-VESICAL.....	74
MODELO DE SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS URETROVESICAL INANIMADO DE BAJO COSTO: PASO A PASO	34
MORBILIDAD ASOCIADA A LA REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CONCOMITANTE A LA CIRUGÍA DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA.....	74
MORBILIDAD PERIOPERATORIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA UROLITIASIS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 2.531 CASOS.....	60
NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: CORRELACIÓN ENTRE MARGEN QUIRÚRGICO POSITIVO Y RECURRENCIA LOCAL: UNA EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA LOCAL	31
NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN CENTRO UNICO, HOSPITAL PÚBLICO, SANTIAGO DE CHILE.....	30
NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA AMBULATORIA: ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA?	109
NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA EN PACIENTE MONORRENO.....	45
NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA EN RIÑON EN HERRADURA.....	45
NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN MASAS RENALES GRANDES	47
NEFROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA FLEXIBLE (RIRS) EN UN CENTRO PÚBLICO, COMPLICACIONES Y ESTADIA HOSPITALARIA	88
NUEVO MODELO PREDICTIVO BASADO EN REDES NEURONALES ARTIFICIALES PARA LA PREDICCIÓN DE COMPROMISO GANGLIONAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO .	20
ONCOCITOMA RENAL 13CM; SIGNO IMAGENOLÓGICO CLÁSICO - CICATRIZ ESTRELLADA- ¿PODRÍA EVITAR LA CIRUGÍA?.....	104
ORQUIEPIDIDIMITIS GRANULOMATOSA SECUNDARIA A BCG COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR TESTICULAR: REPORTE DE UN CASO.....	101
PENECTOMIA TOTAL COMO MANEJO AGRESIVO EN PACIENTE CON CALCIFILAXIS DE PENE. A PROPOSITO DE UN CASO.....	120

PERFIL ETIOLÓGICO Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UROPATÓGENOS EN LA POBLACIÓN DE UN HOSPITAL COMUNITARIO	94
PIELOPLASTÍA ROBÓTICA EN MENORES DE UN AÑO.....	8
POROQUERATOSIS GENITAL. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA	95
PREOCUPANTES TASAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN MYCOPLASMAS GENITALES: REALIDAD NACIONAL.....	62
PRESENCIA CHILENA EN LA LITERATURA UROLÓGICA INTERNACIONAL.....	25
PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN NIÑOS CON CÁNCER: UN INTENTO POR REPLICAR PROTOCOLOS INTERNACIONALES. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.	12
PREVALENCIA DE NEFROLITIASIS EN TAC REALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO, CHILE.....	86
PROBABILIDAD DE BENIGNIDAD EN MASAS RENALES PEQUEÑAS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.....	107
PROPORCIÓN Y NÚMERO TOTAL DE GANGLIOS COMO PREDICTORES DE SOBREVIVENCIA GLOBAL, USANDO OUTCOMES INTERMEDIOS.....	22
PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DE CHILE, PRIMEROS 100 CASOS.....	82
PROSTATITIS AGUDA BACTERIANA; EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE UN CENTRO.....	99
PROSTATITIS POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. REPORTE DE UN CASO	119
RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA CORPORAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD.....	77
RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA CON INTENSIDAD MODULADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: RESULTADOS TEMPRANOS DE UNA EVALUACIÓN PROSPECTIVA.....	81
RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR DEL COMPLEJO ESFINTERIANO DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA	36
RESPUESTA INMUNE INTRATUMORAL EN UN MELANOMA RENAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO	116
RESULTADOS CLÍNICOS DE PACIENTES TRATADOS CON REZUM® EN UNA SOLA INSTITUCIÓN. PRIMERA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA.....	52
REVERSIÓN DE VASECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA: EXPERIENCIA DE UN CIRUJANO EN CENTRO ÚNICO.....	65
REVISTA CHILENA DE UROLOGIA. ANALISIS DESCRIPTIVO DE PUBLICACIONES ULTIMOS AÑOS.....	122
REZUM: EXPERIENCIA PRELIMINAR.....	51
RUPTURA VESICAL INTRAUTERINA INDUCIDA POR FÁRMACOS.....	93
SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE URETEROSCOPIA FLEXIBLE AMBULATORIA, REVISIÓN PROSPECTIVA.....	86
SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS, LECCIONES A TRAVÉS DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN CASO.....	71
SINTOMAS GENITOURINARIOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES FIBROMIALGICAS CHILENAS	73
TÉCNICA DE PROCURAMIENTO DE UN INJERTO DE LA MUCOSA LINGUAL	39
TÉCNICAS DE PUBECTOMÍA PARA CIRUGÍA DE URETRA POSTERIOR	38

