



CONGRESO VIRTUAL



22 - 25 de Octubre del 2020

RESUMENES TRABAJOS LIBRES



CONFEDERACION
AMERICANA
DE UROLOGIA



SIUP



Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica

Biopsia prostática transperineal por FUSION: Nuestros primeros resultados.

Frascheri, MF⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Bonanno, N⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

INTRODUCCION

En los últimos años se ha jerarquizado el uso de la RNM para el diagnóstico de cáncer de próstata, ya sea para dirigir la biopsia a aquellas lesiones sospechosas como así también para evitar la cirugía en aquellos pacientes con imágenes negativas. Existe evidencia controversial acerca de los resultados de biopsias Target y sobre la necesidad o no de realizar además biopsias sistemática. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar los resultados en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo en las primeras biopsias transperineales por fusión de RNM realizadas en nuestro centro.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva sobre los resultados obtenidos de 57 pacientes a los que se les realizó biopsia prostática transperineal por fusión entre enero de 2019 y junio de 2020. A todos se les realizó biopsia TARGET (BpT) y SISTEMATICA (BpS). Los resultados de la RMN multiparametrica fueron reportados según PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) Versión 2 por médicos de distintos centros. Para llevar a cabo la biopsia se utilizó el equipo BioJet (D&K Technologies). Se consideró como cáncer clínicamente significativo (CPcs) al hallazgo anatomopatológico de Gleason Score $\geq 3+4$.

RESULTADOS

La edad media fue de 66,4 años (50-86), PSA de 11,65 ng/ml (0,9-56,6), volumen prostático de 54cc (5-152) y tacto rectal positivo en 11 casos. Todos contaban con RMN positiva (PIRADS 3–5). Se diagnosticaron 25 pacientes (43.8%) con CPcs, 19 de estos (76%) con BxS y 23 (92%) con BpT, presentando un 24% y 8% de falsos negativos respectivamente.

Se diagnosticaron 8 (14%) y 5 (8.7%) casos de cáncer de próstata no significativo, y fueron negativas 30 (52.6%) y 28 (49.1%) biopsias, para BpS y BxT respectivamente. El VPN de BpT fue 90.9% vs 76% de BxS y la sensibilidad obtenida fue de 92% vs 76% para BpT y BxS respectivamente siendo ambas diferencias estadísticamente significativamente.

CONCLUSION

En nuestro centro, la BpT guiada por RNM permitió mayor precisión diagnóstica de CaP clínicamente significativo. La misma, ya sea por falta de precisión o variabilidad interobservador de las RMN, debe continuar realizándose en conjunto con la biopsia sistemática.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Detección de cáncer de próstata en biopsias transrectales dirigidas con fusión cognitiva.

Marin Martínez, FM^(1,2); Artes Artes, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; Garcia Porcel, V⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Guzman Martínez-Valls, PL⁽¹⁾; Sempere Gutierrez, A⁽¹⁾; Jiménez Lopez, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; Garcia Escudero, D⁽¹⁾; Sánchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Andreu Garcia, A⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Morgia Egea, JP⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia, España. ⁽²⁾MURCIA.

Introducción

La biopsia prostática sistemática guiada por ultrasonido transrectal (TRUS-SB), está limitada por la incapacidad de distinguir el cáncer de próstata (CAP) del tejido benigno. En consecuencia, repetir la TRUS-SB demuestra rendimientos de 10-25%. Las guías aconsejan realizar resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) cuando persiste la sospecha de CAP a pesar de TRUS-SB negativo, seguido de biopsia dirigida (BD) de regiones sospechosas de cáncer (CSR).

Objetivo

Determinar la tasa de detección de CAP en las BD con fusión cognitiva.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo de enero 2017 – octubre 2019, total de n: 49 pacientes se les realizó mpRMN y TRUS-SB + BD con fusión cognitiva de forma consecutiva, registramos la tasa de detección (TD) de CAP, su relación con la densidad de PSA y el tamaño tumoral. Estadísticos utilizados: Descriptivos (media, desviación estándar (SD) y porcentajes), Prueba T, Anova.

Resultados

Un total de 49 pacientes se les realizó TRUS-SB + BD con fusión cognitiva, la edad media fue de 67,24 (SD 7,25), volumen prostático medio de 78,55 (SD 42,12), PSA 10,16 (SD 5,07), media de biopsias previas 2,41(SD 0,57), la mpRMN reportó 25(51 %) pacientes con lesiones Pirads 4 y 24 (49%) Pirads 3, la media de tamaño de CSR 11,81(SD 4,5). La tasa de detección general de CAP fue de 40,8 %. El volumen tumoral (VT) en el grupo que se detectó CAP es mayor que el VT del grupo que no se detectó CAP de forma significativa (X: 17,85 (12,52) vs 13,41 (7,16) p=0,02). La densidad de PSA en el grupo que se detectó CAP es mayor que la densidad de PSA del grupo que no se detectó CAP de forma no significativa (X: 0,16 vs 0,15 p=0,7).

Conclusiones:

En nuestro centro tenemos una tasa de detección de CAP cuando combinamos la biopsia prostática sistemática mas la fusión cognitiva de un 40,8 % y de CAP clínicamente significativo de 20,40%. El volumen tumoral se relaciona con la detección del CAP, debemos tomar en cuenta que lesiones pequeñas que pueden dificultar la detección.

