



XLII CONGRESO CONFEDERACIÓN AMERICANA DE UROLOGÍA

LIBRO DE RESUMENES



02 - 05
OCTUBRE



Resúmenes de trabajos – Presentaciones orales.....	<u>pág. 2</u>
Resúmenes de trabajos – e-Posters.....	<u>pág. 61</u>
Resúmenes de trabajos – Videos.....	<u>pág. 82</u>
Índice de autores.....	<u>pág. 127</u>

O-01

EL TESTÍCULO DE CERDO: UN MODELO PARA EL ENTRENAMIENTO MICROQUIRÚRGICO PARA Micro-TESE, VASO-VASO Y VASO-EPIDIDIMOANASTOMOSIS. EXPERIENCIA INICIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL LABORATORIO DE MICROCIRUGÍA EN INFERTILIDAD EN MÉXICO.

Maldonado-Avila, M⁽¹⁾; Morin-Rangel, MJ⁽¹⁾; Rodríguez-Suárez, PAT⁽¹⁾; Ramírez-Pérez, EA⁽¹⁾; Fernández-De Lara, OA⁽¹⁾; Cortés-Vázquez, YD⁽¹⁾; Reyes-Sanchez, EA⁽¹⁾; Rosas-Nava, JE⁽²⁾

⁽¹⁾Andrología, Curso de Posgrado en Andrología clínica y quirúrgica. Universidad Juarez del Estado de Durango, Méx. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga", O.D. Ciudad de México, México.

Introducción

La microcirugía es una técnica con un alto nivel de complejidad que resulta muy difícil de practicar en urólogos con nulo o escaso entrenamiento debido a que requiere años de practica. Aprenderlo directamente en el quirófano y en seres humanos no es lo mas recomendable debido al riesgo de daño al paciente y pobres resultados. Por lo que la microcirugía se debe de aprender en el laboratorio, no en el quirófano. Basado en esta premisa, se han implementado diversos simuladores microquirúrgicos que involucran el uso de tarjetas de practica para anudado, uso de tubos de silicón, y modelos animales en vivo , los cuales resultan mas realistas pero conllevan la parte ética del sacrificio de los animales y el alto costo, por lo cual la tendencia mundial es hacia la restricción de estos modelos de enseñanza.

Material y Métodos

Reportamos en este trabajo la experiencia inicial implementada para nuestros alumnos del primer curso de alta especialidad en andrología clínica y quirúrgica en México utilizando el testículo de cerdo para la simulación de vaso-vasoanastomosis (V-V), Micro-TESE(M-T) y algunos pasos de la vaso-epididimoanastomosis (V-E) como la disección y colocación de suturas en los túbulos epididimarios.

Resultados y Conclusiones

El modelo porcino es fácil de conseguir en nuestro país y muy económico además las dimensiones de la pared y la consistencia son muy semejantes a las del deferente del ser humano facilitando el entrenamiento y desarrollo de destrezas en la V-V. Tanto la M-T como la V-E son muy poco practicadas en nuestro país debido a la falta de experiencia y consideramos que este modelo puede ser un buen primer acercamiento a estas técnicas de recuperación espermática.

Palabras clave: Microsurgery, Male infertility, Sperm retrieval

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-03

VAGINAL STENOSIS RATE AFTER PENILE-SCROTAL INVERSION VAGINOPLASTY VERSUS INVERTED PENILE SKIN FLAP EXPANDED WITH URETHRA: A COMPARISON OF 234 GENDER-AFFIRMING SURGERIES

Breitenbach, TC⁽¹⁾; Gorgen, ARH⁽¹⁾; da Silva, GVM⁽¹⁾; Creixell, A⁽¹⁾; Britto, AFS⁽¹⁾; Arriero, MGV⁽¹⁾; Silveira, RK⁽¹⁾; Oliveira, RT⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Grupo de Urologia Reconstructiva e Infantil, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Introduction: Gender-affirming surgery represents the conclusive step in the male-to-female transition. Penile inverted vaginoplasty is considered the gold standard. A variation of this technique uses the redundant urethra as a pedicled flap to cover the anterior neovaginal wall. This study aims to compare the outcomes of PIV to PIV expanded with urethra at our Institution, regarding vaginal stenosis.

Methods: We compared data regarding 234 male-to-female vaginoplasties performed between 2000 and 2023 at Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Brazil. Subjects were divided into two groups according to the surgical technique performed: inverted penile flap vaginoplasty (Group A, 201 patients), and inverted penile skin flap expanded with urethra vaginoplasty (Group B, 33 patients).

Results: Mean (SD) age among Groups A and B was 32,32 ($\pm 9,16$) and 32,42 ($\pm 7,89$) respectively; $p=0,178$. The operative time was 12,72 minutes longer in Group B, 214,03 ($\pm 48,47$) against 201,31 ($\pm 36,6$) from Group A; ($p=0,163$). In our study, Group A had 36 patients (17.64%) with vaginal canal stenosis postoperatively, In Group B, 5 patients (15,2%) had the same complication; which was not statistically significant ($p=0,699$). Subjective satisfaction rates were 80.1%, in group A and 80.6%, in group B. This difference was not statistically significant ($p=0,943$).

Conclusion: Inverted penile skin flap expanded with urethra vaginoplasty is a safe procedure with good outcomes. However, no significant improvement was observed in vaginal stenosis rates when comparing the two techniques. Group B had a limited sample size.

Keywords: Gender Dysphoria, Penile inversion Vaginoplasty, Gender-affirming surgery.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

BALÓN RECUBIERTO DE PACLITAXEL + DEXTRAN COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS URETERALES POST OPERATORIAS

Díaz-Zorita, V⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾; Maqueda Vocos, M⁽¹⁾; Rico, L⁽¹⁾; Zeballos, J⁽²⁾; Fiandra, D⁽²⁾; Musetti, J⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Uroplastia. Montevideo, Uruguay.

Introducción.

Las estenosis ureterales (EU) son complicaciones poco frecuentes tras procedimientos endourológicos o laparoscópicos. Aunque se han descrito procedimientos endoscópicos, laparoscópicos o abiertos para tratar las EU, en general la tasa de éxito es baja y las recurrencias son frecuentes. La seguridad y eficacia del Balón Recubierto con paclitaxel ha sido descrita y aprobada para las estenosis uretrales. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la dilatación con balón recubierto de paclitaxel + dextran (BRPD) para el tratamiento endoscópico de las estenosis ureterales postoperatorias.

Materiales y Métodos.

Se realizó un ensayo prospectivo no aleatorizado entre enero de 2018 y enero de 2024 con datos de dos centros: Uroplastia Uruguay (Montevideo, Uruguay) y el Hospital Alemán (Buenos Aires, Argentina). Todos los pacientes presentaban estenosis postoperatorias, 7 post pieloplastia laparoscópica y 14 post ureteroscopia. Se llevó a cabo un protocolo de tratamiento común a todos, siendo los pasos realizados: una pielografía retrógrada, dilatación con balón (no recubierto con fármaco) durante 5 minutos VIAR-RX Baltic Medical (balón de 6 milímetros, insuflado a 10 atmósferas de presión) y finalmente una dilatación durante 5 minutos con balón recubierto de paclitaxel + dextrano ELUTAX Baltic Medical (balón de 6 milímetros, a 10 atmósferas de presión). No se utilizaron stents ureterales ni stents open end tras el procedimiento. El éxito se definió como la ausencia de hidronefrosis en ecografía o tomografía computarizada contrastada a los 3 meses del procedimiento.

Resultados.

Se registraron datos de 21 pacientes (11 mujeres y 10 hombres). La edad media fue de 54 años y el seguimiento medio fue de 14 meses. La tasa de complicaciones fue del 19% (Clavien 3b), con dolor en 3 casos y deterioro de la función renal en 1 paciente resolviéndose en los 4 pacientes mediante la colocación de un catéter doble J. La tasa de éxito fue del 90%.

Conclusión.

El tratamiento de las estenosis ureterales postoperatorias con balón recubierto de paclitaxel + dextran tuvo una alta tasa de éxito y complicaciones de bajo grado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-05

DIRECT IN-SCOPE SUCTION: AN IN VITRO EVALUATION OF A SINGLE USE FLEXIBLE URETEROSCOPE WITH INTEGRATED SUCTION CAPABILITY

Madden, A⁽¹⁾; Cabrera, J⁽¹⁾; Altez, C⁽²⁾; Peña, J⁽³⁾; Popescu, R⁽⁴⁾; Corrales, M⁽¹⁾; Traxer, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology, Hôpital Tenon. Paris, France. ⁽²⁾Urology, Complejo Hospitalario Universitario. La Coruña, España. ⁽³⁾Urology, Hospital Arnau de Vilanova. Lleida, España. ⁽⁴⁾Urology, 4. Prof. Dr. Theodor Burghel Clinical Hospital. Bucharest, rumania.

Purpose: To evaluate the stone clearance rate and limitations of a novel integrated suction capability within a single use flexible ureteroscope according to stone particle size

Methods: Varying sized stone particles were created using a calcium oxalate monohydrate stone phantom (Begostone Plus, Bego ©, Lincoln, RI, USA). Stone particle size ranged as follows: 63-125 µm, 125-250 µm, 250-500 µm, 500 µm- 1 mm and 1-2 mm. These were mixed with Normal saline (0.9%) to mimic in vivo conditions. The suction enabled single-use flexible ureteroscope (Pusen, Zhuhai, China) was then used to aspirate stone dust in three trials. Firstly, aspiration of 5g of each dust range was attempted. Secondly, a direct comparison of the integrated suction to a manual syringe technique was applied to 1g of each dust size range. Finally, aspiration was applied to 5g of a heterogenous 1:1:1:1 mixture. Endoscopic clearance rate (g/min) and durability (number of blockages) were recorded. Each challenge was repeated three times.

Results: The integrated suction channel cleared 100% of dust particles up to 250 µm in size. Endoscopic clearance rates were seven times faster than the manual syringe technique (3.01g/min versus 0.41 g/min) for dust ranging between 125-250 µm (p=0.002). Complete endoscopic clearance of particles by 180 seconds (without encountering test limiting blockages) was unsuccessful for particles > 250 µm. Clearance rates were greatly limited by stone particle size heterogeneity above 250 µm, to only 0.09 g/min.

Conclusion: These results demonstrate that this technology works better in vitro than previously evaluated DISS methods when challenged by stone particles of uniform size < 250 µm. However, this adaptation is significantly challenged when applied to in the presence of stone dust particles > 250 µm.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-06

MINI-ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY (mini-ECIRS): ESTÁ LISTA PARA EL “PRIME TIME”?

Rico, L⁽¹⁾; Pizzarello, J⁽¹⁾; Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Sabeh, P⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Con el fin de miniaturizar los procedimientos endourológicos, la mini-ECIRS ha surgido como una alternativa prometedora para el tratamiento de litiasis renales y ureterales complejas. En la actualidad existen estudios que han demostrado que esta opción terapéutica es efectiva y segura. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados y complicaciones postoperatorias de la mini-ECIRS en nuestra institución.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a mini-ECIRS en nuestra institución entre Junio de 2022 y Marzo 2024. Se recogieron características demográficas y los pacientes fueron divididos según la clasificación de Guy's Stone Score (GSS). La tasa libre de litiasis (TLL) se clasificó según el resultado de la tomografía de abdomen y pelvis sin contraste endovenoso realizada a las 4 semanas postoperatorias: Grado A (ausencia de fragmentos litiásicos), Grado B (fragmentos litiásicos $\leq 2\text{mm}$) y Grado C (fragmentos litiásicos 2,1 – 4mm).

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes en el estudio. El volumen medio de litiasis fue de 3352mm³ (2602-4573) y la media de la densidad litiásica fue de 1054UH (774-1284). La TLL Grado A se obtuvo en 48 pacientes (80%) y el restante 20% presentó una TLL Grado C. 13 pacientes (21,7%) presentaron complicaciones Grado I-II según la clasificación de Clavien-Dindo. Al dividir los pacientes según la clasificación GSS, los pacientes GSS 1-3 presentaron significativamente menos complicaciones postoperatorias y mayor TLL versus GSS 4.

Conclusión

Mini-ECIRS es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de cálculos renales y ureterales complejos. Los pacientes GSS 4 tienen mayor probabilidad de necesitar un segundo procedimiento de revisión y de presentar complicaciones postoperatorias. Se necesitan más estudios aleatorizados con un mayor número de pacientes para confirmar estos resultados favorables.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-07

CHANGE IN IRRIGATION FLOW THROUGH DIFFERENT FLEXIBLE URETEROSCOPES AND DIAMETERS OF THE WORKING CHANNEL WITH DIFFERENT INSTRUMENTS INSIDE: COMPARISON BETWEEN AN AUTOMATIC IRRIGATION PUMP AND GRAVITY IRRIGATION: IN VITRO STUDY

Cabrera, J⁽¹⁾; Madden, A⁽¹⁾; Popescu, R⁽²⁾; Quara, A⁽¹⁾; Moretto, S⁽¹⁾; Corrales, M⁽¹⁾; Traxer, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hôpital tenon. Paris, Francia. ⁽²⁾urologia, Prof. Dr. Theodor Burghele. Bucharest, Rumania.

Objectives: To evaluate the change in irrigation flow with various instruments in the working channel of different flexible ureteroscopes and diameters of the working channel with the tip straight and flexed using gravity irrigation and an automatic irrigation pump in an ex vivo environment.

Methods: Gravity irrigation and the automatic irrigation pump: the Endoflow II were used. Diferents flexible ureteroscope was connected to a double-port irrigation tube with diferents working channel (3.6/5.1fr). The other side of the irrigation tube was connected to a 3 L saline bag in case of gravity pressure or the automatic irrigation pump (40/80/120cmH₂O), which was also connected to a 3 L saline bag. The flow volume of the working channel was measured three times for 1min, with various flow pressure settings and with the tip straight and flexed, both when the working channel was unoccupied and occupied with various instruments.

Results: Irrigation flow rate increased steadily as flow pressure increased in the automatic irrigation pumps and gravity saline bag height increased ($P < 0.05$). However, flow decreased as instrument size in the working channel increased in both working channel diameters ($P < 0.05$). The flow efficiency of gravity irrigation under the same pressure is significantly lower than in the automatic irrigation pump ($P < 0.05$). The flow efficiency for 3.6 Fr working channels with right and flexed tip are similar, but for ureteroscope with 5.1Fr working channel the flow is higher with free and occupied working channel ($P < 0.05$). The flow efficiency is lower with tip flexion in the different working channels ($p > 0.05$).

Conclusions: The efficiency of the irrigation channel in gravity irrigation is significantly lower than in automatic irrigation pumps. Irrigation flow decreases as the size of the instrument in the working channel increases. In smaller diameter working channels with working channel occupied, the position of the flexed tip decreases irrigation flow. The introduction of larger diameter working channels improves the flow of the instrument, so further studies are needed to continue the development of improved ureteroscopes such as suction and better management of intrarenal pressure, more studies are needed for the continued progress of endourology.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SIZE MATTERS: AN IN VITRO EVALUATION OF A FLEXIBLE SUCTION-ASSISTED URETERAL ACCESS SHEATHS

Madden, A⁽¹⁾; Cabrera, J⁽¹⁾; Altez, C⁽²⁾; Peña, J⁽³⁾; Quarà, A⁽¹⁾; Corrales, M⁽¹⁾; Traxer, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology, Assistance-Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Tenon. Paris, Francia. ⁽²⁾Urology, University Hospital Complex. La Coruña, España. ⁽³⁾Urology, University Hospital Arnau de Vilanova. Lleida, España.

INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Laser lithotripsy has evolved towards improved dusting with increasing focus on aspiration. One advancement is the suction-assisted ureteric access sheath (SUAS). Studies have highlighted the importance of ratio-of-endoscope to sheath diameter (RESD) on a) helping to maintain a safe intrarenal pressure and b) the size of stone fragments that may be evacuated. The aim of this study was to evaluate 2 techniques with 4 different RESDs, across 5 stone fragment size brackets.

METHODS

Two single-use flexible ureteroscopes, a 6.3Fr Hugemed™ prototype and a 9.5Fr Lithovue™ were trialled within 5 different ureteric access sheaths from Clear Petra™, YiGao™ and Innovex™. Two different techniques were trialled within each combination, continuous in-sheath suction (CISS) versus a pull-out technique. Each was trialled on 1g of phantom stone fragments; 63-125 µm, 125-250 µm, 250-500 µm, 500 µm-1 mm and 1-2 mm, within 10 ml of 0.9% normal saline. A cut off of 5 minutes was set. Stone clearance rates and number of blockages were measured.

RESULTS

The highest stone clearance rates were achieved with RESDs 0.53 and 0.63 using CISS (see Fig.1). For dust < 250 µm CISS was more efficient with RESDs 0.53 and 0.63, ranging between 2 and 6.6 g/min. However, it was only possible to aspirate > 500 µm with the CISS method at RESD 0.53, which was the only RESD to allow aspiration up to 2 mm with this method. Adopting a pull-out technique can raise the threshold of what can be aspirated by one or two size range brackets, and can become more efficient than the CISS when applied to the limit of what can be aspirated in-sheath (see Fig.2).

CONCLUSION

It is important to consider tailoring aspiration technique in light of a) the size of stone particles and b) the RESD. Where possible, within an in vitro setting, the CISS method can offer more efficient aspiration. When this becomes less efficient or in the presence of larger fragments, a pull-out technique may become more useful.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-09

THULIUM FIBER LASER VERSUS VAPOR TUNNEL Ho:YAG LASER EN CIRUGÍA INTRARRENAL RETROGRADA: CUÁL TIENE MEJOR RENDIMIENTO DE EFICACIA Y EFICIENCIA ABLATIVA?

Rico, L⁽¹⁾; Maqueda, M⁽¹⁾; Sabeh, P⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Actualmente, el láser de Holmium:yttrium-aluminium-garnet (Ho:YAG) es el "gold-standard" para el tratamiento de la urolitiasis y el láser de fibra de Thulio (TFL) ha surgido como una nueva tecnología con varias ventajas en términos de eficiencia y eficacia de la litotricia intracorporea. Con los avances tecnológicos y el conocimiento de la física del láser, han surgido diversas modalidades de pulso en Ho:YAG para intentar igualar los resultados obtenidos con TFL. Hasta la fecha, no existen estudios que comparen el rendimiento ablativo entre TFL y Vapor Tunnel (VT) Ho:YAG laser.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio comparativo retrospectivo de 200 pacientes sometidos a cirugía intrarenal retrograda (RIRS). Los pacientes fueron divididos según el tipo de láser utilizado (TFL versus VT). Se registraron el volumen y la densidad de las litiasis renales, la actividad del láser y el tiempo operatorio total. Se evaluó el consumo de energía del láser (Joules/mm³), la eficiencia ablativa (mm³/Joules) y la eficacia ablativa (min/mm³). La tasa libre de litiasis (TLL) se definió como la ausencia de fragmentos litiásicos en una tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste endovenoso a las 4 semanas postoperatorias.

Resultados

Se incluyeron 100 pacientes en cada grupo. Los pacientes en el grupo de TFL presentaron litiasis renales significativamente más duras (915UH vs 801UH, $p < 0.001$) y de mayor volumen (797mm³ vs 706 mm³, $p < 0.001$). La energía total emitida (10.6kJoules vs 14.8kJoules), el tiempo de actividad del láser (14.7min vs 22.1min) y el tiempo total operatorio (45.5min vs 64min) fueron menores en el grupo de TFL. A su vez, la eficacia ablativa (25.5 vs 10.9 min/mm³) y la eficiencia ablativa (0.12 versus 0.041 mm³/Joules) fueron significativamente mayores en el grupo de TFL. Finalmente, en este grupo se obtuvo una diferencia significativa en cuanto a consumo de energía (10.8 vs 14.1 Joules/mm³). La TLL fue comparable entre ambos grupos (81% vs 82%, $p = 0.85$).

Conclusión

TFL se asoció con menor tiempo de utilización de láser y tiempo operatorio total. Además, aumentó significativamente la eficacia y la eficiencia de la litotricia intracorporea con láser, y obtuvo una disminución significativa del consumo total de energía utilizado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-10

¿ES LA EFICACIA Y EFICIENCIA ABLATIVA DE LA LITOTRICIA CON LÁSER MEJOR CON UNA VAINA DE ACCESO URETERAL DE SUCCIÓN FLEXIBLE Y NAVEGABLE?

Rico, L⁽¹⁾; Díaz Zorita, V⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Maqueda, M⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El objetivo de este trabajo es comparar la eficacia y la eficiencia ablativa de la vaina de acceso ureteral de succión flexible y navegable (FANS) versus la vaina de acceso ureteral convencional (c-UAS) en la cirugía intrarenal retrograda (RIRS) para el tratamiento de litiasis renales.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 96 pacientes sometidos a RIRS utilizando el láser de fibra de Thulio (TFL). Dividimos a los pacientes en Grupo 1: FANS y Grupo 2: c-UAS. Se evaluó la eficiencia ablativa de la litotricia con láser (mm³/Joules), la eficacia ablativa (mm³/min) y el consumo total de energía utilizada (Joules/mm³). La tasa libre de litiasis (TLL) se definió como la ausencia de fragmentos litiasicos en una tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste endovenoso a las 4 semanas postoperatorias.

Resultados

Ambos grupos presentaron un volumen litiasico (mm³) y una densidad litiasica (UH) comparables. RIRS con FANS presentó un tiempo quirúrgico significativamente menor y un menor consumo total de energía láser (10.9 vs 12.1 Joules/mm³, p<0.001). Además, FANS presentó una significativa mayor eficiencia ablativa (0.22 vs 0.09 mm³/Joules, p<0.001) y eficacia ablativa (26.1 vs 19.9 mm³/min, p<0.001). La TLL fue significativamente mayor en el grupo de FANS (93,7% vs 75%, p<0.001).

Conclusión

En comparación con c-UAS, RIRS con FANS se asoció a una disminución del tiempo operatorio total y del consumo total de energía del láser. Además, presentó una eficacia y eficiencia ablativa significativamente mayor, siendo también la TLL significativamente mayor en este grupo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-11

ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION AFTER VAGINAL SURGERY TO CORRECT PELVIC ORGAN PROLAPSE

Strzygowski Barbosa, H⁽¹⁾; Budib, D⁽¹⁾; Castillo, S⁽¹⁾; Kirche, I⁽¹⁾; Martin Christofe, N⁽¹⁾; Cunha, R⁽¹⁾; Caserta Lemos, G⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Albert Einsein. São Paulo, Brasil.

Introdução: Prolapso de órgão pélvico (POP) é uma condição comum, que pode ser encontrada no exame físico em cerca de 30% a 50% das mulheres no período pós menopausa. O impacto na função sexual das pacientes causados pela POP já é bem documentado. No entanto, ainda é incerto se a correção cirúrgica desses prolapsos é benéfica para a função sexual dessas pacientes, com estudos com resultados conflitantes.

Métodos: Este foi um estudo de coorte prospectiva, unicêntrico, que ocorreu de dezembro/2020 a Julho/2022 no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim), em São Paulo/SP, Brasil. Foram incluídas paciente com POP, com prolapsos anteriores e indicação de correção cirúrgica. A correção do POP foi via vaginal. Foi solicitado o preenchimento do questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS), que avalia sintomas vaginais, questões sexuais associadas e impacto na qualidade de vida, no pré-operatório e 3 meses após a cirurgia.

Resultados: Foram incluídas neste estudo 59 pacientes com média de idade 55,4±11,9 anos, sendo que o estágio do prolapso anterior mais frequente foi o estágio II (48,3%). A pontuação do questionário ICIQ-VS no pré e pós-tratamento foi, respectivamente 12,21±5,45 e 2,66±2,91 (p<0,01) e dos sintomas sexuais 30±22,16 e 8,24±14,9 (p<0,01). Observamos uma redução de 14,9% para 10,2% no número de pacientes que não tinham vida sexual ativa devido aos sintomas vaginais, sendo que houve redução de 46,3% para 4% no número de pacientes que relataram que os sintomas vaginais interferiam muito na vida sexual.

Conclusão: A correção via vaginal de prolapsos de POP de parede anterior é benéfica para a função sexual e qualidade de vida das pacientes.

Palavras chave: Prolapso de órgão pélvico; Função sexual; Cirurgia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-12

EXPERIENCIA INICIAL CON BALONES DILATADORES RECUBIERTOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHECES DE URETRA

Maqueda Vocos, M⁽¹⁾; Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Soldano, JM⁽¹⁾; Filgueira, G⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Introducción

El gold standard para la estrechez uretral es la uretroplastia con un éxito del 90%. Sin embargo, los tratamientos más utilizados son aquellos con menor morbilidad y acceso como la dilatación uretral. El balón recubierto con paclitaxel (BRP) combina la dilatación uretral asociado a un agente anti proliferativo que inhibe la formación de cicatrices patológicas. Nuestro objetivo es el análisis prospectivo de los resultados funcionales de 31 pacientes luego de la dilatación con BRP con estrecheces de uretra anterior y posterior con 1 año de seguimiento mínimo entre marzo del 2023 y marzo del 2024.

Materiales y Métodos

Se seleccionaron un total de 31 pacientes masculinos adultos, con estrecheces uretrales de ≤ 12 Fr de diámetro y ≤ 3 cm de longitud, IPSS ≥ 8 , velocidad máxima de flujo (QMax) < 15 ml/seg y ecografía abdominal con medición del residuo postmiccional (RPM) > 20 %. Se llevó a cabo un análisis de medias de los resultados obtenidos. Se realizó una uretrocistografía retrógrada (CUGR) previo al procedimiento para lograr evaluar la longitud y ubicación de la estrechez uretral. Las estrecheces fueron pretratadas con un globo dilatador sin recubrimiento bajo visión radioscópica y luego se realizó la dilatación con BRP de la misma manera. El éxito funcional a los 1, 6 y 12 meses se interpretó en base al IPSS, RPM y Q Max.

Resultados

En los estudios preoperatorios se evaluó un RPM promedio del 38% (10-92), Qmax 6.6 ml/seg (3.4-20) y un IPSS de 29 (18-35). En la CUGR se evidenciaron estrecheces las cuales se mencionan en Tabla 1. con una longitud media de 1.34 cm (0.2cm - 2.5 cm). En los estudios postoperatorios a los 12 meses se evaluó un Qmax 20.1 (9 ml/seg - 23 ml/seg), un RPM 23 % (2% - 58%) y un IPSS 15 (5 - 31). El éxito terapéutico fue de 80.6 % presentando 6 pacientes con recaída de estrechez uretral de los cuales 2 requirieron un segundo procedimiento.

Conclusiones

Este estudio nos demuestra que existe una clara utilidad en el uso de BRP para las estrecheces cortas en uretra anterior o posterior.

Resultados según ubicación de estrechez de los 31 pacientes.

	Numero total	Éxito (%)
Fosa Navicular	1	100
Uretra Péndula	5	60
Uretra Bulbar	18	94.5
Uretra Mmembranosa	1	100
Estenosis de Cuello vesical	4	25
Estenosis de neo-cuello vesical (Post PR)	5	60

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA CON 22F (MiLEP) ES FACTIBLE?. ANÁLISIS PRELIMINAR DE 32 CASOS EN HOSPITAL LA UNIÓN - CHILE.

Segura Díaz, F⁽¹⁾; Gavilan Leñam, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Dr. Juan Morey. La Unión, Chile.

Introducción:La enucleación prostática con láser de holmium (HoLEP) es una opción efectiva para hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática, siendo considerado el nuevo estándar para el tratamiento de la HPB. A pesar de lo anterior, persisten problemas desafiantes como la estrechez uretral y la incontinencia urinaria. Se ha propuesto que uno de los factores asociados a estos problemas es el diámetro del instrumental. Figueiredo presentó en 2022 el instrumental de 22F (MiLEP), teorizando que un menor diámetro se relaciona con un menor trauma uretral y menor tasa de incontinencia urinaria, sin afectar la eficiencia quirúrgica, complicaciones ni resultados funcionales. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia clínica con el uso de MiLEP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, se incluyeron 32 pacientes sometidos a MiLEP en Hospital Publico Juan Morey de La Unión, durante Junio de 2023 y Mayo de 2024 por 2 cirujanos. Se registraron variables perioperatorias, quirúrgicas y complicaciones post operatorias. Análisis estadístico fue realizado con valor $p < 0.05$. **Resultados:**La edad media (rango) fue 70 años (49-84). El 21,9% de los pacientes fueron ASA >3, uso de anticoagulantes en 6,3% y el 25% se encontraba con sonda uretrovesical. En 3 casos se realizó cirugía urológica simultánea. El volumen prostático medio fue 72,5 ml (45-180). El tiempo quirúrgico medio fue 43 min (28-100). La eficiencia de enucleación y morcelación fue 1 gr/min (0,4-3,8) y 4,9 gr/min (2-11,3) respectivamente. 4 pacientes necesitaron dilatación uretral y/o uretrotomía de meato. Irrigación intraoperatoria media fue 24 litros (18-32). El tiempo medio de hospitalización fue de 22 hrs (18-48). El uso de catéter urinario fue 39,1 hrs (20-96). El seguimiento medio fue de 10 meses (3-12). Las complicaciones se presentaron en un 9,3%, todas Clavien Dindo I-II. Incontinencia urinaria al mes se presentó 1 paciente y estrechez uretral de meato en 1 paciente, que se manejo favorablemente con dilatación. **Conclusiones:** MiLEP es una técnica factible, segura y reproducible en diferentes tamaños prostáticos, sin afectar la eficiencia quirúrgica. MiLEP aparentemente se ha asociado a menor necesidad de irrigación intraoperatoria, y podría reducir la incontinencia urinaria esfuerzo como la estrechez uretral.

Palabras claves: BPH, HoLEP, Urethral stricture.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-14

PRESERVACIÓN DEL TEJIDO SUPRA-MONTICULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROSTÁTICA BENIGNA PARA MANTENER LA EYACULACIÓN ANTERÓGRADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Mendoza Chuctaya, G⁽¹⁾; Ramos Chuctaya, K⁽²⁾; Del Pilar Aycachi, L⁽³⁾; Taype Rondan, A⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital María Auxiliadora. Lima, Lima. ⁽²⁾Universidad de San Antonio Abad del Cusco. Lima, Perú.

⁽³⁾Medicina, Universidad Peruana Union. Lima, Perú. ⁽⁴⁾Medicina, Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

Introducción: La cirugía prostática es el tratamiento con más alta resolución en pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP), y entre sus principales efectos colaterales está la eyaculación retrograda.

Objetivo: El objetivo de la presente revisión sistemática fue comparar la cirugía modificada con preservación del tejido supra-monticular versus la cirugía estándar de próstata, para la preservación de la eyaculación anterógrada.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, Scopus, Web of Science y Cochrane Library (hasta diciembre del 2023). Se incluyeron estudios prospectivos que reclutaron pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico modificado. Dos revisores seleccionaron de forma independiente los estudios de acuerdo con los criterios de elegibilidad, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo, para el cálculo y análisis estadísticos se utilizó RevMan 5.4, y se utilizó el enfoque GRADE para calificar la certeza de la evidencia.

Resultados: Se incluyó 7 ensayos clínicos con 412 participantes. El metaanálisis de los ensayos aleatorios mostró una alta certeza de que la técnica modificada se asoció con preservación de eyaculación anterógrada (OR=3,28; IC del 95%=[2,48,4,33]; $p<0,01$), y no se encontró diferencia significativa entre ambas técnicas quirúrgicas para los siguientes parámetros, IPSS (DM=0,03; IC del 95%=[-1,39,1,45]; $p=0,97$). Qmax (DM=-1,04; IC del 95%=[-2,76,0,67]; $p=0,23$). PVR (DM=8,61; IC del 95%=[-5,34,22,56]; $p=0,23$). QoL (DM=-0,20; IC del 95%=[-0,54,0,15]; $p=0,26$).

Conclusión: Nuestros resultados indican que la cirugía modificada con preservación del tejido supra-monticular beneficia la preservación de la eyaculación anterógrada en pacientes con HBP. Además, mantiene los resultados funcionales siendo comparables en ambas técnicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-15

ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON GREENLIGHT (GREENLEP): PRIMEROS 110 CASOS EN ARGENTINA.

Soldano, JM⁽¹⁾; Pizzarello, JI⁽¹⁾; Lopez, FM⁽¹⁾; Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾; Maqueda Vocos, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La enucleación endoscópica prostática (EEP) con láser verde (GreenLEP) es una técnica establecida para tratar la hiperplasia prostática benigna en adenomas prostáticos de gran tamaño (>100 g). En este estudio, presentamos nuestra experiencia con GreenLEP, destacando su seguridad y eficacia.

Materiales y métodos:

Realizamos un análisis retrospectivo de 110 procedimientos GreenLEP llevados a cabo por dos cirujanos entre octubre de 2021 y julio de 2023. Se evaluaron variables demográficas, quirúrgicas, resultados postoperatorios y complicaciones utilizando el sistema láser GreenLight XPS™ con una fibra láser HPS™ de 120 W , y resectoscopio de doble flujo Wolf™ de 26 Fr para la fase de enucleación y para la fase de morcelación un nefroscopio Wolf™ de 26 Fr y el sistema de morcelación Piranha de Wolf™

Resultados:

La media de edad fue 70 años y el volumen prostático medio fue 104 g. El tiempo operatorio medio fue de 150 min y la energía media utilizada fue 71.5 KJoules. La mediana de estadía hospitalaria fue de 1 día y la mediana en la duración de la sonda vesical fue de 1.5 días. La mayoría de los pacientes (82.7%) no presentaron complicaciones postoperatorias significativas (Clavien-Dindo grado ≤3). A los 12 meses, se observaron mejoras significativas en el índice de flujo máximo (Qmax) preoperatorio de 10 ml/seg (7-14) y a los 12 meses de 22.4 ml/seg (16.4-34), así como en el índice de síntomas prostáticos (IPSS) con un valor preoperatorio de 24 (21-30) y a los 12 meses de 3.5 (2-7). También se observó una disminución en el antígeno prostático específico y en el residuo postmiccional ecográfico respecto a los valores preoperatorios.

Conclusiones:

GreenLEP es una opción segura y efectiva para adenomas prostáticos de gran tamaño, con resultados funcionales excelentes y baja incidencia de complicaciones en manos de cirujanos experimentados. Se recomienda realizar estudios adicionales con mayor número de casos y seguimiento prolongado para definir mejor las ventajas y desventajas de esta técnica

Preoperatorio vs 12 meses postoperatorio

	Preoperatorio	12 meses postoperatorio
IPSS	24	3.5
Q max	10	22
Q promedio	4.5	12.4
RPM	111	23
PSA	6.85	1.69

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-16

PERIOPERATIVE OUTCOMES AND ECONOMIC IMPACT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA SURGERIES IN BRAZIL'S PUBLIC HEALTH SYSTEM

Takemura, LS⁽¹⁾; Kirche-Duarte, I⁽¹⁾; Galindo, GFdC⁽¹⁾; Gushiken, FA⁽¹⁾; Luz, JSN⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Cha, JD⁽¹⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Lemos, GC⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. Sao Paulo, Brasil.

Introduction: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common cause of lower urinary tract symptoms (LUTS) in aging males, significantly impacting their quality of life and productivity. In Brazil, where the majority of the population relies on Public Health System (SUS), transurethral resection of the prostate (TURP) and simple prostatectomy (SP) stands as the main surgical modalities. These procedures vary in cost-effectiveness, influencing clinical decisions and healthcare resource allocation.

Materials and methods: This ecological study utilized data from the Brazilian Public Health System database, spanning from 2009 to 2022. Records of patients diagnosed with BPH and undergoing TURP or SP were analyzed across Brazil's major geographic regions. Key outcomes included annual surgery volumes, patient demographics, hospitalization characteristics (e.g., length of stay, intensive care unit utilization), intra-hospital mortality rates, and government reimbursements to hospitals. Statistical analyses included descriptive statistics, comparisons between the two techniques, and regression models to assess temporal trends in mortality rates.

Results: Over the 13-year period analyzed, Brazil recorded 204,358 BPH surgeries, with the Southeast region accounting for 46.56% of procedures. TURP was the predominant procedure nationwide (61.44%), particularly in higher-income regions. Perioperative outcomes favored TURP, showing lower intra-hospital mortality rates (0.25% vs. 0.55% for SP) and shorter hospital stays (median 3 days vs. 5 days for SP). Both procedures exhibited declining mortality trends, though not statistically significant. Financially, government reimbursements for the hospitals were lower for TURP compared to SP.

Conclusion: This study underscores the Southeast region's prominent role in BPH surgeries within Brazil's public health system and highlights TURP's favorable perioperative outcomes over SP.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-17

EFICACIA DE REZUM EN LA REDUCCIÓN DEL VOLUMEN PROSTÁTICO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA BENIGNA EN COSTA RICA

Gonzalez, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Jefe Urología, UNIBE. Tibas, Costa Rica.

Objetivo: Estimar la reducción del volumen de la próstata después de la aplicación de inyecciones de vapor de agua (Rezum) en pacientes de 40 años o más, que han sido diagnosticados con Hiperplasia Benigna de Próstata (HPB) y están registrados en el Hospital UNIBE. Este contraste proporciona una eficacia retrospectiva del tratamiento mínimamente invasivo válido para la población local.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo para revisar los expedientes de los pacientes atendidos en el Hospital UNIBE, en Costa Rica. Se estableció el volumen prostático como variable principal para evaluar la reversión de la HPB. También se evaluaron para cada paciente otras variables como la Puntuación Internacional de Síntomas de Próstata (IPSS) y el flujo urinario.

Resultados. Después de la extracción de datos de los registros clínicos, 289 pacientes tenían datos completos para esta evaluación, lo que resultó en un 15% de valores faltantes en la muestra inicial de registros revisados. La media del volumen prostático inicial fue de 47 gramos con una desviación estándar de 14 gramos, y la media de seguimiento se estimó en 26 gramos con una desviación estándar de 9 gramos. Después de la comparación estadística, esta reducción fue estadísticamente significativa para la evidencia observada. Se puede esperar que una diferencia entre las medias de la muestra sea tan extrema como 21 gramos con un valor $p < 0,0001\%$ de las veces bajo la hipótesis nula. Se obtuvo un IPSS de 17,47 puntos (6,46 puntos de desviación estándar) antes del tratamiento para los 289 registros de pacientes revisados, mientras que el IPSS reportado después del tratamiento se estimó con un promedio de 2 puntos de IPSS con una desviación estándar de 2 puntos. El contraste de diferencia de medias para el IPSS mostró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p inferior a 0,0001, estimándose una diferencia promedio de 14,72 unidades de puntuación.