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS PARA EL MANEJO DE MASAS RESIDUALES POSTQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER TESTICULAR	100
TRASPLANTE RENAL EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO: 38 AÑOS DE EXPERIENCIA...	66
TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA CAVA, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO	48
TUMOR RENAL DE NOVO EN UN INJERTO RENAL.....	111
TUMOR RENAL ENDOFÍTICO: MANEJO LAPAROSCÓPICO ECO ASISTIDO.....	46
TUMOR RENAL NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO/SARCOMA DE EWING: REPORTE DE UN CASO	114
TUMORES MIXTOS EPITELIALES Y MESENQUIMATOSOS: UNA ENTIDAD IGNORADA	103
TUMORES TESTICULARES GERMINALES BILATERALES METACRONICOS.....	53
UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ROBÓTICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA.....	8
URÉTEROLISIS BILATERAL ROBÓTICA CON 2 TECNICAS DE PERITONIZACIÓN DEL URÉTER EN FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA.....	42
URETEROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA SEMIRRÍGIDA DE URGENCIAS Y UROSEPSIS.	87
URETEROSCOPIA Y LÁSER HOLMIUM:YAG EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS INFUNDIBULAR POSTOPERATORIA CON CÁLIZ EXCLUIDO.....	43
USO CATETER DOBLE J EN TRASPLANTE RENAL PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN UN CENTRO TRASPLANTE NACIONAL.	91
USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTASICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD NACIONAL: RESULTADOS Y COMPARACION CON LA LITERATURA.	115
VALIDACIÓN DE MODELO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EVALUACIÓN DE ÚLCERAS GENITALES, ESTUDIO COMPARATIVO CON MÉDICOS ESPECIALISTAS	57
VALIDACIÓN DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI-2018 EN CHILE	21
VALOR PRONÓSTICO DE LA INVASION PERINEURAL BIOPSICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL	79
VASOVASOSTOMIA CON TECNICA MICROQUIRURGICA SIMPLIFICADA: EVALUACION DE RESULTADOS A LARGO PLAZO.....	70
VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO	63
VIGILANCIA ACTIVA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE CHILENA. RESULTADOS A LOS 10 AÑOS.....	18

Índice por Autor

Acle Fossa, R.....	57
Acuña Galvez, E.....	10, 113
Acuña Madrid, J.	87, 90, 102
Acuña, E.	58
Acuña, J.	30, 33, 67
Aguayo, D.....	121
Aguila, F.....	58
Águila, F.....	86
Aguilera Salinas, J.....	29, 118
Alarcon Figueroa, C.....	113
Alarcón, L.	116
Alfaro, D.	103
Aliaga De La Fuente, A.	31
Aliaga, A.	35, 36, 37, 42, 68, 83, 112
Alliende, C.	61
Almeida A, P.....	87, 91
Almeida, P.	89, 107
Altamirano, J.	110
Alvarez Sanhueza, R.....	29
Amstein, R.	92
Araya, J.	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Arias Orellana, E.....	29, 115, 118
Arias Villanueva, M.	59
Arribas, D.....	84, 85
Arteaga, E.....	54
Arzeno Thome, L.....	82, 87, 90
Arzeno, L.	30
Ascanio Rojas, J.....	10, 113
Astete Villarroel, A.	31
Astete, A.....	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Astorga, S.	51
Avila, C.....	28
Ávila, C.....	112
Avila, E.....	92
Aviles, N.....	120
Avilés, N.....	15, 79, 100
Ayala, C.....	41, 111
Azocar, L.....	121
Baeza Barrera, R.....	59
Balbontín, F.	69
Barrera, C.	95