Palabras clave: Carcinoma, neoplasias de la próstata, biopsia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Caracterización de resultados de Resonancia Multiparamétrica de Próstata y su correlación con biopsia post operatoria

Urrutia, C⁽¹⁾; Aitken, C⁽¹⁾; Soto, S⁽¹⁾; Torres, B⁽¹⁾; Vilches, R^(2, 3); Vega, A⁽²⁾; Aliaga, A^(2, 3); Román, JC^(1, 2); Reyes, D^(1, 2); Walton, A^(1, 2)

⁽¹⁾Departamento de Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile. ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital San José. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo y estandarización de la resonancia magnética multiparamétrica de próstata (RMmp) ha permitido mejorar la detección de extensión extracapsular (EEC), pero su sensibilidad y especificidad aún es variable según centro. **Objetivo:** Correlacionar los hallazgos imagenológicos con la biopsia postoperatoria.

MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron pacientes operados de cáncer de próstata entre los años 2017 y 2020 con RMmp preoperatoria y se compararon los resultados con el informe de Biopsia. Se registraron las variables clínico-epidemiológicas y oncológicas basales. Se correlaciono la presencia de EEC en la resonancia y en la biopsia post operatoria. Se establecieron valores de sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS: De un total de 240 pacientes operados, 65 tenían estudio preoperatorio con RMmp constituyendo el grupo objetivo de nuestro estudio. La mediana de edad fue de 65 (59 -71) años, la mediana de APE fue 8,5 (5,2-14) ng/dL, el ISUP más frecuente 1 y 2 (70,7 %) y el estadio clínico más frecuente cT1c (64,6%). Se detectó EEC en el 35% de los casos en la RM y en el 25% en la biopsia postoperatoria. Se calculó la especificidad en el 73% y la sensibilidad en 60% para EEC con VPP 43% y VPN 85%. En relación al compromiso de vesículas seminales, este ocurrió en el 10 % de los casos en la RMmp y en el 12,5% de la biopsia, con Especificidad 91%, sensibilidad 20%, VPP 25% y VPN 89%.

CONCLUSIONES: Al establecer la correlación entre los hallazgos en la RM y la Biopsia, se obtiene Sensibilidad y Especificidad para determinar compromiso extracapsular y de Vesículas Seminales similar a la que se describe en la literatura.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de próstata, Resonancia multiparamétrica, Extensión extracapsular

Financiamiento / conflicto de intereses: No

GRADO DE ISUP EN BIOPSIAS PRE Y POST QUIRÚRGICA; DISTRIBUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y EFECTO EN UPGRADING

Torres, B⁽¹⁾; Aitken, C⁽¹⁾; Urrutia, C⁽¹⁾; Soto, S⁽¹⁾; Vilches, R^(2, 3); Vega, A⁽²⁾; Aliaga, A^(2, 3); Román, JC^(1, 2); Reyes, D^(1, 2); Walton, A^(1, 2); Escobar, D⁽⁴⁾

⁽¹⁾Departamento de Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile. ⁽³⁾Servicio Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Departamento de Matemática y Ciencia de la Computación, Universidad de Santiago. Santiago, Chile.

Introducción: Uno de los problemas en la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata radica en la discordancia que existe entre el resultado de la biopsia preoperatoria y el de la biopsia quirúrgica, lo que puede implicar conductas terapéuticas no adecuadas al riesgo real del paciente. Entre otras cosas, la actualización ISUP de clasificación histopatológica y el desarrollo de la biopsia dirigida por resonancia (fusión y cognición), han surgido como cambios que buscan mejorar este problema.

Material y métodos: estudio retrospectivo observacional. Se recopilaron datos de los pacientes con indicación de prostatectomía radical en 2 centros hospitalarios de la zona norte de Santiago entre el 2016 y el 2020. Se revisaron biopsias pre y post quirúrgica. Se analizaron los datos, agrupándolos por año. Se evaluó caso a caso si la biopsia quirúrgica tenía un ISUP igual, superior o inferior al de la biopsia diagnóstica y en base a eso se calcularon los porcentajes de upgrading y downgrading por año. Se aplicó análisis estadístico a los resultados.

Resultados: Se revisaron retrospectivamente biopsias 240 pacientes. Se excluyeron 3 casos por biopsia incompleta. Los porcentajes por ISUP en biopsia preoperatoria fueron 1: 38%, 2: 41%, 3: 10%, 4: 8%, 5: 3%. En la biopsia quirúrgica los ISUP fueron 1: 22%, 2: 39%, 3: 19%, 4: 13%, 5: 7%, resultando en un upgrade de 43% con un downgrade de 15% en forma global. Los porcentajes de upgrade por año fueron 2016: 55%, 2017: 52%, 2018: 46%, 2019: 35% y 2020: 25%. La disminución de upgrade por año es estadísticamente significativa en forma global y año a año ($p=0.0001$).

Conclusiones: en esta serie de casos se observa una tendencia estadísticamente significativa a la disminución del upgrading en biopsias quirúrgicas. Esto puede explicarse por la implementación de los nuevos criterios ISUP para clasificación histopatológica, o a mejora en la técnica de biopsia transrectal (cognitiva o por fusión). Reducir el upgrade se traduce en mejor información preoperatoria para la toma de decisiones en beneficio del paciente.

Palabras clave: upgrading, ISUP, biopsia prostática, cáncer de próstata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía radical asistida por robot : resultados en la continencia y función eréctil posoperatoria al preservar la fascia endopélvica

Suárez, S⁽¹⁾; Banda, E⁽¹⁾; Valverde, E⁽¹⁾

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

Introducción :

La cirugía robótica ha permitido una disminución en la morbilidad posoperatoria en prostatectomía radical así como, en tiempos de hospitalización, recuperación posoperatoria en un corto período de tiempo. Existen variaciones en la técnica quirúrgica, la elección del tipo de técnica debe realizarse según la experticia del cirujano y buscando los mejores resultados posoperatorios para los pacientes.