Conclusión. Se obtuvo una diferencia de volumen de 21 gramos después de las aplicaciones con 1,7 desviaciones estándar inferiores a la medida inicial

Eje horizontal: Diferencia entre el volumen prostático. **Valores verticales:** número de aplicaciones que recibieron los pacientes durante la intervención. Media: 6 inyecciones (DE 2, $n=167$) con un rango de 2 a 14 aplicaciones

Financiamiento / conflicto de intereses: No

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LATIN-AMERICAN PATIENTS WITH HIGH-RISK LOCALIZED OR LOCALLY ADVANCED PROSTATE CANCER: A REAL-WORLD EVIDENCE STUDY USING NATURAL LANGUAGE PROCESSING AND MACHINE LEARNING

Manneh Kopp, R⁽¹⁾; Correa Ochoa, JJ⁽²⁾; Puello Guerrero, A^(3, 4); Hernández Morán, J⁽⁵⁾; Villareal, N⁽⁶⁾; Dellavedova, T⁽⁷⁾; Gutiérrez, AF⁽⁸⁾; Mota, A⁽⁹⁾; Djordjevic, N⁽¹⁰⁾; Tejada Mordini, J⁽¹¹⁾; Valdivieso, JL⁽¹²⁾; López, M⁽¹²⁾; Sarró, E⁽¹²⁾; Marín, J⁽¹²⁾; Casadevall, D⁽¹³⁾; Polo, N⁽¹³⁾; Salcedo, I⁽¹³⁾; Menke, S⁽¹³⁾

⁽¹⁾Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar (SOHEC). Valledupar, Colombia. ⁽²⁾Hospital Pablo Tobón. Medellín, Colombia. ⁽³⁾Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁴⁾Instituto Nacional del Cáncer (INCART). Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁵⁾Centro de Urología (CDU). Buenos Aires, Argentina. ⁽⁶⁾Clínica Foscal. Floridablanca, Colombia. ⁽⁷⁾Fundación Urológica (FUCDIM). Córdoba, Argentina. ⁽⁸⁾Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá DC, Colombia. ⁽⁹⁾Clínica AMO. Salvador, Bahia, Brasil. ⁽¹⁰⁾Hospital Italiano La Plata. La Plata, Argentina. ⁽¹¹⁾Janssen. Buenos aires, Argentina. ⁽¹²⁾Savana Research SL. Madrid, España. ⁽¹³⁾Medsavana SL. Madrid, España.

Introduction:

Prostate cancer, particularly localized/locally advanced prostate cancer (LPC/LAPC) poses a significant societal concern, yet comprehensive information on high-risk patients is lacking. This study uses natural language processing (NLP) and machine learning (ML) to analyze data from Latin America, offering a nuanced epidemiological insight into LPC/LAPC patients across risk subgroups.

Methods:

Multicenter, retrospective, and observational study based on the secondary analysis of multilingual free-text and structured clinical information from adult LPC/LAPC patients' electronic health records (EHRs) between 2014 and 2022 in nine Latin American hospitals. Patients were categorized as high risk (HR), intermediate risk (IR), low risk (LR), or undetermined risk (UR). Demographic and clinical data were extracted using NLP- and ML-powered EHRead® technology, which uses SNOMED-CT terminology, and descriptive analyses were performed.

Results:

Among 7,932 patients with an identified PC stage during the study period, 76.3% received early-stage diagnosis, of which 93.2% were LPC and 6.8% LAPC. Median (Q1,Q3) age at diagnosis was 67 (61, 73) years, with 32% HR, 24% IR, 3% LR, and 41% UR. HR patients had slightly higher rates of the most common comorbidities, including hypertension (HR/IR/LR: 13.4%/12.6%/11.9%), hypercholesterolemia (HR/IR/LR: 5.4%/4.7%/5.4%), and diabetes (HR/IR/LR: 4.8%/4.2%/3%). Pain, the most reported symptom, had the highest occurrence in the HR group (HR/IR/LR: 23.9%/17.5%/16.8%). In HR patients, the most favored treatment was a combination of radiotherapy (RDT) with androgen deprivation therapy (ADT) (RDT+ADT, 39.6%), followed by radical prostatectomy (RP, 20.4%) and RDT alone (19.6%). In contrast, IR and LR groups showed a preference for RP (RP: 29.2%, RDT+ADT: 22.6%, and RDT: 19.9% for IR group, and RP: 31.9%, RDT: 23.6%, and RDT+RP: 23.6% for LR group).

Conclusions:

Most Latin American PC patients are diagnosed at early stages, with a substantial proportion classified as HR. This subgroup exhibits more comorbidities and more frequent pain. Additionally, HR patients are more commonly treated with RT and ADT or ADT in monotherapy. This study represents, to our knowledge, the first real-world data study using NLP and ML techniques in Latin America, marking a pivotal advancement in the application of health informatics in the region.

Financiamiento / conflicto de intereses: Funding Source: Janssen

O-19

VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA LATINOAMERICANA (LAASG).

Bujaldon, JM⁽¹⁾; Montes de Oca, L⁽²⁾; Jaunarena, J⁽²⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Villamil, W⁽³⁾; Martinez, P⁽³⁾; Martinez, L⁽⁴⁾; Romero, I⁽⁴⁾; Coria Guzman, D⁽⁵⁾; Santomil, FM⁽⁶⁾; Muñoz, G⁽⁶⁾; Duran Garcia, L^(7, 8); Orellana Salinas, N⁽⁷⁾; Camean, J⁽⁹⁾; Fernandez Candia, G⁽⁹⁾; Leyton, R⁽⁸⁾; Ramirez Garcia, JM⁽¹⁰⁾; Hosman Basto, R⁽¹¹⁾; Tobia, IP⁽¹²⁾; Autran, AM⁽¹²⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Centro de Urología CDU. Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina. ⁽⁴⁾Urología, Hospital de Clinicas. Montevideo, Uruguay. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Militar. Santiago, Chile. ⁽⁶⁾Urología, Hospital Privado de la Comunidad. Mar del Plata, Argentina. ⁽⁷⁾Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽⁸⁾Urología, Hospital de las Fuerzas Aereas. Santiago, Chile. ⁽⁹⁾Urología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. ⁽¹⁰⁾Urología, Hospital Regional de Puebla (ISSSTE). Puebla, Mexico. ⁽¹¹⁾Urología, Uroprado. Barranquilla, Colombia. ⁽¹²⁾Oficina de Investigacion, CAU. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La vigilancia activa (VA) se ha establecido como el manejo estándar para pacientes con cáncer de próstata (CaP) localizado de bajo riesgo. Sin embargo, su implementación y efectividad en Latinoamérica aún no se han caracterizado ampliamente. El objetivo principal es evaluar la adopción, seguimiento y resultados oncológicos de la VA en una cohorte multicéntrica de hospitales en esta región.

Materiales y métodos:

Estudio multicéntrico retrospectivo sobre la base de datos prospectiva LAASG, incluyendo 846 pacientes en VA de 11 hospitales en 5 países de Latinoamérica.

Se analizaron datos demográficos, clínicos y resultados oncológicos. Se evaluó sobrevida libre de salida de VA a 10 años (SLSVA) utilizando Kaplan-Meier. Se realizó análisis uni y multivariado utilizando regresión de Cox para identificar factores pronósticos asociados con el desenlace del tratamiento.

Resultados:

La mediana de edad al diagnóstico fue de 64 años, la media de PSA inicial fue de 4.7ng/ml y el volumen de próstata de 34 gr. El riesgo acumulado estimado de salida de VA a 10 años fue de 55.3%. Al estratificar por tacto rectal (TR) positivo o negativo al diagnóstico y biopsia negativa previa o sin biopsia previa, la SLSVA fue 12.6% vs 47.2% ($p < 0,0001$) y 52.8% vs 42.8% ($p < 0,0001$), respectivamente.

La principal razón de salida fue la progresión del Gleason en las biopsias subsiguientes (48,70%).

En el análisis multivariado, el PSA inicial (HR 1,08, IC 1,05-1,12, $p = 0,001$), el TR positivo (HR 2,13, IC 1,51-3, $p < 0,0001$) y la biopsia previa negativa (HR 0,41, IC 0,29-0,59, $p < 0,0001$) fueron factores de riesgo independientes de salida de VA.

Conclusión

Este estudio subraya la factibilidad y seguridad de la vigilancia activa en el manejo del cáncer de próstata localizado en Latinoamérica. Mejorar la recolección de datos es fundamental para establecer factores de riesgo propios de nuestra población, devengando mejores prácticas y resultados a largo plazo en la región.

Palabras Claves

Cáncer de Próstata, Vigilancia Activa, Latinoamérica.

Análisis univariado y multivariado para identificar factores pronósticos asociados con el desenlace del tratamiento.

Análisis multivariado

Cohorte (n=846)	n	HR	95%IC	valor p
PSA inicial	846	1,08	1,05 - 1,12	0,0001
Tacto rectal positivo	846	2,13	1,51 - 3	0,0001
Biopsia previa negativa	846	0,41	0,29 - 0,59	0,0001

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-20

GANGLIOS POSITIVOS LUEGO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: RESULTADOS ONCOLÓGICOS A MEDIANO PLAZO.

Villamil, W⁽¹⁾; Banda, R⁽¹⁾; Romeo, A⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Martinez, PF⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Italiano de Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción

El cáncer de próstata es una patología frecuente en el hombre. No hay un algoritmo estandarizado de tratamiento en los pacientes con ganglios positivos luego de prostatectomía radical + linfadenectomía. Nuestro objetivo es evaluar la sobrevida libre de recurrencia bioquímica, sobrevida libre progresión metastásica, sobrevida global y evaluar el impacto del PSA indetectable (< 0,1 ng/ml) en la toma de decisiones.

Materiales y métodos

Se analizaron 1689 pacientes que fueron sometidos a prostatectomía radical robótica + linfadenectomía estándar o extendida en el período comprendido entre marzo 2008 y marzo 2023 en el Departamento de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Resultados

En total 1652 pacientes se sometieron a prostatectomía radical + linfadenectomía; 1579 en el grupo de ganglios negativos (pN0) y 73 en el grupo de ganglios positivos (pN1). Se realizó linfadenectomía extendida en 15.3% del grupo pN0 y en 61.6% del grupo pN1, observándose 3 o más ganglios comprometidos en 7 (9.6%) pacientes. Observamos recaída bioquímica en 356 pacientes del grupo pN0 (22.6%) y 50 pacientes del grupo pN1 (68.5%). La sobrevida estimada libre de recaída bioquímica a 36 meses fue del 71.9 % (IC: 95% 68.9 - 74.8) y 32% (IC95% 19.2 - 44.6), (log rank test p 0.0001) en el grupo pN0 y pN1 respectivamente. La sobrevida estimada libre de progresión a 60 meses fue de 92.5% (IC95% 90.5 -94.5) en grupo pN0 y 69.4% (IC95% 54.9-83.9) en grupo pN1. En el grupo pN1 se evidencio psa indetectable postquirúrgico en 33 (45.2%) pacientes. En el análisis univariado de factores predictores de sobrevida libre de recaída bioquímica o progresión incluyendo solo al grupo pN1, no hallamos ninguna variable asociada en forma significativa a recaída bioquímica.

Conclusiones

Los pacientes con ganglios linfáticos positivos presentan una enfermedad agresiva. El PSA indetectable posquirúrgico parecería tener un importante valor predictivo sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, lo que podría retrasar los tratamientos adyuvantes que van en detrimento de la calidad de vida de los pacientes, predisponiendo a efecto colaterales indeseados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-21

DENSIDAD DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO (dAPE) POR USG COMO PREDICTOR DE RECLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Hernández Remess, H^(1, 2); Alcacio Mendoza, JA^(1, 3); Castrejón García, JD^(1, 4); Rodríguez, GC^(1, 4); Corona Montes, VE^(1, 4, 5); Jaspersen Gastelum, J⁽⁴⁾; Rosas Nava, JE^(1, 4, 6)

⁽¹⁾Urología laparoscópica, Hospital General de México. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, Hospital General de Occidente. Guadalajara, México. ⁽³⁾Urología, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México. ⁽⁴⁾Urología, Hospital General de México. Ciudad de México, México. ⁽⁵⁾Urología Robótica, Hospital ABC. Ciudad de México, México. ⁽⁶⁾Urología Robótica, Hospital Angeles del Pedregal. Ciudad de México, México.

Título:

Densidad del Antígeno Prostático (dAPE) por USG como predictor de reclasificación histológica en pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica.

Introducción:

Diversos estudios han demostrado que el ISUP obtenido mediante biopsia de próstata no siempre se correlaciona con el grado histopatológico final de la pieza quirúrgica en pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica, llegando a ser hasta el 57% en algunos estudios.

Objetivo:

Evaluar el papel de la dAPE para predecir la reclasificación de la puntuación del ISUP entre el la biopsia de próstata y la pieza de prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata sometidos a PRL

Métodos:

Revisión entre 2022 - 2024, en un hospital de referencia nacional de pacientes sometidos a PRL, se realizó analítica descriptiva, se comparó frecuencias y medidas de tendencia central y se realizó analítica univariada para los factores asociados al upgrade histológico

Resultados:

se encontró a 81 pacientes con con PRL. El promedio de edad fue de 66.4 años , con un PSA pre de 21.68, un VP de 68.39 y un dAPE de 0.52. Los principales hallazgos histológicos donde se reportaron biopsia, se encontró upgrade en 29 pacientes (33.3).\nLuego, la cohorte se dividió en dos grupos según la presencia de upgrade se analizó las variables oncológicas encontrándose diferencias significativas únicamente en la densidad del antígeno, con valores de 0.79 vs 0.38 (p=0.01), sin encontrar diferencias en los niveles de PSA, edad, ni volumen prostático. Posteriormente, se determinó que el AUC del dAPE para upstaging era 0.822 (p<0,001), con el punto de sensibilidad óptimo para upgrade establecido en 0.33. El AUV reveló una relación de probabilidades de 12,048 (4.1 - 34.8, p<0.001) para este punto de corte.

Discusión:

En nuestro estudio se describe un fuerte asociación positiva con el riesgo de reclasificación, una excelente capacidad diagnóstica (AUC del 82%) y un punto de corte pragmatico para su implementación clínica inmediata.

Conclusiones:

La densidad del APE representa un fuerte predictor de la reclasificación del ISUP en pacientes sometidos a PRL, y una dAPE igual o mayor a 0.33 debe hacer suponer de una estirpe histológica más agresiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-22

EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO (CaPAR) ES UN DESAFÍO SIGNIFICATIVO PARA URÓLOGOS, ONCÓLOGOS Y RADIO-ONCÓLOGOS, DESTACANDO LA IMPORTANCIA DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

Armillas Canseco, MF⁽¹⁾; Martínez Delgado, GH⁽¹⁾; García Castillo, EC⁽¹⁾; Castillejos Molina, RA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran. Ciudad de México, México.

Introducción:

El cáncer de próstata de alto riesgo (CaPAR) es un desafío significativo para urólogos, oncólogos y radio-oncólogos, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario.

Objetivo:

Evaluar el impacto de las decisiones tomadas en comités multidisciplinarios versus las decisiones del médico tratante.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo y descriptivo (2010-2022) de pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) por CaPAR con márgenes quirúrgicos positivos (MQP), divididos en tres grupos: 1. Evaluación multidisciplinaria antes de la cirugía, 2. Evaluación multidisciplinaria posterior a la cirugía, 3. Sin evaluación multidisciplinaria. El desenlace primario fue la recurrencia bioquímica.

Resultados:

De 113 pacientes operados, 79 presentaron MQP. El resultado histopatológico de los márgenes quirúrgicos mostró la siguiente distribución: 11% (Gleason 3), 21% (Gleason 4), 7.5% (Gleason 5), 60% no reportado. El 86% de los procedimientos fueron mediante un abordaje abierto. A las 6 semanas postcirugía, 58% mostraron niveles indetectables de APE, mientras que 42% presentó persistencia de APE. Las decisiones de manejo incluyeron vigilancia (15.7%), radioterapia con/sin deprivación androgénica (ADT) (82.4%) y solo ADT (3.5%). Las sesiones multidisciplinarias antes de la cirugía se asociaron con menor recurrencia bioquímica, comparadas con decisiones postquirúrgicas o las tomadas solo del médico tratante ($p=0.009$).

Conclusiones:

Las sesiones multidisciplinarias prequirúrgicas mostraron un impacto significativo en la supervivencia libre de recurrencia bioquímica. Las decisiones de comités multidisciplinarios no difieren sustancialmente de las del médico tratante, pero el momento de la decisión es crucial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-23

DESEMPEÑO DE CALCULADORES DE RIESGO PARA EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE ARGENTINA.

Bujaldon, JM⁽¹⁾; Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Ochoa Ochoa, E⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

El screening del cáncer de próstata (Ca.P) ha reducido su mortalidad en un 21%. Sin embargo, esto también ha llevado a una sobre indicación de biopsias de prostata. La utilización de la resonancia (RMN) para el diagnóstico ha mejorado la predicción del cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs), ISUP > 2 o igual. Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento del calculador de riesgo para biopsia guiada por MRI (PCRC-MRI) y los calculadores de riesgo del Estudio Europeo Aleatorizado de Cribado del Cáncer de Próstata de Rotterdam (MRI-ERSPC-RCs) en la predicción del riesgo de presentar CaPsc en una cohorte de un hospital argentino.

Materiales y Métodos: Analizamos retrospectivamente a los pacientes que se realizaron una biopsia transperineal (BxTP) en el Hospital Alemán entre octubre de 2020 y diciembre de 2023. Se calculó la probabilidad de tener Ca.P de alto grado con los dos calculadores por separado y luego se compararon los resultados para establecer cuál de los dos tuvo un mejor rendimiento. Para esto, se analizaron las áreas bajo la curva (AUC).

Resultados: De 560 pacientes, 274 cumplieron con los criterios de selección. El 50.36% de los pacientes tenía un CaPcs, el 16.42% ISUP 1 y 33.57% tuvieron una biopsia negativa. Los pacientes que presentaron CaPcs eran de mayor edad, tenían un antígeno prostático específico (PSA) más bajo, un tamaño de próstata más pequeño y una mayor proporción de tacto rectales positivos.

El AUC para predecir la probabilidad de tener CaPcs fue de 0.59 y 0.56 para PCRC-MRI y MRI-ERSPC-RCs respectivamente ($p = 0.0084$). Para predecir el riesgo de desarrollar cáncer fue de 0.74 para MRI-ERSPC-RCs.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes, ninguno de los dos calculadores de riesgo mostró efectividad en la predicción del riesgo de desarrollar un CaPcs. Esto muestra la necesidad de desarrollar un calculador de riesgo en nuestra población que utilice resonancia magnética y BxTP.

Palabras claves

Calculadores de Riesgo, Biopsia de Prostata, Cancer de Prostata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-24

ABIRATERONA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA: UM PAINEL DE SEUS RESULTADOS E IMPACTO SOBRE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA METASTÁTICO

Filho, JJS⁽¹⁾; Nascimento, LAP⁽¹⁾; Machado, VR⁽¹⁾; Panhoca, R⁽¹⁾; Bavaresco, MHB⁽¹⁾; Santos, MV⁽¹⁾; Soares, GP⁽¹⁾; Junior, RMMC⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital do Servidor Publico do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil.

1- Introdução e Objetivo

O Câncer de Próstata é a segunda causa de mortes oncológicas no homem, correspondendo há 8% de todas as mortes oncológicas no mundo.

Por muito tempo o tratamento de privação androgênica era tido como terapia única em paciente metastático, porém com os avanços novos medicamentos surgiram, como a abiraterona.

O Acetato de Abiraterona é um inibidor enzimático com papel central na esteroidogênese.. Embora os estudos tenham demonstrado respostas, a extensão do declínio do PSA e a regressão mensurável do tumor são variáveis.

2- Objetivo

Avaliar o uso de abiraterona em pacientes com câncer de próstata metastáticos em um hospital terciário com opções terapêuticas limitadas. Tais dados vem para análise do real impacto da medicação nos pacientes e seus eventuais efeitos adversos.

3- Método

Estudo coorte, retrospectivo, uni cêntrico através da análise de prontuários de pacientes com Neoplasia de próstata metastática que já fizeram ou fazem uso de abiraterona. Realizou-se análise de dados de seu estadiamento inicial e no decorrer do tratamento foi avaliado a curva de PSA destes, sobretudo após 1, 3, 6 e 12 meses após introdução medicamentosa e seus eventuais desfechos;

4- Resultado

Incluíram-se 73 pacientes que fizeram uso de abiraterona nos anos de 2020 – 2023. A média de idade foi de 69 anos e 80% não haviam feito uso de outra terapia a não ser o bloqueio hormonal simples. O PSA inicial médio foi de 313, os principais sítios metastáticos foram ossos (72 %) e linfonodos (42%). As curva des PSA apresentaram as seguintes medianas: PSA 1 mês (9), PSA 3 meses (6), PSA 6 meses (4) e PSA 12 meses (1). O intervalo de tempo para progressão radiológica através do RECIST foram de 39 semanas e 47 % apresentavam controle da doença com o uso da medicação. Sete pacientes (10 %) apresentaram efeitos colaterais com o uso de medicação, entretanto apenas 1 evento grave.

5- Conclusão

Por fim, o uso de abiraterona teve grande impacto no tratamento do paciente com neoplasia de próstata metastático, apresentando aumento do intervalo sem progressão radiológica e clínica além diminuição importante do PSA.

Financiamento / conflicto de interes: No

O-25

ANÁLISE DE TOLERABILIDADE DA ABIRATERONA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA : EFEITOS COLATERAIS , SEGUIMENTO E DESFECHOS

Saab Filho, JJ⁽¹⁾; Nascimento, LAP⁽¹⁾; Machado, VR⁽¹⁾; Panhoca, R⁽¹⁾; Junior, RMMC⁽¹⁾; Bavaresco, MHB⁽¹⁾; Santos, MV⁽¹⁾; Rios, LAS⁽¹⁾; Soares, GP⁽²⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. SAO PAULO, Brasil. ⁽²⁾Oncologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. SAO PAULO, Brasil.

1- Introdução

O câncer de próstata é uma doença complexa, com altos valores de incidência e morbimortalidade, configurando como a segunda causa de mortes oncológicas no homem. A privação androgênica para o paciente metastático é o tratamento base, porém com o avanço terapêutico, novos tratamentos como o Acetato de Abiraterona surgiram.

Este inibidor enzimático apresenta potencial para reações adversas sendo orientado a adequada avaliação prévia do paciente, podendo fazer uso de escores, como o Índice de Comorbidade de Charlson.

Objetivou-se avaliar a abiraterona em pacientes com câncer de próstata metastáticos ,com análise do perfil deles e o grau de segurança do medicamento.

2- Métodos

É um estudo coorte, retrospectivo, uni cêntrico através da análise de prontuários de pacientes com neoplasia de próstata metastática que já fizeram ou fazem uso de abiraterona.

Avaliou-se comorbidades prévias, seguimento, eventuais efeitos colaterais e avaliação quanto a manutenção e eventual necessidade de suspensão do fármaco.

3- Resultados:

Captou-se 73 pacientes que fizeram ou fazem uso de abiraterona nos anos de 2020 – 2023, com idade média de 69 anos. Dividiu-se os pacientes em dois grupos de acordo com o Escore de Charlson, o Grupo 1 (≤ 9 pontos) com 48 pacientes e Grupo 2 (>9 pontos) com 25 pacientes. A comorbidade mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Crônica com incidência de 50 pacientes (68%) e houveram 7 pacientes (10 %) com eventos adversos, destes 3 pertenciam ao primeiro grupo e demais ao segundo. Entre os eventos adversos apenas um foi considerado grave com necessidade de interrupção da medicação, enquanto que os mais comuns foram inapetência e edema, cada qual com dois casos.

4- Conclusão:

Discute-se a respeito dos efeitos colaterais da abiraterona e seus riscos, porém no estudo vemos que mesmo pacientes com escore de Charlson elevado usaram a medicação e poucos eventos adversos foram vistos , gerando segurança para o uso da medicação quando bem avaliado previamente.

Financiamento / conflicto de intereses: No

O-26

IMPACTO DE LAS RECONSTRUCCIONES 3D EN LA PLANIFICACIÓN DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES: DIFERENCIAS EN LA INTERPRETACIÓN DEL SCORE R.E.N.A.L.

Díaz-Zorita, V⁽¹⁾; Sabe Hamdan, P⁽¹⁾; Bujaldon, JM⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

En la actualidad, la nefrectomía parcial es el tratamiento estándar para tumores renales, priorizando la seguridad oncológica y la preservación renal. El score R.E.N.A.L. es crucial en la planificación quirúrgica, reflejando la dificultad técnica y el desafío quirúrgico. Este estudio investigó cómo tres urólogos interpretaron el score R.E.N.A.L. utilizando tomografías computarizadas y reconstrucciones 3D, evaluando la utilidad de estas últimas en la planificación de la nefrectomía parcial.

Materiales y métodos

Se incluyeron 34 pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica, todos evaluados con tomografía computarizada y reconstrucción 3D, excluyendo aquellos con anomalías estructurales renales. Cada urólogo evaluó las reconstrucciones 3D para calcular el score R.E.N.A.L., comparando estos resultados con los informes iniciales de las tomografías.

Resultados

Se observó una consistencia notable entre los urólogos en la interpretación del score R.E.N.A.L. tanto en las reconstrucciones 3D como en las tomografías. Sin embargo, se encontró una discordancia significativa entre las clasificaciones de R.E.N.A.L. obtenidas de las reconstrucciones 3D y las tomografías en el 50% de los casos. En la mayoría de estos casos (35% del total), las reconstrucciones 3D mostraron un score R.E.N.A.L. mayor que las tomografías, mientras que en un 14.7% de los casos, el score fue menor en las reconstrucciones que en las tomografías.

Conclusión

La reconstrucción 3D es una herramienta confiable para analizar el score R.E.N.A.L. en la planificación de la nefrectomía parcial, sin diferencias significativas respecto a la tomografía computarizada. No obstante, la discrepancia en la clasificación del score entre las reconstrucciones 3D y las tomografías sugiere que las reconstrucciones 3D podrían ofrecer una perspectiva adicional valiosa no siempre capturada en la tomografía convencional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-27

RENAL HILUM APPROACH BASED ON R.E.N.A.L NEPHROMETRY SCORE IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: EFFECTS ON SURGICAL TIME, INTRAOPERATIVE BLEEDING, AND SURGICAL COMPLICATIONS – A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Camean, J⁽¹⁾; Jaunarena, J⁽¹⁾; Chemi, J⁽¹⁾; Villalba Bachur, R⁽¹⁾; Letowski, T⁽¹⁾; Fernandez Candia, G⁽¹⁾; Villoldo, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina.

Introduction: Nephron-sparing surgery (NSS) has emerged as the preferred treatment for renal tumors, aiming to balance oncological outcomes and renal function preservation. Partial nephrectomy (PN) has shown comparable cancer-specific survival rates to radical nephrectomy (RN). Notably, postoperative renal damage is associated with both ischemia time and parenchymal loss, emphasizing the importance of preserving renal function during tumor resection. The R.E.N.A.L. Nephrometry Score (RNS), has enhanced the quantification of renal tumor characteristics and improved standardization, guiding surgical decisions. This study aims to describe different hilum approaches based on RNS during laparoscopic PN and analyze their impact on surgical time, intraoperative bleeding, and functional outcomes.

Methods: A retrospective analysis of 90 laparoscopic partial nephrectomy cases was conducted. Surgical time, estimated blood loss (EBL), renal hilum approach (including hilum dissection with renal artery clamping [HD&RAC], hilum dissection without renal artery clamping [HD&noRAC], and no hilum dissection with no renal artery clamping [noHD&noRAC]), complication rates and RNS-guided complexity (low: RNS < 7, intermediate: RNS 7-9, high: RNS > 9) were assessed. The choice of hilum approach and abdominal access was determined by the physician based on tumor complexity assessed using RNS.

Results: Surgical time varied significantly between hilum approaches, with HD&RAC being the longest (196min), followed by HD&noRAC (147min) and noHD&noRAC (130min). The mean surgical time was statistically significantly different between HD&RAC and HD&noRAC (p-value = 0.0005) and between HD&RAC and noHD&noRAC (p-value = 0.0001). Intraoperative bleeding was higher in the HD&RAC approach than the noHD&noRAC approach (p-value = 0.039). Pre- and post-surgery glomerular filtration rates did not significantly differ by hilum approach (p= 0.7255) or complexity of the renal mass (p= 0.5633). No intraoperative complications were reported. However, three patients with high RNS experienced postoperative urinary fistulas.

Conclusion: The choice of renal hilum approach significantly impacts surgical time and intraoperative bleeding during laparoscopic partial nephrectomy. Using RNS to guide the approach selection allows for optimal surgical outcomes without compromising glomerular filtration rate (GFR). Further research is needed to validate these findings in larger, multicenter studies and assess long-term outcomes associated with different hilum approaches in laparoscopic PN.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-28

ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES LOCALMENTE AVANZADO CON EL USO DE BYPASS CARDIOPULMONAR Y PARO CARDÍACO HIPOTERMICO. ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE.

Romero V, JE⁽¹⁾; Oviedo, M⁽²⁾; Siado, R⁽¹⁾; Montes, D⁽³⁾; Maneh, S⁽¹⁾; Daher, Y⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología Urooncología, Clínica General del Norte. Barranquilla, Colombia. ⁽²⁾Cirugía Cardiovascular, Clínica General del Norte. Barranquilla, Colombia. ⁽³⁾Anestesiología, Clínica General del Norte. Barranquilla, Colombia.

La nefrectomía radical y la trombectomía cavo-atrial para el carcinoma de células renales localmente avanzado, con circulación extracorpórea y paro circulatorio hipotérmico profundo es un abordaje quirúrgico relativamente nuevo que presenta una solución mucho más eficaz para este tipo de problema.

Objetivo: el objetivo principal de este estudio es analizar el uso de circulación extracorpórea y paro circulatorio hipotérmico en el manejo quirúrgico del carcinoma de células renales localmente invasivo con trombo en vena cava inferior y atrio clasificación III o IV y evaluar los resultados.

Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de 23 pacientes que se sometieron a nefrectomía y trombectomía cavo-atrial entre diciembre de 2018 y mayo de 2022. Se tuvieron en cuenta y analizaron variables intraoperatorias y postoperatorias (tiempo de cirugía, pérdida de sangre, eventos adversos, tiempo de hospitalización).

Resultados: 23 pacientes fueron sometidos a nefrectomía. El tiempo medio de operación fue de 360 min (rango intercuartílico (RIC): 300 a 435 min) con una duración media de derivación cardíaca y paro cardíaco hipotérmico de 149 min y 23 min, respectivamente. La media de pérdida de sangre estimada fue de 2.000 ml. En el perioperatorio se presentaron 2 complicaciones y en el postoperatorio sólo se observó una complicación, no se registraron fallecimientos en toda la estancia hospitalaria.

Conclusiones: La nefrectomía radical y la trombectomía con bypass cardíaco y paro cardíaco hipotérmico para tratar el CCR localmente invasivo es un enfoque relativamente seguro asociado con una baja morbilidad y mortalidad. Este procedimiento puede ayudar a minimizar el trauma quirúrgico y mejorar los resultados perioperatorios.

Palabras clave: Bypass cardiopulmonar, Paro hipotérmico, Carcinoma de células renales, Trombectomía, Trombo cavo-atrial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES OPERADOS POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

Sánchez Mata, JJ⁽¹⁾; González León, T⁽²⁾; Quelle Santana, L⁽³⁾; Quintana Rodríguez, M⁽²⁾; Hernández Campoalegre, M⁽²⁾; Hernández González, L⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto de Nefrología. "Abelarfo Buch". La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Estadística, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

⁽⁴⁾Urología, Facultad "Cdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

Introducción: El carcinoma renal representa del 2-3% de los tumores malignos del adulto. **Objetivo:** Evaluar la supervivencia de los pacientes con carcinoma renal operados mediante cirugía laparoscópica. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo, analítico, en 154 pacientes con carcinoma renal, seleccionados de forma probabilística, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, 2010-2022. Se empleó estadística descriptiva, comparaciones de media, Ji cuadrado y t student. Para la supervivencia se estimó Kaplan Meier (confiabilidad 95%). **Resultados:** Se realizó nefrectomía radical en 59,7% de los pacientes y cirugía conservadora de nefronas en 40,3%. La edad media fue 57,9 años, 66,2% eran masculinos, el diagnóstico incidental fue más frecuente (56,5%). Predominó el carcinoma de células claras (69,5%), el estadio tumoral I (86,4%). La supervivencia global a los 120 meses fue 92,2% y la cáncer-específica 93,0%; en la nefrectomía radical fue 97,8% VS 100% en la conservadora de nefronas ($p=0,336$). La supervivencia libre de recurrencia fue 88,6%, mayor en la cirugía conservadora de nefronas (95,2% vs 92,4%; $p=0,526$). La supervivencia cáncer-específica, se asoció con el sexo ($p=0,048$) y la presencia de necrosis tumoral ($p=0,001$) y la libre de recurrencia con la HTA ($p=0,058$), la diabetes mellitus ($p=0,023$), la disminución del filtrado glomerular ($p=0,040$) y la presencia de necrosis tumoral ($p=0,023$). **Conclusiones:** La supervivencia cáncer-específica y libre de recurrencia de los pacientes con carcinoma renal fue mayor para la cirugía laparoscópica conservadora de nefronas. El sexo, el filtrado glomerular previo a la cirugía y la ausencia de necrosis tumoral se asociaron a mayor supervivencia cáncer-específica; mientras la diabetes mellitus y la presencia de necrosis tumoral se asociaron a peor supervivencia libre de recurrencia.

Palabras clave: Cáncer Renal, Laparoscopía, Supervivencia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-30

TRANSICIÓN DE UN ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO A UNA CISTECTOMÍA RADICAL EN UN HOSPITAL DE ENSINO

Saab Filho, JJ⁽¹⁾; Sanchez Cavalheiro, LH⁽¹⁾; Alcaraz, AM⁽¹⁾; Moeda, ASG⁽¹⁾; Santos, MV⁽¹⁾; Bavaresco, MHB⁽¹⁾; Costa Junior, RMM⁽¹⁾; Rios, LAS⁽¹⁾; Panhoca, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil.

1- Introducción

El cáncer de vejiga es la cuarta causa más común de cáncer entre los hombres, con una proporción de 3:1 para las mujeres.

El tratamiento dependerá de varios factores, siendo los principales: profundidad de la lesión, grado del tumor, número de lesiones, tamaño y tiempo de recurrencia. Le seguirán tumores no invasivos junto con la resección transuretral y las aplicaciones intravesicales y se puede realizar una cistectomía en casos seleccionados. Por otro lado, para los tumores que invaden el músculo, el tratamiento de referencia es la cistectomía radical, pudiendo la quimioterapia neoadyuvante mejorar la supervivencia global.

El objetivo de este trabajo es evaluar pacientes sometidos a cistectomía laparoscópica con pacientes operados laparotómicamente en un hospital de ensayo de tercer nivel y así discutir el beneficio real de la transición a técnicas mínimamente invasivas en este entorno.

2- Método

Estudio de cohorte, retrospectivo, unicéntrico en el que se seleccionaron pacientes sometidos a cistectomía radical. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la vía quirúrgica elegida. Los principales resultados analizados fueron: duración de la estancia hospitalaria posoperatoria, derivación elegida y complicaciones tempranas y tardías.

3- Resultados

Se seleccionaron 21 pacientes entre el periodo del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2023, de los cuales 6 pertenecían al grupo de cirugía videolaparoscópica y 15 a la vía laparotómica. En el grupo de mínima invasión tuvimos una mediana de 1 día de hospitalización en cama de cuidados intensivos y 5 días de estancia hospitalaria total. En este grupo sólo 2 pacientes presentaron complicaciones, todas ellas secundarias a íleo paralítico.

En el grupo más invasivo tuvimos una mediana de 4 días en cama de cuidados intensivos y 8 días de hospitalización total. De estos, 6 pacientes presentaron complicaciones, 6 casos de íleo paralítico y 6 de infección/colección abdominal postoperatoria.

4- Conclusión

Se concluye que dicha transición hacia una vía menos invasiva es un camino factible, incluso si está vinculado a un hospital de ensayo y que debe fomentarse, dadas las menores tasas de complicaciones y la estancia hospitalaria más corta.

Palabras clave: Vejiga, Cáncer, Cistectomía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RECURRENCIA NO MÚSCULO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASIVO

Letowski, T⁽¹⁾; Jaunarena, JH⁽¹⁾; Camean, JJ⁽¹⁾; Bachur, R⁽¹⁾; Chemi, J⁽¹⁾; Villaronga, A⁽¹⁾; Villoldo, GM⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto Alexander Fleming. caba, Argentina.

Introducción

La terapia de preservación de vejiga, también conocida como terapia trimodal, es una estrategia que ha surgido como una alternativa para el tratamiento del carcinoma de vejiga músculo-invasivo, con el objetivo de preservar la calidad de vida y la función urinaria en pacientes seleccionados. Si bien no constituye la estrategia de elección, existe un número creciente de pacientes que reciben este tratamiento, lo cual ha generado nuevos desafíos terapéuticos, entre ellos la recidiva no músculo invasiva. El objetivo de este trabajo es describir los resultados oncológicos de los pacientes tratados con terapia trimodal por cáncer de vejiga músculo invasivo, destacando el impacto de las recurrencias no músculo invasivas en los resultados oncológicos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de una única institución, realizado a partir de una base de datos mantenida en forma prospectiva. Se incluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga músculo invasivo que recibieron como tratamiento terapia trimodal. Las variables estudiadas incluyeron supervivencia global, supervivencia cáncer específica, supervivencia libre de recurrencia no músculo invasiva.

Resultados

Un total de 134 pacientes se sometieron a terapia trimodal entre 2001 y 2019. De estos, 28 pacientes (20%) tuvieron recurrencias no músculo invasivas. Del total de recurrencias, 67% fueron de alto grado y 64% fueron T1. La mayoría de las recurrencias fueron tratadas con BCG (24 pacientes, 85%), mientras que 4 pacientes se trataron solamente con RTU de vejiga. Solo un 17% (5 pacientes) requirieron cistectomía radical durante el seguimiento. La mortalidad global fue del 25% (7 pacientes). La mediana de supervivencia global fue de 72 meses (rango 30 - 264).

Conclusiones

Los resultados acerca del tratamiento conservador del cáncer de vejiga escasean en la literatura, como así también la descripción de escenarios clínicos raros y complejos como la recidiva no músculo invasiva. Estos pacientes pueden manejarse con BCG con resultados oncológicos aceptables. En los casos de falta de respuesta a BCG, la cistectomía es mandatoria. Son necesarios estudios multicéntricos prospectivos que ayuden a profundizar en el manejo de este grupo de pacientes.

Palabras clave: cáncer de vejiga músculo invasivo; tratamiento conservador; recurrencia no músculo invasiva

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES DEL TESTÍCULO ETAPA I EN UNA REGIÓN DEL SUR DE CHILE: 2014-2023.

Ebel, L^(1, 2); Cuevas, P⁽²⁾; Quintana, E⁽³⁾; Oyanedel, F^(1, 2); Foneron, A^(1, 2); Toledo, H^(1, 2); Troncoso, L^(1, 2); Cañoles, R⁽⁴⁾; Westendarp, M⁽⁵⁾; Segura, F⁽⁶⁾; Gavilán, D⁽⁶⁾; Brandau, C⁽¹⁾; Flores, F⁽¹⁾; Navarrete, M⁽¹⁾; Foneron, A^(1, 2)

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital Base Osorno. Osorno, Chile. ⁽⁴⁾Clinica Costanera, Clínica Costanera de Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽⁵⁾Clinica Alemana, Clínica Alemana de Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽⁶⁾Servicio de Urología, Hospital Juan Morey. La Unión, Chile.