Barria Oyarce, S.....	90, 102
Barría Oyarce, S.....	82, 87
Barria, S.	30
Barrientos, C.	41
Barroso, J.....	60, 65, 76
Basso, G.....	78, 99
Bastías, C.	8, 93
Baudrand, R.....	54
Benavides Mendoza, A.	102
Bermúdez, H.	32
Bernal, K.	94
Bernier, P.....	14, 19, 76
Bezama Urriola, P.....	29, 115, 118
Biancardi, S.....	15, 79, 100, 120
Bofill, A.	92
Borgna, V.....	116
Brandau, C.....	78, 99
Bravo Izurieta, J.....	22, 92
Bravo, C.	68
Bravo, J.	57, 74
Brevis, L.	80, 109
Bustamante Basso, C.	29, 115, 118
Bustamante Valenzuela, P.	10, 113
Bustamante, A.....	14, 15, 26, 51, 60, 76
Calderon H, D.....	87
Calderón, D.	89, 107
Calvo Bernasconi, I.....	29
Calvo De La Barra, C.....	62
Calvo, I.....	74
Campos C, D.....	91, 105
Campos Pantoja, R.	39
Campos, D.	107
Campos, R.	40
Cañas, R.....	22, 74
Cañoles, R.....	95
Carrillo, I.....	94
Carvajal S, D.	91
Carvajal, D.	89, 107
Castellon, E.....	28
Castillo, O.	84, 85
Castro, D.....	15, 79, 100, 120
Cataldo, C.....	56
Chacon C, R.	87, 105
Chaparro Ramos, E.	29, 115, 118

Cifuentes, C.	21
Cisneros, N.	12
Consigliere, L.	68, 86
Constenla, D.	21
Córdova, L.	15, 79, 100
Coria, D.	25, 61, 66, 96
Corti, D.	95
Coz, F.	25, 66
Cruz, E.	55
Cuevas, M.	86
De La Llera, J.	86
Del Pozo, M.	80
Del Real Valdés, O.	74, 87, 90
Del Real, O.	30
Díaz, A.	93
Díaz, J.	110
Díaz, M.	69
Díaz, R.	9, 11
Domenech, A.	58
Dominguez Argomedo, R.	90, 102
Domínguez Argomedo, R.	87
Dominguez, J.	22, 92
Dominguez, R.	30
Donoso Vasquez, R.	42
Donoso Vasquéz, R.	45, 106
Donoso, R.	16, 17, 23, 24, 33, 34, 67, 101, 104, 114
Duran Garcia, L.	42
Durán García, L.	16, 45, 106
Duran, L.	23, 33, 101, 114
Durán, L.	17, 24, 34, 67, 104
Durruty, J.	41, 111
Ebel, L.	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Elias, E.	56
Elorrieta D., V.	78
Elorrieta, V.	69, 110
Escobar, M.	75, 90, 117
Escovar, P.	46, 71, 108
Escudero Bustos, N.	59
Escudero, N.	45
Falcón, C.	15, 79, 100, 120
Farias, N.	89, 107
Fassler, E.	90, 97, 117
Fernandez, C.	103
Fernandez, M.	60

Fernández, M.	15, 19, 26, 32
Flores, I.	52, 71
Flores, M.	15, 26
Foneron B, A.	80
Foneron B., A.	53, 95
Foneron Sandoval, A.	31
Foneron V, A.	80
Foneron V., A.	53, 95
Foneron, A.	47, 48, 98, 109
Fuentes Espinoza, A.	62
Fulla, J.	45
Fullá, J.	52
Gallegos Moran, H.	20, 57
Gallegos Valenzuela, I.	59
Gallegos, H.	22
Gallegos, I.	103
Gana, R.	12
García Cañete, P.	62
Gavilan, D.	95
Gimenez, B.	71
Godoy, A.	121
Gomez Illanes, R.	39
Gómez Illanes, R.	38
Gómez, R.	40
Gómez, S.	94
Gonzalez Billault, M.	122
Gonzalez I., R.	78
González Pellegrino, D.	44, 71
González, D.	52
González, L.	77, 81
Guerrero S., P.	78, 99
Gumera, C.	26
Gurovich, J.	97
Gutiérrez, J.	93
Guzman, S.	45
Hassi Roman, M.	45, 90
Hassi Román, M.	45, 82, 87
Hassi, M.	16, 17, 23, 30
Hausmann, C.	15, 79, 100, 120
Henriquez Montoya, D.	31
Henríquez, C.	69
Henriquez, D.	49, 51, 103
Henríquez, I.	69
Hernández, C.	94