En la técnica de preservación de la fascia pélvica lateral o fascia endopélvica (velo de Afrodita) lo que buscamos es, disminuir el daño neurovascular ocasionado durante la apertura de dicha fascia, para lograr una mejor preservación de la función eréctil posoperatoria y de la continencia urinaria .

Materiales y métodos :

Realizamos un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo y analítico de las historias clínicas de los hallazgos preoperatorios y posoperatorios de los pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica, Se incluyeron las cirugías realizadas en el 2018 con técnica convencional (apertura de fascia endopélvica) y las cirugías realizadas en el año 2019 las cuales tuvieron variación en la técnica quirúrgica al respetar la fascia endopélvica. Se analizaron variables preoperatorias (edad, PSA, continencia, escala de Gleason) , y variables postoperatorias (Gleason, continencia, función eréctil, márgenes quirúrgicos) .

Resultados:

Se incluyeron 37 cirugías en el año 2018 y 26 cirugías realizadas en el año 2019. La edad media de los pacientes fue de 62 vs 63 años para el año 2018 y 2019 respectivamente . La tasa de continencia al 6to. meses posoperatorio fue de 81 % vs 84 % , la tasa de recuperación de función eréctil al 6to mes fue de 27 % vs 53,8 %.

Se evidenciaron cambios entre el Gleason preoperatorio y el posoperatorio. Los márgenes quirúrgicos positivos fueron 13,5% vs 30%, los cuales se relacionaron con un mayor estadiaje en el posoperatorio.

Conclusiones

Con los datos obtenidos podemos concluir inicialmente, que la técnica de preservación de la fascia endopélvica, mejora los resultados de función eréctil posoperatoria en los pacientes sometidos a prostatectomía radical asistida con robot, la continencia urinaria se recuperó en menor tiempo cuando se preservó la fascia endopélvica.

Palabras clave : Prostatectomía radical , fascia endopélvica, función eréctil.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA DE TUMORES LIPOMATOSOS ADRENALES: UN TRATAMIENTO QUIRURGICO SEGURO, INCLUSO EN TUMORES DE GRAN TAMAÑO

Vera Veliz, A⁽¹⁾; Olivares Cortes, V⁽¹⁾; Ibáñez Holmgren, H⁽¹⁾; Menchaca Cruzat, R⁽¹⁾; Abud Perez, M⁽²⁾; Narvaez Fuentes, P⁽¹⁾; Testa Sklofsky, I⁽¹⁾; Dominguez Argomedo, R⁽¹⁾; Rojas Crespo, J⁽¹⁾; Donoso Vasquez, R⁽¹⁾; Garcia Larrain, V⁽¹⁾; Orellana Salinas, N⁽¹⁾; Kerkebe Lama, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

INTRODUCCION: Los tumores lipomatosos adrenales (TLA) están conformados mayoritariamente por tejido adiposo, con una incidencia de 4-5 %. Este grupo incluye principalmente lipomas, angiomiolipomas y mielolipomas, siendo este último el más frecuente. A pesar de la naturaleza benigna y no funcional de estos tumores la indicación quirúrgica queda definida por la presentación clínica, tamaño (>4cm) y crecimiento en el tiempo. La vía de abordaje puede ser abierta o laparoscópica, determinada principalmente por el tamaño tumoral y la experiencia del equipo quirúrgico.

OBJETIVO: Reportar una serie de casos de TLA tratados por vía laparoscópica en nuestro centro, enfatizando 3 casos de tumores de gran tamaño (>10cm).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 65 suprarrenalectomías laparoscópicas realizadas en un hospital institucional único (Hospital DIPRECA-Chile) en el período 2003-2020. Se incluyeron aquellos casos cuyo informe anatomopatológico fue TLA.

RESULTADOS: El 12,3% (8pacientes) fueron diagnosticados como TLA. La edad media fue 58,7±9,9años, la mayoría eran mujeres(62,5%). Todos fueron asintomáticos y diagnosticados incidentalmente. El tamaño tumoral fue 7,8±2,7cm, distribuidos igualmente entre izquierdos/derechos. El 100% tuvo estudio funcional negativo y la indicación quirúrgica se basó principalmente en el tamaño tumoral (>4cm). El abordaje laparoscópico fue exclusivamente transperitoneal, la mediana de tiempo quirúrgico fue 95min(60-180min). No hubo complicaciones intra y/o post-operatorias ni conversión a cirugía abierta. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue mielolipoma (62,5%), seguido de lipoma (25%) y angiomiolipoma (12,5%). Destacamos 3 pacientes que presentaron tumores de gran tamaño (>10cm): 1 mielolipoma (10cm) , 1 lipoma (11,5cm) y 1 angiomiolipoma (12cm). El rango del tiempo quirúrgico fue 80-180min, cirugía sin incidentes. Los tres casos fueron resueltos con técnica laparoscópica pura, sin necesidad de asistencia manual.