Introducción. Cáncer de testículo de células germinales (CáT) se diagnostica en etapas tempranas en 60-70% de las series. Luego de orquiectomía, dependiendo del tipo histológico, factores de riesgo para recaída y otros factores del paciente, estos pueden ingresar a protocolos de Vigilancia Activa (VA), requerir quimioterapia (QMT) o radioterapia (RDT) adyuvantes o linfadenectomía retroperitoneal (LALA). Presentamos las características de una cohorte de pacientes de CáT etapa I tratados en nuestra Región entre los años 2014-2023. Material y Métodos. Cohorte retrospectiva de casos tratados desde el 1-1-2014 hasta el 31-12-2023 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 y del sitio web del Registro Civil. Resultados. Durante el período se diagnosticaron 289 casos, 196 de ellos en etapa I (67.8%): 127 IA (64.8), 64 IB (32.6%) y 5 IS (2.5%). 111 (56.6%) casos tenían marcadores tumorales positivos previo a orquiectomía. Edad promedio 33.2 años (rango 17-69); seminoma (S) puro fueron 119 (60.7%), no-seminoma (nS) puro 19 (9.7%) y 58 (29.6%) nS mixtos. 12 casos (6.1%) fueron bilaterales: 4 sincrónicos y 8 asincrónicos. Todos los casos excepto 1 (99.5%) tienen confirmación histológica. 108/119 casos de S y 56/77 nS tienen registro de manejo: VA 32 casos (21S/11nS), QMT 83 (38S/45nS) y 49 RDT (S); ningún paciente recibió LALA (Tabla 1). Seguimiento promedio 62.1 meses (rango 1-120), con 115 pacientes (69.7%) controlados \geq 24 meses; 31 (16.1%) pacientes pierden seguimiento. Durante el período progresaron 7 pacientes (3.6%) y 3 fallecieron, ninguno por CáT. Conclusión. La cohorte presentada confirma el buen pronóstico de pacientes con CáT etapa I, independiente de su manejo, y la dificultad del seguimiento, en desmedro de VA. Destacamos el alto número de casos observados y la calidad del registro.

Palabras claves: Cáncer testicular, etapa I, vigilancia activa

Manejo de pacientes con Cáncer Testicular etapa I

	SEMINOMA	NO SEMINOMA	TOTAL
VIGILANCIA ACTIVA	21	11	32
QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE	38	45	83
BEP x 1 ò 2 ciclos	(2)	(41)	
BEP x 3 ò 4 ciclos	(0)	(4)	
Carboplatino x 1 ò 2 ciclos	(36)	(0)	
RADIOTERAPIA ADYUVANTE	49	0	49
TOTAL	108	56	164

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-33

IMPACTO DE LA PUNTUACIÓN S-ReSC EN LA TASA LIBRE DE LITIASIS: ESTRATEGIAS EFECTIVAS Y ANÁLISIS DE FACTORES INFLUYENTES.

Santiago González, RMA⁽¹⁾; Vieyra Valdez, O⁽¹⁾; Garcia Lopez, D⁽¹⁾; Delgado Corral, A⁽¹⁾; Osornio Sanchez, V⁽¹⁾; Perez Becerra, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Estado de México, México.

Introducción y Objetivos

La litiasis renal es un desafío clínico donde el tamaño, la morfología y la ubicación de los cálculos impactan directamente en el éxito terapéutico. Este estudio utiliza la puntuación S-ReSC para evaluar los cálculos residuales, y analiza la efectividad de técnicas como la pulverización y la ureteroscopia flexible, así como el impacto de los litos múltiples.

Materiales y Métodos

Se incluyeron 88 pacientes con litiasis renal (>4 mm). Se realizaron un total de 94 procedimientos iniciales y 48 adicionales. Se analizaron características de los cálculos y técnicas utilizadas (ureteroscopia flexible, pulverización, "popcorn") y la puntuación de S-ReSC para determinar factores asociados con litos residuales.

Resultados

Factores que aumenta el riesgo de litiasis residual hasta en un 32% (p<0.05):

Puntuación S-ReSC ≥3: p=0.001 **Lito >13.5mm:** OR 3.73 (1.52-9.13), p=0.034 **Litos múltiples:** OR 4.6 (1.89-11.18), p=0.003 **Ubicación en el cáliz menor medio:** OR 2.4 (1.0-5.8), p=0.034

Factores que disminuyen el riesgo de litiasis residual:

Puntuación S-ReSC ≤2: p=0.001 **Pulverización:** OR 0.22 (0.08-0.54), p=0.001 **Popcorn:** OR 0.11 (0.03-0.45), p=0.001 **Ureteroscopia flexible:** OR 0.35 (0.14-0.87), p=0.027 **Lito único:** OR 0.21 (0.08-0.52), p=0.001

Análisis

Un puntaje S-ReSC ≤2 (p=0.001), técnicas de pulverización y "popcorn" (OR 0.22 y 0.11 respectivamente, p=0.001), junto con la ureteroscopia flexible (OR 0.35, p=0.027) y lito único (OR 0.21, p=0.001), están significativamente asociados con una menor presencia de cálculos residuales. En contraste, un puntaje S-ReSC ≥3 (p=0.001), cálculos mayores de 13.5 mm (OR 3.73, p=0.034), múltiples (OR 4.6, p=0.003) y ubicados en el cáliz menor medio (OR 2.4, p=0.034) se asocian con un mayor riesgo de cálculos residuales. Además, la ubicación en el cáliz menor inferior y los cálculos coraliformes completos también muestran una asociación con cálculos residuales.

Conclusión

La puntuación S-ReSC predice eficazmente la presencia de cálculos residuales en pacientes con litiasis renal. Técnicas como pulverización, 'popcorn', y ureteroscopia flexible, asociadas con bajas puntuaciones S-ReSC, reducen significativamente la litiasis residual, mejorando las estrategias de tratamiento. Altas puntuaciones, junto con cálculos grandes y múltiples en los cálices inferiores, incrementan el riesgo de resultados adversos, subrayando la importancia de ajustar el manejo clínico basado en estos factores.

Litiasis, Clasificación, Endourología.

COMPARACIÓN DE MORFOLOGÍA Y LOCALIZACIÓN DEL LITO ENTRE GRUPOS CON Y SIN LITO RESIDUAL

CARACTERISTICAS DE LITO	CON LITO RESIDUAL n=38 (40.4%)	SIN LITO RESIDUAL n= 56 (59.6%)	P
ESCALA S-ReSC ⁺⁺	5 (3-6)	2 (1-3)	0.001
LITO >13.5MM ⁺	28 (73.7)	24 (42.9)	0.003

LITO ÚNICO +	15 (39.5)	42 (75)	0.001
LITO MÚLTIPLE +	23 (60.5)	14 (25)	0.001
CORALIFORME COMPLETO+	6 (15.8)	0 (0)	0.003
CALIZ MENOR INFERIOR+	28 (73.7)	17 (30.4)	0.001

Financiamiento / conflicto de intereses: No

MUJERES DE IBEROAMÉRICA Y LA UROLOGÍA: EQUIDAD DE GÉNERO, ESTILO DE VIDA Y CRECIMIENTO PROFESIONAL.

Vega Hermosillo, R⁽¹⁾; Faris, S⁽²⁾; Kuliniec, I⁽³⁾; Autrán Gómez, AM⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, México. ⁽²⁾Urología, Universidad de Chicago. Chicago, Estados Unidos. ⁽³⁾Urología y oncología quirúrgica, Universidad de Medicina de Lublin. Lublin, Polonia. ⁽⁴⁾Dirección de comunicaciones, Confederación Americana de Urología (CAU). Ciudad de México, México.

Introducción

En los últimos años se ha visto un aumento de mujeres en la mayoría de las especialidades médicas. En urología, se presentó un aumento del 104% de mujeres residentes de 2007 a 2019. Existen varios estudios que describen la situación de las mujeres en urología, pero no en Iberoamérica. El objetivo de este trabajo es conocer la experiencia en la trayectoria como urólogas en comparación a sus colegas hombres.(1-3)

Material y métodos

Realizamos una encuesta digital para especialistas en urología, mujeres y hombres, para conocer su experiencia en su entrenamiento, estilo de vida y carrera. El análisis de datos es estadística descriptiva.

Resultados

Obtuvimos 39 respuestas de mujeres y 16 de hombres. La edad de las mujeres fue de 37 años (29-60) y un rango de 32-63 años de los hombres. El origen de la mayoría de ambos grupos fue México. Los hombres están fuertemente satisfechos con su carrera como cirujanos (75%) y las mujeres están algo satisfechas (39%). 33% de las mujeres confirman fuertemente y 38% de los hombres no están de acuerdo con que los hombres son más apoyados a conseguir una carrera académica. El 100% de las mujeres tuvieron licencia de maternidad y 38% de hombres tuvieron licencia de paternidad. El 75% de los hombres piensa que sí tienen suficientes modelos a seguir pero solo el 44% de las mujeres. El 31% de las mujeres piensan que podrían estar en un puesto de liderazgo, cuando el 50% de hombres ya están en uno. El 23% de las mujeres y 56% de los hombres sienten que están alcanzando su máximo potencial. El 59% de las mujeres y el 38% de los hombres han experimentado burnout. El 75% de las mujeres y el 25% de los hombres han experimentado discriminación de género. Mujeres en un 44% y hombres en un 19% han sentido un trato de inferioridad de colegas/profesores hombres. (Figura 1)

Conclusiones

La experiencia de hombres y mujeres en urología es diferente en cuanto a burnout, discriminación de género y maternidad/paternidad.

Figura 1

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-35

ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE UN MODELO DE SIMULACION 3D EN TRASPLANTE RENAL ABIERTO.

Castillon Vela, IT⁽¹⁾; Gomez Gonzalez, B⁽²⁾; Galante Romo, I^(1, 3); Cogorno Wassylkovski, L^(1, 4); Pozo Jiménez, G^(1, 5); Gomez Garcia-Mampaso, I⁽⁶⁾

⁽¹⁾Urología, HU Nuestra Señora del Rosario. Madrid, España. ⁽²⁾Urología, Hospital Infanta Sofía. San Sebastian de los Reyes, España. ⁽³⁾Urología, Clinico San Carlos. Madrid, España. ⁽⁴⁾Urología, HU La Princesa. Madrid, España. ⁽⁵⁾Urología, HU Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España. ⁽⁶⁾Urología, HU de Toledo. Toledo, España.

INTRODUCCION/OBJETIVOS

Evaluamos una nueva plataforma de simulacion para el entrenamiento de las cirugías del trasplante renal.

MATERIAL y METODOS

Modelo: Modelo de simulación en trasplante renal de impresión 3D. Se presenta en una bandeja en la que se insertan los ejes vasculares arterial y venoso y la vejiga. Se completa con un modelo de riñón con sus vasos y la vía urinaria.

Evaluación: 117 alumnos participantes en 3 cursos de simulación en Trasplante han evaluado el modelo con encuestas utilizando una escala de Likert (1-5)

RESULTADOS

REPRODUCCIÓN DE LA ANATOMIA 1-2 3 4-5

INJERTO RENAL 0% 9.4% 90%

ARTERIAS RENALES 4.2% 20% 75%

VENA RENAL DERECHA 0.8% 8.5% 89%

VENA RENAL IZQUIERDA 0% 8.5% 91%

URÉTER 0.8% 12% 86%

VEJIGA 3% 23% 73%

EJE VASCULAR AORTA-VCI-ILIACO 0% 12% 88%

FIDELIDAD DEL PROCEDIMIENTO

TRASPLANTE RENAL 1-2 3 4-5

ANASTOMOSIS VENOSA 0.8% 5.9% 92%

ANASTOMOSIS ARTERIAL 1.7% 23% 77%

REIMPLANTE URETERAL 5.0% 22% 73%

CIRUGIA DE BANCO

Reconstrucción VR derecha 0% 6.8% 93%

Anastomosis T-L ARTERIA 0.8% 15% 82%

Arterias en cañón de escopeta 0% 12.8% 86%

VALOR DEL MODELO EN EL ENTRENAMIENTO

1-2 3 4-5

Mejora habilidades Cirugía de banco 0% 4.2% 95%

Mejora habilidades Trasplante 0% 0.8% 98%

Evaluación global del modelo (1-10)

- Concordancia con la anatomía 8.52 (7-10)
- Fidelidad con el procedimiento del trasplante 8.46 (7-10)
- Formación práctica del trasplante renal 8.96 (7-10)
- Entrenamiento del trasplante renal 8.91 (7-10)

La **valoración global del curso** fue de 9.42 (7-10), con una utilidad de 9,24 (7-10) y un grado de aprendizaje de 9.14 (5-10)

CONCLUSIONES:

La plataforma de entrenamiento ofrece un modelo de entrenamiento de alta fidelidad con un alto valor para la formación en trasplante renal abierto.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-36

PROGRAMA MODULAR DE FORMACIÓN EN LAPAROSCOPIA CON MODELOS DE SIMULACIÓN 3D LOW COST

Castillon Vela, I⁽¹⁾; Pozo Jiménez, G^(1, 2); Prieto Matienzo, L⁽²⁾; Galante Romo, I^(1, 3); Cogorno Wassylkowski, L^(1, 4)

⁽¹⁾Urología, HU Nuestra Señora del Rosario. Madrid, España. ⁽²⁾Urología, HU Puerta de Hierro MAjadahonda. Madrid, España. ⁽³⁾Urología, Clínico San Carlos. Madrid. ⁽⁴⁾Urología, HU La Princesa. Madrid, España.

INTRODUCCION

Las técnicas laparoscópicas urológicas son difíciles asociadas con una curva de aprendizaje.

La impresión 3D ha permitido la creación de modelos físicos de silicona operables para el entrenamiento de diferentes técnicas quirúrgicas, dando un impulso a la formación/entrenamiento por simulación.

Presentamos un programa de formación secuencial en cirugía laparoscópica utilizando modelos low cost de impresión 3D en silicona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Programa modular secuencial de cursos prácticos de simulación.

Objetivo primario es estandarizar la formación de las habilidades básicas y de cada una de las operaciones.

Se han construido modelos de silicona low cost para cada una de las operaciones.

Estructura del Programa:

- Curso Basico: Habilidades básicas de coordinación, corte y sutura. Examen Europeo EBLUS.

- Cursos Avanzados: Módulo inicial de sutura y 1-2 módulos específicos.

o Anastomosis uretro vesical

o Reimplante ureteral

o Nefrectomía parcial

o Pieloplastia

1. Curso Visitante: 5-15 alumnos.

2. Curso en sede: 20-25 alumnos .

RESULTADOS

Tabla 1

CONCLUSION

La simulación con modelos de impresión 3D permite estandarizar contenidos formativos en forma de cursos. La simplificación del proceso permite alcanzar números muy altos de alumnos en los programas de formación, aproximándonos a una deseable universalización de las actividades dentro de un currículum estandarizado en formación en laparoscopia.

1

Abril 21- Junio 24	Nº Cursos	Nº Alumnos
BASICO	68	436
AVANZADO	87	863
Reconstructiva (AUV + Reimplante)		

59	Pieloplastia		
21	Nefrectomía Parcial		
7			
TOTAL		155	1389

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-37

ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL USO DE SULFADIAZINA DE PLATA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE POSTIOPLASTIA

Filgueira, MG⁽¹⁾; Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Soldano, JM⁽¹⁾; Maqueda Vocos, M⁽¹⁾; Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El manejo postoperatorio de la herida quirúrgica de postioplastia es crucial para una recuperación óptima. La Sulfadiazina de Plata en aerosol (Platsul-A®) demostró buena respuesta en cicatrización de heridas quirúrgicas. El objetivo de este trabajo es comparar la evolución clínica de la herida quirúrgica en pacientes que utilizaron Platsul-A® en el postoperatorio y compararlo con aquellos que no lo hicieron.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo con 102 pacientes sometidos a postioplastia de enero de 2023 a diciembre 2023. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: 51 utilizaron Platsul-A® (Grupo Platsul) y 51 no (Grupo Control). Se midió la tasa de infección local y la evolución de la cicatriz utilizando el cuestionario POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale) a los 2 meses postoperatorio. Este cuestionario evalúa la cicatriz en términos de vascularidad, pigmentación, espesor, relieve, flexibilidad, dolor, picazón, color, rigidez, grosor y apariencia mediante una escala numérica.

Resultados

La edad mediana fue similar en ambos grupos (27 vs 33 años, $p=0.46$). No hubo diferencias significativas en HTA (10.3% vs 17.7%, $p=0.32$), DBT (12.8% vs 13.7%, $p=0.9$), TBQ (7.7% vs 7.8%, $p=0.98$), infecciones (0% vs 7.8%, $p=0.13$), dehiscencia (5.6% vs 9.8%, $p=0.06$) y uso de antibióticos (4.4% vs 7.8%, $p=0.13$). La puntuación POSAS mediana fue de 22 en el grupo Platsul y 19 en el control ($p=0.48$), sin diferencias significativas.

Conclusiones

En nuestra serie, el uso de Platsul-A® para el manejo postoperatorio inmediato de la herida quirúrgica en postioplastia no mostró diferencias significativas en la evolución clínica de la cicatriz comparado con el grupo que no lo utilizó. La evaluación mediante el cuestionario POSAS, así como las tasas de infección, dehiscencia y uso de antibióticos, fueron similares en ambos grupos.

Palabras Clave

Sulfadiazina de Plata, POSAS, Postioplastia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

IMPACTO DE LA NEFRECTOMÍA SOBRE LA FUNCIÓN RENAL POSOPERATORIA

Pérez Castro, C⁽¹⁾; González León, T⁽²⁾; Hernández González, L⁽³⁾; Maza Fernández, CA; Sánchez Tamaki, R⁽⁴⁾; Silva Valido, JA; Quintana Rodríguez, M; Hernández Campoalegre, M⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario "Gral Calixto García". La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Urología, Facultad "Cdte. Manuel Fajardo. La Habana, Cuba. ⁽⁴⁾Urología, Instituto de Nefrología "Abelardo Buch". La Habana, Cuba.

Introducción: La pérdida quirúrgica de la unidad renal es un factor de riesgo conocido de enfermedad renal crónica (ERC). **Objetivo:** Describir el comportamiento de la función renal en pacientes operados de nefrectomía laparoscópica: radical o simple. **Material y Método:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles: nefrectomía simple (NSL) y nefrectomía radical (NRL), mediante abordaje laparoscópico, en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, 2017-2022, en una muestra de 176 pacientes. Se empleó estadística descriptiva, análisis de varianza (ANOVA) y análisis univariado, mediante la prueba de independencia χ^2 ; se consideró significación cuando $p < 0,05$. **Resultados:** Predominaron los pacientes >60 años (61,3%; $p=0,00$), las mujeres (50,06%; $p=0,00$), los de piel blanca (73,3%; $p=0,36$), ASA II (63,1%; $p=0,00$), con comorbilidades (69,3%; $p=0,00$). El filtrado glomerular (FG) disminuyó significativamente después de la nefrectomía ($p=0,001$); en la NRL fue significativamente menor: 70,38 ml/min/1,73m² VS 71,18 l/min/1,73m² en la NSL ($p < 0,001$), así como fue mayor el porcentaje de pacientes que evolucionaron a ERC (13,6%; $p=0,89$). El análisis univariado no mostró asociación del daño renal con la edad ($p=0,40$), el ASA ($p=0,16$), la presencia de comorbilidades ($p=0,34$), el sangrado ($p=0,74$), las complicaciones posoperatorias ($p=0,60$), la estancia hospitalaria ($p=0,40$) y el FG preoperatorio ($p=0,469$). Sin embargo, la litiasis, el sexo masculino y el tiempo quirúrgico se asociaron significativamente con la presencia de daño renal ($p=0,01$; $p=0,05$; $p=0,01$; respectivamente). **Conclusiones:** La nefrectomía laparoscópica conllevó a la disminución de la función renal posoperatoria, pero la radical en el cáncer renal, tuvo mayor impacto negativo. La litiasis, el sexo masculino y el aumento del tiempo quirúrgico se asociaron a mayor daño renal posoperatorio, independientemente del tipo de nefrectomía.

Palabras clave: Nefrectomía, Enfermedad Renal Crónica, Cáncer Renal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**NEFRECTOMÍA EN ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA DEL ADULTO DE GRAN TAMAÑO
PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

Castro Bac, JF⁽¹⁾; Polanco Gudiel, E⁽¹⁾; Ramila Falla, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala, Guatemala.

Introducción: La ERPQA es la principal causa genética de falla renal a nivel mundial. Afecta todas las razas con prevalencia de 1/400 a 1/1000. Es una enfermedad multisistémica y progresiva con formación de quistes, crecimiento renal y compromiso de otros órganos como hígado, páncreas bazo, aracnoides, vesículas seminales y próstata en pacientes masculinos. Se considera Responsable del 6-10% de los pacientes en Diálisis en Estados Unidos. Las Manifestaciones clínicas de la enfermedad se presentan en la tercera. y cuarta década de la vida, entre estas: dolor lumbar, hematuria, infecciones urinarias a repetición, litiasis renal y lesiones sugestivas de malignidad. La nefrectomía está indicada en pacientes con riñones afuncionales con sintomatología importante y mejorar el espacio intrabdominal para trasplante renal en riñones de gran tamaño.

Materiales y método: Se presenta dos casos de riñón poliquístico de gran tamaño: La primera es una paciente de 41 años evaluada en emergencia con historia de hematuria, dolor lumbar y masa palpable abdominal; se realiza urotomografía la cual reporta ERPQ de gran tamaño. Paciente es estabilizada y llevada a sala de operaciones para nefrectomía bilateral, inicio de hemodiálisis con plan de trasplante renal diferido. El reporte patológico informa riñón derecho de 2000 gr (4.4 Lb), tamaño de 35 x 19 x 12 cm y riñón izquierdo de 5900gr (13Lb) de 35 x 23 x 11 cm.

El segundo caso es un paciente de 45 años enviado a nuestro servicio con diagnóstico de ERPQA y falla renal crónica en hemodiálisis, para valorar nefrectomía con el objetivo de mejorar la capacidad abdominal para trasplante.

Se realiza nefrectomía simple derecha con plan de trasplante renal diferido. Informe patológico reporta riñón de 28 x 19 x 15 cm con un peso de 3700 gr (8.1Lb).

Conclusiones: La ERPQA es progresiva, afecta la calidad de vida de los pacientes por el deterioro de la función renal, la sintomatología asociada, tamaño y peso de los riñones. La nefrectomía está indicada en pacientes con sintomatología importante y riñones de gran tamaño para mejorar la capacidad abdominal y con ello mejorar las condiciones para trasplante y la calidad de vida del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-40

SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LA VENA RENAL COMO CAUSA DE HEMATURIA EN UN PACIENTE UROLÓGICO

Pino, J⁽¹⁾; Romero, D⁽¹⁾; Méndez, S⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital de Especialidades Quirúrgicas del Instituto de Previsión Social INGAVI. Fernando de la Mora, Paraguay.

Introducción

La hematuria constituye uno de los hallazgos más frecuentes en urología, su etiología es variada y su diagnóstico puede requerir un enfoque multidisciplinario. Dentro de las causas poco frecuentes de hematuria macroscópica, el síndrome de cascanueces constituye un trastorno de compresión vascular raro que implica la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son hematuria y dolor en flanco izquierdo, que en presencia de una litiasis renal ipsilateral constituye un desafío diagnóstico. El tratamiento dependerá de la sintomatología, siendo la transposición de la vena renal izquierda uno de los métodos de elección.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, reporte de caso.

Resultados

Paciente mujer de 26 años de edad con cuadro de hematuria anemizante con coágulos, de inicio brusco, con alteración hemodinámica y sin otros síntomas acompañantes ni patologías de base. La UROTAC contrastada revela la presencia de una litiasis coraliforme izquierda completa y una abrupta disminución del calibre de la vena renal izquierda en su pasaje entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Se descartan otras causas comunes de hematuria y se llega al diagnóstico por exclusión del síndrome de cascanueces en una paciente urológica portadora de una litiasis coraliforme. Se realiza una transposición de la vena renal izquierda mediante cirugía abierta con resolución del cuadro en 48 horas. Tras 5 meses se lleva a cabo una nefrolitotomía percutánea izquierda como tratamiento de su litiasis renal. Luego de 24 meses de seguimiento la paciente se encuentra sin hematuria con funcionalidad renal conservada y una litiasis residual de 12 mm en planes de tratamiento quirúrgico.

Conclusión

La prevalencia del síndrome de cascanueces es desconocida, su participación como causa rara de hematuria es algo que todo urólogo debe conocer, ya que en concomitancia de una litiasis renal coraliforme puede inducir al diagnóstico equivoco del origen de la hematuria.

Palabras clave: Síndrome de Cascanueces, hematuria, litiasis coraliforme.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-41

NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LITIASIS RENAL COMPLEJA COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

Bailón Chávez, UG⁽¹⁾; Moreno Cabrera, JC⁽¹⁾; Berber Deseusa, AD⁽¹⁾; Almanza Gonzalez, MS⁽¹⁾; Jaspersen Gastelum, J⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Hernandez Remess, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México. CDMX, México.

Introducción: La litiasis urinaria es la presencia de litos en la vía urinaria, es frecuente en adultos y de presentación poco frecuente en la edad pediátrica, su presentación en dicha población amerita basto conocimiento sobre el manejo quirúrgico debido al amplio abanico de complicaciones que podría generar. En comparación con los adultos, los niños tienen una piel pélvico-calicial más débil y una menor tolerancia a la pérdida de sangre, lo que resulta en una situación más difícil para los urólogos para el abordaje percutáneo. el uso de NLPC en niños y adolescentes ha demostrado ser seguro y eficaz.

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo observacional de pacientes operados en este centro de referencia para evaluar las tasas de éxito de la nefrolitotomía percutánea y mínimas complicaciones de esta técnica en el grupo de edad pediátrico

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de un total de 12 pacientes pediátricos con edades desde los 9 meses a los 17 años con diagnóstico de litiasis renal. Los datos de este estudio fueron obtenidos de los registros médicos de los pacientes elegibles que cumplían los criterios de inclusión (edad pediátrica, diagnóstico de litiasis renal, carga litiásica y candidatos a procedimiento endoscópico - NLPC). Los criterios de exclusión consistieron en pacientes no candidatos a NLPC, edad adulta

Resultados: De los 12 pacientes (100%) tenían diversos grados de hidronefrosis, con cargas litiásicas desde 180 hasta 803 mm³, con un rango de hospitalización de 2 a 4 días postquirúrgicos, quedando el 100% de los pacientes con tasas libre de litiasis con vía de acceso por única punción y menos del 10% con tasas de complicación

Conclusiones: Hemos sugerido la NLPC como una opción endoscopica de elección para el manejo de los cálculos renales pediátricos complejos obteniendo tasa libre de litiasis del 100% y disminución complicaciones en el presente estudio. El tamaño del tracto parece influir en la naturaleza de las complicaciones, con mayor hematuria, La edad no es un factor limitante, ya que existen instrumentos de NLPC de tamaño apropiado para niños

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-42

MEJORÍA DE LA FUNCIÓN RENAL POSTERIOR A NEFROLITOTOMIA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON LITIASIS RENAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

Bailón Chávez, UG⁽¹⁾; Moreno Cabrera, JC⁽¹⁾; Berber Deseusa, AD⁽¹⁾; Almanza Gonzalez, MS⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Moreno Valle, ME⁽¹⁾; Jaspersen Gastelum, J⁽¹⁾; Hernandez Remess, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México. CDMX, México.

Marco teórico; La enfermedad de cálculos urinarios es un precursor reconocido del deterioro renal. La prevalencia de nefrolitiasis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) concomitante se estima en 17,5%. La ERC es un importante problema de salud pública y en el ámbito quirúrgico no sólo tienen un mayor riesgo de complicaciones anestésicas, sino también un mayor riesgo de complicaciones posprocedimiento. Además de lograr una buena eliminación de los cálculos, las intervenciones quirúrgicas empleadas en el tratamiento de la enfermedad litiásica deben intentar preservar la función renal al máximo. Por lo tanto, el tratamiento de la nefrolitiasis en pacientes con ERC es un desafío difícil tanto para el endourólogo como para los nefrólogos y requiere una cuidadosa consideración de los riesgos frente a los beneficios.

Aunque los efectos de la nefrolitotomía percutánea (NLPC) en pacientes con riñones que funcionan normalmente se han estudiado ampliamente, los resultados de la NLPC en poblaciones con insuficiencia renal siguen sin informarse.

En este estudio, nuestro objetivo fue investigar el impacto de la nefrolitotomía percutánea en las funciones renales en pacientes con insuficiencia renal crónica utilizando la tasa de filtración glomerular, nivel de creatinina sérica y gammagrafía renal

Entre 2015 y 2023 se aplicó nefrolitotomía percutánea a pacientes que presentaban un filtrado glomerular inferior a 60 ml/min. Se evaluaron retrospectivamente las complicaciones postoperatorias tempranas y tardías, la tasa libre de cálculos y la tasa de función glomerular.

La comparación de las tasas de creatinina y filtración glomerular preoperatoria y posoperatoria reveló una disminución significativa en el nivel de creatinina y un aumento en la tasa de filtración glomerular.

Conclusión: La nefrolitotomía percutánea con alto porcentaje de tasa libre de litiasis se utiliza de forma segura en el tratamiento de cálculos renales con un daño mínimo a las funciones renales. Los pacientes con insuficiencia renal crónica que tienen cálculos renales obstructivos o infecciones recurrentes del tracto urinario pueden ser tratados eficazmente, y esto puede ayudar a los pacientes a prevenir la progresión a insuficiencia renal terminal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-43

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS ENTRE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS: NEFROLITOTOMIA PERCUTÁNEA DILATACIÓN ONE SHOT VERSUS DILATACIÓN SECUENCIAL, HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN PERIODO 2023-2024

Palacios Bassantes, DA⁽¹⁾; Flores Enriquez, JF⁽¹⁾; Zuñiga Hidalgo, JP

⁽¹⁾Urología, Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

Objetivo: Determinar la necesidad de transfusión sanguínea y exposición a Intensificador de imagen comparando dos técnicas quirúrgicas diferentes en pacientes con litiasis renal. Material y métodos: Estudio cohorte prospectivo. Se incluyeron 60 pacientes; de los cuales en el grupo de expuestos a la técnica dilatación secuencial fueron 60 y en el grupo en la técnica one shot 60.

La muestra que fue calculada con el programa EPIINFO con un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Los pacientes fueron comparables en necesidad de transfusión sanguínea, dolor postquirúrgico y tasa de Stone free (tasa libre de cálculo).

Resultados: Los pacientes con tratamiento quirúrgico mediante one shot presentaron menor necesidad de transfusión sanguínea (6.6%), menor dolor post quirúrgico (6.6%) y mejor tasa libre de cálculo (90%); referente a la técnica quirúrgica de dilatación secuencial. De la misma manera, en la técnica quirúrgica one shot se observa menor tiempo de exposición a intensificador de imagen; por ende, resultados favorables representativos.

PALABRAS CLAVE: transfusión sanguínea, one shot, técnica de dilatación secuencial.

TABLA COMPARATIVA DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE NEFROLITOTOMIA PERCUTÁNEA DILATACIÓN ONE SHOT VERSUS DILATACIÓN SECUENCIAL

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-44

FACTORES RELACIONADOS CON LA ELIMINACION ESPONTANEA DE LITIASIS URETERALES EN PACIENTES CON COLICO RENAL. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Diaz-Zorita, V⁽¹⁾; filgueira, g⁽¹⁾; soldano, jm⁽¹⁾; pizzarello, j⁽¹⁾; rico, l⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾

⁽¹⁾urologia, hospital aleman. Buenos Aires, 65.

INTRODUCCION

Existen variables clínicas que pueden influir en la eliminación espontánea de litiasis (EEL) en pacientes con colico renal; entre ellas: tamaño y ubicación litiasica, recuento de neutrófilos, presencia de hidronefrosis o ureterohidronefrosis y uso de tratamiento medico expulsivo (TME). El objetivo de nuestro estudio es utilizar diferentes variables para estimar que pacientes presentan alta probabilidad de EEL.

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron 48 pacientes con diagnostico de colico renal en el Hospital Aleman de Buenos

Aires desde Diciembre 2022 a Junio 2023. Se utilizo nomograma "MIMIC" para evaluar

porcentaje de éxito en la EEL. Se agregaron además otras variables como volumen y densidad litiasica y grosor de la pared circundante al lito.

RESULTADOS

El 67% fueron hombres, la media de edad fue de 47 años. Todos los pacientes estudiados recibieron TME, durante un promedio de 11 días. 77% de los pacientes lograron eliminar la litiasis de manera espontánea, de los cuales 78% tenía litos menores a 5mm. El 90.9 % se encontraban en uréter distal y 9.1% en uréter medio. Ninguna litiasis ubicada en uréter proximal fue eliminada espontáneamente al igual que los litos mayores a 7 mm.

CONCLUSIÓN

Tanto el tamaño y volumen litiásico, como la ubicación del mismo, tienen relación estadísticamente significativa para la mayor probabilidad de EEL.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-45

FACTORES PREDICTIVOS DE INFECCIONES URINARIAS POSTERIOR A CIRUGIA ENDOUROLÓGICA.

Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Díaz-Zorita, V⁽¹⁾; soldano, jm⁽¹⁾; filgueira, g⁽¹⁾; rico, l⁽¹⁾; contreras, p⁽¹⁾

⁽¹⁾urología, Hospital alemán. Buenos Aires, 65.

INTRODUCCION

Las infecciones urinarias post procedimientos endourológicos (IUPPE) son una de las complicaciones más frecuentes con una incidencia entre el 17 - 35%. Si bien las infecciones urinarias previas y anomalías anatómicas han sido descritas como factores de riesgo para el desarrollo de IUPPE no existe consenso sobre los factores predictivos de IUPPE y la bibliografía no es concluyente y es escasa. El objetivo de este estudio es analizar el valor predictivo de nuevas variables para el diagnóstico de IUPPE.

MATERIALES Y METODOS

Durante el período comprendido entre Diciembre del 2021 a Diciembre 2023 se internaron por síndrome febril post procedimiento 85 pacientes, 65 de ellos habían sido sometidos a maniobras endourológicas.

Se analizaron las siguientes variables como factores predictivos: proteína C reactiva en sangre, presencia de leucocitos (>10.000), cantidad de leucocitos por campo en el sedimento urinario y presencia de nitritos en el sedimento urinario.

RESULTADOS

Todos los pacientes presentaban UC negativo previo al procedimiento endourológico. El tiempo promedio entre la cirugía y la consulta del paciente fue de 4.7 días. 17% de los pacientes tuvieron cultivos negativos.

Los factores predictivos: proteína C reactiva en sangre, presencia de leucocitos (>10.000), cantidad de leucocitos por campo en el sedimento urinario y presencia de nitritos en el sedimento urinario no mostraron una relación significativa con el diagnósticos de IUPPE.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, no hallamos factores predictivos que tengan una relación significativa con el diagnósticos de IUPPE en pacientes con síndrome febril post procedimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-46

RENDIMIENTO DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA GUIADA POR FUSIÓN DE IMÁGENES VERSUS LA BIOPSIA TRANSRECTAL SISTEMÁTICA EN PACIENTES SIN BIOPSIA PREVIA: ¿ES POSIBLE MEJORAR AÚN MÁS LA PRECISIÓN?

Suso, D^(1, 2); Mosquera, V^(1, 2, 3); Barrera, A^(1, 2); Pardo, LF^(1, 2); Amaya, C^(1, 2); Paez, J^(1, 2); Jimenez, C^(1, 2); Galvis, J^(1, 2, 3); Becerra, LM^(1, 2, 3); Andrade, C^(1, 2, 3)

⁽¹⁾UROUEB Grupo de Investigación de Urología, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. ⁽²⁾Servicio de Urología, Clínica Los Nogales. Bogotá, Colombia. ⁽³⁾Servicio de Urología, UROBOSQUE – Centro Urológico. Bogotá, Colombia.

Introducción: La sospecha de cáncer de próstata (PCa) indica la realización de una biopsia guiada por ecografía transrectal (TRUS) para su detección. La resonancia magnética multiparamétrica de próstata (mpMRI) mejora la detección de PCa clínicamente significativo (CSPCa), aunque su costo y disponibilidad son limitaciones para su acceso, especialmente en países en desarrollo. El objetivo de este estudio es comparar la detección de CSPCa entre la biopsia sistemática y la guiada por fusión de imagen (mpMRI-UF), evaluando también factores clínicos que pueden influir en la precisión del diagnóstico.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con sospecha de PCa (tacto rectal anormal y/o PSA >4 ng/mL) sin antecedentes de biopsia, sometidos a biopsia transrectal sistemática o mpMRI-UF entre enero de 2020 y julio de 2023. El desenlace primario fue la tasa de detección de CSPCa (ISUP ≥2) y la evaluación de factores clínicos que afectan la precisión diagnóstica.

Resultados: Se realizaron biopsias a 238 pacientes con mpMRI-UF y a 244 con método sistemático, con una mediana de edad de 67 años en ambos grupos. La detección de CSPCa fue del 58.0% en el grupo mpMRI-UF y del 24.6% en el grupo de biopsia sistemática, mostrando diferencias significativas ($p=0.00$). La detección disminuyó significativamente en próstatas ≥90 cc, siendo 38.9% y 11.9% en mpMRI-UF y sistemática, respectivamente. En el grupo de mpMRI-UF, pacientes con PSA >10 ng/dL y densidad de PSA (PSAd) >15% mostraron aumentos en la tasa de detección del 4.6% y 28.9%. No se detectó CSPCa en pacientes con PI-RADS 2 y PSAd ≤15%, mientras que con PSAd >15% la detección fue del 50%. El 93% de las lesiones índice en biopsia mpMRI-UF mostraron CSPCa.

Conclusiones y Discusión: La mpMRI antes de la biopsia mejora la detección de CSPCa en un 34% y reduce el sobrediagnóstico. En el grupo mpMRI-UF, la detección de CSPCa aumentó con valores altos de PSA o PSAd y disminuyó con próstatas de mayor volumen. Estos hallazgos son esenciales para decidir biopsiar pacientes sin biopsias previas y con mpMRI negativa, optimizando la precisión diagnóstica del cáncer de próstata.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-47

CONCORDANCIA DEL GRADO ISUP DE BIOPSIAS DE PROSTATA TRANSPERINEALES ARTEMIS CON EL DE PROSTATECTOMIAS RADICALES ROBOTICAS REALIZADAS EN THE PANAMA CLINIC DE FEBRERO 2020 A JUNIO 2024

Ruiz, L⁽¹⁾; Montero, L

⁽¹⁾Cirugía Robotica, The Panama Clinic. PANAMA, Panamá.