Herquiñigo, D.	84, 85
Herrera Canales, L.	29, 115, 118
Herrera, J.	8, 93
Hidalgo, S.	116
Horn, C.	25, 96
Ibáñez Holmgren, H.	113
Ibáñez, H.	24, 34, 45
Ibáñez, H.	101, 114
Inostroza Aqueveque, C.	122
Inzunza Navarro, J.	122
Iñiguez, S.	55, 83
Iturriaga, C.	15, 79, 100, 120
Jaime, B.	86
Jara, D.	97
Kerkebe Lama, M.	42, 45, 106
Kerkebe, M.	23, 24, 34, 45, 101
Kirmayr Z, M.	87, 91, 105
Kirmayr, M.	75, 89, 107
Kramer, F.	75, 90, 97, 117
Krebs, A.	32, 58, 60
Labra, A.	19, 21, 32, 119
Lagos Sepulveda, M.	59
Lam Esquenazi, M.	62
Landerer Leiva, E.	87, 90
Larraín De La Carrera, F.	74
Lazcano, G.	77, 81
Ledezma, R.	49, 50, 51
Leiva, D.	15, 79, 100
Leiva, R.	79
Leyton, R.	41, 111
Lladser, A.	116
Lopez Moya, P.	54
López, C.	41, 111
Lopez, D.	116
Loyola, M.	58, 61, 66
Lyng, R.	32, 76
Maggi, J.	73
Majerson, A.	92
Mandujano, F.	25, 96
Manriquez, V.	73
Manzanares Sánchez, V.	29, 115, 118
Marchant, Á.	41, 111
Marchant, F.	44, 51, 86
Marchetti, P.	49, 50, 51, 69

Mardones, P.....	111
Marió, C.....	15, 79, 100, 120
Massouh Skorin, R.	42, 46, 108
Massouh, R.....	52, 71
Maturana Barra, J.	118
Mejías, A.....	14
Mejias, O.	119
Mejías, O.	26
Menchaca Cruzat, R.	42, 45, 106
Menchaca, R.	16, 17, 23, 24, 33, 34, 101, 104, 114
Mercado, A.....	28
Mery, D.....	20, 57
Mogollón, J.....	46, 108
Mora, R.....	15, 79, 100, 120
Morales, C.	61
Morales, I.	61
Morales, N.....	112
Moreno, F.....	116
Moreno, S.....	99
Mülchi, C.	97
Muñoz, C.	69
Muñoz, S.	15, 79, 100
Narvaez, P.	101
Narváez, P.	110
Navarro, R.	22, 74, 92
Neira Soto, R.	42, 45, 106
Neira, R.....	16, 17, 23, 24, 33, 34, 67, 101, 104, 114
Neyra Vallejos, A.	29, 115, 118
Novoa Brunet, C.....	59
Numhauser, I.....	103
Olea, M.....	68
Olivares Cortes, V.....	113
Olivares Cortés, V.....	102, 106
Olivares, J.	77, 81
Olivares, V.	30
Olmedo, T.....	51
Ondarza, C.....	90, 97, 117
Orellana Salinas, N.	106
Orellana, N.	16, 17, 23, 104, 114
Orellana, S.	24, 34, 35, 36, 37, 68, 83
Ortega, R.	99
Ortiz, A.	92
Ortiz, J.	114
Orvieto, M.....	19, 21, 32, 119

Osorio, F.	60, 65
Ossandon, E.	55
Otaola Arca, H.	60
Otaola, H.	15
Otaola-arca, H.	19, 21, 26, 32, 76
Oyanedel, F.	47, 48, 53, 63, 80, 95, 98, 109
Oyanedel, P.	41, 111
Palma, C.	12, 55
Pasten, F.	74
Pauchard, F.	75, 90, 97, 117
Perez, V.	12, 22
Perrot, I.	77, 81
Pfeifer Esparza, J.	38
Pfeifer, J.	99
Pichon M, J.	87, 91, 105
Pichón, J.	89, 107
Pinochet, R.	15, 19, 21
Pinto Martinez, U.	113
Pinto, I.	110
Plaza Jimeno, C.	87, 90
Quijarro, P.	12
Quintana Lacoste, E.	29, 115, 118
Quintana, E.	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Quiñones Rivera, C.	16, 17
Quiñones, C.	23, 104
Ramirez Espinoza, J.	115
Ramírez Espinoza, J.	29, 118
Ramirez, R.	8, 93
Recabal, P.	110
Reyes, D.	35, 36, 37, 68, 83, 112
Reyes, E.	114
Riady, V.	117
Rissetti Villalobos, J.	29, 115, 118
Rodriguez, M.	121
Rodriguez-carlin, A.	84, 85
Rojas Crespo, J.	16, 42, 45, 106
Rojas O, V.	87
Rojas Ruz, P.	20
Rojas, J.	17, 23, 24, 33, 34, 67, 101, 104, 114
Román Sobarzo, J.	31
Román, C.	69
Roman, J.	28, 35, 68, 83
Román, J.	36, 37, 42, 103, 112
Rosales Landeros, N.	12