CONCLUSION: Los TLA son poco frecuentes, sin embargo, en nuestra serie reportamos una incidencia mayor a lo descrito en la literatura. A pesar que habitualmente son tumores de comportamiento benigno y no funcionantes, entre los diagnósticos diferenciales encontramos teratomas maduros y liposarcomas. El tamaño tumoral es la principal indicación de resección en pacientes asintomáticos (potencial de malignidad, riesgo de complicación). En estos casos, la resolución quirúrgica vía laparoscopia, es el tratamiento estándar, incluso en aquellos tumores adrenales >10cm, siendo una alternativa segura al abordaje abierto.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Pielonefritis xantogranulomatosa: un reto actual para la laparoscopia

Rosas Nava, JE^(1, 2); Jiménez Cisneros, E⁽¹⁾; Duran Hernández, GA⁽¹⁾; García Carrillo, RA^(1, 2); Sánchez Nuñez, JE⁽¹⁾; González Bonilla, E⁽¹⁾; Maldonado Ávila, M⁽¹⁾; Tellez Sánchez, M⁽³⁾; Jaspersen Gastélum, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología Laparoscópica, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, Laparoscopia y Robótica, Hospital Ángeles del Pedregal. Ciudad de México, México. ⁽³⁾Urología, Hospital San Angel Inn Universidad. Ciudad de México, México.

Introducción. La pielonefritis xantogranulomatosa, es un proceso inflamatorio crónico, raro y severo del parénquima renal. El manejo definitivo es la nefrectomía y el abordaje laparoscópico ha sido considerado como una modalidad de tratamiento. El objetivo del trabajo es presentar los resultados de nuestra serie de nefrectomía laparoscópica en pielonefritis xantogranulomatosa.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 143 pacientes tratados con nefrectomía laparoscópica por exclusión renal, de los cuales 15 fueron por pielonefritis xantogranulomatosa en un periodo comprendido del 2011 al 2019. Se recolectaron los datos demográficos y clínicos, así como los resultados transoperatorios, complicaciones y días de estancia hospitalaria.

Resultados: Se realizó nefrectomía laparoscópica transperitoneal de forma exitosa en 15 pacientes con pielonefritis xantogranulomatosa sin necesidad de conversión; el tiempo transoperatorio promedio fue 124.4 minutos (rango 70 - 240); el sangrado transoperatorio fue de 148.5 ml (rango 30 - 550) sin requerimiento de transfusión sanguínea. No se reportaron complicaciones transoperatorias; se presentó una complicación en el posoperatorio (6.6 %) clasificada como Clavien Dindo I (infección de la herida quirúrgica). La estancia hospitalaria promedio fue de 2.85 días (rango 2 - 7). En general se observa una disminución en el tiempos quirúrgico, en la tasa de complicaciones, la tasa de conversión, sangrado transoperatorio y días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: El manejo definitivo de la pielonefritis xantogranulomatosa es la nefrectomía y el abordaje laparoscópico ha sido considerado como una modalidad de tratamiento a pesar de ser una patología que presenta un proceso inflamatorio severo y crónico, obteniéndose beneficios como disminución en el tiempo quirúrgico, menor sangrado, menor tasa de complicaciones y menos días de estancia hospitalaria, sin embargo, se debe contar con las habilidades y experiencia para realizar este tipo de abordaje.

Palabras clave: pielonefritis, xantogranulomatosa, laparoscopia.

Resultados perioperatorios de nefrectomía laparoscópica en pielonefritis xantogranulomatosa

Variable	Promedio
Tiempo quirúrgico	124.4 min (70 -240)
Sangrado transoperatorio	148.5 ml (30 -550)
Complicaciones	6.6 %
Días de estancia hospitalaria	2.85 días (2 - 7)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Complicaciones de la cirugía urológica mediante acceso lumboscópico

González León, T⁽¹⁾; Ochoa Gibert, Y⁽²⁾; Quintana Rodríguez, M⁽¹⁾; Ortega Vega, E⁽¹⁾; Sánchez Tamaki, R; del Toro Figueredo, Y⁽¹⁾; Olive Gómez, JE⁽¹⁾; Rodríguez Prieto, M⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Hospital Pediátrico del Cerro. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Bioestadística, Hospital Pediátrico del Cerro. La Habana, Cuba.

Introducción: La cirugía urológica mediante acceso lumboscópico es de elección para algunos grupos de trabajo, a pesar de que es más laboriosa y requiere mayor curva de aprendizaje que el abordaje transperitoneal. **Objetivo:** Describir las complicaciones del abordaje lumboscópico e identificar factores predictivos para su ocurrencia. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal, analítico, retrospectivo en 436 pacientes, entre 2008-2019, operados mediante lumboscopia. Se dividieron en cirugía de baja complejidad (25,2%): resección de quistes renales y otros retroperitoneales; cirugía de moderada complejidad (71,8%): nefrectomías, ureterolitotomías y pielolitotomías; cirugía de alta/extrema complejidad (3%): nefroureterectomías, enucleación de tumor renal y otras. Se emplearon frecuencias absolutas y relativas; prueba estadísticas Chi cuadrado y t de Student para el análisis univariado y Regresión Logística Múltiple para el multivariado ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Predominaron las pacientes femeninas y ASA II, los pacientes con diagnóstico de atrofia renal por enfermedades benignas (49,8%) y litiasis renoureteral (26,6%), así como, la nefrectomía simple (50,2%). El 16,1% de los pacientes tenían cirugía previa sobre la región lumbar ipsilateral y el 12,4% una derivación urinaria en el momento del abordaje lumboscópico. El tiempo quirúrgico promedio fue 146,1 minutos y la estancia hospitalaria 2,1 días. El 18,8% presentaron complicaciones (14% fueron infecciosas) y predominaron las de severidad Clavien Dindo grado II. La litiasis renal coraliforme ($p=0,000$) y no coraliforme ($p=0,013$), la técnica quirúrgica ($p=0,008$), el nivel de complejidad de la cirugía ($p=0,000$), el tiempo quirúrgico ($p=0,027$), el sangrado transoperatorio ($p=0,002$) y la estancia hospitalaria ($p=0,000$) se asociaron significativamente con la ocurrencia de complicaciones, pero solo la estancia hospitalaria resultó ser un factor de riesgo, después de realizar la regresión logística ($p=0,00$). **Conclusiones:** Los resultados perioperatorios fueron satisfactorios. Las complicaciones más frecuentes fueron las postoperatorias y de severidad grado II. Múltiples variables se relacionaron con la ocurrencia de complicaciones, pero solo la estancia hospitalaria se identificó como factor predictivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LAPAROSCOPIA UROLÓGICA, NUESTRA EXPERIENCIA. HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.