INTRODUCCIÓN: El objetivo de las biopsias guiadas es mejorar detección de cáncer clínicamente significativo. El objetivo del estudio es evaluar la concordancia del ISUP de las biopsias de próstata transperineales por fusión Artemis™ con el de las prostatectomías radicales laparoscópicas robóticas daVinci™ en The Panama Clinic.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de patologías de prostatectomías radicales laparoscópicas daVinci™ de pacientes a quienes se les había realizado biopsias de próstata transperineales por fusión Artemis™ en The Panama Clinic entre febrero 2020 y junio 2024. Se excluyeron pacientes con diagnósticos realizados en otros centros médicos y prostatectomías interpretadas por otros departamentos de patología. Todas las patologías fueron interpretadas por un solo patólogo y los procedimientos realizados por un solo cirujano.

RESULTADOS: Se identificaron 27 pacientes de prostatectomía radical robótica a quienes tanto la patología de la pieza como de la biopsia se había realizado en el departamento de patología de The Panama Clinic. El grupo ISUP de las biopsias fue 1 en 33%, 2 en 22%, 3 en 19%, 4 en 26%. El grupo ISUP de las prostatectomías fue 1 en 11%, 2 en 44%, 3 en 37%, 4 en 7%. Se encontró cáncer de próstata clínicamente significativo en 67% de las biopsias y en 89% de las prostatectomías. El ISUP fue igual en 52%, menor en 22% y mayor en 26%.

CONCLUSIONES: Los grados ISUP de las biopsias fue igual en 52% de los casos con un 22% de descenso en grado y 26% de ascenso en grado. El cáncer detectado fue clínicamente significativo en 67% de las biopsias y en 89% de las prostatectomías.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-48

COMPARACION DE BIOPSIAS TRANSPERINEALES DE PROSTATA SIN PROFILAXIS ANTIBIOTICA VS MANEJO PROFILÁCTICO EN LA PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES E INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR.

Suaste Carmona, B⁽¹⁾; Bravo Castro, El⁽²⁾; Rodríguez González, OE⁽³⁾; Torres Gómez, JJ⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, HOSPITAL CENTRAL MILITAR. CUAUTITLAN IZCALLI, MEXICO. ⁽²⁾Urología, HOSPITAL CENTRAL MILITAR. Ciudad de MEXICO, MEXICO. ⁽³⁾Urología, HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE ESPECIALIDADES GUADALAJARA. Guadalajara, México.

El cáncer de próstata representa 1 de cada 5 nuevos diagnósticos. En los últimos años la detección y el diagnóstico se han vuelto controvertidos, parte importante de ello proviene del diagnóstico con biopsia de próstata. El abordaje transrectal con profilaxis antibiótica ha sido el estándar de oro para obtener un diagnóstico histológico, pero se asocia con una tasa de infección 5-7% y sepsis 0,3-9,4%. Las biopsias transperineales tienen un porcentaje de detección similar, con tasas de infección menores. La infección es una complicación costosa, por lo que es importante implementar estrategias para reducir su impacto, además la infección urinaria como complicación secundaria a la biopsia ha aumentado, debido a la resistencia a los antibióticos y a las normativas de profilaxis. Por lo tanto, se están buscando alternativas de diagnóstico, lo que representa un área de estudio importante en el cambio de las técnicas utilizadas.

HIPOTESIS

El procedimiento de las biopsias transperineales de próstata sin manejo profiláctico es similar al uso de antibioticoterapia convencional al mostrar igual o menor frecuencia de efectos adversos.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de efectos adversos e infecciones urinarias, en pacientes sometidos a biopsia transperineal de próstata, bajo el protocolo sin manejo antibiótico vs el protocolo convencional en pacientes del HCM, en el periodo de Abril 2023 - Junio 2024.

ESTUDIO

Ambispectivo, longitudinal, comparativo

RESULTADOS

Se analizaron 200 pacientes que fueron sometidos a biopsia, de los cuales 115 fueron manejados bajo esquema antibiótico (A) y 85 no se les dio manejo (B), encontrando que se desarrollaron complicaciones urinarias en 25 pacientes, de los cuales 19 se encontraban en el grupo A y 5 en el otro grupo B, dentro de las complicaciones más importantes 8 pacientes tuvieron que ser hospitalizados y 2 ingresados en la terapia intensiva (grupo A), únicamente presentándose 3 pacientes con fiebre y 2 con retención aguda orina (grupo B), siendo manejado de manera ambulatoria.

CONCLUSIONES

Concluimos que se puede establecer el uso biopsias transperineales de próstata como nuevo estándar de oro en el diagnóstico del cáncer de próstata y además contribuir a la disminución del uso de antibióticos y la resistencia bacteriana.

TABLA 1.

GLEASON	CASOS	PORCENTAJE
G 6	37	18%
G 7	55	27%
G 8	69	35%
G 9	31	16%

G 10	8	4%
------	---	----

Financiamiento / conflicto de intereses: No

FOCAL TREATMENT OF PROSTATE CANCER WITH HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU): FUNCTIONAL AND MORBIDITY OUTCOMES OF A PROSPECTIVE AND UNICENTRIC SERIES

Paterzani, AD⁽¹⁾; Teles, SB⁽¹⁾; Cogo Badan, S⁽¹⁾; Kirche-Duarte, I⁽¹⁾; Castillo-Douglas, S⁽¹⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Christofe, NM⁽¹⁾; Galindo, GFdC⁽¹⁾; Perez, NV⁽¹⁾; Lemos, GC⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, São Paulo.

Introduction: Radical treatment for localized prostate cancer (LPCa) includes radical prostatectomy (RP) and radiotherapy (RDT). Focal therapy for LPCa with High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU) has been indicated as an alternative in order to reduce adverse effects such as erectile dysfunction (ED) urinary incontinence (UI) and a low rate of complications. Discrepant results regarding oncological and functional results of HIFU have been published. This study aims to report functional outcomes of HIFU as well as complication rates.

Methods: Single institution prospective analysis of patients with LPCa submitted to HIFU between August 2021 and July 2023 in the first 6 months after treatment. The urinary continence and ED were evaluated using questions 3 and 8 of the EPIC-CP questionnaire, respectively. Complications were described and classified according to Clavien-Dindo (CD) classification.

Results: Fifty eight patients were treated with hemiablation (two of them with superfocal therapy also), with a median age of 64.2 years, PSA 5.54 ng/mL and prostate volume of 44.2 cc. Before treatment, all patients were continent and 30 (51.7%) had no ED. After 3 months of HIFU treatment it was observed that 4 (9.3%) patients needed at least one pad for urinary incontinence and 39 (90.6%) needed up to one pad per day. At 6 months, 32 (96.9%) were continent with necessity of up to one pad and only one patient needed more than one pad per day. Regarding erectile dysfunction, of the 58 patients included, 51 patients responded. Of these, 40 (78.4%) have an erection sufficient for masturbation or penetration. Of the patients who initially had an erection, 27 out of 32 responders (84.3%) had an erection sufficient for masturbation and penetration after 3 months of treatment and 21 out of 24 responders (87.5%) reported an erection sufficient for masturbation after 6 months of treatment. Complications classified as Clavien-Dindo greater than II were observed in only one patient who required a transurethral resection of the prostate due to acute urinary retention at 3 months of follow-up.

Conclusions: The focal ablation with HIFU for LPCa, for well-selected cases, seems to be a treatment associated functional preservation with a low rate complications.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-50

PROSTATECTOMÍA RADICAL DE RESCATE DESPUÉS DEL FRACASO DE LA TERAPIA LOCAL: EVALUACIÓN DEL ENFOQUE ABIERTO Y ROBÓTICO.

Martinez, PF⁽¹⁾; Banda, R⁽¹⁾; Romeo, A⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Villamil, WA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Italiano de Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: Los tratamientos para el cáncer de próstata localizado son la braquiterapia, Radioterapia o procedimiento ablativos. La prostatectomía radical de rescate es una opción para paciente con recaída en la próstata. Nuestro objetivo es proporcionar evidencia sobre los beneficios de la prostatectomía radical de rescate post radioterapia o tratamiento ablativo, evaluar el control del antígeno específico de la próstata y comparar las complicaciones postoperatorias más frecuentes.

Materiales y métodos: analizamos retrospectivamente 85 pacientes que se sometieron a Prostatectomía radical de rescate abierta o asistida por robot en paciente con recaída local de cáncer de próstata entre enero del 2004 y mayo 2023 en el Departamento de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Resultados: Se realizó prostatectomía radical de rescate a 85 pacientes; 50 con abordaje abierto y 35 por asistencia robótica. La terapia local previa fue en 61 pacientes (71.8%) radioterapia 3D, 12 (14.1%) braquiterapia de baja tasa, 11 (12.9%) radioterapia de intensidad modulada y 1 (1.2%) HIFU. La incontinencia global al año fue del 31.8%, en el grupo abierto fue del 38 % y 22.9% para el abordaje robótico (P:0.14). Estenosis de la anastomosis vesicouretral en seis pacientes (12%), todos en el grupo de abordaje abierto (p:0,040). La disfunción sexual eréctil fue del 82.6%. En el grupo de prostatectomía asistida por robot, 8 (16%) pacientes mantuvieron erecciones con o sin el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 5 en comparación con 6 (17.4%) en el grupo abierto. Tuvieron recaída bioquímica 45 pacientes (52.9%) en toda la serie, con un tiempo medio hasta la recurrencia de 60 meses. La tasa de supervivencia libre de recurrencia bioquímica a 5 años fue del 49.6 % (IC: 95 %: 35.7 a 63.5) y 47.6 % (IC: 95 %: 32.6 a 62.6), en el grupo abierto y robotico respectivamente, sin diferencia estadística (prueba de rangos logarítmicos p: 0,692).

Conclusión: La prostatectomía radical de rescate asistida por robot es un procedimiento confiable para tratar la recaída local después de un tratamiento curativo localizado, con disminución de las complicaciones de estenosis de la anastomosis y resultados prometedores respecto de la continencia urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-51

RESULTADOS ONCOLOGICOS A CORTO PLAZO EN PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN

Rojas Salas, A⁽¹⁾; Pinto Martinez, U⁽¹⁾; Ascanio Rojas, J⁽¹⁾; Acuña Galvez, E⁽¹⁾; Bustamante Valenzuela, P⁽¹⁾; Vera Veliz, A^(1, 2)

⁽¹⁾Unidad de Urología, Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile. ⁽²⁾Unidad de Urología, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile.

INTRODUCCION: En aquellos centros en los que aún no es posible contar con la cirugía robótica, la Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) con sus más de 30 años de desarrollo y excelentes resultados oncológicos en el tratamiento del Cáncer de próstata (CaP), resurge como una alternativa.

OBJETIVO: Describir los resultados oncológicos a corto plazo de una serie de casos consecutivos de PRLap realizadas durante la curva inicial en un centro de bajo volumen.

MATERIAL-MÉTODO: Cohorte de paciente con CaP tratados quirúrgicamente de forma ininterrumpida mediante PRLap en Hospital de Ovalle-Chile. Se incluyeron todos los casos entre Agosto 2022-Mayo 2024. Se describen características oncológicas pre y post operatorias, seguimiento 2-23 meses.

RESULTADOS: Incluimos 34 pacientes. Edad promedio 66,8±7 años, Mediana PSA y Volumen prostático de 8,27 ng/ml (3,16-35,31 ng/ml) y 41 cc (19-108 cc), respectivamente. La biopsia prostática pre-operatoria ISUP ≥ 3 en 41,2%. Previo a la cirugía el 88,2% contaba con resonancia prostática multiparamétrica y la mitad con PET-CTPSMA. Un tercio fue clasificado como riesgo intermedio favorable, 20% como alto o Muy alto riesgo y 3 casos tenían compromiso regional (cN1). Durante la PRLap en el 64,7% se realizó linfadenectomía pélvica. El estudio anatomopatológico de la próstata siempre se informó adenocarcinoma acinar, que comprometió en casi todos los casos ambos lóbulos. Prácticamente la mitad correspondió a ISUP 2 (52,9%) y el 88,2% fue informado como pT2. Los márgenes quirúrgicos fueron positivos en 7 casos (20,5%), la mayoría < 3 mm y solo uno en un pT3. La mediana de ganglios resecados fue 27 (11-48), en 66,6% se resecaron ≥ 20 ganglios. En 4 casos se informaron ganglios con compromiso neoplásico (pN1). Nuestro Up-Staging y Up-Grading fue de 8,8% y 32,4%, respectivamente. El 91,2% tuvo PSA indetectable (< 0,1 ng/ml) a las 4-6 semanas post-operatorio, de estos pacientes 4 han presentado recidiva bioquímica durante el seguimiento. En los 3 casos con PSA persistente post-PRLap se realizó PETCT-PSMA, sin enfermedad residual en el lecho prostático ni ganglionar pélvica.

CONCLUSIONES: A pesar de corresponder a una experiencia inicial, el bajo volumen de pacientes y el período breve de seguimiento, los resultados oncológicos a corto plazo son bastante prometedores y entusiastas, lo que convierte en nuestro centro a la PRLap como el abordaje de elección para el CaP, a pesar de requerir una mayor curva de aprendizaje y una técnica laparoscópica depurada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-52

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS METASTÁSICAS DE PRÓSTATA ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA SARS COV2

Saab Filho, JJ⁽¹⁾; Mingione, PD⁽¹⁾; Fernandes, RC⁽¹⁾; Toledo, LGM⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Introducción:

El cáncer de próstata (CaP) se encuentra entre las principales lesiones oncológicas en los hombres, siendo la neoplasia maligna más común en Brasil, excluyendo los cánceres de piel no melanoma. Ante esto, se recomienda realizar la prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA) y realizar un tacto rectal anualmente, con resultados positivos para cáncer de próstata del 78% con enfermedad localizada y del 6% con metástasis a distancia.

La pandemia de SARS-COV2 impactó en la disminución de nuevos diagnósticos neoplásicos, así como su tratamiento. A partir de la aparente disminución en el número de nuevos pacientes en las consultas externas de urooncología y el aparente aumento de aquellos que presentan CaP con metástasis al ingreso ambulatorio, se evaluó la necesidad de estudiar la incidencia de estos pacientes;

Metodología:

Encuesta de historias clínicas de nuevos pacientes en el ambulatorio de Urología de un hospital público terciario de enero de 2018 a mayo de 2021, delineando el perfil epidemiológico y la incidencia de esta lesión ya en estado avanzado antes y durante la pandemia.

Resultados:

En el trabajo participaron un total de 170 pacientes. De ellos, 51 pacientes (30%) en el periodo de enero de 2020 a mayo de 2021, periodo considerado como pandemia y los demás, 119 (70%), como anteriores a este. En total, hubo 24 casos nuevos en la categoría de metástasis al diagnóstico, 12 pacientes durante la ventana del intervalo denominado grupo de estudio, con una incidencia del 23,52% y los 12 restantes pertenecientes al intervalo previo a la pandemia, con una incidencia tasa del 10,08%. Fue evidente que la pandemia generó mayores incidencias de cáncer de próstata metastásico tanto por el retraso del paciente en buscar tratamiento especializado como por la reducción del screening oncológico.

Conclusión:

Es notable la diferencia con relación a la literatura prepandemia en el porcentaje de pacientes metastásicos que iniciaron el segmento urológico. Por tanto, se debe fomentar intensamente la importancia de concienciar sobre el cribado y la búsqueda de un segmento temprano.

Palabras clave: Cáncer de Próstata, Metástasis, SARS-COV2

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-53

SARCOMA DEL ESTROMA PROSTÁTICO EN UN PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD. PRIMER CASO REPORTADO EN ECUADOR

Flores, J⁽¹⁾; Palacios Bassantes, DA⁽¹⁾; Ortiz Pinos, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

OBJETIVOS:En el hombre los tumores prostáticos representan la neoplasia maligna con mayor frecuencia. Entre estos se conoce que los tumores epiteliales son frecuentes, mientras las neoplasias de origen mesenquimal representan solo un 0.1% de las neoplasias malignas prostáticas y cuentan con escasa literatura científica, más aún las de origen estromal.

METODOS Y RESULTADOS: Este artículo describe un caso de un paciente masculino de 41 años de edad, con un sarcoma del estroma prostático al que se le realiza una cistoprastatectomía radical más derivación urinaria tipo Studder. La lesión tumoral de 15x12x8.5cm, que pesa 775 gramos, en la misma se identifica vejiga adherida de 7x6.5x3cm, la superficie externa del tumor es lobulada. Histológicamente tumor estromal fusiforme blando de próstata a favor de: tumor estromal de potencial maligno incierto (STUMP), que plantea el diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales prostáticos.

Los tumores estromales de potencial maligno incierto son un diagnóstico histológico remoto. No existen consensos internacionales ni guías de manejo clínicas, por lo cual destaca la relevancia de la descripción de este caso a nivel nacional e internacional con el fin de aportar en la actualización médica y científica.

TABLA: reporte de inmunohistoquímica: p:2024-06-25/e:2024-06-29

BCL2	POSITIVO
K167	POSITIVO
AML, EMA CK5/6, COLAGENO IV DESMINA, CROMOGRANINA DOG' 1, CADHERINA MELAN-A, MPO	NEGATIVOS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-54

NEFRECTOMIA DE DONANTE RENAL LAPAROSCÓPICA CON ASISTENCIA ROBOTICA: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE SERIE EN PANAMÁ

Ruiz, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Cirugía Robótica, The Panama Clinic. PANAMA, Panamá.

Introducción: La realización de la nefrectomía de donante por laparoscopia con asistencia robotica brinda adecuados resultados para el receptor del trasplante con los beneficios de la mínima invasión para el donante. Presentamos los resultados de una serie de nefrectomías de donante con sistema robótico daVinci en Panamá, desde su introducción en agosto 2012.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisan expedientes electrónicos de los pacientes a quienes se les realizó nefrectomía de donante laparoscópica con asistencia robótica desde agosto 2012 hasta junio 2024 en dos centros hospitalarios privado en Panamá, por un solo cirujano. Se registran resultados perioperatorios de las nefrectomías de donante y los resultados inmediatos del injerto del trasplante renal. Se utilizó sistemas robóticos daVinci Si y Xi.

Resultados: Se realizaron 30 nefrectomía de donante laparoscópicas con asistencia robótica. La mediana de edad de los pacientes es 53 años (21 a 68). El sexo del donante fue femenino en 57 % y masculino 43 %. Se realizaron 25 nefrectomías izquierdas (83%) y 5 derechas (17%). El numero de arterias fue 1 en 77 %, 2 en 23 %. El tiempo de isquemia tuvo una mediana de 4 minutos (2 a 8). Hubo complicaciones en 7 pacientes, 5 Clavien Dindo I, 1 fue II y 1 fue IV. Se realizó transfusión en 2 casos (7%). El tiempo de hospitalización tuvo una mediana de 2 días (1 a 7). El injerto presento inicio inmediato de función en 97% de los casos. El único caso que no tuvo inicio inmediato se debió a dificultades anatómicas en el receptor con isquemia tibia prolongada, no atribuible a la extracción.

Conclusiones: La nefrectomía de donante con asistencia robótica es un procedimiento seguro para el donante. Los injertos presentaron inicio inmediato de función en 97% de los receptores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NEFRECTOMÍA DEL DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE RENAL LAPAROSCÓPICO PURO VS MANO ASISTIDA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

Rosario Almonte, N^(1, 2); Esqueda Mendoza, A^(1, 2); Mendoza, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, México.

⁽²⁾Departamento de cirugía laparoscópica en Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, México.

Introducción

El trasplante renal es la única terapia curativa para la enfermedad renal terminal y, junto con las mejoras en técnicas mínimamente invasivas, ha aumentado la demanda. En México, durante el primer trimestre de 2024, hay 16,629 personas en lista de espera para un trasplante de riñón y en 2023 se realizaron 3,069 trasplantes, de los cuales 2,164 fueron de donantes vivos y 898 de donantes cadavéricos.

Aunque el trasplante renal es el tratamiento ideal como terapia renal sustitutiva, la escasez de donantes cadavéricos ha incrementado la disponibilidad de donantes vivos, quienes proveen injertos de mayor calidad y sobrevida. Desde 1995, la nefrectomía laparoscópica del donante vivo, desarrollada por Ratner y colaboradores, ha ganado popularidad, siendo el estándar de oro para el cultivo de aloinjerto. Existen múltiples variantes de la técnica laparoscópica, apoyadas en avances tecnológicos y técnicas mínimamente invasivas, que deben seleccionarse según la familiarización con la técnica, costos, disponibilidad y experticia del personal quirúrgico.

Este estudio evalúa el desenlace quirúrgico y la seguridad de las técnicas de recolección del injerto renal. Se compararon dos técnicas: laparoscópica pura y mano asistida, realizadas en donantes vivos.

Materiales y Métodos

Características del Estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de una serie de casos, recolectando variables clínicas y quirúrgicas preoperatorias y postoperatorias de pacientes sometidos a nefrectomía simple laparoscópica con fines de donación en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán en Mérida durante un periodo de cuatro años. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes, explicándoles los beneficios y riesgos del procedimiento, y se recolectaron datos de sus historias clínicas.

Variables Evaluadas

Las variables evaluadas incluyeron: edad, sexo, lateralidad, índice de masa corporal (IMC), abordaje, cirujano, tiempo quirúrgico en minutos, sangrado, necesidad de conversión, presencia de complicaciones quirúrgicas, tiempo de isquemia caliente, complicaciones (Clavien Dindo), creatinina prequirúrgica y postquirúrgica. La técnica quirúrgica fue decidida por el cirujano al momento de la planificación quirúrgica.

Se incluyeron todos los pacientes sometidos a nefrectomías laparoscópicas de donante vivo, excluyendo aquellos con expedientes incompletos. Durante el periodo 2021-2024, se realizaron 62 nefrectomías laparoscópicas de donante vivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-01

MINIMALLY INVASIVE APPROACH FOR RETROPERITONEAL PRIMARY NEURAL TUMORS: CASE SERIES AND LITERATURE REVIEW

Martin Christofe, N⁽¹⁾; Cunha da Silva, R⁽¹⁾; Borborema Teles, S⁽¹⁾; Duarte Kirche, I⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Sesconetto, L; Peixoto Costa, PH⁽¹⁾; Caserta Lemos, G⁽¹⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

INTRODUCTION

Primary retroperitoneal neoplasms (PRN) are rare pathologies from diverse tissues in retroperitoneum. Tumors in the retroperitoneal space could shows late symptoms due to your gradual growth and when it occurs the median size at diagnosis is approximately 20 cm, except in incidentalomas cases. The computed tomography or magnetic resonance imaging (MRI) represents the gold standard for diagnosis.

Soft tissue sarcomas are the most common retroperitoneal tumors, while neurogenic origin is rarer. Complete surgical removal is recommended for symptom control or due to their potential malignant degeneration.

METHODS

The experience of our team over the last 2 years with the treatment of retroperitoneal masses of neurological origin using a minimally invasive technique is presented. Three cases were identified, 2 of which were operated by robot-assisted laparoscopy and 1 by laparoscopy.

RESULTS

PRN are rare - up to 3% of tumors in the general population - and in the literature isn't well established their treatment but surgery is most frequently needed. Studies shows that surgery is still the main practice.

Robotic-assisted surgery is a reality that provides better results in addition to three-dimensional vision, the surgeon's ergonomic position and delicate movements in restricted spaces. Maintains benefits of laparoscopy, such as lower morbidity, shorter hospitalization, early recovery, and less postoperative pain. There are reports of port recurrence after removal of retroperitoneal liposarcoma and the need for surgical conversion due to vascular injury. Adjuvant therapies are generally not necessary and the prognosis is usually favorable.

CONCLUSIONS

There are few studies comparing minimally invasive approaches in retroperitoneal surgeries. Planning the surgery according to the surgeon's skills – with a multidisciplinary team, if necessary – are important factors for success, with robot-assisted laparoscopic techniques being promising.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-02

FISTULA URETERO-ILIACA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTENOSIS URETERAL SECUNDARIO A RADIOTERAPIA.

Medina, L⁽¹⁾; Uberetagoyna, I⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Español. México, México.

Hematuria, fístula, uretero.

Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 74 años de edad quien cuenta con antecedente de adenocarcinoma de colon con tratamiento quirúrgico + radioterapia y quimioterapia presentando posterior estenosis ureteral, siendo portador de catéter JJ. Presenta infección de vías urinarias con urocultivo positivo a *Candida* y *Pseudomona aeruginosa* recibiendo tratamiento específico sin embargo con disfunción de catéter JJ en múltiples ocasiones presentando lesión renal aguda ameritando realizar recambio de catéter JJ en múltiples ocasiones. En último episodio presenta cólico renoureteral derecho acompañado de hematuria macroscópica formadora de coágulos, anemizante con lesión renal aguda, se realiza tomografía simple de abdomen con evidencia de coágulo intrarrenal que abarca totalidad de pelvis renal derecha, se realiza angioresonancia donde se observa coágulo intravesical previamente observado. Se realiza recambio de catéter JJ con salida de hematuria a través de meato ureteral derecho posterior a retiro de catéter JJ, hipotensión leve transquirúrgica por lo que se decide realizar nefroscopia flexible, lavado de cavidades renales sin identificar sitio de sangrado, al retirar ureteroscopio flexible en tercio medio se observa sangrado pulsátil, se coloca catéter JJ con cese del mismo. Se realiza aortografía+arteriografía selectiva sin observar fístula ni fuga de medio de contraste, se realiza pielografía ascendente con evidencia de fístula uretero iliaca derecha por lo que se coloca de manera selectiva stent en A. iliaca común por parte de angiología y cirugía vascular, se coloca catéter JJ derecho+colocación de nefrostomía derecha con mejoría de lesión renal. Se realiza retiro de nefrostomía a los tres meses de procedimiento manteniendo adecuada función renal sin presentar nuevo episodio de hematuria.

El antecedente de cirugía pélvica o radiación previa presentan afección de vasa vasorum volviendo susceptible a fibrosis a los vasos sanguíneos y posterior fijación de ureter a vasos ilíacos, esto, aunado a un proceso inflamatorio erosivo con un vaso pulsátil en contacto con un uréter frágil da como resultado necrosis y generación de fístula siendo ésta, una entidad muy poco frecuente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-03

TUMOR MALIGNO DE LA VAINA NERVIOSA LOCALIZADO EN CARÚNCULA URETRAL

Esturo Sacristán, S⁽¹⁾; Rianza Montes, M; Ambuila Facundo, ER; López Martínez, LI; Zabalo San Juan, A; Gil Azkarate, M; Carrera Hermelo, R; Diez Uribe, I; Ubieta Tellechea, I; Coteron Ochoa, PF; Gambra Arregui, L; Rius Bilbao, L; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao - Usansolo. Leioa, Bizkaia.

Introducción: La carúncula uretral es un tumor benigno del meato uretral, prevalente en mujeres postmenopáusicas. Se detecta incidentalmente durante la exploración física. Puede cursar con sangrado, disuria o sensación de bulto siendo necesarios largos períodos de tratamientos tópicos estrogénicos o extirpación quirúrgica.

El tumor maligno de la vaina neural periférica (TMVN) es un cáncer de tejidos blandos que surge del revestimiento externo de los nervios periféricos. Su incidencia es de 0,001%, siendo infrecuente en mucosa genital. Están descritos aproximadamente 11 casos con afectación del tracto urinario inferior. El 50% se producen en pacientes jóvenes con neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Los casos esporádicos, se asocian con exposición previa a radiación. Puede presentar dolor y crecimiento tumoral. El diagnóstico es histopatológico e inmunohistoquímico (IHQ), reflejando la diferenciación de las células de Schwann.

El tratamiento es quirúrgico pudiendo asociar radioterapia o quimioterapia. El pronóstico es desfavorable, con tasa de recurrencia del 30- 60%. Las metástasis más frecuentes son: pulmón y huesos. Los factores pronósticos definidos son: tamaño, ubicación, estadio y el grado histológico.

Material y métodos: Presentamos mujer de 70 años valorada por sangrado incoercible de carúncula uretral. Refiere antecedentes de sangrados intermitentes con aumento progresivo de sensación de bulto genital desde hace 8 meses. Sin antecedentes de NF1 ni RT. A la exploración, carúncula uretral de aprox. 4cm entre las 4 y 7h. Dada imposibilidad de cese de sangrado con medidas conservadoras, se decide exéresis con inyección previa de anestesia local.

Resultados: El estudio histológico muestra infiltración por tumoración maligna de origen neuroectodérmico, compatible con TMVN, con márgenes libres. El estudio IHQ es positivo para SOX10, S100 y sinaptofisina e índice de proliferación (ki67) del 25- 30%. Estudio local con RM y uretroscopia y de extensión con TAC-TAP descartan diseminación tumoral. Tras 10 meses de seguimiento, permanece asintomática sin signos de recurrencia.

Conclusiones: Los TMVN son una entidad infrecuente y anecdótica en el tracto urinario. Son altamente agresivos, siendo su diagnóstico histológico e IHQ. Precisa de resección con márgenes de seguridad y un seguimiento estrecho por su alta tasa de recurrencia.

Palabras clave: Tumor maligno de la vaina nerviosa; uretra; Estudio inmunohistoquímico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-04

SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: STAUFFER COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ADENOCARCINOMA RENAL

Patino, G⁽¹⁾; Alvarez, H⁽²⁾; Orozpe, M⁽³⁾; Lozada, D⁽¹⁾; Hurtado, J⁽²⁾

⁽¹⁾Cirugía general, Hospital General de Zona 20 IMSS. Puebla, Mexico. ⁽²⁾Urología, Hospital General de Zona 20 IMSS. Puebla, Mexico. ⁽³⁾Urología, Hospital General de Zona 1 IMSS. Tlaxcala, Mexico.

Introducción: El carcinoma de células renales puede presentarse inicialmente como síndrome paraneoplásico con disfunción hepática no metastásica, llamado síndrome de Stauffer.

Material y metodo: Inicia 45 días previos con pérdida ponderal no intencionada de 14 kg; fiebre de hasta 40° C. Después de 1 mes se agrega dolor abdominal, intermitente, de predominio en mesogastrio, niega alguna otra sintomatología. Abdomen con peristaltismo hipoactivo, blando depresible, doloroso a la palpación media y profunda en mesogastrio y flanco derecho, sin datos de irritación peritoneal.

- BT 2.3, BD 0.6, BI 1.7, AFP 2.110 , APE 3.6, CA 19-9 8.6, ACE 25.730, CA-125 1140.

TAC simple y contrastada: tumor riñón derecho de 69 x 65 mm, en polo superior y región interpolar posterior, con zonas de calcificaciones y necrosis, afectación extracapsular de grasa perirrenal, afectación a distancia de parenquima pulmonar (2 lesiones nodulares en lóbulo inferior derecho y 3 en lóbulo izquierdo, la mayor de 10.9 mm).

Por persistencia de dolor en flanco derecho, se programa nefrectomía radical.

Al sexto día presenta ictericia se solicitan pruebas de perfil hepático, con evidente elevación de las mismas: BT 11.5, BD 8.80, BI 2.70). El ultrasonido documenta hígado disminuido de dimensiones, ecotextura nodular gruesa, no observamos dilatación de vía biliar intrahepática.

El paciente cursa con deterioro clínico y disfagia, elevación de tensión arterial, ictericia, coluria, edema en extremidades inferiores, continuando con hiperbilirrubinemia (BT 16.90, BD 12.10, BI 4.80). No se realiza colangiografía por gravedad del paciente y fallece a los 17 días de post operatorio. El reporte histopatológico revela carcinoma de células claras de tipo convencional, Fuhrman 2, de 7 x 6 cm, cápsula íntegra; pelvis renal, ureter y vasos libres de tumor.

Resultados: Al paciente se le practico nefrectomia, posterior se observo disminución del patrón colestásico.

Conclusión: Los tumores renales pueden presentarse como múltiples síndromes paraneoplásicos, dentro de ellos, el síndrome de Stauffer, el cual debe de considerarse ante un caso de tumor renal que se acompaña de alteración de la función hepática de causa no infecciosa, metastásica o por efectos secundarios a medicamentos.

Palabras clave: Síndrome de Stauffer; síndrome paraneoplásico; carcinoma de células renales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-05

PRIMARY PROSTATE LYMPHOMA – AN INTERESTING CASE REPORT.

Bernaschina Rivera, C⁽¹⁾; Nieves Latimer, G

⁽¹⁾Departamento de Urología, Universidad de Puerto Rico. Rio Piedras, Puerto Rico.

>Non-adenocarcinoma prostate pathologies, like PPL, are rare and account for 0.09% of prostate neoplasms and 0.1% of extra-nodal lymphomas(1,2).

>A 78-year-old was admitted due to renal failure secondary to a large prostatic mass. He reported worsening LUTS and gradual inability to void. Past medical history includes hypertension, erectile dysfunction, and symptomatic BPH. No toxic habits nor prior surgical interventions reported. A prior prostate biopsy in 2020 for a PSA of 7.86ng/ml was negative for malignancy.

He denied UTIs, weight loss, fevers, night sweats, lymphadenopathy, or shortness of breath. Physical examination showed a diffusely enlarged prostate without nodules. Laboratories revealed no leukocytosis, normocytic, normochromic anemia, and acute kidney injury with uremia but no marked electrolytic disturbances (serum creatinine 2.67). PSA was 11.9ng/ml. Imaging showed marked bilateral hydroureteronephrosis, severe prostatomegaly with direct invasion of local tissues, but no lymphadenopathy or osseous or soft tissue lesions. He had bilateral nephrostomies placed and subsequent prostate biopsy performed. NHL, DLBCL type, was identified in 9/12 cores. BCL-2 and C-MYC positivity noted. Metastatic workup was negative, and the patient was initiated on R-CHOP.

>PPL is much rarer than secondary involvement from a primary lymphoma elsewhere. Rudimentary lymphoid nodules or proliferation within capillary or post-capillary venules may give rise to PPLs(3).

Presentation is typically very variable. Some may present with LUTS, urinary retention, renal failure, hematuria or perineal pain. Traditional B-symptoms are not classically present and PSA is not always elevated(1,2,4).

Diagnostic criteria includes: (1)tumor involves only the prostate; (2)no lymph node involvement; and (3)a lymphoma free interval of at least 1 month(1). Diagnosis is confirmed with tissue sampling. DLBCL is characterized histologically by diffuse proliferation of large neoplastic B lymphoid cells with a nuclear size equal to or exceeding normal histiocyte nuclei. Molecular subtypes are determined by immunohistochemistry and cytogenetic analyses.

There is no standardized treatment. Available modalities include surgery, radiotherapy, chemotherapy, or combinations of these. However, the preferred regimen, as for most early-stage nodal DLBCL, is chemotherapy with R-CHOP. Reported survival rates is approximately 64% at 1-year and 50% at 2-years with chemotherapy(1).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-07

VALIDACIÓN EXTERNA DE LAS CALCULADORAS DE RIESGO DE ROTTERDAM PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CON Y SIN ESTUDIO DE PHI

Esturo Sacristán, S⁽¹⁾; Rius Bilbao, L; Gil Azkarate, M; Carrera Hermelo, R; Diez Uribe, I; Ubieta Tellechea, M; Coteron Ochoa, PF; Gambra Arregui, L; Arredondo Calvo, P; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao - Usansolo. Galdakao, España.

Introducción: Se necesita una validación externa de las calculadoras de riesgo (CR) existentes para determinar su utilidad clínica y establecer el riesgo individualizado de detectar cáncer de próstata (CaP) en biopsias de próstata. El objetivo fue validar externamente las calculadoras de riesgo de Rotterdam Prostate Cancer 3 y 4 (RPCRC-3/4) y la calculadora de Rotterdam que incluye PHI (RPCRC-PHI) en una cohorte española contemporánea.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico desde 2017 a 2019 que incluyó pacientes sospechosos de padecer CaP. A los hombres que acudieron a la consulta de urología se les realizó una prueba de PHI antes de la biopsia de próstata. Para evaluar el rendimiento de los modelos de predicción se calcularon la discriminación (curvas de características operativas del receptor (ROC)), la calibración y el beneficio neto (análisis de la curva de decisión (ACD)). Estos análisis se llevaron a cabo para la detección de cualquier CaP y CaP clínicamente significativo (CaPcs), definido como ISUP grado ≥ 2 .

Resultados: Entre los 559 hombres incluidos, 337 (60,28%) y 194 (34,7%) fueron diagnosticados de CaP y CaPcs, respectivamente. RPCRC-PHI tuvo la mejor capacidad de discriminación para la detección de CaP y CaPcs con AUC de 0,85 (IC del 95%: 0,82-0,88) y 0,82 (IC del 95%: 0,78-0,85) respectivamente. Los gráficos de calibración mostraron que RPCRC-3/4 subestiman el riesgo de detectar CaP, lo que demuestra la necesidad de una recalibración. En ACD, RPCRC-PHI muestra el beneficio neto más alto en comparación con biopsiar todos los hombres.

Conclusiones: El RPCRC-PHI funcionó adecuadamente en un entorno clínico contemporáneo, especialmente para la predicción de CaPcs.

Palabras clave: Cáncer de próstata; índice de salud prostático (Phi); Calculadoras de riesgo de Rotterdam Prostate Cancer.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-08

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA EVANESCENTE, UNA ENTIDAD CLÍNICA RARA

Bailon Chavez, UG⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Manzanilla Garcia, HA⁽¹⁾; Sanchez Nuñez, JE⁽¹⁾; Alcacio Mendoza, JA⁽¹⁾; Moreno Valle, ME⁽¹⁾; Jaspersen Gastelum, J⁽¹⁾; Hernandez Remess, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México. CDMX.

Marco teórico; El adenocarcinoma de próstata evanescente se define como la aparición de piezas de prostatectomía que contienen un volumen mínimo o nulo de tumor a pesar de un diagnóstico histológico preoperatorio de adenocarcinoma en una biopsia por aguja

Objetivo; El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo del adenocarcinoma de próstata evanescente. Además, se pretende explorar la relación entre estos factores y el comportamiento clínico del APE

Planteamiento del problema: En los últimos años se ha observado con mayor frecuencia la aparición de piezas de prostatectomía que contienen un volumen mínimo o nulo de tumor a pesar de un diagnóstico histológico preoperatorio

Metodología: Se realizó una revisión retrospectiva de 2002 a 2023 en un centro de referencia nacional en la CDMX. Se incluyó a los pacientes con el diagnóstico de CaP mediante BTRP cuya indicación fuese un tacto rectal anormal durante la exploración en los que se realizó prostatectomía radical laparoscópica y abierta. Se excluyó a aquellos pacientes con otra indicación de BTRP, o con datos de relevancia clínica ausentes. Se realizó analítica descriptiva, frecuencias y análisis de las medidas de tendencia central de las variables de interés oncológico

Resultados: Se encontró a 356 pacientes con una media de edad de 64.4 años, con una media de APE de 11,67 ng/dl. Posterior a la prostatectomía radical se encontró el fenómeno de carcinoma evanescente en 5.05%, Finalmente se realizó un modelo multivariado por regresión logística binaria con la presencia de CaP clínicamente significativo en la biopsia, CaP de alto riesgo en la biopsia, tacto rectal T2a y el APE para la predicción de FCE, encontrándose que únicamente la presencia de CaP clínicamente significativo se asociaba de manera negativa al FCE

Conclusiones; El adenocarcinoma de próstata evanescente es una entidad muy rara, comúnmente vista en pacientes con tumores prostáticos de bajo grado histológico, niveles bajos de APE y con tactos rectales con nodulaciones confinadas a la próstata. Con la presencia de CaP clínicamente significativo en el resultado de la biopsia, la posibilidad de presentar fenómeno de adenocarcinoma evanescente disminuye en 11 veces

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-09

PROLIFERACIÓN FOCAL ATÍPICA ACINAR EN BIOPSIA DE PRÓSTATA Y SU IMPLICACIÓN EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN BIOPSIAS POSTERIORES. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO.