Rosas, M.....	12
Rozental, M.	61
Rubio, G.....	89
Ruiz, R.....	97
Ruiz-tagle, D.....	15, 79, 100, 120
Saavedra, A.	14
Saavedra, Á.	60
Saavedra, F.....	116
Saez Galaz, G.....	29, 115, 118
Sáez Valenzuela, I.....	64
Sáez, F.	119
Saez, I.	25
Saez, N.....	44, 50, 86
San Francisco, I.	20, 54, 57, 74, 121
Sanchez, C.	28
Sandoval, C.....	110
Sandoval, J.....	41, 111
Santana, V.	66
Sarrás, M.	25
Schalper, M.	22
Schultz, M.....	15, 19, 32, 119
Segebre, J.....	68, 83, 86
Segura, F.....	95
Sepulveda Tapia, F.	59
Sepulveda, C.....	9, 11
Sepulveda, F.....	20, 57
Sepulveda, J.....	9, 11
Silva, J.....	47, 48
Solis, J.....	77
Solís, J.	81
Soto Cornejo, G.....	82, 87, 90
Soto Monsalve, S.....	31
Soto, F.	116
Soto, G.....	30
Soto, L.	73
Soto, R.	15, 79, 100, 120
Sotomayor, P.....	121
Souper, R.....	19, 21, 26, 32
Stein, C.	19, 32, 76, 119
Storme, O.....	50, 51
Sucheni Reveron, I.	113
Tala, F.	73
Tapia, A.....	61
Telayna Manrique, F.	87

Telayna Manriquez, F.....	90
Telayna, F.	30
Testa Sklofsky, I.....	42, 45, 106
Testa, I.....	16, 17, 23, 24, 33, 34, 67, 101, 104, 114
Toledo, H.....	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Tolozá C, H.	87, 105
Torrado Rico, K.....	29, 115, 118
Torres, B.	44, 49, 58, 103
Troncoso B, J.	87, 91
Troncoso Solar, B.	12
Troncoso, J.	89, 107
Troncoso, L.....	47, 48, 53, 80, 95, 98, 109
Tudela, B.	77, 81
Urbina, S.....	116
Urrea, F.	69
Urrutia, C.....	51, 86
Urzua S, R.	87, 91, 105
Urzúa, R.....	89, 107
Uslar, T.	54
Valdevenito, J.....	50
Valenzuela Grau, R.....	54
Valenzuela Viale, R.....	122
Van Cauwelaert, R.....	84, 85
Vargas Gálvez, A.....	59
Vargas, R.	58
Vega Avalos, A.....	28, 60
Vega, A.	35, 36, 37, 68, 83, 112
Veillon, G.....	77, 81
Velarde Ramos, L.	39
Velarde, L.	40
Velasco P., A.....	78
Velasco, A.....	99
Venegas Vera, J.	70, 72
Venegas, J.....	97
Vera Veliz, A.	10, 113
Verdugo, F.....	41, 111
Vergara Faundez, G.....	87, 102
Vergara Faúndez, G.....	82, 90
Vergara, G.	30
Vicherat, C.....	56
Vidal Mansilla, V.....	59
Vidal, Á.	15, 79, 100, 110
Vilches Páez, R.	31
Vilches, R.....	24, 34, 35, 36, 37, 42, 68, 83, 112

Villena, J.	69
Vinay, J.	55
Vivaldi, B.	25, 58, 66
Walton, A.	35, 36, 37, 68, 83, 112
Westendarp, M.	95
Zambrano, N.	60, 76
Zuñiga, A.	20, 57, 121