Barberán Véliz, D^(1, 2); Gonzalez Camacho, J⁽¹⁾; Ortega Barros, R⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción

La cirugía laparoscópica constituye una técnica en Cirugía general y especialidades, sus resultados efectivos le permitieron crecer rápidamente y su posicionarse como una opción en los tratamientos quirúrgicos. En su inicio era una opción solo para el diagnóstico, hasta que el Dr. Clayman publicó la primera nefrectomía laparoscópica por patología benigna en 1991, dando inicio a la etapa laparoscópica en Urología. La aceptación como opción fue tan vertiginoso, al punto que en la actualidad muchas guías la consideran con un nivel alto de evidencia y fuerte recomendación como 1era línea en el manejo de patologías de la glándula suprarrenal, riñón, uréter, próstata, e incluso estadiaje y resolución de patologías maligna. Este crecimiento ha servido de estímulo para la formación en esta técnica, que es en la actualidad una fortaleza en los servicios de urología. Su incorporación también ha tenido que franquear dificultades no sólo de aprendizaje y de costos, también de pensamientos social y de cirujanos que tenían o tienen aun en la cirugía convencional la única opción en el tratamiento de las enfermedades.

Materiales: Todos los pacientes tratados quirúrgicamente por laparoscopia en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil desde el año 2013 al 2020.

Metodos: Estudio retrospectivo, recopilación y análisis de la información de las historia clínica.

RESULTADOS: Se realizaron aproximadamente 139 cirugías laparoscópica desde julio del 2013 hasta junio 2020. Las patologías tratadas fueron: varicocelelectomía, quistectomía, nefrectomía (mano asistida laparoscopia pura), ureterolitotomía y Pielolitotomía y nefrectomía/ nefroureterectomía radical. Existieron 5 (3.59%) conversiones: 1 en quistectomía por lesión vascular que termino en nefrectomía y 4 en nefrectomía: por fibrosis retroperitoneal y dificultad en el manejo del hilio renal. Mortalidad 0 %.

CONCLUSIONES: La cirugía laparoscópica es el presente, la formación por niveles es la forma más adecuada de aprendizaje complementada que debe complementarse con el apoyo de las instituciones de salud. Es recomendable crear un programa de intercambio residentes/especialistas entre los diferentes servicios de urología para el aprendizaje de la técnica.

PALABRAS CLAVES: Urología, laparoscopia, aprendizaje.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

VENTAJAS Y RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA CIRUGÍA RENAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

Sánchez-Núñez, JE⁽¹⁾; Rosas-Nava, JE⁽¹⁾; Téllez-Sánchez, M⁽²⁾; Ramírez Beltrán, AA⁽¹⁾; González-Bonilla, EA⁽¹⁾; Doria-Lozano, MI⁽¹⁾; Corona-Montes, VE⁽¹⁾; Jaspersen-Gastélum, J⁽¹⁾; Maldonado-Ávila, M⁽¹⁾; Jiménez-Cisneros, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México, México.

Introducción. El envejecimiento es un proceso dinámico, la pérdida de las capacidades físicas y neuropsiquiátricas son determinantes para la categorización en este grupo etario. Un gran número de patologías de la disciplina urológica son altamente prevalentes en la población geriátrica y es factible abordarlos con técnica laparoscópica de manera segura. **Objetivo.** Comparar los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a cirugía renal laparoscópica entre dos grupos poblacionales, mayores de 60 años vs menores de 60 años. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, comparativo. Se incluyeron 448 que fueron sometidos cirugías renales por patologías benignas o malignas entre 2011-2019 en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se categorizaron en dos grupos: Grupo 1 < 60 años y Grupo 2 > 60 años. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado, los cálculos se realizaron con confiabilidad del 95% y un valor de p (< 0.05) considerado estadísticamente significativo. **Resultados.** En el grupo de mayores de 60 años, se encontró lo siguiente: Edad promedio: 67.1 años (60-83). IMC 28.3kg/m² (19-48.7). Desenlaces trans y postquirúrgicos: sangrado transoperatorio (STO) = 184.4cc (5-1700). Tiempo Quirúrgico = 112.6min (30-240). Días de estancia intrahospitalaria = 2 (1-7). Complicaciones en el 2.6% (Clavien-Dindo: I = 2; II = 1), no se requirió conversión en ningún paciente. No existieron diferencias estadísticamente significativas con el grupo 1, a excepción del STO. **Conclusiones.** Aunque existen algunos estudios en la literatura, no contamos con la evidencia suficiente para aseverar la seguridad y reproducibilidad de la cirugía laparoscópica en la población geriátrica, no obstante, la literatura actual sugiere que no existen diferencias clínicas y estadísticamente significativas asociados a la edad. Nuestro estudio es pionero en Iberoamérica en la evaluación de la población geriátrica y desenlaces con cirugía laparoscópica y recomendamos que los procedimientos renales con abordaje laparoscópico deben considerarse como la mejor estrategia en el manejo de patología renal benigna o maligna en los pacientes geriátricos.