Esturo Sacristán, S⁽¹⁾; Rius Bilbao, L; Arredondo Calvo, P; Gil Azkarate, M; Carrera Hermelo, R; Diez Uribe, I; Ubieta Tellechea, M; Coterón Ochoa, PF; Gambra Arregui, L; Rodríguez Cadenas, S; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao. Galdakao, España.

Introducción: El diagnóstico histopatológico de proliferación acinar focal atípica (ASAP) se trata de pequeños focos de glándulas que no cumplen criterios de adenocarcinoma de próstata (caP). El aumento del número de determinaciones de PSA, conlleva un mayor número de biopsias de próstata (BxP) y con ello una mayor detección de caP, así como de ASAP. En la literatura se estima una incidencia del 5%. De los cuales, un 30-60% presentarán caP en biopsias posteriores. La demora media hasta diagnóstico de caP es superior a los 6 meses. El objetivo fue estudiar el papel e incidencia de ASAP de nuestro centro y compararlo con los resultados de la literatura.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo desde 2018 a 2022 de las BxP fusión eco/RMN y sistemáticas realizadas en nuestro hospital. Se estudiaron los pacientes con diagnóstico histopatológico exclusivo de ASAP. Se realizó un estudio descriptivo, valorando la incidencia y demora diagnóstica hasta caP.

Resultados: De las 1180 biopsias realizadas, 62 (3,52%) presentaron un diagnóstico de ASAP. En 19 casos (30,64%) se describió un tacto rectal (TR) patológico. El 78,26% tenían realizada una RMN próstata, siendo el hallazgo más prevalente lesiones PIRADS4 (30,40%). A un total de 36 pacientes se les re-biopsia. El 80,55% presentaban elevación de PSA respecto a su valor en la biopsia inicial. En 7 rebiopsias se describía un TR patológico. De las 34 RMN realizadas previamente, el 70,58% presentaban alguna lesión sospechosa. El 61,11% de las re biopsias confirmaron la presencia de una caP, siendo ISUP 1 (59,09%) el hallazgo más prevalente. En 3 casos (13,63%) se evidenció persistencia de ASAP. El 86,36% precisó una segunda biopsia con una demora diagnóstica de 18,7 meses hasta confirmar un caP.

Conclusiones: Existe una relación entre ASAP y caP en biopsias posteriores. Pudiendo ser necesario hasta 3 biopsias y un seguimiento medio de 18 meses. En nuestra muestra con diagnóstico de ASAP, no podemos determinar factores independientes que impliquen una mayor probabilidad de detectar caP y por ende subsidiarios de ser re-biopsiados.

Palabras claves: Biopsias de próstata (BxP); Proliferación Acinar Focal Atípica (ASAP); Cáncer de próstata (caP).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-10

CASO CLÍNICO: LINFOMA DE BURKITT COMO TUMOR PRIMARIO DE VEJIGA.

Bodden, E⁽¹⁾; Figueroa, E⁽¹⁾; González, C⁽¹⁾; Arosemena, J⁽¹⁾; Montagne, V⁽¹⁾; Gómez F., L⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Ciudad de La Salud. Panamá, Panamá. ⁽²⁾Urología, Hospital Dr. Rafael Hernández. Chiriquí, Panamá.

Introducción

El linfoma de Burkitt entra en los subtipos del linfoma No-Hodgkin, que es una neoplasia de células B agresiva. Tiene diferentes subtipos de presentación como el esporádico, endémico y el asociado a inmunosupresión como es el caso de nuestro paciente.

Caso clínico

Se trata de masculino de 46 años con antecedente personal de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con adecuado control que se presenta con historia de disuria de cuatro días de evolución, oliguria que progresó a anuria, asociado a aumento de azoados. Refiere síntomas del tracto urinario bajo con puntuación internacional de síntomas prostáticos en 15 puntos. Tacto rectal: próstata de 50 gramos adenomatosa. En estudios de ingreso se solicita ultrasonido que luego se complementa con tomografía computarizada contrastada que reporta hidronefrosis bilateral moderada asociada a un absceso renal izquierdo de 1.8 cm y próstata aumentada de tamaño. Se inicia manejo con antibióticos de amplio espectro y sonda transuretral. Es llevado a cirugía con hallazgos de masa vesical en área de triángulo que no fue vista antes en tomografía, se realiza resección y biopsia; no se observaban los meatos por lo que se colocan stent ureterales anterógrados. Paciente cursa con mejoría de la función renal. La patología reportó Linfoma de Burkitt, por lo que se completa evaluación con Hematología y se inicia quimioterapia.

Discusión

La localización más común extranodal en el linfoma de Burkitt es en el hueso orbitario, por lo que en vejiga representa el 0.2%, es más común en mujeres. En pacientes con VIH es la presentación linfática o masas abdominales principalmente ileocecales. Presentamos el primer caso reportado en Panamá de linfoma de Burkitt en vejiga, además en la literatura existen pocos reportes de casos de este tipo de tumores en vejiga. Se presenta un paciente con una historia clínica poco usual que requiere de alta sospecha diagnóstica y manejo multidisciplinario para el control de la enfermedad.

Conclusión

El linfoma de Burkitt como primario en vejiga es un tumor agresivo y raro que requiere un diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno para poder lograr una buena respuesta terapéutica.

Palabras clave: vejiga, linfoma, inmunodeficiencia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: COMPARACIÓN DE ABORDAJE ROBÓTICO Y LAPAROSCÓPICO. LOS RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO.

Giunco, L⁽¹⁾; Plata Bello, AC⁽¹⁾; Morales Megret, MK⁽¹⁾; Hofmann, C⁽¹⁾; Cereijo Tejedor, D⁽¹⁾; Concepción Masip, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción. La cistectomía radical (CR) es el tratamiento estándar para los pacientes con cáncer vesical músculo invasivo (CVMI) no metastásico, tratándose de una intervención quirúrgica con alta tasa de morbimortalidad. La implementación de técnicas mínimamente invasivas ha permitido disminuir las complicaciones postquirúrgicas, así como mejorar los resultados oncológicos de la CR. Analizamos pacientes sometidos a CR con derivación urinaria mediante conducto ileal según Bricker (CIB), comparando los resultados del abordaje robótico y laparoscópico.

Material y métodos. Incluimos pacientes con CVMI no metastásico intervenidos mediante CR, con realización intracorpórea de CIB. Analizamos los resultados de los pacientes intervenidos con abordaje robótico y laparoscópico en nuestro centro, comparando resultados oncológicos (números de ganglios extraídos, márgenes libres de enfermedad) y evolución postquirúrgica (estancia hospitalaria, complicaciones inmediatas, estenosis ureteroileal).

Resultados. Entre marzo 2015 y julio 2023, 86 pacientes se sometieron a CR con realización intracorpórea de CIB. De todos ellos, el 72% (62/86) se intervino con abordaje laparoscópico y el 28% (24/86) con abordaje robótico. La mediana de edad ($p=0,164$) y el estado basal según la clasificación ASA ($p=0,800$), son comparables entre ambos grupos. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a: márgenes quirúrgicos afectados (12,90% vs 8,33%; $p=0,528$); tasa de complicaciones de grado > II según Clavien-Dindo (16,13% vs 12,50%; $p=0,666$); tasa de estenosis ureteroileal (23,21% vs 33,33%; $p=0,405$). El abordaje robótico permitió mejores resultados con respecto a: número de ganglios linfáticos extraídos ($p<0,001$) y tiempo de estancia hospitalaria ($p=0,020$), con diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. La realización de cistectomía radical mediante técnicas mínimamente invasivas permite bajas tasas de complicaciones postquirúrgicas graves, aunque persistiendo una moderada incidencia de estenosis ureteroileal. El abordaje robótico supone una ventaja técnica con respecto a la cantidad de ganglios linfáticos extraídos y una mejoría de la evolución postquirúrgica, con menor tiempo de estancia hospitalaria.

Palabras claves. Cistectomía radical, Robótica, conducto ileal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-12

ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL Y NEFROURETERECTOMÍAS VS. NEFRECTOMÍAS PARCIAL LAPAROSCÓPICAS REALIZADAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO - USANSOLO

Esturo Sacristán, S⁽¹⁾; Gil Azkarate, M; Aguirre Larracoche, U; Coterón Ochoa, PF; Goya Mendiluce, A; Fernández Uriarte, A; Olarte Garcia, A; Kareaga Foruria, E; Moreno López, MP; Elejada Vargas, I; Valle Eguiguren, MM; Rius Bilbao, L; Gamba Arregui, L; Jimeno Martín, MI; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao - Usansolo. Galdakao, España.

INTRODUCCIÓN: Cada año aumenta el diagnóstico de lesiones renales y, por ende, aumenta la necesidad de nefrectomías oncológicas. Es por ello, que hemos querido conocer el impacto en la función renal e identificar los factores de riesgo asociados a la progresión de enfermedad renal crónica (pERC) en pacientes nefrectomizados nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de 164 pacientes sometidos a nefrectomía en nuestro centro entre 2018 y 2020. Se estratificó en dos grupos: nefrectomías radicales y nefroureterectomías (NxR/NUR) vs. nefrectomías parciales (NxP). Se siguieron durante un intervalo de 1 a 3 años. Se realizó un análisis descriptivo además de modelos de regresión logística uni y multivariantes, teniendo en cuenta como variable dependiente de pERC. Se ha utilizado el programa SAS System v9.4 para los cálculos estadísticos.

RESULTADOS: La mayoría eran varones (74,39%), con edad media de 64,52 años. El 75,61% fueron NxR/NUR. El 44,23% eran fumadores, el 45,96% dislipémicos, el 44,37% padecían sobrepeso, el 28,75% obesidad, el 61,73% eran hipertensos, el 18,52% eran diabéticos. El 14% había padecido eventos cardiovasculares (ECV) previo. Tras NxR/NUR el 50% cumplían criterios de pERC, mientras tras NxP el 3,05%. Evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa según el tipo de abordaje, Chi – Cuadrado $p < 0.0001$ El 23,1 % de los pacientes padecieron eventos renales, iniciando terapia de sustitución renal en un total de 4 pacientes (2,4%). El 1,8 % sufrió ECV mayor. La mortalidad global fue del 11.7%. Al realizar el estudio multivariante, la edad y el tipo de intervención quirúrgico se definieron como factores independientes de pERC. Con un riesgo superior en edades entre los 60-70 años, (OR de 3,43 (1,3-9,03), p-valor de 0,01; La NxP se definió como factor protector (OR 0,12 (0.02 – 0.68), p 0.02.

CONCLUSIONES: La edad y tipo de intervención realizadas son factores independientes para determinar la pERC. Es fundamental realizar una buena indicación quirúrgica, individualizada en cada caso. Además, se plantea realizar un abordaje multidisciplinar para el seguimiento de estos pacientes, evitando potenciales agentes nefrotóxicos y realizando controles periódicos del FRCV para optimizar la función renal.

PALABRAS CLAVE: Nefrectomías; Función renal; Progresión a enfermedad renal crónica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-13

SEMINOMA Y TUBERCULOSIS TESTICULAR, COEXISTENCIA INUSUAL EN UN PACIENTE, PRESENTACION DE UN CASO

Moreno rosado, Amv⁽¹⁾; Amarilla, A⁽¹⁾; Vernengo, E⁽¹⁾; Cimbaro, Sd⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital julio cecilio perrando. Resistencia, Argentina. ⁽²⁾Anatomía patológica, Hospital julio cecilio perrando. Resistencia, Argentina.

La tuberculosis testicular (TBt), segunda causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar, en un 6.5% (OPS); frecuente en la tercera y cuarta década de la vida; clínicamente caracterizada por una masa testicular indolora de crecimiento paulatino en estadios tempranos. Siendo así diagnóstico diferencial el cáncer testicular en cualquier estirpe histológica.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta paciente masculino de 21 años de edad sin antecedentes médicos relevantes; con clínica de 5 meses de evolución dado por percepción de masa testicular derecha indurada, indolora con crecimiento progresivo, congruente con examen físico, trasluminiscencia negativa. En ecografía testicular, testículo Derecho, contorno irregular, ecoestructura heterogénea con calcificaciones. Epidídimo heterogéneo hipervascularizado. GCHC, AFP y LDH elevada. Impresión diagnóstica de tumor testicular derecho por lo que se realiza orquidofuniculectomía derecha, encontrando Td indurado, hipervascularizado con múltiples adherencias escrotales, incluyendo epidídimo.

Tomografía tórax abdomen y pelvis contrastada con conglomerado retroperitoneal de 3x4 cm. Postoperatorio sin complicaciones.

RESULTADOS

Anatomía patológica determina seminoma clásico asociado a orquitis granulomatosa tuberculoide sobre base histológica, Ante presencia de granulomas bien constituidos con células gigantes multinucleadas tipo langhan, fragmentos bacilares con tinción especial para BAAR, así también coexisten nidos celulares atípicos de citoplasma claro, que resultaron C-kit (+) CD30 (-) CDX2 (-) mediante técnicas de inmunohistoquímica, comprometiendo testículo y epidídimo.

CONCLUSION

Ante la coexistencia del seminoma y TBt en un mismo paciente, se presenta en comité urooncológico con intervención de infectología, y se inicia tratamiento según directrices de la Organización Panamericana de Salud para tuberculosis extrapulmonar con isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) según esquema 2HRZE/4HR con supervisión estricta. Y seguimiento conjunto por urología.

Evolución satisfactoria de paciente con negativización de marcadores tumorales, serologías negativas, BAAR seriado en orina y esputo negativo. Controles Tomograficos a los 3, 6 y 12 meses sin alteraciones.

Se realizó revisión bibliográfica en bases de datos (pubmed, Scielo, Elsevier) sin reporte de caso similar, sin embargo, lo más reiterativo dentro de la búsqueda fue la simulación que tiene la TBt con un tumor testicular, según presentación clínica y grupo etario; sin la coexistencia de ambas patologías en un mismo sujeto, como lo es en nuestro caso

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-14

ANATOMICAL BASES FOR RECONSTRUCTION AFTER INGUINAL LYMPHADENECTOMY FOR METASTATIC PENILE CANCER

Lara, L⁽¹⁾; Hannas, E⁽¹⁾; Ribeiro, E⁽¹⁾; Pereira, J⁽¹⁾; favorito, I^(1, 2)

⁽¹⁾IDOMED, IDOMED. Rio de Janeiro, brazil. ⁽²⁾Urogenital research unit, UERJ. rio de janeiro, brazil.

OBJECTIVE:In extensive inguinal resections, there is great loss of substance and several techniques have been described for reconstruction of the region. The sartorius and tensor fasciae latae (TFL) are muscles widely used for constructing muscle flaps. The aim of this study is to review the anatomical points applied to surgical procedures using fasciocutaneous and myocutaneous flaps for inguinal reconstruction after lymphadenectomy in metastatic penile cancer.

Material and Methods: We studied 25 human fixed cadavers. Dissections were carried out with delicate surgical material and with the aid of a 2.5X magnifying glass of the anterior and lateral region of the thigh in twelve adult cadavers (AC), all male. After dissecting the femoral region planes, we took the following measurements of the sartorius and TFL muscles with the help of a precision caliper and a measuring tape: length, muscle width, thickness and quantified the number of vascular pedicles. All statistical data were compared using the unpaired Student's t test. All analyzes were performed using Microsoft Excel Office 365 for correlation.

Results: The cadavers had an average height of 174 cm. We observed an anatomical uniformity in terms of the length of the sartorius muscle in the cadavers, with an average of 51 ± 1.549 cm and the TFL, which had an average length of $= 14.6 \pm 0.97$ cm. There was a positive correlation between the height of the cadavers and the length of the sartorius and TFL muscles. The comparative analysis between the measurements of the proximal, middle and distal thirds of the sartorium shows that the width of the middle third was greater when compared to other thirds in absolute measurements in the majority of cadavers. There was no positive correlation between the mean length and width of the sartorius muscle and the TFL.

Conclusion: This study showed that the distal third of sartorius was the smallest and the middle third was the largest. The use of TFL as a flap or graft is a safe and versatile option in reconstructive surgeries. This morphometric analysis can contribute to surgical planning in inguinal lymphadenectomy.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-15

HERNIA INGUINO-ESCROTAL VESICAL INTRAPERITONEAL MASIVA, ASOCIADA A UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL: REPORTE DE UN CASO

Ramírez García, JM⁽¹⁾; Reyes Arias, O⁽²⁾; Sánchez Ramírez, VW⁽²⁾; Gazca Torres, JA⁽²⁾

⁽¹⁾UROLOGÍA, INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. PUEBLA, MÉXICO. ⁽²⁾Urología, ISSSTEP. Puebla, México.

Introducción:

La hernia inguinal vesical, llamada cistocele escrotal, fue descrita por Levine en 1951. Es una condición rara, representando menos del 5% de las hernias inguinales y puede contener desde un divertículo hasta la vejiga completa. La mayoría son asintomáticas; solo el 7% presenta síntomas como dificultad para orinar, dolor o hinchazón en el escroto, y el signo de Mery. Su diagnóstico oportuno ocurre en el 10% de los casos antes de la cirugía.

Material y metodos:

Se presenta el caso de un masculino de 75 años, con historial de crecimiento prostático obstructivo, hipertensión arterial sistémica y obesidad, con un abultamiento en la región inguinoescrotal derecha, acompañado de vaciamiento incompleto de la vejiga urinaria desde hace 8 meses. Acude a urgencias con dolor en esa región y retención aguda de orina, además de astenia, adinamia, dificultad para la deambulaci3n, náuseas y v3mitos. En el examen f3sico se encuentra una hernia inguinoescrotal gigante derecha, no reductible y dolorosa, con cambios en la piel y aumento de vascularizaci3n. Los laboratorios muestran (hemoglobina 7.3 g/dl, hematocrito 22.2%), leucocitosis (15,000), creatinina s3rica (2.2 mg/dl) y BUN (73.4 mg/dl). La tomograf3a abdominopelvica simple revela una hernia inguinoescrotal derecha con contenido de intestino delgado y vejiga con hidroureteronefrosis bilateral. Se coloca sonda vesical y se inicia antibioticoterapia.

Resultados:

Se realiz3 laparotom3a exploratoria y se encontr3 una hernia inguinoescrotal intraperitoneal con intestino delgado, orina y vejiga perforada con bordes necr3ticos. Se disec3 el saco herniario, se devolvi3 la vejiga a la cavidad p3lvica, se resec3 tejido necr3tico y se repararon la vejiga y la hernia con t3cnica de Lichtenstein. El paciente se recuper3 en terapia intensiva durante una semana, luego fue trasladado al servicio Urolog3a, donde se recuper3 adecuadamente. Al control a los tres y seis meses, present3 evoluci3n favorable.

Conclusiones:

La hernia inguinoescrotal vesical puede tener consecuencias graves si no se trata a tiempo. No hay directrices establecidas; el diagn3stico se basa en tomograf3a y el tratamiento en la t3cnica quir3rgica abierta con reparaci3n tipo Lichtenstein. Cada caso debe abordarse individualmente seg3n su presentaci3n cl3nica.

Palabras claves: Hernia inguino-escrotal vesical, Signo de Mery, crecimiento prostático obstructivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-16

SHOCK ANAFILÁCTICO COMO PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS RENAL

Muñoz, B⁽¹⁾; Muñoz, N⁽²⁾; Cornejo, C⁽¹⁾; Espinoza, M⁽¹⁾; Piñeiro, N⁽¹⁾; Díaz, V⁽¹⁾

⁽¹⁾Interno medicina, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile. ⁽²⁾Hospital Regional de Talca. Talca, Chile.

Introducción

La hidatidosis es una patología endémica con alta incidencia en las zonas rurales de Chile, fluctuando entre 1.8 y 2.5 casos por 100,000 habitantes entre 2015 y 2019. Esta enfermedad es causada por el parásito *Echinococcus granulosus* y afecta principalmente a los pulmones y el hígado. La hidatidosis renal es infrecuente y generalmente presenta síntomas inespecíficos o es diagnosticada de manera incidental.

Presentación

Se trata de un paciente masculino de 31 años, sin antecedentes mórbidos, que sufre golpe en flanco izquierdo tras caída desde su nivel. Consulta en servicio de urgencias debido a cuadro de dolor intenso en fosa renal izquierda, rash alérgico y lipotimia secundaria al golpe. Al ingreso, el paciente presenta regulares condiciones generales, taquicardia, palidez y hematocrito del 32%. Se realiza una tomografía computarizada de abdomen y pelvis de urgencia, que revela un hematoma renal izquierdo asociado a quiste hidatídico renal roto. El paciente persiste hemodinámicamente inestable y es evaluado por urólogo de turno, quien decide realizar exploración quirúrgica.

Se lleva a cabo una lumbotomía izquierda, observándose abombamiento de celda renal. Durante apertura del quiste, se visualiza salida de hematoma contenido y múltiples bolsas compatibles con hidatidosis. Se inicia tratamiento con albendazol y se realiza una nefrectomía parcial, vaciamiento del hematoma, extracción de estructuras hidatídicas y una periquistectomía.

Posterior a la cirugía, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al décimo día con antibioticoterapia profiláctica por 7 días y albendazol por 1 mes.

Conclusión

La presentación de este caso fue un shock anafiláctico en un paciente previamente asintomático, posterior a trauma de baja energía, causando la rotura de un quiste hidatídico renal. Es pertinente considerar el diagnóstico de quiste hidatídico renal en pacientes que presenten una lesión quística renal en una imagen e historia compatibles, particularmente en zonas endémicas. El diagnóstico y tratamiento conservador de esta patología evita complicaciones funcionales a futuro. El tratamiento principal consiste en la cirugía conservadora, que debe intentar preservar la mayor cantidad de tejido renal posible, y la terapia antihelmíntica, la cual es adyuvante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

MIELOLIPOMA GIGANTE UNILATERAL DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL. REPORTE DE CASO

Díaz Fuentes, H⁽¹⁾; Ancona Pérez, HA⁽¹⁾; Sandoval Gómez, RT⁽¹⁾; Villanueva Caballero, G⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto Mexicano del Seguro Social. Yucatán, México. ⁽²⁾Patología, Instituto Mexicano del Seguro Social. Yucatán, México.

INTRODUCCIÓN:

Los mielolipomas gigantes, son también conocidos como incidentalomas debido a la naturaleza de su detección. Son tumores benignos raros formados de tejido adiposo y tejido hematopoyético.

Arriba de 10 cm de diámetro se considera un mielolipoma gigante, el manejo quirúrgico se basa en la presencia de sintomatología y las dimensiones del tumor.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Femenino de 72 años de edad, quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Niega crónico-degenerativos, alérgicos, traumáticos y transfusionales. Cuenta con antecedente quirúrgico de plastia umbilical y colecistectomía laparoscópica.

Quien inicia su padecimiento actual en el mes noviembre del 2023 con presencia de estreñimiento alternada con episodios de diarrea, es valorada por el servicio de gastroenterología quien solicita ultrasonido abdominal en donde se tiene como hallazgo masa suprarrenal izquierda, por lo que es referida a la consulta externa de nuestro servicio. En donde se solicitan estudios de laboratorio y de imagen complementarios.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Hemoglobina 12.3 g/dl, Leucocitos 11,200, Plaquetas 293,000, Sodio 138 mmol/L, Potasio 4.3 mmol/L, Cloro 112 mmol/L, Creatinina 0.80 mg/dL, Metanefrinas plasmáticas totales 66.9 pg/ml, Dopamina plasmática 81.1 pg/ml, Adrenalina plasmática 99.02 pg/ml. Ácido vanilmandélico urinario 1.71.

ESTUDIOS DE IMAGEN:

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA SIMPLE Y CONTRASTADA:

A nivel de la topografía de la glándula suprarrenal izquierda se observa masa de 10 x 6 x 7 cm. De aspecto heterogéneo de -102 UH en promedio, con poco realce a la administración de medio de contraste. Ambos riñones de adecuada morfología sin alteraciones.

TRATAMIENTO:

Ante la presencia de un incidentaloma suprarrenal izquierdo por las dimensiones del mismo, se decide realizar suprarrenalectomía laparoscópica izquierda, obteniendo una pieza quirúrgica de aproximadamente 11 cm la cual se envía a patología.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO:

Tumor adrenal con presencia de adipocitos y abundantes células hematopoyéticas de morfología normal correspondiente a mielolipoma

CONCLUSIÓN Y RESULTADOS:

Cuando el mielolipoma de la glándula suprarrenal es mayor a 10 cm, la suprarrenalectomía convencional es la cirugía estándar de elección.

La cirugía laparoscópica, como la realizada en este caso, es un procedimiento seguro, con menor sangrado, menor dolor, mejor evolución postoperatoria, actualmente la paciente se encuentra en seguimiento libre de enfermedad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

FÍSTULA ESCROTO-CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS GENITOURINARIA: INFORME DE DOS CASOS

Santiago González, RMA⁽¹⁾; Vieyra Valdez, O⁽¹⁾; Delgado Corral, A⁽¹⁾; Martínez Correa, A⁽¹⁾; Osornio Sanchez, V⁽¹⁾; Perez Becerra, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Estado de México, México.

La tuberculosis genitourinaria representa el primer sitio de diseminación extrapulmonar de la enfermedad (15%). Dentro de esta categoría, el compromiso testicular es raro, representando solo el 0.5%. Generalmente, es manifestada con aumento de volumen testicular, indoloro, simulando una entidad tumoral. Sin embargo, la afección escrotal con ulceración y exudado purulento marcan la diferencia en el diagnóstico. Destacándose la aparición de fístulas escrotocutáneas como una manifestación clínica significativa y distintiva de la tuberculosis en esta localización.

Caso 1. Masculino, 49 años con dolor y aumento de volumen testicular izquierdo, seguido de eventual ulceración hacia la piel escrotal. Posteriormente desarrolla mismas manifestaciones en testículo contralateral. Tratado inicialmente con antibioticoterapia, sin mejoría al tratamiento. La ecografía testicular reveló pérdida de la morfología testicular y del epidídimo bilateral, zonas quísticas de predominio izquierdo. Se realizó una orquiectomía radical izquierda, con reporte patológico confirmando la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, se preservó testículo contralateral.

Caso 2. Masculino, 27 años con dolor testicular derecho con ulceración espontánea en piel escrotal, fiebre y disuria. Antecedente de tratamiento antibiótico sin mejoría clínica. La ecografía testicular revela testículo con ecogenidad heterogénea. La urotomografía mostró absceso renal derecho y engrosamiento de la pared vesical y ureteral derecha. Se realiza biopsia con agua fina de testículo derecho, la cual confirma la presencia de micobacterias.

Ambos pacientes presentaban urocultivo negativo y cuantiferón positivo, recibieron manejo antifímico con: Rifampicina (R), Isoniacida (H), Pirazinamida (Z) y etambutol (E) en fase de mantenimiento y sostén con Isoniacida (H) y Rifampicina (R) por 4 y 2 meses respectivamente. Ambos mostraron buena respuesta clínica y resolución de la fístula testicular. En el caso número 2 fue posible preservar el testículo y se observó regresión de las lesiones tomográficas.

La tuberculosis genitourinaria, aunque rara en el testículo, puede simular neoplasias y otras enfermedades granulomatosas o infecciosas. Los casos presentados destacaron la importancia del diagnóstico diferencial, especialmente con urocultivos negativos y pruebas de cuantiferón positivas. Ambos pacientes respondieron bien al tratamiento antifímico estándar, subrayando la necesidad de considerar la tuberculosis en enfermedades escrotales y de utilizar técnicas de imagen y biopsias para un diagnóstico y manejo preciso.

Tuberculosis, Fístula, Genitales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

EFECTO DE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA SOBRE EL TIEMPO LIBRE DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA KDIGO III - IV Y V.

Cruz Nuricumbo, E^(1, 2); Saavedra Verduga, DJ⁽³⁾; Flores Tapia, JP⁽¹⁾; Esqueda Mendoza, A⁽¹⁾; Rojas Solís, PF⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional de alta Especialidad de la península de Yucatán. Mérida, México. ⁽²⁾Urología, Hospital Star Medical. Mérida, México. ⁽³⁾Alta especialidad Endourología, Hospital Regional de alta Especialidad de la península de Yucatán. Mérida, México. ⁽⁴⁾Residente Urología, Hospital Regional de alta Especialidad de la península de Yucatán. Mérida, México.

Introducción: La nefrolitotomía percutánea (PCNL) se considera un procedimiento eficaz para el tratamiento de la litiasis renal compleja. Su impacto específico en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) y en la necesidad de terapia de reemplazo de la función renal (TRFR) no está completamente definido aún.

Objetivo: Analizar el efecto de la PCNL en pacientes con ERC, (KDIGO III – V) en el tiempo libre de terapia de reemplazo renal.

Metodología: estudio analítico y prospectivo. La población de estudio se conformó por 83 pacientes adultos con ERC (KDIGO III-V) que acudieron a la Clínica KS y Unidad de Trasplantes del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán entre 2015-2018. La información se extrajo de los registros clínicos. Para el análisis se utilizó el programa de libre acceso Jasp. V18.1.

Resultados: La PCNL se realizó en el 62,3% de los casos (n=55). Después del procedimiento, se diferenciaron dos grupos: Grupo 1: no requirió TRFR (n=40) y Grupo 2: requirió TRFR (n=15). Grupo 1: urocultivo positivo (77%). Variación en la CrS: disminuyó (62,5%), aumentó (30%), no varió (7,5%). Hallazgos tomográficos: cambios en el parénquima (n=7), atrofia (n=6), hidronefrosis (n=18), cambios inflamatorios crónicos (n=3). Grupo 2: urocultivo positivo (46,6%). Variación en la CrS: disminuyó (26%), aumentó (66%), no varió (6%). Hallazgos tomográficos: atrofia del parénquima renal (80%), hidronefrosis (20%), cambios inflamatorios crónicos (6%). CKD-EPI: mejoró el filtrado glomerular (26%), no varió (6%), se deterioró (66%). TRFR: hemodiálisis (16,4%), diálisis peritoneal (10,9%). Tiempo para el inicio de la TRFR: media: 760 días. Incluidos en el programa de protocolo de trasplante (16,4%), trasplantados con éxito (9,1%).

Conclusiones: La PCNL mejoró la función renal en varios pacientes y, retrasó el inicio de la TRFR en un promedio de 60 meses. Esto resulta beneficioso, porque retrasar el TRFR implica una menor carga financiera para los sistemas de salud y una mejor asignación de recursos. Además, mejora la calidad de vida de los pacientes al reducir la frecuencia e intensidad de los tratamientos, proporcionando una intervención más eficaz y sostenible en estos entornos.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, litiasis renal, nefrolitotomía percutánea

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-21

INYECCION DE TOXINA BOTULINICA MEDIANTE SISTEMA EMDA. UNA ALTERNATIVA A LA INYECCIÓN INTRAVESICAL. NUESTRA EXPERIENCIA.

Sánchez Ballester, F^(1, 2); Gras, M⁽¹⁾; Pardo Duarte, P⁽¹⁾; Martínez Martínez, M⁽¹⁾; Aparisi Solera, M⁽¹⁾; García Ibañez, J⁽¹⁾; Díaz, I⁽¹⁾; March Villalba, JA⁽¹⁾; Cuevas Catala, P⁽²⁾; López Alcina, E⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, H. GENERAL UNIVERSITARIO. VALENCIA, ESPAÑA. ⁽²⁾UROLOGIA, INAI. VALENCIA, ESPAÑA.

Introducción: La inyección intravesical de toxina botulínica es un tratamiento indicado en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) refractaria a tratamiento médico. La administración de fármacos intravesicales usando la electroforesis ha sido utilizada como método no invasivo para favorecer la penetración local del fármaco evitando la inyección en los tejidos.

Objetivo: Evaluar la respuesta al tratamiento de instilación de toxina botulínica tipo A con el sistema EMDA de electroiontoforesis en pacientes con diagnóstico de SVH refractaria a tratamiento médico y valorar los posibles efectos adversos de esta técnica.

Material y métodos: Ensayo clínico prospectivo en el cual se incluyeron 29 pacientes mayores de edad diagnosticados de SVH refractarias al tratamiento médico tras al menos dos líneas de tratamiento farmacológico. Se administraron 100UI de toxina botulínica de forma ambulatoria. Se evaluaron pre instilación y a los 3 meses post instilación: capacidad vesical máxima (CVM) en el estudio urodinámico (EUD), diario miccional (DM) de 3 días y cuestionario de síntomas miccionales CACV. Por último, se recogieron las complicaciones tras la instalación. Todos los pacientes de este estudio fueron informados de la alternativa terapéutica, decantándose por la presente técnica.

Resultados:

Se objetivaron mejorías estadísticamente significativas a los 3 meses del tratamiento en el cuestionario CAVC, el diario miccional de 3 días y los parámetros urodinámicos presentando: aumento de la CVM en el EUD (164.4ml vs 239.9ml) $p < 0.05$, mejoría de los parámetros del DM dados por disminución en la FUD (8.31 vs 6.66), disminución de los episodios de urgencia miccional (2.52 vs 1.54) y aumento del volumen miccional medio (143.97ml vs 198.38ml) $p < 0.05$.

Solo 2 pacientes presentaron complicaciones siendo todas Clavien Dindo grado I. El 93,1% de los pacientes refieren un alto grado de satisfacción con la misma, volverían a realizarse el procedimiento un 72,4% incluyendo aquellos que presentaban el antecedente de inyección de toxina botulínica.

Conclusiones:

Aunque es un estudio inicial, la utilización del sistema EMDA para la administración de toxina botulínica parece una alternativa eficaz, con escasas complicaciones, que permite su aplicación en consulta sin la necesidad de cistoscopia.

Palabras Clave: vejiga hiperactiva, toxina botulinica, incontinencia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-22

URETROPLASTIA BULBAR CON INJERTO DE MUCOSA ORAL A LOS CUATRO AÑOS EN EL HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO HERMANOS AMEJEIRAS

De la Cruz, J⁽¹⁾; Pedro Silva, IE⁽²⁾; De la Cruz, M⁽²⁾

⁽¹⁾urología, hospital hemmi. Santiago De Los Caballeros, Dominican Republic. ⁽²⁾urología, hospital hermanos ameijeiras. la habana, cuba.

Introducción. La estenosis uretral es una entidad patológica que consiste en la disminución de la luz uretral, tiene una incidencia en países industrializados del 0.6-0.9%. La uretroplastia con injerto de mucosa oral, es para algunos autores, el manejo estándar en las estenosis bulbares mayores de 2 cm. En el protocolo se seguimiento de la técnica se realizan pruebas invasivas y no invasivas, para determinar el éxito quirúrgico entre ellas se encuentran; los cuestionarios como el Urethral Stricture Surgery Patient Reported Outcome Mesure (USSPROM). **Objetivo.** Describir los resultados de la uretroplastia con injerto de mucosa oral en el periodo de cuatro años. **Método.** Estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, en 30 pacientes con estenosis de uretra bulbar, atendidos en el servicio de urología del Hospital Clínico Quirúrgicos Hermanos Ameijeiras, a quienes se le realizó uretroplastia con injerto de mucosa oral entre el 2016 y 2019. **Resultados.** La edad media de la serie fue 50 años. Predominó la etiología iatrogénica en el 83.3% de los casos. El 53.3% de tuvo algún procedimiento quirúrgico urológico previo, presentaron síntomas severos y tuvieron un grado de complejidad moderado. El promedio de longitud de la lesión fue 5.5 cm. El 82% de los pacientes manifestó como satisfacción el mejor estado de salud imaginable. **Conclusiones.** Se estableció una tasa de supervivencia acumulada de 0.93 a los cuatro años.

Palabras claves: uretroplastia, injerto, supervivencia, USSPROM

Distribución de los pacientes, según la satisfacción posquirúrgica

Satisfacción posquirúrgica*	No. (n=28)	%
100	23	82,1
40	3	10,7
30	2	7,1
DE: desviación estándar.Promedio y DE 89,3±24,3 Min 30 Max 100	28	100

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-23

STUDY OF THE HISTOLOGICAL COMPONENTS AND THE DEVELOPMENT OF THE PROSTATE IN HUMAN FETUSES

favorito, I^(1, 2); favorito, I⁽¹⁾; Gallo, C⁽¹⁾; Sampaio, FJ⁽¹⁾

⁽¹⁾urogenital research unit, UERJ. Rio de Janeiro, Brazil. ⁽²⁾Rio de Janeiro.

Objectives: The increase in the prostate volume during the fetal period appears to be a determining factor for significant differences in the structure of the bladder neck and internal urethral sphincter in male fetuses. Studies of the structure and development of the prostate during the human fetal period are rare. The aim of this study was to determine the development of prostate thickness, the prostatic urethra and the histological components in the prostate during the human fetal period, by histological and stereological analysis.

Material and Methods: We studied 16 prostates obtained from 16 human fetuses ranging in age from 12 to 35 weeks post-conception. The fetuses were macroscopically well preserved, without anomalies of the urinary and genital system. The prostate was dissected and embedded in paraffin, from which 5- μ m thick sections were obtained and stained with Masson's trichrome to quantify connective and smooth muscle tissue, Weigert's resorcin fuchsin to observe elastic fibers. The images were captured with an Olympus BX51 microscope and Olympus DP70 camera. The stereological analysis was done with the Image Pro and Image J programs, using a grid to determine volumetric densities (Vv) and to determine the prostatic urethra lumen area and prostatic thickness. Means were statistically compared using simple linear regression and the paired T-test ($p < 0.05$).

Results: The fetuses weighed between 210 and 2860g, and had crown-rump length between 9.5 and 34cm. We did not observe elastic system fibers in any prostate analyzed. Quantitative analysis indicated no differences in Vv of smooth muscle cells (mean = $30.66 \pm 3.585\%$) and connective tissue (mean = $42.86 \pm 5.928\%$) of prostates during the fetal period studied ($p = 0.0164$). The linear regression analysis indicated that the prostate thickness (mean = $1196,449\mu\text{m}$: 989.580 to $1403.016\mu\text{m}$) increases significantly and positively with fetal age ($r^2 = 0.27$). The linear regression analysis indicated that the prostatic urethra lumen (mean = $274659\mu\text{m}$: 77818 μm to $691027\mu\text{m}$) decreases during the fetal period ($r^2 = 0.10$).

Conclusion: The histological analysis of the smooth muscle and connective tissue of the developing prostate reveals that there are no differences during the fetal period studied. Prostate thickness increases with fetal age and prostatic urethra lumen decreases during the human fetal period.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-01

COLOCACIÓN DE IMPLANTE PENIANO MALEABLE ZSI 100 EN FALOPLASTIA.