Palabras clave: Adultos mayores. Laparoscopia. Desenlaces quirúrgicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía laparoscópica simple extraperitoneal. Resultados preliminares.

Quintana Rodríguez, M⁽¹⁾; González León, T⁽¹⁾; Sánchez Tamaki, R⁽¹⁾; Olivé Gómez, JE⁽¹⁾; Sánchez Heernández, EC⁽²⁾; Olivé González, JB⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Anestesia, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

Introducción: La cirugía convencional abierta ha sido de elección en adenomas prostáticos con indicación quirúrgica y volúmenes superiores a los 80 ml. La prostatectomía simple mediante abordaje laparoscópico (PSL) es una técnica mínimamente invasiva alternativa para estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar los resultados preliminares de la PSL en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo en una serie consecutiva de ocho pacientes con HPB a los cuales se les realizó PSL extraperitoneal, en un período de 10 meses. **Resultados:** La edad promedio fue 68 años. En la mayoría de los pacientes la cirugía se indicó por fallo del tratamiento farmacológico, los síntomas fueron severos según el IPSS preoperatorio (puntaje promedio de 29), el volumen prostático y el residuo vesical preoperatorios promedios estimados por ecografía fueron 93,5 ml y 167 ml, respectivamente. El sangrado y tiempo quirúrgico promedios: 533 ml (rango 400-1500 ml) y 161 min (rango 120-240 min), respectivamente. No se requirió conversión a cirugía abierta. Ocurrieron 3 (37,5%) complicaciones postoperatorias, según su severidad gradol-II, un paciente necesitó transfusión sanguínea. La estancia hospitalaria promedio fue 5,1 días y el tiempo de permanencia de la sonda vesical fue 6 días. En el postoperatorio se observó mejoría de la sintomatología (IPSS=5) y el residuo vesical promedio disminuyó a 17 ml. **Conclusiones:** La prostatectomía simple laparoscópica es una técnica factible y segura que permite enfrentar mediante cirugía mínimamente invasiva el tratamiento quirúrgico de los grandes adenomas prostáticos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

COMPARACIÓN DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS PRECOCES ENTRE CURVA INICIAL DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VS CURVA ESTABLECIDA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA

Soto, S⁽¹⁾; Aitken, C⁽¹⁾; Urrutia, C⁽¹⁾; Torres, B⁽¹⁾; Vilches, R^(2, 3); Vega, A⁽²⁾; Aliaga, A^(2, 3); Segebre, J⁽³⁾; Román, JC^(1, 2); Escobar, D⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile. ⁽³⁾Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Departamento de Matemática y Ciencia de la Computación, Universidad de Santiago. Santiago, Chile.

Introducción: La prostatectomía radical es el estándar en tratamiento del cáncer de próstata localizado. La cirugía mínimamente invasiva ha mostrado resultados funcionales y oncológicos comparables con el abordaje abierto, con ventajas como menor morbilidad. La cirugía laparoscópica convencional ha caído en desuso con el auge de la cirugía robótica, la que aún no está ampliamente disponible. Se ha planteado una alta curva para laparoscopia convencional. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo comparativo de pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta (PRA) o laparoscópica (PRL) por un mismo cirujano entre enero 2016 y abril 2020. Se registraron características clínico-epidemiológicas y oncológicas basales. Se registraron variables perioperatorias y resultados oncológicos precoces. Se realizó análisis estadístico para comparar los resultados entre ambos grupos.

Resultados: Se obtuvieron 18 pacientes para PRL y 41 pacientes para PRA. Las poblaciones fueron estadísticamente comparables en edad (66,7 vs 64,8 años), antígeno prostático específico (APE) (8,81 vs 14,6 ng/dL) y estadio clínico (cT1c 55,5% vs 56,1%), sin embargo, la serie PRL tuvo menos bajo riesgo (16,6 vs 26,8%) y más riesgo intermedio (55,5 vs 43%). En relación a las variables perioperatorias la PRL presentó menor sangrado intraoperatorio (302,7 vs 677,5 cc, $p < 0.001$), días de cateterización urinaria (9,38 vs 13,57, $p < 0,001$) y estadía hospitalaria (2,2 vs 4,2 días, $p < 0.001$), y mayor tiempo operatorio (233 vs 159 min, $p < 0.001$). En cuanto a los resultados oncológicos precoces, no hubo diferencia significativa en cuanto a márgenes positivos entre ambos grupos en términos globales (27,8 vs 36,5% $p = 0.697$), sin embargo, el análisis por subgrupos demostró que PRL tuvo menos margen positivo en pT2 (9,1 vs 29,4%, $p < 0.001$) y menos APE post-operatorio positivo (7,7 vs 10%, $p < 0,001$). No hubo diferencias en cuanto a complicaciones Clavien 3-5 (11,1 vs 29,7%, $p = 0.596$)

Conclusión: En esta serie la PRL fue superior en términos de sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria y días de sonda, con resultados oncológicos precoces y complicaciones comparables. Considerando que se trata de curva inicial vs una establecida de un mismo cirujano, parece ser que la PRL constituye una alternativa válida a desarrollar para el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Prostatectomía radical laparoscópica, Cáncer próstata, Laparoscopia oncológica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Es posible omitir la colocación de drenaje pelviano de rutina en la prostatectomía radical laparoscópica? Resultados preliminares de un estudio prospectivo.