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Arbizu, M⁽²⁾; Ramil, L⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospita Carlos G Durand. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Sanatorio Finoccioto. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Hay un número cada vez mayor de hombres transgénero y no binarios que se presentan para recibir tratamiento médico y quirúrgico. Existen múltiples tratamientos quirúrgicos que se les puede ofrecer para garantizar falos cosméticos y funcionales. En la última etapa de cirugías de reasignación masculinizante es la colocación de un implante protésico peniano para lograr relaciones penetrante. Clásicamente, se colocan prótesis penianas diseñadas para penes nativos, en estos tipos de falos, se ha demostrado dificultades en la colocación, como tasas de complicaciones más elevadas. La prótesis ZSI 100 maleable se diseño para faloplastias, sobretodo en pacientes transgénero masculino, con la intención de ofrecerle mejores resultados estéticos al falo, como reducir las tazas de complicaciones.

Material y método: Presentación de caso y descripción de técnica quirúrgica.

Conclusión: A medida que el número de la faloplastia aumenta, tenemos que estar preparados para ofrecer la mejor opción, la prótesis ZSI 100 maleable presenta un diseño prometedor para falos abdominales, de antebrazo o anterolateral de muslo, pero debemos esperar los resultados de estudios randomizados con mayor número de pacientes. Las ventajas son simplicidad en su técnica así como también minimizar la tasa de mal funcionamiento en comparación a un implante hidráulico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-02

ROBOTIC PENILE INVERSION VAGINOPLASTY WITH PERITONEUM FLAP

Tavares, PM⁽¹⁾; Gorgen, ARH⁽¹⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Britto, AFSB⁽¹⁾; Creixell, A⁽¹⁾; Thomaz, RDGR⁽¹⁾; Arriero, MGV⁽¹⁾; Oliveira, RT⁽¹⁾; Zhao, LC⁽²⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Grupo de Urologia Reconstructiva e Infantil, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Urology, New York University. New York, USA.

Introduction: A 35-year-old patient with gender dysphoria was scheduled for penile inversion vaginoplasty. In the outpatient clinic, we identified a shortened penis (7 cm) which could impair neovagina depth. We proposed a robotic penile inversion vaginoplasty with a peritoneum flap, as described by Dr. Lee Zhao.

Methods: We present a 5-minute video of a robotic penile inversion vaginoplasty with a peritoneum flap. To our knowledge, this is the first robotic penile inversion vaginoplasty with peritoneum flap done in Latin America.

Results: We performed the robotic penile inversion vaginoplasty with peritoneum flap without any significant complications. The surgery time was 150 minutes. The patient was discharged the next day. Since then 9 months follow-up), the patient had no complications. The patient is well satisfied with the procedure, with a vaginal depth measurement of 14 cm.

Conclusions: Robotic penile inversion vaginoplasty with peritoneum flap is feasible, with low morbidity and short operative time. Vaginal depth was significantly increased by this technique.

Keywords: Robotic Surgery, Penile Inversion Vaginoplasty, Peritoneum Flap

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-03

FALOPLASTÍA CON COLGAJO LIBRE DE ANTEBRAZO EN PACIENTE TRANSGÉNERO MASCULINO

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Soneira, SA⁽²⁾; Encarnación Yiraldy, M⁽³⁾; Giraldo, C⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Docente Francisco Moscoso Puello. Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁴⁾Urología, Hospital Evita Pueblo. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La faloplastia con colgajo libre de antebrazo (FFFP) es la técnica más comúnmente utilizada en cirugías de confirmación de género masculinizante. Fue introducido por Chang en 1984 con el desarrollo de la microcirugía. Desde su comienzo la FFFP ha sido modificada, particularmente en el diseño de la isla de piel y la posición del plato uretral. En la actualidad, ninguna técnica de faloplastia se ha considerado estándar, la FFFP ha proporcionado los mejores resultados estéticos y funcionales en los hombres transgénero.

Objetivo: Presentación de caso y descripción de la técnica quirúrgica según nuestra experiencia.

Descripción: Hombre transgénero de 32 años. Antecedentes de anexohisterectomía laparoscópica + mastectomía bilateral, homonizado hace tres años y en seguimiento multidisciplinario. Se propone y planifica, la realización de faloplastia con colgajo libre de antebrazo izquierdo

Conclusión: La faloplastia presenta una apariencia estética aceptable, capacidad de micción de pie, sensación táctil y erógena, así como también, la posibilidad de colocación de implante protésico peniano para lograr penetración.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-04

COLOCACIÓN DE IMPLANTE PENIANO HIDRAULICO ZSI 475 EN FALOPLASTIA.

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Arbizu, M⁽²⁾; Ramil, L⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Sanatorio Finocchetto. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Hay un número cada vez mayor de hombres transgénero y no binarios que se presentan para recibir tratamiento médico y quirúrgico. Existen múltiples tratamientos quirúrgicos que se les puede ofrecer para garantizar falos cosméticos y funcionales. En la última etapa de cirugías de confirmación masculinizante es la colocación de un implante protésico peniano para lograr relaciones penetrantes. Clásicamente, se colocan prótesis penianas diseñados para penes nativos, en estos tipos de falos, se ha demostrado dificultades en la colocación, como tasas de complicaciones más elevadas. La prótesis ZSI 475 hidráulica de tres componentes se diseñaron para faloplastias, sobretodo en pacientes transgénero masculino, con la intención de ofrecerle mejores resultados estéticos al falo, como reducir las tasas de complicaciones.

Material y método: Presentación de caso y descripción de técnica quirúrgica.

Conclusión: A medida que el número de la faloplastia aumenta, tenemos que estar preparados para ofrecer la mejor opción, la prótesis ZSI 475 hidráulica de tres componentes presenta un diseño prometedor para falos abdominales, de antebrazo o anterolateral de muslo, pero debemos esperar los resultados de estudios randomizados con mayor número de pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-05

FALOPLASTIA CON COLGAJO RANDOMIZADO DE ABDOMEN. DESCRIPCIÓN PASO A PASO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Arizu, M; Meran, EY⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Docente Francisco Moscoso Puello. Santo Domingo, Argentina.

Introducción: Existe una gran variedad de faloplastias con colgajos para la cirugía de confirmación de género masculinizante. La primera elección en la mayoría de los centros es el colgajo radial libre de antebrazo. Muchos pacientes muestran una aceptación muy baja de la cicatriz de la zona donante del antebrazo porque la consideran una “marca” de ser transgenero y no la pueden ocultar cuando usan ropa típica de primavera y verano. La búsqueda continua de una faloplastia con colgajo que sea seguro, sensible, sin pelos, con un pedículo largo y gran cantidad de tejidos blandos, que se pueda realizar en un solo tiempo quirúrgico, con una baja morbilidad en el sitio donante. La faloplastia abdominal cumple con estos requisitos además presenta baja tasa de complicaciones y es una técnica reproducible.

Objetivo: Presentación de caso clínico y descripción de la técnica quirúrgica.

Descripción: Descripción de paso a paso de la técnica, haciendo énfasis de los pasos cruciales y resultados postquirúrgicos inmediatos de esta técnica.

Conclusión: La faloplastia con colgajo randomizado de abdomen es una técnica reproducible en que una baja tasa de complicaciones. Este tipo de técnica no requiere ninguna tecnología sofisticada por lo que se puede aplicar en todos los centros quirúrgicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-06

SLING AJUSTABLE AUTÓLOGO EN PACIENTE NEUROGÉNICO FEMENINO

Massouh Skorin, R⁽¹⁾; Velarde Ramos, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital del Trabajador. Santiago, Chile.

Introducción: Aun no existe consenso para el manejo quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo neurogénica (IOEN) (1-2). Si bien suele deberse a trastornos del esfínter y/o músculos del piso pélvico y/o trastornos del cuello, el factor vesical complejiza el diagnóstico y manejo. Las alternativas quirúrgicas disponibles son: Esfínter urinario artificial, colposuspensión, sling autólogos, slings sintéticos, dispositivos ajustables y agentes abultantes. El uso de material sintético genera incertidumbre en pacientes neurogénicos por el riesgo de erosión en un uretra que se cateteriza (7-10). Aquí presentamos un caso que combina un sistema ajustable con un sling autólogo en una paciente lesionada medular en autocateterismo.

Materiales y Métodos: Paciente femenina de 50 años, autovalente, lesionada medular hace 17 años con un síndrome de cauda equina que camina con bastón. Presenta una vejiga hipoactiva que maneja con autocateterismo y desarrolla IOEN que progresa pese fisioterapia, baja de peso y cambios en estilo de vida. Se realiza instalación de sistema anti-incontinencia ajustable Remeex® modificado con sling de fascia de recto abdominal.

Resultados: Cirugía de 70 minutos, sangrado 100cc. Autocateterismo el mismo día de la cirugía, al día siguiente sin incontinencia, no requiere ajuste. Estadía hospitalaria un día. A los 3 meses mantiene autocateterismo sin incidentes. Significativa reducción de IOE, logrando continencia social (1 Pad/d). Sin infecciones ni hematuria.

Conclusiones: La combinación de un sistema ajustable con tejido autólogo podría brindar los beneficios de ambos elementos en un procedimiento: menos complicaciones y ajustabilidad futura. La técnica quirúrgica es similar a las tradicionales. El resultado a corto plazo es alentador. No tenemos conocimiento de otros casos reportados como este en pacientes neurogénicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

URETROPLASTÍA FEMENINA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL DORSAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Massouh Skorin, R⁽¹⁾; Gómez Illanes, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital del Trabajador. Santiago, Chile.

Introducción: La estrechez uretral femenina (EUF) es una entidad poco común, responsable de aproximadamente el 1% de todos los síntomas del tracto urinario inferior femenino (LUTS). El diagnóstico es desafiante, ya que depende de parámetros anatómicos y funcionales, pero aún carece de criterios estandarizados y una definición unificada. Tradicionalmente, la dilatación uretral (DU) ha sido el tratamiento de elección, pero en las últimas décadas la uretroplastía de aumento (UA) con el uso de injertos o colgajos ha mostrado mejores resultados con un 90% de éxito frente al 50% con DU. }

Métodos: Presentamos el caso de una mujer sana de 25 años, con urgencia y frecuencia miccional aumentada. Sus registros muestran 13 micciones durante el día y 2 por la noche. Ha fallado a terapias conservadoras. La uroflujometría no invasiva (UFM) informa un Qmax de 8 ml/s. La ecografía pélvica muestra una capacidad vesical de 150 ml y un residuo postmiccional de 1 ml. La ureteroscopia flexible describe una estenosis uretral de 12 French en el tercio medio. La urodinamia muestra buena acomodación, capacidad vesical de 300 ml, Qmax de 6 ml/s y PdetQmax de 43 cm H₂O. La uretrocistografía muestra una apertura adecuada del cuello vesical, con una dilatación proximal de la uretra.

Resultados: Realizamos una UA con injerto de mucosa bucal dorsal. El tiempo de cirugía fue de 100 minutos. Pérdida de sangre de 100 cc. El injerto se obtuvo de la mejilla izquierda. No hubo complicaciones relacionadas con la cirugía. La paciente fue dada de alta al día siguiente con un catéter uretral durante 10 días. Después de retirado el catéter la paciente logró una micción cómoda. El sitio donante del injerto sanó favorablemente. A los 3 meses de seguimiento, la UFM mostró un Qmax de 22 ml/s.

Conclusión: La EUF es una enfermedad rara. La DU ha sido el tratamiento de elección, pero ahora hay mejores alternativas disponibles. La uretroplastía femenina con injerto de mucosa bucal dorsal es una técnica quirúrgica factible, segura y confiable con excelentes resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-08

VAGINOPLASTÍA PRIMARIA CUTÁNEA CON INVERSIÓN PENIANA MÁS INJERTO DE PIEL ESCROTAL

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Arizu, M⁽²⁾; Ramil, L⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En la actualidad 9.8 de 100.000 personas presentan identidad transgénero y cerca del 25% de esa población se someterá a cirugías de resignación de género. En Argentina, la cirugía de reasignación de género femenino está en aumento desde la promulgación de la ley 26.743. A pesar de que existe un continuo modelaje de la técnica quirúrgica, la más utilizada es la vaginoplastia con inversión peniana combinado a un injerto de piel escrotal. Dicha técnica, presenta excelentes resultados cosméticos y funcionales con buena profundidad vaginal.

Objetivo: Presentación de caso clínico y descripción de técnica quirúrgica.

Descripción: Paciente de 24 años, transgénero femenino. Hormonizada. Sin antecedentes clínicos de relevancia. Antecedentes quirúrgicos de mastoplastia de aumento y cirugía de feminización facial. En Seguimiento multidisciplinario. Se propone vaginoplastia con inversion peniana mas injerto de piel escrotal.

Conclusión: La vaginoplastia con inversión peniana sumado a un injerto de piel escrotal se considera el gold standard en la actualidad por presentar resultados cosméticos y funcionales satisfactorios con baja tasa de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-09

BALÓN DE PACLITAXEL EN URETRA FEMENINA: NUESTRA EXPERIENCIA

Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Pizzarello, J⁽¹⁾; Maqueda Vocos, M⁽¹⁾; Filgueira, MG⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

El balón recubierto con paclitaxel es un tratamiento que combina la dilatación mecánica para un alivio sintomático inmediato con la administración local de fármaco para mantener la permeabilidad uretral. Su uso está ampliamente distribuido para el tratamiento de la estrechez en uretra masculina. No hay estudios que describan su aplicación en estenosis de uretra femenina

Métodos:

Se realizó un video instructivo detallando cada paso de la dilatación con balón de paclitaxel en una paciente de 61 años con estrechez a nivel del cuello vesical. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar nuestra experiencia basada en un caso clínico

Resultados:

Se evidenció mejoría sintomática desde la cirugía, que se correlaciona con estudios complementarios, con disminución del RPM medido con ecografía. Otros estudios de seguimiento como ser cistoscopia y uroflujometría miccional se realizarán a futuro y brindarán más información para el seguimiento.

Conclusión:

El tratamiento con balón de paclitaxel podría ser una alternativa para mujeres que presentan una estrechez uretral prefieren postergar o evitar la uretroplastia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-10

URETROPLASTÍA CON INJERTO DE MUCOSA YUGAL EN PACIENTE POST VAGINOPLASTIA CUTÁNEA

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Arizu, M⁽²⁾; Giraldo, C⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Evita Pueblo. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Actualmente, la cirugía genital feminizante está en continuo aumento a nivel mundial, por dicho motivo, comenzaron a ver complicaciones a largo plazo luego de una vaginoplastia. La estenosis uretral post vaginoplastia cutánea primaria ocurre entre el 3 y 15% en diferentes publicaciones, y probablemente se debe al compromiso vascular de la uretra u otras causas como liquen escleroso. En resolución en la mayoría de los casos fue una uretroplastia simple, en otros, la técnica a elección fue la colocación de injerto con mucosa yugal.

Objetivo: Describir caso clínico y resolución quirúrgica.

Caso clínico: Paciente transgénero femenino de 34 años, bajo tratamiento de remplazo hormonal cruzado, en seguimiento multidisciplinario. Presenta antecedente quirúrgico de vaginoplastia cutánea primaria, en donde se evidenciaron signos de liquen escleroso en glándula y uretra en el año 2020, intercorre con meatoplastia por estenosis de uretra en el 2022. Intercorre con estenosis que compromete casi la totalidad de la uretra con signos de liquen escleroso.

Conclusión: Por el aumento en cirugías genitales de feminización, se comenzaron a observar patológicas y complicaciones a mediano y largo plazo. La uretroplastia con injerto de mucosa yugal es una excelente opción en casos seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-11

METOIDIOPLASTÍA, PASO A PASO

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Encarnación Yiraldy, M⁽³⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Arizu, M⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Docente Francisco de Urología reconstructiva genito-urinario. Santa Domingo, República Dominicana.

Objetivos: presentar un caso clínico y resultados quirúrgicos del mismo.

Introducción: la técnica masculinizante de metoidioplastía es una buena opción en sustitución de faloplastía total en pacientes transgénero. Esta técnica permite, en un sólo acto quirúrgico, un neofalo con apariencia estética aceptable, conservación erógena y micción en bipedestación.

Material y métodos: presentamos un paciente de 27 años de edad, con identidad transgénero masculino, antecedentes quirúrgicos de anexohisterectomía y mastectomía bilateral, en tratamiento de terapia hormonal cruzada. Posterior a una evaluación por un equipo multidisciplinario, en conjunto con la decisión del paciente, se propone la realización de una metoidioplastía. Previo al procedimiento quirúrgico, el paciente realiza terapia hormonal con testosterona para elongación del clítoris lo que permite optimizar los resultados de la cirugía. Se utiliza mucosa yugal, vaginal y colgajo de labios menores para la creación y tubulización de la neouretra; finalmente, se colocan prótesis testiculares en bolsas creadas con los labios mayores, permitiendo así un aspecto genital masculino.

Conclusión: la metoidioplastía es una opción válida en pacientes con identidad transgénero masculina que no deseen someterse a múltiples procedimientos quirúrgicos como la faloplastía total, pero que deseen mantener sensación erógena, como el caso de este paciente.

Palabras clave: cirugía masculinizante, clítoris, metoidioplastía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-12

PASO A PASO: CIRUGIA INTRARENAL RETROGRADA CON VAINA FLEXIBLE DE ACCESO URETRAL CON SUCCION. FANS

Pizzarello, J⁽¹⁾; [diaz zorita, v^{\(1\)}](#); Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; contreras, P⁽²⁾; rico, I⁽¹⁾

⁽¹⁾urologia, hospital aleman. Buenos Aires, 65. ⁽²⁾Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La cirugía intrarrenal retrógrada endoscópica (CIRR) es una opción de tratamiento bien establecida para los cálculos renales. La fragmentación de cálculos ha mejorado drásticamente con la llegada de láseres de alta potencia, pero sigue siendo un desafío la eliminación del polvo fino y los fragmentos, que pueden convertirse en núcleos para futuras recidivas de cálculos. Este video tiene como objetivo demostrar el uso de la vaina flexible de acceso ureteral con succión, una invención novedosa que mejora la aspiración de polvo de cálculos y fragmentos.

Métodos:

Se realizó un video instructivo detallando cada paso del procedimiento, desde la preparación preoperatoria hasta la finalización de la cirugía. Se utilizaron diversas vainas de acceso ureteral flexibles de distintas compañías. El diámetro de las vainas fue de 11fr el canal interno y 13fr de canal externo, y la longitud de las mismas iba desde 35 a 50cm. Las vainas se acoplan a un receptáculo el cual se conecta con la aspiración central del quirófano. El ureteroscopio que se utilizó fue de la marca Pusen de 7.5fr. Los pasos a describir fueron la selección y preparación del equipo, el acceso ureteral y colocación de la vaina flexible, la técnica de succión durante la litotricia, el manejo de fragmentos y extracción, y por último el cierre del procedimiento y cuidados postoperatorios.

Resultados:

El uso de la vaina flexible con succión mostró una disminución significativa en la presión intrarrenal, una mejora en la visibilidad durante la fragmentación de cálculos, reduciendo el efecto "snow storm" producido por el dusting de la litotricia, logrando así una reducción en el tiempo operatorio. Los pacientes tratados con esta técnica presentaron una tasa de complicaciones reducida, una recuperación postoperatoria más rápida y menor necesidad de procedimientos adicionales.

Conclusión:

El uso de vainas flexibles de acceso ureteral con succión mejora la tasa de eliminación de cálculos en una sola sesión y mejora la visibilidad durante el procedimiento, sin necesidad de utilizar canastillas para retirar los fragmentos, reduciendo así el tiempo operatorio. Es un dispositivo seguro, su utilización es sencilla y reproducible.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-13

PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA

Foneron, A^(1, 2, 3); Águila, F^(3, 4, 5); Fullá, J^(3, 5, 6); Morales, I^(3, 5, 7); Contreras, P⁽⁸⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽²⁾Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. ⁽³⁾Filial de Endourología, Sociedad Chilena de Urología. Chile. ⁽⁴⁾Servicio de Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. ⁽⁵⁾Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽⁶⁾Servicio de Urología, Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile. ⁽⁷⁾Servicio de Urología, Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo. Santiago, Chile. ⁽⁸⁾Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La cirugía renal percutánea es el tratamiento de elección para litiasis renal de más de 1,5 cm y en pacientes con factores desfavorables para litotricia extracorpórea. La punción de la vía excretora es determinante para lograr un procedimiento exitoso.

Material y Métodos

Presentamos 5 técnicas de punción de la vía excretora para la cirugía renal percutánea, poniendo énfasis en la identificación de los puntos de reparo y del cáliz deseado a través del uso de 2 proyecciones radioscópicas y la asistencia ecográfica

Resultados

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

Conclusiones

Existen distintas técnicas de punción para el acceso al sistema colector en la cirugía renal percutánea. La utilización de 2 proyecciones en la radioscopia permite una adecuada selección del cáliz a puncionar, y un acceso transpapilar, lo que disminuye las complicaciones hemorrágicas y facilita el manejo de la litiasis. El uso de asistencia ecográfica permite además de lo anterior, reducir el uso de radiación e identificar estructuras anatómicas vecinas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-14

ASPIRACIÓN EN ENDOUROLOGÍA: EL NUEVO PILAR TERAPÉUTICO PARA LOGRAR EL STONE FREE

Gurovich, J⁽¹⁾; Frenk, C⁽¹⁾; Mohr, E⁽¹⁾; Benitez, A⁽¹⁾; Andriola, M⁽¹⁾; Schaub, A⁽¹⁾; Farias, J⁽¹⁾; Valenzuela, C⁽¹⁾; Águila, F; Marchant, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción

La aspiración ha sido utilizada por más de 25 años en la Nefrolitotomía Percutánea (NLP) para mejorar la visualización y la extracción de litiasis. En los últimos años la tecnología ha permitido aplicar la aspiración a otras técnicas endourológicas. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia con los nuevos métodos de aspiración tanto ureterorenolitotomía endoscópica flexible (URSf) como en súper-miniPerc (smNLP).

Materiales y métodos

Video descriptivo con relato docente de tres técnicas quirúrgicas endourológicas modernas de litotripsia intracorpórea con láser de holmium, asociada a distintos sistemas de aspiración: URSf con vaina de aspiración, URSf con canal de trabajo para aspiración y smNLP aspirativa.

Resultados

Se describen cuatro casos de pacientes con nefrolitiasis, uno de ellos sometido a URSf aspirativo, uno a URSf con vaina de aspiración y dos a smNLP utilizando amplatz de aspiración. En el video se expone y describe la técnica de aspiración como una ventaja en visibilidad endoscópica, tiempo quirúrgico, y efectividad en intraoperatoria, logrando stone free en todos los casos, incluyendo litiasis complejas, riñón en herradura, pigtail calcificado y un coraliforme completo. No hubo complicaciones perioperatorias, todas las altas fueron precoces (< 24 horas), y consiguiendo tubeless en el caso de las smNLP.

Conclusión

El interés de este trabajo es triple. En primer lugar, exponer didácticamente una técnica quirúrgica novedosa implementada en un centro universitario. En segundo lugar, dar a conocer nuestra experiencia tras aplicar estas técnicas con resultados prometedores en cuanto a tiempo operatorio, tasa libre de cálculos y con ausencia de complicaciones. En tercer lugar, mostrar cómo estas técnicas de aspiración son estandarizables, reproducibles y por qué lideran el presente de la endourología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-16

CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA CON VAINAS DE ACCESO URETERAL FLEXIBLES CON SUCCIÓN (FANS)

Pizzarello, J⁽¹⁾; Maqueda Vocos, M⁽¹⁾; Díaz-Zorita, V⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾; Rico, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La cirugía intrarrenal retrógrada endoscópica (CIRR) es una opción de tratamiento bien establecida para los cálculos renales. La fragmentación de cálculos ha mejorado drásticamente con la llegada de láseres de alta potencia, pero sigue siendo un desafío la eliminación del polvo fino y los fragmentos, que pueden convertirse en núcleos para futuras recidivas de cálculos. Este video tiene como objetivo demostrar el uso de la vaina flexible de acceso ureteral con succión, una invención novedosa que mejora la aspiración de polvo de cálculos y fragmentos.

Métodos:

Se realizó un video instructivo detallando cada paso del procedimiento, desde la preparación preoperatoria hasta la finalización de la cirugía. Se utilizaron diversas vainas de acceso ureteral flexibles de distintas compañías. El diámetro de las vainas fue de 11fr el canal interno y 13fr de canal externo, y la longitud de las mismas iba desde 35 a 50cm. Las vainas se acoplan a un receptáculo el cual se conecta con la aspiración central del quirófano. El ureteroscopio que se utilizó fue de la marca Pusen de 7.5fr. Los pasos a describir fueron la selección y preparación del equipo, el acceso ureteral y colocación de la vaina flexible, la técnica de succión durante la litotricia, el manejo de fragmentos y extracción, y por último el cierre del procedimiento y cuidados postoperatorios.

Resultados:

El uso de la vaina flexible con succión mostró una disminución significativa en la presión intrarrenal, una mejora en la visibilidad durante la fragmentación de cálculos, reduciendo el efecto "snow storm" producido por el dusting de la litotricia, logrando así una reducción en el tiempo operatorio. Los pacientes tratados con esta técnica presentaron una tasa de complicaciones reducida, una recuperación postoperatoria más rápida y menor necesidad de procedimientos adicionales.

Conclusión:

El uso de vainas flexibles de acceso ureteral con succión mejora la tasa de eliminación de cálculos en una sola sesión y mejora la visibilidad durante el procedimiento, sin necesidad de utilizar canastillas para retirar los fragmentos, reduciendo así el tiempo operatorio. Es un dispositivo seguro, su utilización es sencilla y reproducible.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-17

PIELOLITOTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA: OPCIÓN TERAPÉUTICA PARA CÁLCULOS PIELICOS EN UN HOSPITAL DE ENSINO

Saab Filho, JJ⁽¹⁾; Machado, VR⁽¹⁾; Nascimento, LAP⁽¹⁾; Santos, MV⁽¹⁾; Rios, LAS⁽¹⁾; Panhoca, R⁽¹⁾; Bavaresco, MV⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital do Servidor Publico do Estado de São Paulo. Sao Paulo, Brasil.

1 – Introducción

La litíase urinária é uma das afecções urológicas mais comuns, afectando al 5-15% de la población. En general, la formación se produce por sobresaturación de determinados sais presentes en la orina asociada a una baja ingestión hídrica. Ocorre con mayor frecuencia en hombres, blancos, jóvenes (entre a terceira y quinta década de vida) y obesos.

El diagnóstico de cálculo renal está basado en la clínica del paciente, que deberá levantar tal hipótese y confirmarse con exámenes de imagen enviados a una tomografía de abdomen y pelve sin contraste o padrón nuestro para la detección, además de ayudar en la discusión sobre cuanto mejor abordaje cirúrgico.

Actualmente como técnicas cirúrgicas en endourología están cada vez más mínimamente invasivas y avanzadas, entretanto, pacientes con malformações renais y cálculos complejos carecen de conductas específicas basadas en pautas. En el paciente con cálculos mayores de 2 cm como dos opciones terapéuticas, como nefrolitotripsia percutánea y pielolitotomía laparoscópica, la elección depende de la evaluación anatómica del paciente y de la técnica para que la cirugía se sienta más cómoda.

El abordaje videolaparoscópico puede ser tanto extraperitoneal como retroperitoneal y la cirugía abdominal previa no está contraindicada en el procedimiento.

2- Métodos

Este vídeo presentamos a una paciente de sexo femenino, con 60 años de edad con cálculo piélico de 5,5 cm a direita que fora submetida a pielolitotomía videolaparoscópica. A paciente presenta cuadro de cólicas renais e infecciones urinarias constantes.

3- Resultados

El procedimiento fue realizado exclusivamente por un equipo, presentando un tempo medio de 150 minutos, no presentando intercorrências durante o ato. Paciente fez uso de Sonda Vesical de demora por 24 horas y cateter duplo J por 30 días. Exames de imagem pós operatório dentro de la normalidad, com ausência de cálculos residuales. Paciente foi de alta hospitalar no segundo día pós operatório.

4. Conclusión

La pielolitotomía videolaparoscópica es una opción terapéutica segura y eficaz para casos seleccionados de litíase, siendo una opción plausible para casos de cálculos complejos y que possuam material e equipe cirúrgica apto para procedimiento, inclusive en una escuela hospitalaria.

Palavras Chaves: Nefrolitíase, Laparoscopia, Rim

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-18

13 YEAR RECURRENT URETERO-PYELIC JUNCTION OBSTRUCTION (UPJO) LASER ENDOURETEROTOMY, STEP BY STEP.

Campos Castellanos, JA⁽¹⁾; Cholico Espericueta, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Angeles Lomas. Huixquilucan, Mexico.

Introduction

UPJO has many treatment modalities and still guidelines to be drawn. Endoureterotomy in is a widely practiced procedure, frequently balloon dilatation, contrast media extravasation and placement of largest diameter catheters have been the landmarks.

Materials and methods

A 15-year-old patient with an adult phenotype. At three months old was treated by a left Anderson-Hynes dismembered Pyeloplasty. At age 13, nuclear medicine exams showed a left kidney down to a renal plasma flow (RPF) of 29.2 %, allowing the right kidney to compensate for a 70.8 %. Patient's workout was a Renal ultrasound with doppler vessel identification, MAG-3 Renogram with furosemide and a Angio CT.

A laser step by step endoureterotomy is shown. As linearly straight as the urinary system might seem it is extremely tortuous. Because of this it was chosen for the procedure, a main author's patented endoscope for the required stability and be able to delineate a straight, ruler like laser incision (Fig. 1) and ablate in full depth all surrounding adventitial collagenous strong fibers. Bleeding was absent. Only Holmium laser was utilized, neither balloon dilatation or contrast media extravasation were used and a regular 6 Fr. black double pig-tail catheter was inserted for an 8-week period.

Discussion

At 7 weeks the patient complained of uncontrollable incontinence. It was found, that the opening of the endoureterotomy was so substantial that descent of the catheter obliged the distal end outside the urethral sphincter. At two-year follow-up RPF showed left kidney recovery to a 42.5 %, allowing the right kidney to compensate for a more equilibrated 57.1 %.

Conclusion

Laser endoureteromy is a reliable procedure when adventitial fibers are completely ablated without the need of any other cutting technique, balloon dilatation, contrast media injection or large diameter catheters. An Angio CT is mandatory prior to any treatment modality.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-19

NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES RENALES COMPLEJOS

Foneron, A^(1, 2); Toledo, H^(1, 2); Oyanedel, F^(1, 2); Ebel, L^(1, 2); Foneron, A^(1, 2); Troncoso, L^(1, 2); Brandau, C^(1, 2); Flores, F^(1, 2); Navarrete, M^(1, 2); Cuevas, P^(1, 2); Gárate, S^(1, 2)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽²⁾Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Introducción

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica validada para el manejo conservador de los tumores renales. En el caso de las masas renales complejas, el procedimiento es un desafío quirúrgico. Presentamos en este video nuestro abordaje laparoscópico para masas complejas

Material y método

Presentamos el abordaje laparoscópico para la nefrectomía parcial en masas renales complejas clasificadas de acuerdo al score R.E.N.A.L.

Resultados

Describimos la técnica, maniobras especiales y resultados perioperatorios de la nefrectomía parcial laparoscópica en: 1) Tumor renal de 9 cm (R=3ptos), 2) Tumor endofítico (E= 3ptos), 3) Tumor del seno renal (N=3 ptos, A, L=3ptos) y 4) Tumor de cara posterior (P).

Conclusiones

La estandarización de la técnica es fundamental para el éxito del procedimiento. Creemos que los pasos claves para un cirugía segura son: Control vascular, movilización controlada del riñón, exposición adecuada del tumor, visualización adecuada del lecho renal y renorrafia anatómica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-20

MANEJO ÓPTIMO DE MIELOLIPOMAS SUPRARRENALES MAYORES DE 5 CM: EVIDENCIAS DE LA ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Santiago Gonzalez, RMA; Vieyra Valdez, O⁽¹⁾; Delgado Corral, A⁽¹⁾; Toledo Diaz, MA⁽¹⁾; Osornio Sanchez, V⁽¹⁾; Garza Sainza, G⁽¹⁾; Trujillo Ortiz, L⁽¹⁾; Perez Becerra, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Ciudad de Mexico, Mexico.

Los mielolipomas suprarrenales son tumores benignos raros, constituidos por tejido adiposo y elementos hematopoyéticos. Aunque predominantemente asintomáticos y no funcionales, su diagnóstico y manejo representan un desafío clínico significativo, particularmente cuando exceden los 5 cm de tamaño, momento en el cual el riesgo de complicaciones aumenta. Esta investigación aborda las prácticas actuales en el tratamiento quirúrgico de estos tumores, destacando la adrenalectomía laparoscópica como una estrategia efectiva para minimizar riesgos y mejorar los resultados.

Caso clínico

Femenino, 59 años con antecedente de hipertensión arterial y obesidad (IMC 39.4). Referida por dolor en hipocondrio derecho de dos meses de evolución.

Tomografía abdomen contrastada: tumor de 8x6cm en glándula suprarrenal derecha, -39 UH con reforzamiento al contraste a 17 UH (-22 UH), washout del 60% en menos de 10 minutos. Se realiza estudio funcional de la glándula suprarrenal reportando cortisol sérico, dehidroepiandrosterona, androstenediona, electrolitos séricos, catecolaminas séricas y en orina dentro de parámetros normales.

Se realiza adrenalectomía laparoscópica con cuatro puertos (dos de 12 mm y dos de 5 mm), uso de engrapadora para control vascular y disminuir el riesgo de hemorragia transquirúrgica, tiempo quirúrgico de 98 minutos, sangrado 30cc, egreso hospitalario a las 24 hrs sin complicaciones.

Histopatología: Mielolipoma adrenal de 8x7 cm con peso de 115 gr.

Discusión.

El manejo de los mielolipomas suprarrenales se centra en reducir riesgos y optimizar resultados postoperatorios. Los tumores no funcionales menores de 5 cm con características benignas en tomografía, (reforzamiento <10 UH y lavado >60% en <10 minutos), generalmente se monitorizan, dado su bajo riesgo de crecimiento o malignidad. Por otro lado, los tumores suprarrenales >5 cm requiere adrenalectomía debido al riesgo de complicaciones como sangrado o dolor. La adrenalectomía laparoscópica, utilizando una engrapadora para el control vascular, es una opción a considerar por sus beneficios en reducir la tasa de sangrado. Este método es especialmente ventajoso en centros especializados en cirugía mínimamente invasiva, minimizando el riesgo de complicaciones en el sitio quirúrgico. La efectividad de la laparoscopia, evidenciada en este caso por los favorables resultados clínicos y una rápida recuperación, valida su uso como tratamiento para tumores suprarrenales grandes.

Mielolipoma, Suprarrenal, Laparoscopia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-21

ABORDAJE DE NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL EN TUMOR RENAL PERIHILIAR DERECHO.

Esturo Sacristan, S⁽¹⁾; Goya Mendiluce, A; Cuevas Palomino, A; Ambuila Facundo, ER; Riaza Montes, M; Gil Azkarate, M; Carrera Hermelo, R; Diez Uribe, I; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao. Galdakao, España.

INTRODUCCIÓN:

Actualmente en las guías clínicas se recomienda ofrecer nefrectomías parciales (NP) a tumores renales T1. Sin embargo, si estos se sitúan próximos al hilio renal o en función de su anatomía vascular esta técnica puede ser un reto quirúrgico y requerir de una amplia experiencia del cirujano. Se presenta un video de la técnica quirúrgica de NP derecha por acceso percutáneo transperitoneal de un tumor perihiliar con variantes anatómicas de la vasculatura renal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 60 años, ex fumador, con antecedentes de pancreatitis aguda necrohemorrágica en agosto y colecistectomía laparoscópica en abril de 2021. Asintomático desde el punto de vista urológico. Durante el seguimiento de su patología digestiva hallazgos en TAC abdomino-pélvico de imagen hiperdensa de 16x16mm (AP x TR) localizada en la valva anterior de la región interpolar que plantea diagnóstico diferencial entre quiste hiperdenso y masa sólida. Se realiza ecografía con contraste que confirma lesión sólida. Se realiza NP bajo anestesia general, con colocación de cuatro trócares, dos de 5mm y dos de 12mm.

RESULTADOS:

La cirugía se lleva a cabo de manera satisfactoria con una duración de 3 horas. Se objetiva riñón derecho con un pedículo renal complejo con tres venas independientes hacia el polo inferior, seno y polo superior, respectivamente; Arteria renal única retrocava con tres ramas que se originan de forma muy proximal del tronco común. Lesión quística en valva anterior de la convexidad del polo superior con rama arterial que se inserta en el lecho del tumor. Se reseca la lesión con margen de parénquima sano y rafia única de lecho de tumorectomía. Clampaje arterial de 16 minutos. Colocación de drenaje penrose en lecho.

La estancia postoperatoria es de 48 horas, siendo dado de alta tras retirada de drenaje y sonda vesical. Sin presentar complicaciones intra ni postoperatorias. El resultado de anatomía patológica es compatible con carcinoma renal papilar tipo 1, pT1a.

CONCLUSIÓN:

La NP laparoscópica de tumores perihiliares requiere una amplia experiencia quirúrgica. Además, el conocimiento de la anatomía vascular renal es una clave fundamental para poder realizar estos abordajes de alta complejidad.

PALABRAS CLAVE:

Nefrectomía parcial. Parahiliar. Laparoscópica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SUPRARRENALECTOMÍA DE GANGLIONEUROBLASTOMA MEDIANTE ABORDAJE RETROPERITONEOSCÓPICO

Esturo Sacristán, S⁽¹⁾; Goya Mendiluce, A; Arredondo Calvo, P; Gallego Sánchez, JA

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Galdakao - Usansolo. Galdakao, España.

Introducción: El ganglioneuroblastoma es una neoplasia benigna derivada de la cresta neural que se localiza principalmente en los ganglios simpáticos de mediastino y peritoneo y de forma inusual en la glándula suprarrenal. El ganglioneuroma es, de los tumores neuroblásticos, el más infrecuente, el de mayor diferenciación histológica y benignidad clínica. Característicamente, no es un tumor secretor de catecolaminas ni hormonas esteroideas. Suelen cursar de forma asintomática, diagnosticándose de forma incidental en pruebas de imagen. Se han descrito casos aislados de transformación hacia Schwannoma malignos. A continuación, presentamos el video de un caso atípico de ganglioneuroblastoma en glándula suprarrenal.

Material y métodos: Varón de 62 años, fumador, hipertenso intervenido de adenocarcinoma de pulmón en 2023, en seguimiento por Oncología médica. Asintomático desde el punto de vista urológico se le realiza estudio de extensión con hallazgo incidental de lesión suprarrenal derecha indeterminada de 8cm con leve crecimiento metabólico difuso, sin signos de diseminación a distancia ni recidiva de neoplasia pulmonar . La exploración y analítica sanguíneas son anodinas.

Resultados: Se realiza suprarrenalectomía por abordaje retroperitoneoscópico con hallazgo de masa de 8cm adherida a polo superior renal, con vascularización de vena suprarrenal única con drenaje directo a la vena cava y rama arterial procedente de la arteria renal ipsilateral. La pieza se extrajo por ampliación de incisión de un trócar. El Servicio de Anatomía patológica analizó la formación nodular de 7,5x6x3cm, con hallazgo de estroma tipo de Schwanniano e inmunohistoquímica positiva para cromogranina, sinaptofisina, CD56, anhidrasa carbónica y SOX10, compatible con ganglioneuroblastoma. Fue dado de alta tras 72h, sin complicaciones intra ni postoperatorias. Presenta buena recuperación postquirúrgica, en seguimiento por oncología médica con pruebas de imagen periódicas, sin signos de recidiva tras 7 meses de seguimiento.

Conclusiones: El ganglioneuroblastoma suprarrenal es una entidad infrecuente. Se considera incidentaloma suprarrenal con pruebas hormonales negativas. En nuestro caso se optó por la extirpación quirúrgica, apoyándonos fundamentalmente en el tamaño de la misma y así poder obtener el diagnóstico definitivo con el estudio anatopatológico de la pieza.

Palabras clave: Ganglioneuroma. Glándula suprarrenal. Incidentaloma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-23

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: PASO A PASO EN TUMORES POLARES POSTERIORES.

Bujaldon, JM⁽¹⁾; Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Ochoa Ochoa, E⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Este video presenta una nefrectomía parcial laparoscópica derecha realizada para abordar un tumor renal ubicado la valva posterior del polo superior. La cirugía se lleva a cabo intentando preservar el máximo tejido renal funcional mientras se asegura una resección completa del tumor. El objetivo de este video es mostrar cada paso detallado.

Materiales y Métodos

El procedimiento se inicia con una adecuada exposición del riñón mediante la identificación de los vasos renales principales y la disección cuidadosa del hilio renal. Se emplea la técnica de clampeo total para minimizar el sangrado durante la resección del tumor (sobre todo en un tumor de estas dimensiones). La localización precisa del tumor en la valva posterior guía la incisión cortical para maximizar la conservación del parénquima renal circundante.

Resultados

Durante la presentación del video, se detallan los pasos clave de la técnica laparoscópica, incluyendo la identificación y control del sistema colector, la hemostasia meticulosa, y la reconstrucción cuidadosa del parénquima renal. Se discuten las estrategias para la minimización de la pérdida sanguínea y la optimización de los resultados funcionales postoperatorios del riñón remanente.

Conclusión

Este video ilustra de manera detallada y educativa los aspectos técnicos y tácticos involucrados en la nefrectomía parcial laparoscópica, particularmente enfocado en tumores renales ubicados en la valva posterior del polo superior, proporcionando una guía útil para urólogos interesados en mejorar sus habilidades en este procedimiento complejo.

Palabras claves: Tumor renal , Laparoscopia , Planificación 3D.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

IMPLANTE VESICO URETERAL EXTRAVESICAL LAPAROSCOPICO & NEFROLITOTOMIA RETROGRADA FLEXIBLE SIMULTANEA

Vera Veliz, A^(1, 2); De Oliveira Costa, A⁽²⁾; Rojas Salas, A⁽¹⁾; Pinto Martinez, U⁽¹⁾; Ascanio Rojas, J⁽¹⁾; Bustamante Valenzuela, P⁽¹⁾; Acuña Galvez, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología, Hospital Dr Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile. ⁽²⁾Unidad de Urología, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile.

INTRODUCCION:La estenosis ureteral(EU) en el contexto de patología litiasica(secundaria al proceso inflamatorio y/o post-ureterolitotomía endoscópica) es infrecuente. En pacientes con litiasis concomitante en la via urinaria, la realización de nefrolitotomía endoscópica(RIRS) durante implante vesicoureteral(IVU) es una alternativa para el tratamiento simultaneo de ambas patologías, considerando las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

MATERIAL-METODO:Presentamos 2casos del Hospital de Ovalle-Chile con EU y nefrolitiasis tratados con IVULaparoscopico(técnica Lich-Gregoir)+RIRS en el mismo acto quirúrgico.

Caso1:Mujer 49años. EU infranqueable. Requiere nefrostomía y posterior Nefrolitotomía Percutánea. Ante nefrolitiasis residual se decide IVULaparoscopico+RIRS.

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

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

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

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

Financiamiento / conflicto de intereses: No

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VESICOVAGINAL ABORDAJE TRANSPERITONEAL TRANSVESICAL: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y SERIE DE CASOS

Machuca Carhuapoma, VM⁽¹⁾; Ramos Mora, JY⁽²⁾; Nuñez Bragayrac, L⁽³⁾; Molina Diaz, M⁽⁴⁾; Cabrera Santa Cruz, A⁽⁵⁾; Garnique Diaz, E⁽⁶⁾; Peralta Pomahuacre, E⁽⁷⁾

⁽¹⁾Urología Oncológica y Laparoscópica, Urozen. Lima, Perú. ⁽²⁾Urología, Hospital Barton Thompson. Lima, Perú.

⁽³⁾Urología, Clínica San Felipe. Lima, Perú. ⁽⁴⁾Urología, Clínica Carita Feliz. Piura, Perú. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Arzobispo Loayza. Lima, Perú. ⁽⁶⁾Urología, Hospital Central de la PNP. Lima, Perú. ⁽⁷⁾Urología, Clínica Jesús del Norte. Lima, Perú.

Introducción: La Fístula Vesicovaginal (FVV) es una de las fístulas urogenitales más comunes. Esta comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, resulta en una fuga continua de orina a través de la vagina. Sus causas más comunes son el trauma quirúrgico y obstétrico. El abordaje transabdominal transvesical (técnica de O'Conner) en cirugía abierta ha sido el manejo estándar para casos complejos. **Material y Métodos:** De Junio 2022 a Junio 2024, quince (15) pacientes femeninas con cuadros de incontinencia urinaria a causa de una FVV secundaria a una histerectomía previa, fueron todas intervenidas para su reparación laparoscópica por el mismo cirujano. Diez pacientes fueron clasificadas como FVV complejas por haber presentado intentos fallidos previos de reparación por vía vaginal, transvesical, ó ambas. Se colocaron catéteres doble J bilaterales y se utilizó un catéter ureteral open-end para referenciar la fístula. Dos trócares de 10 mm y dos de 5 mm fueron utilizados para el abordaje laparoscópico. Se realizó una cistotomía en sentido longitudinal, hasta identificar la fístula y luego realizar su exéresis. Luego de separar la pared vaginal de la vesical, se realizó una colporrafia en sentido transversal con sutura barbada continua, fijación de epiplón en ángulo vesicovaginal para su interposición y cistorrafia en 2 planos. Los catéteres doble J y la sonda vesical se retiraron a los 14 días. **Resultados:** Nro casos: 15. Edad promedio: 48 años (43 – 54). Diámetro promedio de la FVV: 2cm (1.5- 3.0). Tiempo operatorio promedio: 180 min (160 – 200). Pérdida sanguínea estimada promedio: 150 cc (100 - 200). Estancia hospitalaria: 2 días. Tiempo de cateterización uretral: 14 días. En todos los casos el cierre de la fístula fue total, con desaparición inmediata de la incontinencia. No hubo evidencia de recidiva o recurrencia en ningún caso. **Conclusiones:** El abordaje Laparoscópico para manejo de FVV es seguro y eficaz, ofreciendo además una mínima morbilidad y altas tasas de éxito, siempre que se reproduzcan los principios de cierre de una fístula de la cirugía abierta convencional.

Palabras clave: Fístula, laparoscópica, vesicovaginal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-26

URETEROPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL

Foneron, A^(1, 2); Toledo, H^(1, 2); Subiabre, MJ^(1, 2); Oyanedel, F^(1, 2); Ebel, L^(1, 2); Foneron, A^(1, 2); Troncoso, L^(1, 3); Brandau, C^(1, 2); Flores, F^(1, 4); Navarrete, M^(1, 2); Cuevas, P^(1, 2); Gárate, S^(1, 2)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽²⁾Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

⁽³⁾Universidad Austral de Chile. Valdivia. ⁽⁴⁾Universidad Austral de Chile.

Introducción

El manejo de la estenosis larga del uréter proximal es un desafío terapéutico dado que las opciones quirúrgicas son limitadas. El uso de injerto de mucosa bucal es una opción válida. Presentamos la técnica quirúrgica de la ureteroplastia con injerto de mucosa bucal vía laparoscópica.

Material y método

Paciente de 46 años portador de una estenosis larga de la unión pieloureteral izquierda sintomática, con antecedente de pieloplastia izquierda laparoscópica el 2005 y el 2019; y una endopielotomía izquierda el 2022. El estudio con tomografía computada y cintigrama renal dinámico confirman la obstrucción

Resultados

Iniciamos el procedimiento con una pielografía ascendente y realizamos la medición del segmento estenótico (15 min). Procedemos a realizar la cosecha del injerto de mucosa bucal con una longitud de 8 cm (40 min). Posteriormente posicionamos al paciente en posición de lumbotomía izquierda. Se identifica y disecciona la unión pieloureteral y uréter proximal. Realizamos la ureterotomía y luego procedemos a suturar el injerto de mucosa bucal con una sutura corrida con vicryl 4-0, previa instalación de un catéter doble j por vía anterógrada. Cubrimos el injerto con epiplón

El tiempo operatorio laparoscópico fue de 155 min, con un sangrado de 100 cc. El alta fue a las 72 horas y el control con tomografía a los 3 meses muestra adecuado paso del contraste.

Conclusiones

El uso de injerto de mucosa bucal se presenta como una opción atractiva para la reparación de estrecheces largas del uréter proximal. La vía laparoscópica permite entregar todas las ventajas del abordaje mínimamente invasivo, sin sacrificar los resultados funcionales

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA “RETZIUS-SPARING”: TÉCNICA PASO A PASO.

Ochoa-León, G⁽¹⁾; Ochoa-Vega, ME⁽¹⁾; Sayeg-Lozano, J⁽¹⁾; Ríos-Palacios, RA⁽¹⁾; Carvajal-García, R⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Real San José Valle Real. Zapopan, México. ⁽²⁾Urología, Hospital Puerta de Hierro. Zapopan, México.

INTRODUCCIÓN: En 2010, Galfano y colaboradores describieron la prostatectomía radical asistida por robot “Retzius-sparing” (PRL-RS), en donde se cambia del abordaje tradicional anterior por un acceso posterior, con lo que se consigue preservar la anatomía fascial pélvica, y que ha demostrado mejoras considerables en la continencia urinaria a corto plazo. Sin embargo, existe escasa información de esta técnica en laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro video muestra los pasos empleados para realizar la PRL-RS; realizada en diciembre del 2023 en nuestra institución. La descripción del procedimiento es la siguiente: Se colocaron 2 trócares de 5 mm lado izquierdo, un puerto óptico supraumbilical y un auxiliar derecho de 10 mm. El peritoneo se incidió 2 cm por encima de la deflexión peritoneal. Se procedió con identificación y disección las vesículas seminales y conductos deferentes. Expuesta la fascia de Denonvillier's y disecadas las vesículas, se colocaron 2 suturas a través de la pared abdominal las cuales elevaron y traccionaron la vejiga, permitiendo la disección posterior y lateral de la próstata hasta alcanzar el ápex. Se continuó con la disección del cuello vesical, complejo venoso dorsal y cara anterior de la próstata hasta identificar la uretra membranosa, la cual se cortó y se extrajo la próstata. Continuamos con la anastomosis vesico-uretral con técnica de Van Velthoven invertida; se introdujo la sonda transuretral a la vejiga y se realizó prueba de llenado para verificar hermeticidad.

RESULTADOS: Un hombre de 64 años, diagnosticado con cáncer de próstata, ISUP 1, volumen prostático de 80 gramos, fue intervenido de PRL-RS. El postoperatorio transcurrió sin eventualidades y la sonda transuretral retirada al séptimo día posterior a la cirugía. El resultado patológico final reveló un adenocarcinoma ISUP 1. Con niveles de antígeno prostático indetectables (<0.01 ng/mL) al tercer y sexto mes postquirúrgico. Con continencia total de forma inmediata posterior al retiro del catéter urinario, y presencia de erecciones al sexto mes del post operatorio.

CONCLUSIONES: La prostatectomía radical laparoscópica “Retzius-sparing” es una técnica factible y reproducible. Provee resultados equiparables a los obtenidos con plataformas robóticas. Es una opción accesible para aquellos lugares en que no se disponga de equipo robótico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PROSTATECTOMIA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT RETZIUS-SPARING CON TÉCNICA "ZERO-CLIP".

Ochoa-León, G⁽¹⁾; Ríos-Palacios, RA⁽²⁾; Sayeg-Lozano, J⁽¹⁾; Ochoa-Vega, ME⁽¹⁾; Carvajal-García, R⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Real San José Valle Real. Guadalajara, México. ⁽²⁾Urología, Puerta de Hierro Andares. Guadalajara, México.

La prostatectomía radical asistida por robot con abordaje "Retzius-Sparing", descrita en 2010 por Galfano y colaboradores, utiliza de manera casi general los hem-o-locs ® para el control vascular a nivel de los pedículos prostáticos. Sin embargo, aunque otorga practicidad al procedimiento, no está exento de complicaciones. Se ha asociado al desarrollo de contracturas de cuello, formación de litos en vejiga, contracturas de cuello, entre otras complicaciones. En nuestra práctica, contamos con una incidencia de 1.81% (similar a la literatura) de complicaciones asociadas a la migración de hem-o-locs ®. Siendo la complicación más frecuente, la contractura del cuello vesical. Por tal motivo, y con la intención de disminuir este riesgo, presentamos una modificación a la técnica, con el uso de sutura absorbible para llevar a cabo el control vascular a nivel de los pedículos prostáticos. Para esto utilizamos sutura absorbible, monocryl 3-0 de aguja chica, con una longitud de 15 centímetros. Como se muestra en el video, se comienza con la disección del pedículo prostático derecho. Una vez que se concluye su disección, se realiza la disección del pedículo prostático contralateral. Una vez concluida la disección de ambos. Se introduce por el puerto de ayudante, una sutura absorbible, ya mencionada. Se realiza un punto transflicativo para posteriormente ligar de manera circunferencial la totalidad del pedículo derecho. Al concluir se corta la sutura y se comienza con el restante, el punto transflicativo y ligadura circunferencial del pedículo prostático izquierdo. Una vez concluido, se realiza la sección de ambos y se continúa con la disección de ambas caras laterales de la próstata. Al final del video mostramos la fosa prostática vacía, con adecuado control hemostático de ambas suturas. Finalmente mostramos nuestros resultados. De 4 procedimientos, encontramos un sangrado de 178 mililitros en promedio, además de un tiempo de consola de 79 minutos. Por lo cual podemos concluir que este procedimiento no aumenta la tasa de sangrado, ni el tiempo total de consola, comparado con nuestros propios resultados utilizando hem-o-loc.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA RETZIUS SPARING

Kerkebe, M⁽¹⁾; Velásquez, LF⁽²⁾; Domínguez, R⁽¹⁾; Saldivia, D⁽²⁾; Piñats, N⁽¹⁾; Soublette, O⁽¹⁾; Robson, JF^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

Introducción

La prostatectomía radical videolaparoscópica asistida por robot (RALP) se ha convertido en el último tiempo en parte del gold standard para el tratamiento del cáncer de próstata (CP) localizado. Se han descrito varias técnicas quirúrgicas, siendo el abordaje transperitoneal y extraperitoneal los más utilizados. En busca de respetar estructuras de soporte con el objetivo de preservar los mecanismos de continencia, en 2010 se describe un nuevo abordaje denominado Retzius-Sparing (RS), donde se realiza un abordaje posterior a través del saco de Douglas.

Materiales y Métodos

Se presenta un video con relato descriptivo docente de una RALP-RS.

Resultados

Paciente masculino de 49 años, con antecedentes de hipotiroidismo post tiroidectomía total. Antecedente familiar de cáncer de próstata en su padre. En contexto de ascenso brusco de antígeno prostático, se solicitó resonancia magnética de próstata informada como PIRADS 4 en zona periférica posteromedial de ápex derecho (rnmT2b). Se realizó biopsia prostática transrectal, informando un adenocarcinoma ISUP 3 en 4/13 cores (base derecha y ápex izquierdo). El tacto rectal fue no sospechoso (cT1c). PET-CT PSMA negativo para diseminación a distancia. Se realizó RALP-RS sin linfadenectomía. Se realizó preservación de bandeletas intrafascial bilateral. Sangrado estimado 100 cc, tiempo operatorio aproximado de 2 horas y 45 minutos, estadía hospitalaria de 2 días. Al primer control postoperatorio paciente sin incontinencia urinaria (EPIC-CP 0) y con erecciones con Tadalafilo. La biopsia informó un adenocarcinoma ISUP 3, con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusión

La RALP-RS es una técnica segura y confiable como alternativa a la técnica estándar para pacientes con CP localizado. El abordaje posterior se ha visto asociado a una recuperación precoz de la continencia urinaria en comparación con otras técnicas. Además, estudios comparativos no han demostrado diferencias en complicaciones ni resultados oncológicos. El rol en cuanto a disfunción eréctil sigue poco claro y debe ser estudiado a través de estudios comparativos.

Palabras Clave: Neoplasias de la Próstata; Procedimientos Quirúrgicos Robotizados; Prostatectomía; Incontinencia Urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SIMULACIÓN PASO A PASO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON “TÉCNICA RETZIUS SPARING” EN MODELO DE ALTO REALISMO.

Ochoa Ochoa, E⁽¹⁾; Bujaldon, JM⁽¹⁾; Biancucci, M⁽²⁾; Mey, L⁽²⁾; Birkner de Miguel, S⁽²⁾; Alvarez, JM⁽³⁾; Vitagliano, G^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urotrainer. Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Unidad Urológica, Clínica Colon. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La técnica quirúrgica Retzius Sparing ha demostrado mejorar la continencia precoz en comparación con métodos estándar para el tratamiento del cáncer de próstata. Sin embargo, su curva de aprendizaje es lenta y conlleva un riesgo elevado de márgenes positivos. Es crucial desarrollar herramientas de simulación para entrenar este procedimiento de manera segura. Se ha desarrollado el prototipo Urotrainer™ VP-R, un simulador de alto realismo diseñado con este propósito.

Material y Métodos: Se presenta un video detallando la simulación de la técnica Retzius Sparing por vía robótica en el modelo Urotrainer™ VP-R. El procedimiento es ejecutado por un experto en esta técnica, destacando los pasos clave del mismo.

Resultados: El video muestra cómo el Urotrainer™ VP-R replica fielmente los aspectos técnicos del procedimiento, proporcionando un ambiente de entrenamiento seguro y controlado. Este simulador específico permite practicar la técnica repetidamente, facilitando la curva de aprendizaje y reduciendo el riesgo de complicaciones durante la adopción clínica.

Conclusiones: La técnica Retzius Sparing ofrece beneficios significativos en la continencia temprana, pero su implementación requiere habilidades especializadas. El uso de simuladores de alto realismo como el Urotrainer™ VP-R representa un avance crucial para mejorar el entrenamiento y la adopción segura de esta técnica. Este enfoque promete tener un impacto positivo en la práctica clínica al reducir la curva de aprendizaje y optimizar los resultados para los pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: Gonzalo Vitagliano, Lucas Mey, Matias Biancucci, Santiago Birkner de miguel: Urotrainer

TRAQUELECTOMÍA ROBÓTICA Y FISTULECTOMÍA VESICOUTERINA COMO COMPLICACIÓN DE UNA PLACENTA PERCRETA

Robson, JF⁽¹⁾; Fuentealba, C⁽¹⁾; Quiñones, C⁽¹⁾; Rozental, M⁽¹⁾; Kerkebe, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

Introducción

Las fístulas urogenitales femeninas constituyen una patología prevalente, afectando anualmente a cerca de 130.000 mujeres en países en desarrollo. Las complicaciones obstétricas y quirúrgicas son las principales etiologías en estas regiones. Dentro de ellas, las fístulas vesicouterinas dan cuenta de entre el 2 y 9%. Las técnicas mínimamente invasivas y en particular la cirugía robótica, ha permitido abordar casos complejos con buenos resultados y con recuperación postoperatoria acotada.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de fistulectomía vesicouterina con traquelectomía robótica.

Resultados

Se describe cirugía de una paciente de 43 años, sin antecedentes médicos. En controles durante su embarazo por acretismo placentario. Se planifica una cesárea con histerectomía a las 36 semanas. Se realiza en forma abierta y en el intraoperatorio se descubre compromiso de la cúpula vesical (placenta percreta), requiriendo cistectomía parcial y cistorrafia. Debido a un abundante sangrado intraoperatorio, cursa con shock hemorrágico y requiere cuidados en UPC. Se maneja con sonda Foley en forma prolongada y después del alta evoluciona con incontinencia de orina continua. Se solicita UroTAC que describe fístula vesicouterina entre la pared posterior de la vejiga y el cuello uterino. Se realiza cistoscopia que confirma el diagnóstico. Se planifica fistulectomía vesicouterina y traquelectomía robótica, que se realiza sin incidentes. La duración de la cirugía fue de 90 minutos y el sangrado nulo. Se mantuvo la sonda Foley por 1 semana y la evolución postoperatoria fue satisfactoria, con resolución completa de los síntomas.

Conclusión

El abordaje robótico de este tipo de lesiones constituye una técnica segura y eficiente para su resolución definitiva, como se observó en este caso. Además, ha ganado la recomendación de la sociedad europea de urología. Se plantea la necesidad de realizar un estudio con mayor cantidad de pacientes y seguimiento a largo plazo, para confirmar la eficiencia y tasa de recurrencia.

Palabras clave: vesicovaginal fistula, female urogenital disease, robotics, placenta accreta

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-33

ROBOTIC-ASSISTED SUBTRIGONAL URETHROPLASTY WITH BUCAL GRAFT AND BLADDER AUGMENTATION IN A PATIENT WITH BLADDER NECK STENOSIS AFTER RADIOTHERAPY FOR PROSTATE CANCER – TECHNICAL DESCRIPTION

Martin Christofe, N⁽¹⁾; Borborema Teles, S⁽¹⁾; Peixoto Costa, PH⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Vacaflares, N⁽¹⁾; Cavichione, A⁽¹⁾; França, W^(1, 2); Auricchio, L^(1, 2); Duarte Kirche, I⁽¹⁾; Miranda Andrade, G⁽¹⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Caserta Lemos, G⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil. ⁽²⁾Urologia, IAMSPE. São Paulo, Brasil.

INTRODUCTION

Bladder neck stenosis (BNS) is an uncommon complication after prostate surgery or prostate cancer treatment. Initial endoscopic management is recommended but the success rate declines if the BNS recurs. Bladder neck reconstruction is a treatment option for cases of refractory BNS.

Here, we aimed to describe a surgical technique for reconstruction of a case of bladder neck stenosis (BNS) in a small-capacity bladder, using a robotic-assisted (RA) transvesical approach for subtrigonal inlay of buccal mucosal graft plus bladder augmentation.

MATERIALS AND METHODS

A 69-year-old male developed lower urinary tract symptoms (LUTS) after radiotherapy for prostate cancer (ISUP 2). He entered the emergency department for an acute urinary retention solved with cystostomy. After urethrography and cystometry, a BNS and small-capacity bladder were diagnosed. Initially treated with internal urethrotomy but bladder neck contracture recurs after twelve months. He underwent RA repair with subtrigonal inlay of buccal mucosal graft and bladder augmentation by small bowel (ileocystoplasty). The surgical approach is demonstrated in our video.

RESULTS

The patient underwent RA subtrigonal inlay of buccal mucosal graft plus ileocystoplasty in a five-hour procedure with 100 mL of bleeding. A flexible cystoscope was used during the surgery to help dimensioning the stenosis. The graft urethral reconstruction and bladder augmentation were executed by standardized techniques by highly experienced surgeons. Urethral catheter was left in place and suprapubic catheter was kept, being removed after 7 and 14 days respectively. Currently, the patient is experiencing low-volume incontinence with no impact in quality of life and preserved renal function.

CONCLUSION

The BNS can be successfully managed with RA reconstructive surgery, even with small-capacity bladders. In this case report, we describe a technique for reconstruction with subtrigonal inlay of buccal mucosal graft plus ileocystoplasty, with good results.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ROBOTIC-ASSISTED PYELOLITHOTOMY FOR RENAL CORAL CALCULI IN OLDEST PATIENT – CASE REPORT AND SURGICAL TECHNICAL DESCRIPTION

Martin Christofe, N⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Bicudo Ting, JG⁽²⁾; Bicudo, MC⁽¹⁾; Duarte Kirche, I⁽¹⁾; Benjamin Rosa da Silva, R⁽¹⁾; Silva Nogueira Luz, J⁽³⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Caserta Lemos, G⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil. ⁽²⁾Urologia, Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, Brasil. ⁽³⁾Cirurgia Geral, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Over the past 100 years, a series of technological advancements such as the cystoscopic lithotrite (1912), rigid ureteroscope (1929), flexible ureteroscope (1964), percutaneous nephroscope and extracorporeal shock wave lithotripter (1980) have transformed the surgical treatment of urolithiasis. Nowadays, the robotic surgery is the reality in many countries and despite guidelines like the American Urological Association (AUA) recommend against this kind of surgery, we can see a emerging use in lithiasis cases.

In the last AUA recommendation, stones larger than 20mm, must be done by percutaneous lithotripsy (PCNL) but their stone-free rates (SFR) range from 77-83% and around 50%, for non-staghorn and staghorn stones, respectively, besides a high retreatment level, around 30-40%, with main complications like bleeding, elevate transfusion rate, sepsis and pleural or bowel injuries.

The advent of robotic-assisted surgery is a reality to change this scenario. Hemal et al. performed 50 complex stone cases using robot-assisted surgery of which 29 of them included RPL with pyeloplasty with SFR of 93%.

Case report

This is a 79-year-old man with hypertension, obesity and an aortic aneurysm who is taking anticoagulants and platelet antiaggregant with a high cardiovascular risk. He presented with low back pain and during diagnostic examinations a 60mm coralliform stone was found in his right kidney.

Due to the comorbidities and the high surgical risk, as well as the high failure rate in a single procedure, it was decided to perform robotic-assisted pyelolithotomy. The procedure was performed with the patient in the left lateral decubitus position, similar to what is done for nephrectomy. Four trocars were inserted for the robotic optics and the three arms of the Xi robotic platform. The procedure extended for approximately 80 minutes, with no bleeding and no clinical instability with complete removal of the calculi without its fragmentation. The patient was discharged on the first post-operative day with no complaints.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL + DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA

Benítez, A; Frenk, C; Robson, JF; Íñiguez, S; Henríquez, D; Vega, A; Walton-Díaz, A; Román, JC; Vilches, R

Introducción

La cistectomía radical mediante cirugía abierta es considerada el tratamiento de referencia para el cáncer de vejiga con invasión muscular. Nuevas técnicas mínimamente invasivas han surgido en los últimos años con buenos resultados oncológicos, menor sangrado y menor tasa de complicaciones.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de cistoprostatectomía radical más derivación urinaria intracorpórea laparoscópica

Resultados

Se describe cirugía de paciente masculino de 63 años, con antecedente de tabaquismo suspendido hace 20 años. Presenta historia de hematuria macroscópica. Se realiza estudio con UroTAC objetivando tumor vesical de 42 mm, sin evidencia de diseminación a distancia. Se realiza resección transuretral de vejiga (RTU-V) confirmando un carcinoma urotelial de alto grado que compromete musculo detrusor. Se decide realizar cistoprostatectomía radical más derivación urinaria laparoscópica intracorpórea, llevada a cabo sin incidentes. Sangrado estimado 400 cc, estadía hospitalaria de 4 días. Biopsia indica pT0 en vejiga, próstata con adenocarcinoma ISUP 3 (T2), márgenes quirúrgicos negativos, linfonodos negativos. Descripción de la técnica detallada en el video.

Conclusión

El conducto ileal intracorpóreo después de una cistectomía radical laparoscópica es seguro, factible y reproducible, con buenos resultados oncológicos y postoperatorios. El manejo ureteral en esta técnica permite utilizar segmentos ureterales más cortos, además de una menor tracción del uréter y así menos daño de la vasculatura ureteral, resultando finalmente en menos complicaciones post operatorias.

Palabras claves: Cáncer de vejiga, laparoscópico, derivación urinaria

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RECONSTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ANASTOMOSIS VESICoureTRAL LUEGO DE DEHISCENCIA POST PROSTATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

Soto, I⁽¹⁾; Salas, K⁽¹⁾; Bodden, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Pacífica Salud. Panama, Panama.

Introducción

La dehiscencia de la anastomosis vesicouretral es una complicación a corto plazo que ocurre entre el 0.3-15% de los casos. El objetivo es presentar un vídeo paso a paso de la reparación laparoscópica de una fuga de anastomosis vesicouretral después de una prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot.

Material y Métodos

Varón de 59 años con PSA de 11.5, tacto rectal normal y sin síntomas urinarios con diagnóstico de cáncer de próstata de riesgo intermedio desfavorable se le realiza prostatectomía asistida por robot y disección de ganglios linfáticos pélvicos. La reconstrucción del cuello vesical se realizó con sutura V-lock 3-0. Seis días después de la cirugía el paciente desarrolló náuseas, vómitos, distensión abdominal aguda. Con creatinina en 6,75 mg/d, tomografía computarizada reveló fuga de anastomosis y abundante líquido intraabdominal. Se realizó una cistoscopia flexible para evaluar ubicación y tamaño del agujero. Los hallazgos derivaron a un abordaje quirúrgico. Se realizó laparoscopia debido a que el robot se encontraba en uso en ese momento. El acceso a la anastomosis se vio dificultado por íleo, líquido intrabdominal y adherencias de fibrina. La fuga se confirmó después de ver el globo del catéter de Foley por un agujero en la reconstrucción del cuello de la vejiga del lado derecho. El defecto se corrigió con doble capa, pasando sutura v-lock 3-0 y 2-0.

Resultados

El paciente fue dado de alta después luego de 3 días de antibióticos intravenosos con creatinina sérica normal. El catéter vesical se retiró 3 semanas después de la operación luego de un cistograma que no evidencio fuga de la anastomosis. El paciente estaba continente luego de retirar el catéter. Al año postoperatorio se encuentra asintomático con PSA indetectable, sin incontinencia y con erecciones presentes.

Conclusiones

La fuga de la anastomosis es una complicación a corto plazo que ocurre independientemente del abordaje utilizado para realizar la prostatectomía radical y puede generar repercusiones en la calidad de vida del paciente. El parámetro mas importante para evitarla y saber manejarla es la experiencia del cirujano.

Palabras clave: Dehiscencia, anastomosis, prostatectomía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-39

BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN GUIADA CON MICROULTRASONIDO: VÍDEO DESCRIPTIVO DE LA TÉCNICA IMPLEMENTADA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE REFERENCIA NACIONAL

Gurovich, J⁽¹⁾; Mohr, E⁽¹⁾; Frenk, C⁽¹⁾; Lopez, L⁽¹⁾; Benitez, A⁽¹⁾; Cañas, R⁽¹⁾; Avila, C⁽¹⁾; Schaub, A⁽¹⁾; Marchant, F⁽¹⁾; Acevedo, C⁽²⁾; Olmedo, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, State or Province. ⁽²⁾Santiago, Chile.

Introducción:

El diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) depende de la realización de biopsia prostática sistemática y dirigida. El Microultrasonido (MicroUS) corresponde a un equipo de alta resolución de 29 MHz, con una resolución tres veces mayor al ultrasonido transrectal convencional. Las biopsias prostáticas guiadas por MicroUS han demostrado una alta sensibilidad para la detección de CaP clínicamente significativo (CaPcs). Además, al corresponder a una técnica transperineal, disminuye significativamente la incidencia de complicaciones infecciosas.

Materiales y métodos:

Video descriptivo con relato docente de la realización de una biopsia prostática transperineal por fusión guiada con MicroUS en un centro docente de referencia nacional.

Resultados:

Se describe la técnica en el caso de un paciente de sexo masculino de 62 años, con antecedente de Hipertensión arterial y crecimiento prostático sintomático en tratamiento médico con Tamsulosina 0.4mg más Dutasteride 0.5mg desde hace 3 años con mala respuesta sintomática. Dentro del estudio destaca un APE de 3.8 ng/ml en Septiembre de 2023 y un nuevo APE de control en Abril de 2024 de 7.6 ng/ml y tacto rectal no sospechoso. Se realiza estudio con Resonancia nuclear magnética multiparamétrica de próstata que describe un volumen prostático 103 ml con lesión sospechosa PI-RADS 4 en zona periférica derecha en tercio medio y densidad APE 0.07. Se indica biopsia prostática transperineal por fusión con uso de MicroUS. Procedimiento ambulatorio con profilaxis antimicrobiana en monodosis de amikacina, posición de litotomía, sedación y anestesia local. Se realiza punción sistemática con 10 muestras y punción a lesión target 4 muestras guiado por fusión de la imagen previamente cargada en software y guiado con MicroUS. Descripción detallada de la técnica en vídeo explicativo

Conclusión:

El objetivo de este trabajo es presentar un video descriptivo para dar a conocer la implementación y los consejos prácticos de esta técnica, en un centro docente de referencia nacional, donde hemos logrado mantener una alta tasas de detección de CaPcs asociado a una baja tasa de complicaciones manteniendo una buena tolerancia del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-40

MASTERING CHALLENGES: SUCCESSFUL ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY IN A SOLITARY KIDNEY WITH EXTENSIVE ADHESIONS USING OFF-CLAMP TECHNIQUE AND INTRAOPERATIVE ULTRASONOGRAPHY

Kirche-Duarte, I⁽¹⁾; Andrade, GM⁽¹⁾; Kayano, PP⁽¹⁾; Teles, SB⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Christofe, NM⁽¹⁾; Barbosa, ARG⁽¹⁾; Lemos, GC⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

Introduction: The increasing incidence of renal tumors and the evolving landscape of minimally invasive surgery underscore the importance of advanced techniques in nephron-sparing surgery. This study presents a case of a right robotic partial nephrectomy (RPN) in a solitary kidney, which had previously undergone nephron-sparing surgery (NSS) for a renal tumor. The procedure was complicated by extensive adhesions, necessitating meticulous surgical planning and execution.

Methods: A detailed preoperative assessment was conducted, including imaging studies to evaluate the extent of the tumor and the surgical challenges posed by previous interventions. The surgery was performed off-clamp to minimize ischemic damage to the solitary kidney. Intraoperative ultrasonography (USG) was utilized before, during, and after the resection to ensure complete excision of the tumor and to preserve maximum renal parenchyma. The robotic platform was essential for ensuring a complete resection with minimal blood loss.

Results: The procedure was successfully completed with clear margins confirmed via intraoperative USG, and the pathology confirmed clear cell carcinoma. The use of the robotic platform facilitated the dissection, tumor resection, and the suture of parenchyma for hemostasis. The patient was discharged after 2 days without any major complications and with preserved renal function, as evidenced by stable postoperative serum creatinine levels and glomerular filtration rate (GFR).

Conclusion: This case highlights the feasibility and efficacy of robotic partial nephrectomy in complex scenarios involving solitary kidneys with prior surgical interventions. The integration of intraoperative ultrasonography was essential for complete resection and maximized glomerular preservation. These findings support the continued use and development of robotic-assisted techniques for challenging nephron-sparing surgeries, emphasizing their role in enhancing surgical precision and patient safety.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA EN TUMOR DE 16 CM: DESAFIANDO LÍMITES

Frenk, C; Benítez, A; Robson, JF; Soublette, O; Orellana, S; Orellana, N; Kerkebe, M

Introducción

La selección del tipo de cirugía para tumores renales etapa T2 o mayor sigue siendo controversial. Con la adopción de enfoques mínimamente invasivos para la cirugía renal, principalmente la cirugía asistida por robot, se ha logrado realizar nefrectomías parciales (NP) en tumores complejos con buenos resultados oncológicos, menor sangrado y menos complicaciones, logrando de forma exitosa la preservación renal.

Materiales y Métodos

Vídeo descriptivo con relato docente de nefrectomía parcial izquierda robótica.

Resultados

Se describe cirugía de paciente masculino de 48 años, sin antecedentes mórbidos.

En contexto de dolor epigástrico se realiza ecografía abdominal que evidencia tumor renal izquierdo. Se realiza estudio con UroTAC objetivando tumor renal izquierdo de 16 x 13 x 8 cm, Renal Score 11p.

Se decide realizar nefrectomía parcial robótica, llevada a cabo sin incidentes. Tiempo operatorio 6 hrs y 30 minutos, sangrado estimado 100 cc, tiempo de isquemia 37 minutos con 36 segundos, tiempo de consola 4 hrs y 55 minutos. Evolución post operatoria sin incidentes, dado de alta al 5° día.

Biopsia objetiva un carcinoma de células claras, márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusión

La NP es comparable con la nefrectomía radical en la sobrevida cáncer específica. Además, independiente del tamaño tumoral y su ubicación, la preservación de ambos riñones tiene impacto en la sobrevida general. Por lo anterior, siempre que se pueda reseca la masa tumoral en su totalidad, quedando parénquima renal viable, se debe optar por una NP.⁷

Palabras claves: Cirugía robótica / Cáncer renal / Nefrectomía Parcial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

A RARE CASE OF LYMPH NODE METASTATIC SERTOLI CELL TUMOR OF TESTIS

Martin Christofe, N⁽¹⁾; Rodrigues, AF⁽²⁾; Baccaglioni, W⁽¹⁾; Castillo, SN⁽¹⁾; Duarte Kirche, I⁽¹⁾; Arakaki Gushiken, F⁽¹⁾; Bianco, B⁽¹⁾; Caserta Lemos, G⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil. ⁽²⁾Urologia, Hospital Israelita Albert Einstein. Goiania, Brasil.

Sertoli cell tumors (SCT) of testes are a rare disease and the incidence is less than 1%, with weak evidence about clinical course, management and best treatment. There are three SCT's sub-types based on clinical and histopathological finds. A classic type, large cell calcifying Sertoli cell tumor and sclerosing Sertoli cell tumor and they show distinctive clinical and prognostic features. All germinal cell serum tumour markers are negative for all forms of SCT and is uncommon hormone disbalance, but in the classic subtype can appear around 11-25% of patients cause feminizing symptoms. Our patient present a classic subtype, or 'Sertoli cell tumours not otherwise specified' – varies between puberty and the ninth decade, mean age being 45 years (otherwise the median of 30 – 35 years old by another types) and this subtypes has a malignant course with distant metastasis or lymph node metastasis in 10 – 20% of patients. To corroborate this numbers, in a recent meta-analysis, Fankhauser et. al show an incidence of metastatic disease in 50 of 435 patients with SCT, around by 11% and they concluded that surgery leads to remission, whereas systemic treatment alone does not result in long-term remission.