Ringa, M⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Bonanno, N⁽¹⁾; Frasccheri, MF⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

Introducción: Al realizar una anastomosis de la vía urinaria sumado a la disección y resección de paquetes linfáticos, la colocación de un drenaje pelviano es considerado un procedimiento de rutina en la prostatectomía radical laparoscópica (PRL). La bibliografía demuestra que el mismo se asocia a dolor y en nuestra experiencia, notamos que no aportó beneficios en la evolución del paciente en el que fue posible una adecuada preservación del cuello vesical junto con anastomosis uretrovesical totalmente estanca y linfadenectomía minuciosa. Se diseñó un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar la posibilidad de omitir un drenaje pelviano de rutina en casos seleccionados.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de pacientes a los que se les realizó PRL entre Noviembre de 2016 y Abril de 2020. Se determinaron tres criterios para omitir la colocación de drenaje pelviano: Linfadenectomía pelviana con clipado estratégico de vasos linfáticos, adecuada preservación del cuello vesical y ausencia de fuga de orina bajo visualización directa luego del llenado vesical con 100 ml de solución fisiológica. Se analizaron variables demográficas, peri y post-operatorias, incluyendo complicaciones, patología y función sexual y miccional.

Resultados: De una serie consecutiva de 239 pacientes a los que se les realizó PRL, se omitió la colocación de un drenaje pelviano en 87. Se realizó linfadenectomía pelviana bilateral en el 100% de los casos con un promedio de 14 (7-31) ganglios resecados en el grupo sin drenaje (7-31) vs. 12 (8-27) en grupo control. El sangrado intraoperatorio promedio fue de 196 ml (50-800) y 463ml (50-1100) para los grupos sin y con drenaje respectivamente ($p < 0.001$). Solo 1 (1,15%) paciente presentó linfocelo que requirió drenaje percutáneo en el grupo sin drenaje vs 14 (9,21%) pacientes en el grupo control que presentaron linfocelo o linforrea que requirió colocación o permanencia de drenaje luego del alta ($p = 0,001$). No hubieron diferencias significativas en otras complicaciones postoperatorias. No se evidenciaron diferencias en continencia temprana y función sexual. La media de seguimiento fue de 17 meses (2-37).

Conclusión: En casos seleccionados, puede considerarse la omisión de la colocación de un drenaje pelviano luego de la PRL sin comprometer los resultados funcionales del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Resultados oncológicos con nefroureterectomía asistida por robot para cáncer urotelial de tracto urinario superior.

Echevarría-Méndez, J⁽¹⁾; López-Huertas, H^(1, 2); Cadillo-Chávez, R^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas. San Juan, Puerto Rico. ⁽²⁾Urología, Robotic Urologic and Oncology Institute. San Juan, Puerto Rico.

Introducción:

Nefroureterectomía es el tratamiento de elección para el manejo del carcinoma de tracto urinario superior (CTUS). Describimos nuestra experiencia con nefroureterectomía asistida por robot (NUAR) como tratamiento para estos casos.

Materiales y Métodos:

Reportamos nuestros resultados perioperatorios, patológicos y oncológico con NUAR para el manejo de CTUS entre 2014 a 2019. Un total de 32 pacientes fueron tratados con NUAR por un solo cirujano (RCC). Todas las cirugías, incluyeron uréter distal y manguito vesical, fueron realizadas sin reposicionamiento del paciente o del robot. Las cirugías fueron realizadas usando los sistemas DaVinci S o Xi.

Resultados:

Edad promedio fue 73.4 años (rango: 51 a 91), índice de masa corporal (IMC) promedio fue 28.8 kg/m² (rango 25 a 38). Tumor vesical fue diagnosticado concomitante en 6 pacientes. Evaluación preoperatorio no mostró evidencia de metástasis.

Tiempo operatorio promedio 138.1min (rango: 80 a 223), sangrado promedio fue 53ml (rango: 50-200) y la estancia hospitalaria promedio fue 1.1 días (rango: 1-2).

Patología mostro 53.1% con \leq T2, 37.5% con T3 y 9.4% con T4. Carcinoma de alto grado en 59.4%, alto grado asociado a CIS en 9.3% y con invasión linfovascular 31.5%. Cáncer escamoso fue identificado en 2 (6.3%) pacientes. Márgenes positivos en la patología de 2 (6.3%) pacientes.

Un total de 12 (37.5%) pacientes tuvieron recurrencia de la enfermedad. Nueve (28.1%) pacientes presentaron recurrencia vesical, 3(9.4%) pacientes desarrollaron metástasis. Quimioterapia adyuvante fue administrada en 25% de los pacientes

A 2 y 5 años la sobrevida específica a cáncer fue 90.6% y 75%; y la sobrevida libre de recurrencia fue 71.8% y 63.5%, respectivamente.

Conclusiones:

NUAR provee una opción de tratamiento segura y efectiva con resultados oncológicos satisfactorios a mediano plazo.

Palabras claves:

carcinoma de tracto urinario superior, nefroureterectomía asistida por robot, cáncer urotelial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CONVERSION EN NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA: ¿POR QUÉ TOMAMOS LA DECISION DE REALIZAR UNA NEFRECTOMIA RADICAL?