We will report a 48-year-old health man with grown unpainful left testicular mass, without more complains. Not memorable in physical examination, unless a hard testicular mass around 5 cm. All tumor markers were negatives. The CT show a retroperitoneal para-aortic mass with 2,1 cm, with neoplastic characteristics. We performed orchiectomy whose anatomopathological finds was Sertoli tumor cells. In this scenario, we proceed with retroperitoneal laparoscopic lymphadenectomy. The results of the procedure were two positive nodes of 29 dissected nodes with the same histopathology. The procedures was performed with success, without significative bleeding. The patient was discharged one day after the procedure. Now, is in routine follow up without disease recurrence.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LINFADENECTOMIA INGUINAL BILATERAL Y PELVICA LAPAROSCOPICA (VEIL&LNPLAP): MANEJO MINIMAMENTE INVASIVO EN CANCER DE PENE ESTADIO IV

Vera Veliz, A^(1, 2); Rojas Salas, A⁽¹⁾; De Oliveira Costa, A⁽²⁾; Hassi Roman, M⁽³⁾; Ascanio Rojas, J⁽¹⁾; Pinto Martinez, U⁽¹⁾; Bustamante Valenzuela, P⁽¹⁾; Acuña Galvez, E⁽¹⁾; Orellana Sepulveda, S⁽⁴⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología, Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile. ⁽²⁾Unidad de Urología, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile. ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital DIPRECA - Hospital Felix Bulnes. Santiago, Chile.

⁽⁴⁾Servicio de Urología, Clínica Las Condes - Hospital El Salvador. Santiago, Chile.

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

MATERIAL-METODO:Reportamos un caso CaPN estadio-IV con respuesta completa a quimioterapia. Se realiza VEIL&LNPLAP de consolidación en el Hospital de Ovalle-Chile .

Caso:Paciente 52 años con antecedente de fimosis/balanopostitis crónica. Presenta tumor peneano distal más adenopatía inguinal palpable. RM peneo-pelvis: neoplasia peneana(4.9x5.3x3.8cm). Múltiples adenopatías inguinales bilaterales(12x19mm) y linfonodos ilíacos externos bilaterales(7mm), todos sospechosos de diseminación secundaria.

Penectomía parcial: Informe anatomopatológico: Carcinoma escamoso(5.6x3.7cm), compromete cuerpo esponjoso y tejido conectivo subepitelial. Margenes quirúrgicos negativos. CaPN pT2N3M0-EstadioIV. Respuesta completa tras 4 ciclos de TIP(paclitaxel-ifosfamida-cisplatino). Se decide VEIL&LNPLAP.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA QUIRÚRGICA: VIEL:Decúbito supino-posición francesa. Triángulo femoral delimitado, se demarca trayecto de vasos femorales. Incisión en muslo derecho, a 20cm del ligamento inguinal. Disección digital del plano bajo la fascia de Scarpa, se instala trocar 12mm(cámara). Se triangula instalación de 2 trocaries(5mm/trabajo). Apertura de fascia lata con Ligasure Maryland hasta plano muscular del aductor largo y sartorio. Disección ganglionar retrograda con hem-o-lock hasta ligamento inguinal. Liberación del triángulo femoral preservando vena safena. Se completa liberación y extracción ganglionar en bloque. Drenaje Jackson-pratt. Mismos pasos a izquierda. Sangrado:50cc: Tiempo quirúrgico:180min.

LNPLAP:Posición trendelenburg(25°) Pneumoperitoneo con aguja de Veress supraumbilical. Trocaries en abanico en pared abdominal (3 de 12mm/ 2 de 5mm). Apertura peritoneal. Se identifica ureter derecho y arteria umbilical ocluida. Disección del límite medial hasta la fascia endopélvica. Disección del plano lateral por medial al psoas hasta la pelvis. Disección de arteria y vena ilíaca externa derecha. Identificación del nervio obturador. Disección de ganglios ilioobturadores con Ligasure Maryland y hem-o-lock. Mismos pasos a izquierda. Sangrado estimado:50cc. Tiempo quirúrgico:90min

RESULTADOS:Alta 3er día post-op. Retiro de drenajes(14to día post-op; débito<50cc/24hrs). Actualmente asintomático. Informe anatomopatológico:no se identifican metastasis en ninguno de los grupos ganglionares examinados. Linfadenitis crónica inespecífica inguinal(0/10) e ilioobturatriz(0/15).

DISCUSIÓN:La técnica VEILmodificada preserva la vena safena y evita la transposición del músculo sartorio, con baja morbilidad, una recuperación precoz y sin comprometer resultados oncológicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

MODELO DE IMPRESION 3D EN SILICONA: UN NUEVO INSTRUMENTO DE ENTRENAMIENTO EN TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO

Castillon Vela, IT⁽¹⁾; Gómez González, B⁽²⁾; Prieto Matienzo, L⁽³⁾; Pozo Jiménez, G^(1, 3); Galante Romo, I^(1, 4); Cogorno, W^(1, 5)

⁽¹⁾Urología, HU Nuestra Señora del Rosario. Madrid, España. ⁽²⁾Urología, Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, España. ⁽³⁾Urología, HU Puerta de Hierro MAjadahonda. Madrid, España. ⁽⁴⁾Urología, Clínico San Carlos. Madrid, España. ⁽⁵⁾Urología, HU La Princesa. Madrid, España.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La técnica quirúrgica del trasplante renal es una compleja combinación de cirugía vascular y de la vía urinaria. El trasplante renal robótico es una nueva técnica de creciente implantación realizado principalmente en trasplante renal con donante vivo. La formación y el entrenamiento de los cirujanos antes de la puesta en marcha de un programa de trasplante renal robótico son factores limitantes para una mayor difusión de la técnica. El propósito del presente video es presentar un nuevo modelo de simulación para el entrenamiento del trasplante renal robótico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando técnicas de impresión 3D, se ha construido un modelo físico de simulación de trasplante renal en silicona . Se reproducen los diferentes elementos que intervienen en el trasplante renal.

El modelo se presenta en una bandeja de impresión 3D en la que se insertan los ejes vasculares arterial (aorta iliaco) y venoso (vena cava-venas ilíacas), y la vejiga.

Se ha diseñado un modelo de riñón, como elemento fijo, en el que se insertan los vasos renales y la vía urinaria (componente fungible)

Utilizamos el Sistema robótico Da Vinci Xi para la realización del trasplante renal en el modelo.

RESULTADOS

Se han completado con éxito el trasplante renal incluyendo

- Anastomosis venosa termino lateral a vena iliaca externa con sutura de Gore Tex 5-0
- Anastomosis arterial termino lateral a iliaca común o externa con sutura de polipropileno 6-0
- Reimplante ureteral extravesical con técnica de Lich Gregoir con sutura

CONCLUSIONES

El modelo de trasplante renal permite el entrenamiento del trasplante renal incluyendo diferentes variaciones técnicas en función de las características del injerto y el eje vascular del receptor.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-45

NEW TECHNIQUE FOR CORRECTION OF VESICAL NECK STENOSIS AFTER TRANSVESICAL PROSTATECTOMY: SUBTRIGONAL ORAL MUCOSA GRAFT LAPAROSCOPIC

Saab Filho, JJ⁽¹⁾; Seabra Rios, L⁽¹⁾; Marconato, FHC⁽¹⁾; Auricchio, LM⁽¹⁾; Diegues, DC⁽¹⁾; Panhoca, R⁽¹⁾; França, WA⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, BRASIL.

1 – Introduction and Objective

With the aging of the population, surgeries related to Benign Prostatic Hyperplasia are increasingly common. The initial treatment is oral medication, with surgery when refractory. Transurethral resection of the prostate and prostatectomy are the main options; Surgeries can be complicated, with bleeding and bladder neck stenosis being the main complications in prostatectomy. The latter generally occurs after the sixth month, with an incidence of 0.3 to 9.7%. Among the therapies for strictures, we have urethral dilation, internal urethrotomy and bladder neck incision. However, these procedures may fail and reconstructive procedures will be necessary. Y-V neck plastic surgery or urethroplasty with bladder neck graft are options, which are less invasive and technically faster as pre-bladder access is not necessary. In this scenario, we perform bladder neck urethroplasty with a subtrigonal oral mucosa graft and we will present the video focusing on the technique and its advantages.

2- Method

Correction was performed on a 73-year-old patient who underwent Transvesical Prostatectomy 2 years ago, who in recent months had symptoms of emptying and storage until cystostomy was performed due to urinary retention.

3- Results

The laparoscopic approach was chosen due to its minimally invasive nature. The procedure is performed with two surgical teams to reduce operative time. One team was responsible for removing the buccal mucosa graft and the other for the urethroplasty. The procedure was performed in 4 hours. We opted for 2 urinary diversions, cystostomy and bladder catheter. On the 14th day after surgery, the indwelling urinary catheter was removed and on the 21st the cystostomy was removed. At the moment the patient is continent and satisfied with IPSS of 6 points and maximum flow of 16ml/s.

4- Conclusion

This report elucidates an elegant and less invasive reconstructive technique, with a high success rate due to the use of autologous tissue and a lower rate of urinary incontinence. Sub trigonal urethroplasty should have greater space in the long term, as it does not involve dissection close to the urinary sphincter, being a key factor for anatomical and functional success.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-46

GLANDULOPLASTÍA MÁS COLOCACIÓN DE PRÓTESIS TESTICULARES EN PACIENTE TRANSGÉNERO

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Arizu, M⁽²⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Rueda, MS⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Español. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Hay un número cada vez mayor de hombres transgénero y no binarios que se presentan para recibir tratamiento médico y quirúrgico. Existen múltiples tratamientos quirúrgicos que se les puede ofrecer para garantizar falos cosméticos y funcionales. Entre las 6 y 8 semanas posterior a una faloplastia, indiferentemente a la técnica quirúrgica utilizada, se realiza la glanduloplastia y en esta ocasión se coloca prótesis testiculares en caso haber realizado escrotoplastia. Entre las diferentes técnicas de glanduloplastia en faloplastia, en nuestra experiencia utilización injerto de piel fina, ya que esta misma otorga mayor aceptación cosmética.

Objetivo: Presentación de caso y descripción de técnica quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 30 años, con identidad transgénero masculino. Con antecedente quirúrgico de mastectomía bilateral, anexohisterectomía, colpectomía y faloplastia abdominal en el año 2022.

Conclusión: En nuestra experiencia la glanduloplastia presenta buenos resultados cosméticos por parte del paciente, como del cirujano, y en la mayoría de los casos se aprovecha el acto quirúrgico para realizar la colocación de prótesis testiculares

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-47

FALOPLASTÍA CON COLGAJO LIBRE ABDOMINAL MÁS URETROPLASTÍA CON COLGAJO LIBRE DE ANTEBRAZO.

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Arizu, M⁽²⁾; Giraldo, C⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Hospital Evita Pueblo. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: A pensar que existe una gran variedad de técnicas de faloplastias para la cirugía de confirmación de género masculinizante. Una de incógnita, es el desarrollo de uretra, que permite al paciente micciones en posición de pie. Muchos pacientes muestran una aceptación muy baja de la cicatriz de la zona donante del antebrazo porque la consideran una “marca” de ser transgénero y no la pueden ocultar cuando usan ropa típica de primavera y verano. Con la intención de disminuir la morbilidad del antebrazo, utilizamos dos técnicas conocidas como la faloplastia abdominal, que presenta buenos resultados tanto cosméticos como funcionales, a pensar que su limitación es el desarrollo uretral, por eso, utilizamos un colgajo libre de antebrazo solo para el desarrollo uretral nos permite disminuir la morbilidad en el antebrazo. Con respecto a las complicaciones uretrales, no existen estudios de buena calidad, pero probablemente presenten tasas similares o menores al desarrollo uretra utilizado con colgajo libre de antebrazo.

Objetivo: Presentación de caso clínico y descripción de la técnica quirúrgica.

Descripción: Paciente de 30 años, Hormonado. Sin antecedentes clínicos de relevancia. Antecedentes quirúrgico de anexohisterectomía total. En Seguimiento multidisciplinario. Se propone faloplastia con colgajo randomizado de abdomen con desarrollo uretra utilizando un colgajo libre de antebrazo.

Conclusión: La combinación de técnicas quirúrgicas para desarrollar falos de buena longitud y con desarrollo uretral impresiona ser una buena opción en pacientes seleccionados o que quieran disminuir la zona dadora del antebrazo. En nuestra experiencia demostró falos con buenos resultados cosméticos de longitud aceptable, logrando una gran disminución de los defectos del antebrazo y proporcionando una micción de pie

Financiamiento / conflicto de intereses: No

FALOPLASTIA CON COLGAJO LIBRE DE ANTEBRAZO EN PACIENTE CON PERDIDA COMPLETA GENITAL POR GANGRENA DE FOURNIER

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, LD; Arbizu, M⁽²⁾; Postan, D⁽³⁾; Pigni, F; Soneira, SA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Cirugía Plástica, Hospital del Quemado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La pérdida del pene y los testículos es un evento traumático con impacto significativo en la calidad de vida y bienestar psicológico, especialmente en pacientes cisgénero debido a condiciones como la gangrena de Fournier. La faloplastia con colgajo libre de antebrazo es reconocida por su efectividad y versatilidad en la reconstrucción, utilizando tejido del antebrazo para crear un falo funcional y cosmético. Aunque implica cirugía compleja y posibles complicaciones, permite a los pacientes recuperar funciones como orinar de pie y, con prótesis, lograr penetración sexual. Los desafíos incluyen anastomosis vasculares y nerviosas complejas, y manejo de complicaciones como retracción del falo, con impacto psicológico significativo. Se requieren múltiples cirugías adicionales, como glanduloplastia y colocación de implante tisular para formar un escroto, aproximadamente dos meses después de la faloplastia inicial.

Objetivo: Presentación de caso clínico, descripción de técnica quirúrgica y resolución quirúrgica de caso

Conclusión: La faloplastia con colgajo libre de antebrazo sigue siendo la opción preferida para la reconstrucción del pene en pacientes cisgénero tras pérdida por condiciones como la gangrena de Fournier, debido a resultados positivos estéticos y funcionales. Permite alcanzar una apariencia genital masculina satisfactoria y restaurar funciones como orinar de pie y realizar actos sexuales penetrantes. Aunque implica múltiples procedimientos adicionales y riesgos, los beneficios superan estos para muchos pacientes. Es crucial un enfoque individualizado y considerar alternativas según cada caso en la cirugía reconstructiva genital.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-49

VAGINOPLASTIA CUTÁNEA PRIMARIA CON INVERSIÓN TOTAL DE PENE

Belinky, LD⁽¹⁾; Zamitto, LD⁽²⁾; Ramil, L⁽³⁾; Arbizu, M⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Carlos G Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Sanatorio Finocchetto. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las cirugías de resignación de género feminizantes han incrementado significativamente desde la promulgación de la Ley 26.743 en Argentina. Entre las diversas técnicas, la vaginoplastia con inversión peniana pura se destaca por su eficiencia funcional y cosmética en pacientes seleccionados. Esta técnica crea neovaginas con una profundidad adecuada sin necesidad de injertos, permitiendo autodilatarse y ofreciendo una satisfacción alta en términos de sensibilidad.

Objetivo

Presentar un caso clínico y describir la técnica quirúrgica de vaginoplastia con inversión peniana pura, destacando sus beneficios funcionales y estéticos.

Descripción del Caso

Se presenta el caso de una paciente de 25 años, transgénero femenino, en tratamiento hormonal y sin antecedentes clínicos relevantes. Bajo un seguimiento multidisciplinario, se propuso realizar una vaginoplastia con inversión peniana pura.

Durante la intervención, se utilizó tejido peniano invertido para formar la neovagina, preservando la sensibilidad erógena y logrando un resultado estético satisfactorio. No se requirieron injertos adicionales, lo que simplificó la intervención y redujo las posibles complicaciones postoperatorias.

Conclusión

La vaginoplastia con inversión peniana pura es una técnica quirúrgica válida y eficaz para la resignación de género en pacientes transgénero femeninas. Sus ventajas principales incluyen la creación de neovaginas con adecuada profundidad y capacidad de autodilatarse, así como la preservación de la sensibilidad erógena, sin necesidad de injertos adicionales. Estas características hacen de la vaginoplastia con inversión peniana pura una opción preferida en centros especializados.

Este trabajo respalda la utilización de esta técnica en pacientes seleccionados, destacando su relevancia en la cirugía de resignación de género y subrayando la importancia de un abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados quirúrgicos y postoperatorios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Índice de autores

Acevedo, Cristian	V-39
Acuña Galvez, Esteban	O-51 , V-24 , V-43
Águila, Felipe	V-13 , V-14
Aguirre Larracoche, Urko	P-12
Alcacio Mendoza, Jorge Augusto	O-21 , P-08
Alcaraz, Arthur Marques	O-30
Almanza Gonzalez, Mario Silvino	O-41 , O-42
Altez, Carlos	O-05 , O-08
Alvarez, Hector	P-04
Alvarez, Juan Manuel	V-30
Amarilla, Abel	P-13
Amaya, Camilo	O-46
Ambuila Facundo, Edna Rocio	P-03 , V-21
Ancona Pérez, Héctor Armando	P-17
Andrade, Cesar	O-46
Andrade, Guilherme Miranda	V-40
Andriola, Mauricio	V-14
Aparisi Solera, Mireia	P-21
Arakaki Gushiken, Felipe	V-42
Arbizu, Micaela	V-01 , V-04 , V-48 , V-49
Arizu, Micaela	V-05 , V-08 , V-10 , V-11 , V-46 , V-47
Armillas Canseco, Miguel Francisco	O-22
Arosemena, José	P-10
Arredondo Calvo, Pablo	P-07 , P-09 , V-22
Arriero, Maria G. V.	O-03 , V-02
Ascanio Rojas, Javier	O-51 , V-24 , V-43
Auricchio, Lorella Miranda	V-45
Auricchio, Lorella	V-33
Autrán Gómez, Ana María	O-34
Autran, Ana Maria	O-19
Avila, Cristobal	V-39
Baccaglioni, Willy	V-42
Bachur, Roberto	O-31
Bailón Chávez, Ulises Gabriel	O-41 , O-42 , P-08
Banda, Ruben	O-20 , O-50
Barbosa, Alan Roger Gomes	V-40
Barrera, Angela	O-46
Bavaresco, Mario Henrique Bueno	O-24 , O-25 , O-30
Bavaresco, Matheus Vieira	V-17
Becerra, Luis Miguel	O-46
Belinky, Javier	V-01 , V-03 , V-04 , V-05 , V-08 , V-10 , V-11 , V-46 , V-47 , V-48
Belinky, Leonardo Daniel	V-49
Benítez, Andrés	V-14 , V-37 , V-39 , V-41
Benjamin Rosa da Silva, Rafael	V-34
Berber Deseusa, Anuar Daniel	O-41 , O-42
Bernaschina Rivera, Claudia	P-05
Bianco, Bianca	O-16 , O-49 , P-01 , V-33 , V-34 , V-42
Biancucci, Matias	V-30
Bicudo Ting, João Gabriel	V-34

Bicudo, Maria Claudia	V-34
Birkner de Miguel, Santiago	V-30
Blas, Leandro	O-06 , O-09 , O-10
Bodden, Elias	P-10 , V-38
Borborema Teles, Saulo	P-01 , V-33
Brandau, Carolina	O-32
Brandau, Caroline	V-19 , V-26
Bravo Castro, Edgar Ivan	O-48
Breitenbach, Tiago C.	O-03
Britto, Alissa F. S. Britto	V-02
Britto, Alissa F. S.	O-03
Budib, Danilo	O-11
Bujaldon, Juan Manuel	O-19 , O-23 , O-26 , V-23 , V-30
Bustamante Valenzuela, Paz	O-51 , V-24 , V-43
Cabral, Renan D.	V-02
Cabrera Santa Cruz, Agustín	V-25
Cabrera, Johan	O-05 , O-07 , O-08
Camean, Juan Jorge	O-31
Camean, Juan	O-19 , O-27
Campos Castellanos, Jorge Alberto	V-18
Cañas, Rodrigo	V-39
Cañoles, Raúl	O-32
Carneiro, Arie	O-11 , O-16 , O-49 , P-01 , V-33 , V-34 , V-40 , V-42
Carrera Hermelo, Raúl	P-03 , P-07 , P-09 , V-21
Carvajal-García, Román	V-27 , V-28
Casadevall, David	O-18
Caserta Lemos, Gustavo	O-11 , P-01 , V-33 , V-34 , V-42
Castillejos Molina, Ricardo Alonso	O-22
Castillo-Douglas, Shirley	O-49
Castillo, Shirley Nicole	O-16 , V-40
Castillo, Shirley Nicolle	P-01 , V-33 , V-34 , V-42
Castillo, Shirley	O-11
Castillon Vela, Ignacio T.	O-35 , V-44
Castillon Vela, Ignacio	O-36
Castrejón Garcia, Jesús David	O-21
Castro Bac, Juan Francisco	O-39
Cavichione, Alexandre	V-33
Cereijo Tejedor, Daniel	P-11
Cha, Jonathan Doyun	O-16
Chemi, Joaquin	O-27 , O-31
Cholico Espericueta, Magnolia	V-18
Christofe, Nicolle Martin	O-49 , V-40
Cimbaro, Sabrina dayana	P-13
Cogo Badan, Stefano	O-49
Cogorno Wassylkovski, Leopoldo	O-35
Cogorno Wassylkowski, Leopoldo	O-36
Cogorno, Wassylkowski	V-44
Concepción Masip, Tomás	P-11
contreras, pablo	O-04 , O-06 , O-09 , O-10 , O-44 , O-45 , V-12 , V-13 , V-16
Coria Guzman, Daniel	O-19
Cornejo, Cristina	P-16
Corona Montes, Victor Enrique	O-21

Corrales, Mariela	O-08
Corrales, Mariella	O-05 , O-07
Correa Ochoa, José Jaime	O-18
Cortés-Vázquez, Yeniseik Delhi	O-01
Costa Junior, Renato Meirelles Mariano	O-30
Coteron Ochoa, Pedro Francisco	P-03 , P-07 , P-09 , P-12
Creixell, Abril	O-03 , V-02
Cruz Nuricumbo, Eduardo	P-20
Cuevas Catala, Paula	P-21
Cuevas Palomino, Angel	V-21
Cuevas, Pablo	O-32 , V-19 , V-26
Cunha da Silva, Rafael	P-01
Cunha, Rafael	O-11
da Silva, Gabriel V. M.	O-03
Daher, Youssef	O-28
De la Cruz, Jenny	P-22
De la Cruz, Manuel	P-22
De Oliveira Costa, Agnes	V-24 , V-43
Del Pilar Aycachi, Lucely	O-14
Delgado Corral, Aaron	O-33 , P-18 , V-20
Dellavedova, Tristan	O-18
Díaz Fuentes, Huber	P-17
Diaz Zorita, Victoria	O-06 , O-09 , O-10 , O-12 , O-23 , O-37 , V-12
Diaz-Zorita, Victoria	O-04 , O-26 , O-44 , O-45 , V-16
Diaz, Irene	P-21
Díaz, Verónica	P-16
Diegues, Daniel Charret	V-45
Diez Uribe, Irantzu	P-03 , P-07 , P-09 , V-21
Djordjevic, Nadia	O-18
Domínguez, Raimundo	V-29
Duarte Kirche, Ivan	P-01 , V-33 , V-34 , V-42
Duran Garcia, Luis	O-19
Ebel, Luis	O-32 , V-19 , V-26
Elejada Vargas, Iratxe	P-12
Encarnación Yiraldy, Meran	V-03 , V-11
Espinoza, Maximiliano	P-16
Esqueda Mendoza, Antonio	O-55 , P-20
Esturo Sacristán, Sara	P-03 , P-07 , P-09 , P-12 , V-21 , V-22
Farias, Joaquín	V-14
Faris, Sarah	O-34
favorito, laura	P-23
favorito, luciano	P-14 , P-23
Fernandes, Roni Carvalho	O-52
Fernandez Candia, Gaston	O-19 , O-27
Fernández Uriarte, Alaitz	P-12
Fernández-De Lara, Oscar Arturo	O-01
Fiandra, Daniel	O-04
Figueroa, Edgar	P-10
filgueira, guillermina	O-12 , O-44 , O-45
Filgueira, María Guillermina	O-37 , V-09
Filho, Joao Jorge Saab	O-24
Flores Enriquez, Jessica Fernanda	O-43

Flores Tapia, Juan Pablo	P-20
Flores, Francisca	O-32 , V-19 , V-26
Flores, Jessica	O-53
Foneron, Alejandro	O-32 , V-13 , V-19 , V-26
Foneron, Andrónico	O-32 , V-19 , V-26
França, Wagner Aparecido	V-45
França, Wagner	V-33
Frenk, Clara	V-14 , V-37 , V-39 , V-41
Fuentealba, Cynthia	V-32
Fullá, Juan	V-13
Galante Romo, Isabel	O-35 , O-36 , V-44
Galindo, Gabriel Franco de Camargo	O-16 , O-49
Gallego Sánchez, Jose Antonio	P-03 , P-07 , P-09 , P-12 , V-21 , V-22
Gallo, Carla	P-23
Galvis, Julian	O-46
Gambra Arregui, Leyre	P-03 , P-07 , P-09 , P-12
Gárate, Sebastián	V-19 , V-26
García Castillo, Edson Christian	O-22
García Ibañez, Joan	P-21
García Lopez, Denisse	O-33
Garnique Diaz, Emilio	V-25
Garza Sainza, Gerardo	V-20
Gavilan Leñam, Diego	O-13
Gavilán, Diego	O-32
Gazca Torres, Jorge Augusto	P-15
Gil Azkarate, Maitane	P-03 , P-07 , P-09 , P-12 , V-21
Giraldo, Claudia	V-03 , V-10 , V-47
Giunco, Lorenzo	P-11
Gómez F., Lisbeth	P-10
Gomez Garcia-Mampaso, Ignacio	O-35
Gomez Gonzalez, Beatriz	O-35 , V-44
Gómez Illanes, Reynaldo	V-07
González León, Tania	O-29 , O-38
González, Claudia	P-10
Gonzalez, Mario	O-17
Gorgen, Antonio R. H.	O-03 , V-02
Goya Mendiluce, Aintzane	P-12 , V-21 , V-22
Gras, Martinez	P-21
Gurovich, Joaquín	V-14 , V-39
Gushiken, Felipe Arakaki	O-16
Gutiérrez, Andrés Felipe	O-18
Hannas, Eduarda	P-14
Hassi Roman, Mario	V-43
Henríquez, Diego	V-37
Hernández Campoalegre, Michel	O-29 , O-38
Hernández González, Lucy	O-29 , O-38
Hernández Morán, Juan	O-18
Hernández Remess, Héctor	O-21 , O-41 , O-42 , P-08
Hofmann, Catalina	P-11
Hosman Basto, Ricardo	O-19
Hurtado, Jesus	P-04
Íñiguez, Sebastián	V-37

Jaspersen Gastelum, Jorge	O-21 , O-41 , O-42 , P-08
Jaunarena, Jorge Horacio	O-31
Jaunarena, Jorge	O-19 , O-27
Jimenez, Cristina	O-46
Jimeno Martín, Maria Isabel	P-12
Junior, Renato Meirelles Mariano Costa	O-24 , O-25
Kareaga Foruria, Esther	P-12
Kayano, Paulo Priante	V-40
Kerkebe, Marcelo	V-29 , V-32 , V-41
Kirche-Duarte, Ivan	O-16 , O-49 , V-40
Kirche, Ivan	O-11
Kuliniec, Iga	O-34
Lara, Lara	P-14
Lemos, Gustavo Caserta	O-16 , O-49 , V-40
Letowski, Tatiana	O-27 , O-31
Leyton, Rodrigo	O-19
López Alcina, Emilio	P-21
López Martinez, Leticia Inmaculada	P-03
Lopez, Francisco Miguel	O-15
Lopez, Lucas	V-39
López, María	O-18
Lozada, Dulce	P-04
Luz, Julio Silva Nogueira	O-16
Machado, Vinicius Ramos	O-24 , O-25 , V-17
Machuca Carhuapoma, Victor Manuel	V-25
Madden, Aideen	O-05 , O-07 , O-08
Maldonado-Avila, Miguel	O-01
Maneh, Siham	O-28
Manneh Kopp, Ray	O-18
Manzanilla Garcia, Hugo Arturo	P-08
Maqueda Vocos, Martin	O-04 , O-12 , O-15 , O-37 , V-09 , V-16
Maqueda, Martin	O-09 , O-10
March Villalba, Jose Antonio	P-21
Marchant, Fernando	V-14 , V-39
Marconato, Francisco Henrique Cavalli	V-45
Marín, Judith	O-18
Martin Christofe, Nicolle	O-11 , P-01 , V-33 , V-34 , V-42
Martinez Correa, Adrian	P-18
Martínez Delgado, Gullermo Hernán	O-22
Martinez Martinez, Martinez	P-21
Martinez, Levin	O-19
Martinez, Pablo F	O-20 , O-50
Martinez, Pablo	O-19
Massouh Skorin, Ragheb	V-06 , V-07
Maza Fernández, Carlos Antonio	O-38
Medina, Leonardo	P-02
Méndez, Samuel	O-40
Mendoza Chuctaya, Giuston	O-14
Mendoza, Manuel	O-55
Menke, Sebastian	O-18
Meran, Encarnacion Yiraldi	V-05
Mey, Lucas	V-30

Mingione, Pedro Dieb	O-52
Miranda Andrade, Guilherme	V-33
Moeda, Andre Silva Guimarães	O-30
Mohr, Ernesto	V-14 , V-39
Molina Diaz, Martin	V-25
Montagne, Vianette	P-10
Montero, Luis	O-47
Montes de Oca, Luis	O-19
Montes, Daviid	O-28
Morales Megret, María Karina	P-11
Morales, Ignacio	V-13
Moreno Cabrera, Juan Carlos	O-41 , O-42
Moreno López, María Paz	P-12
Moreno rosado, Angelica maría victoria	P-13
Moreno Valle, Melissa Elizabeth	O-42 , P-08
Moretto, Stefano	O-07
Morin-Rangel, Ma Josefina	O-01
Mosquera, Vanessa	O-46
Mota, Augusto	O-18
Muñoz, Benjamín	P-16
Muñoz, Gaston	O-19
Muñoz, Nelson	P-16
Musetti, Jorge	O-04
Nascimento, Lucas Antonio Pereira	O-24 , O-25 , V-17
Navarrete, Marcelo	O-32 , V-19 , V-26
Nieves Latimer, Gil	P-05
Nuñez Bragayrac, Luciano	V-25
Ochoa Ochoa, Esteban	O-23 , V-23 , V-30
Ochoa-León, Gastón	V-27 , V-28
Ochoa-Vega, Mario Eduardo	V-27 , V-28
Olarte Garcia, Alazne	P-12
Oliveira, Renan T.	O-03 , V-02
Olmedo, Tomás	V-39
Orellana Salinas, Nelson	O-19
Orellana Sepulveda, Sebastian	V-43
Orellana, Nelson	V-41
Orellana, Sebastián	V-41
Orozpe, Maritza	P-04
Ortiz Pinos, Oscar	O-53
Osornio Sanchez, Víctor	O-33 , P-18 , V-20
Oviedo, Martin	O-28
Oyanedel, Felipe	O-32 , V-19 , V-26
Paez, Johanna	O-46
Palacios Bassantes, David Andres	O-43 , O-53
Panhoca, Renato	O-24 , O-25 , O-30 , V-17 , V-45
Pardo Duarte, Paola	P-21
Pardo, Luis Felipe	O-46
Paterzani, Alexandre Dib	O-49
Patino, Guillermo	P-04
Pedro Silva, Isis Emerita	P-22
Peixoto Costa, Pedro Henrique	P-01 , V-33
Peña, Jordi	O-05 , O-08

Peralta Pomahuacre, Edwin	V-25
Pereira, Jorge	P-14
Perez Becerra, Rodrido	P-18
Perez Becerra, Rodrigo	O-33 , V-20
Pérez Castro, Carmen	O-38
Perez, Norah Valeria	O-49
Pigni, Fernando	V-48
Pino, José	O-40
Pinto Martinez, Ulises	O-51 , V-24 , V-43
Piñats, Nicolás	V-29
Piñeiro, Natalia	P-16
Pizzarello, Javier Ignacio	O-15
pizzarello, javier	O-06 , O-44 , V-09 , V-12 , V-16
Plata Bello, Ana Cristina	P-11
Polanco Gudiel, Estuardo	O-39
Polo, Natalia	O-18
Popescu, Razvan	O-05 , O-07
Postan, Daniel	V-48
Pozo Jiménez, Gema	O-35 , O-36 , V-44
Prieto Matienzo, Laura	O-36 , V-44
Puello Guerrero, Adrian	O-18
Quara, Alberto	O-07 , O-08
Quelle Santana, Liliam	O-29
Quintana Rodríguez, Maykel	O-29 , O-38
Quintana, Eduardo	O-32
Quiñones, Camila	V-32
Ramil, Lara	V-01 , V-04 , V-08 , V-49
Ramila Falla, Gabriel	O-39
Ramírez García, José Manuel	O-19 , P-15
Ramírez-Pérez, Erick Alejandro	O-01
Ramos Chuctaya, Kevin	O-14
Ramos Mora, Jorge Yoel	V-25
Reyes Arias, Oscar	P-15
Reyes-Sanchez, Edgardo Adair	O-01
Riaza Montes, Maria	P-03 , V-21
Ribeiro, Eduardo	P-14
Rico, Luis	O-04 , O-06 , O-09 , O-10 , O-44 , O-45 , V-12 , V-16
Rios Pita, Hernando	O-19 , O-23 , O-26 , V-23
Ríos-Palacios, Roberto Alejandro	V-27 , V-28
Rios, Luis Augusto Seabra	O-25 , O-30 , V-17
Rius Bilbao, Leire	P-03 , P-07 , P-09 , P-12
Robson, Juan Francisco	V-29 , V-32 , V-37 , V-41
Rodrigues, Antonio Flávio	V-42
Rodriguez Cadenas, Sonia	P-09
Rodríguez González, Orión Erenhú	O-48
Rodríguez-Suárez, Pedro Armando Tadeo	O-01
Rodriguez, González Cobián	O-21
Rojas Salas, Andrea	O-51 , V-24 , V-43
Rojas Solís, Pablo Francisco	P-20
Román, Juan Carlos	V-37
Romeo, Agustin	O-20 , O-50
Romero V, Juan E	O-28

Romero, Daniel	O-40
Romero, Ignacio	O-19
Rosario Almonte, Nelson	O-55
Rosas Nava, Jesus Emmanuel	O-21 , O-41 , O-42 , P-08
Rosas-Nava, Jesus Emmanuel	O-01
Rosito, Tiago E.	O-03 , V-02
Rozental, Matías	V-32
Rueda, María Sol	V-46
Ruiz, Leticia	O-47 , O-54
Saab Filho, Joao Jorge	O-25 , O-30 , O-52 , V-17 , V-45
Saavedra Verduga, David Josue	P-20
Sabeh Hamdan, Pablo	O-15 , O-26 , O-37 , O-44 , O-45 , V-09 , V-12 , V-23
Sabeh, Pablo	O-06 , O-09
Salas, Keneth	V-38
Salcedo, Ignacio	O-18
Saldivia, Diego	V-29
Sampaio, Francisco Jose	P-23
Sánchez Ballester, Francisco	P-21
Sanchez Cavalheiro, Lucas Henrique	O-30
Sánchez Mata, Jesús Javier	O-29
Sanchez Nuñez, Juan Eduardo	P-08
Sánchez Ramírez, Victoria Wendoline	P-15
Sánchez Tamaki, Roberto	O-38
Sandoval Gómez, Ruffo Tadeo	P-17
Santiago González, Rubén Miguel Angel	O-33 , P-18 , V-20
Santomil, Fernando Mauricio	O-19
Santos, Matheus Vieira	O-24 , O-25 , O-30 , V-17
Sarró, Eduard	O-18
Sayeg-Lozano, Julian	V-27 , V-28
Schaub, Andrés	V-14 , V-39
Seabra Rios, Luis	V-45
Segura Díaz, Fernando	O-13
Segura, Fernando	O-32
Sesconetto, Lucas	P-01
Siado, Ronald	O-28
Silva Nogueira Luz, Julio	V-34
Silva Valido, Jorge Alberto	O-38
Silveira, Renata K.	O-03
Soares, Gregorio Pinheiro	O-24 , O-25
Soldano, Juan Mateo	O-12 , O-15 , O-37 , O-44 , O-45
Soneira, Sara Ayelen	V-03 , V-05 , V-08 , V-10 , V-11 , V-46 , V-47 , V-48
Soto, Irela	V-38
Soublette, Oscar	V-29 , V-41
Strzygowski Barbosa, Henri	O-11
Suaste Carmona, Brenda	O-48
Subiabre, María José	V-26
Suso, Daniel	O-46
Takemura, Lucas Seiti	O-16
Tavares, Patric M.	O-03 , V-02
Taype Rondan, Alvaro	O-14
Tejada Mordini, Jimena	O-18
Teles, Saulo Borborema	O-49 , V-40

Thomaz, Rafael D. G. R.	V-02
Tobia, Ignacio Pablo	O-19
Tobia, Ignacio	O-20 , O-50
Toledo Diaz, Mario Alberto	V-20
Toledo, Hernán	O-32 , V-19 , V-26
Toledo, Luis Gustavo Morato	O-52
Torres Gómez, Jesús Javier	O-48
Traxer, Olivier	O-05 , O-07 , O-08
Troncoso, Luis	O-32 , V-19 , V-26
Trujillo Ortiz, Luis	V-20
Uberetagoiena, Israel	P-02
Ubieta Tellechea, Irantzu	P-03
Ubieta Tellechea, Maite	P-07 , P-09
Vacaflares, Norah	V-33
Valdivieso, Juan Luis	O-18
Valenzuela, Christopher	V-14
Valle Eguiguren, María Mercedes	P-12
Vega Hermosillo, Romina	O-34
Vega, Andrés	V-37
Velarde Ramos, Laura	V-06
Velásquez, Luis Felipe	V-29
Vera Veliz, Alvaro	O-51 , V-24 , V-43
Vernengo, Ernesto	P-13
Vieyra Valdez, Omar	O-33 , P-18 , V-20
Vilches, Roberto	V-37
Villalba Bachur, Roberto	O-27
Villamil, Wenceslao	O-19 , O-20
Villamil, Wenceslao. A	O-50
Villanueva Caballero, Grethel	P-17
Villareal, Nicolás	O-18
Villaronga, Alberto	O-31
Villasante, Nicolas	O-12 , O-15 , O-37 , V-09
Villoldo, Gustavo Martin	O-31
Villoldo, Gustavo	O-27
Vitagliano, Gonzalo	O-19 , O-23 , O-26 , V-23 , V-30
Walton-Diaz, Annerleim	V-37
Westendarp, Matias	O-32
Zabalo San Juan, Ander	P-03
Zamitto, Leonardo Daniel	V-01 , V-03 , V-04 , V-05 , V-08 , V-10 , V-11 , V-46 , V-47 , V-48 , V-49
Zeballos, Javier	O-04
Zhao, Lee C.	V-02
Zuñiga Hidalgo, Jacqueline Paola	O-43