Vera Veliz, A⁽¹⁾; Ibáñez Holmgren, H⁽¹⁾; Duran Garcia, L⁽¹⁾; Narvaez Fuentes, P⁽¹⁾; Testa Sklofsky, I; Menchaca Cruzat, R⁽¹⁾; Dominguez Argomedo, R⁽¹⁾; Rojas Crespo, J⁽¹⁾; Donoso Vasquez, R⁽¹⁾; Orellana Sepulveda, S⁽¹⁾; Hassi Roman, M⁽¹⁾; Estrugo Benado, A⁽¹⁾; Reyes Sanchez, E⁽¹⁾; Orellana Salinas, N⁽¹⁾; Kerkebe Lama, M⁽¹⁾

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

INTRODUCCION:La nefrectomía parcial(NP) es el tratamiento estándar en tumores órgano-confinados. La cirugía robótica ha permitido ampliar la indicación quirúrgica a tumores de mayor tamaño y complejidad. Sin embargo, el riesgo de conversión a nefrectomía radical(NR) siempre esta latente, reportándose una tasa de 1-5%.

OBJETIVOS:Describir nuestra tasa de conversión-NR en pacientes programados a NP-Robótica por tumor renal órgano-confinado. Identificar factores predictores de conversión-NR.

MATERIALES-METODOS:Estudio retrospectivo de 109 NP-Robóticas realizadas en Hospital DIPRECA–Chile(2014-2019). Se analizaron variables perioperatorias de los casos convertidos-NR y se compararon con el grupo de NP-Robótica realizadas según lo planificado. Consideramos estadísticamente significativo P-valor<0,05.

RESULTADOS:El 5,5% (6casos) de las NP-Robóticas termino en NR. La mayoría eran hombres (83,3%), edad 63,6±8,8años. Dos tenían cirugía abdomino-pelvica previa y su velocidad de filtración glomerular pre-operatoria promedió 85,9±25,5mL/min/1,73m². Los tumores median 5,4±1,4cm y la mitad contactaba el hilio renal. Todos tenían complejidad quirúrgica media-alta (50% RENAL-Score:7-9; 50% RENAL-Score:10-12). El estadio en 2/3 fue cT1b. Al comparar las variables preoperatorias entre ambos grupos (Convertidos-NR v/s NP-Robótica exitosa), no hubo diferencias significativas. Los casos convertidos-NR tenían tumores mas grandes (5,4±1,4cm vs3,6±1,9cm;p-valor:0,025) y técnicamente mas complejos RENAL-Score:10-12 (50% vs12,66%;p-valor:0,043) en comparación con NP-Robóticas exitosas.

En el intraoperatorio, en los 6casos fue posible disecar el riñón e identificar el tumor. Se completo la exéresis tumoral en el 33,3%. Los hallazgos que gatillaron la conversión-NR fueron principalmente(66,7%) la sospecha de tumor localmente avanzado(compromiso del seno renal, grasa peritumoral o trombo venas segmentarias), seguido de aparente extensión extrapseudocapsular del tumor(ausencia de certeza de márgenes quirúrgicos negativos) y dificultad técnica(tumor irreseccable/disección laboriosa; gran defecto renal post-tumorectomía/no se asegura una adecuada renorrafia).

Informe anatomopatológico:Todos fueron cáncer renal de células claras. En 2 existió compromiso de la capsula renal, 1 del lecho tumoral y otro del tejido adiposo del seno renal. Un solo caso tuvo up-staging(pT1b a pT3a).

CONCLUSIONES:En nuestra serie, la tasa de conversión a NR es similar a lo reportado en la literatura. La alta complejidad técnica de resección y el tamaño tumoral son factores predictores de conversión. Sin embargo, la decisión de realizar una NR se basa en los inesperados hallazgos intraoperatorios que ponen en jaque los resultados oncológicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

COMPLICACIONES EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR TUMORES RENALES: ANÁLISIS PACIENTES OPERADOS EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO CHILENO

narvaez, p⁽¹⁾; vera, a⁽¹⁾; testa, l⁽¹⁾; dominguez, R⁽¹⁾; menchaca, r⁽¹⁾; duran, l⁽¹⁾; donoso, r⁽¹⁾; rojas, j⁽¹⁾; hassi, M⁽¹⁾; orellana, s⁽¹⁾; reyes, e⁽¹⁾; orellana, n⁽¹⁾; kerkebe, l⁽¹⁾

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

Introducción La nefrectomía parcial robótica (NPR) es una opción mínimamente invasiva para el manejo de masas renales. Esta técnica se encuentra en pleno desarrollo en Chile y si bien es una técnica que permite preservación de la función renal, presenta una alta exigencia técnica y no está exenta de complicaciones. El Hospital Dipreca es el primer hospital público del país que cuenta con cirugía robótica desde el año 2014. Presentamos las complicaciones en una serie de NPR realizadas en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 90 pacientes con diagnóstico de tumor renal sometidos a NPR en nuestro centro entre Octubre-2014 y Enero-2020. Se analizaron las características de los tumores basados en el R.E.N.A.L. score (baja, mediana y alta complejidad), se evaluaron las variables perioperatorias y las complicaciones peri y postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes con diagnóstico de cáncer renal. La mayoría eran hombres (64,4%) y la edad promedio fue 59,8±12,7 años. El tamaño tumoral promedio 3,7± 2cm, siendo en el 33,9 % de los casos considerado de baja complejidad, 53,8 % de mediana complejidad y 13,1 % alta complejidad. Hubieron 5 (5,5 %) pacientes con complicaciones intraoperatorias, y 10 (11,1 %) postoperatorias, las cuales según la clasificación del sistema Clavien-Dindo, fueron grado I-II en 80 % de los casos y de grado III-V en el 20%. Estas últimas dos obstrucciones intestinales, una por un puerto de trocar robótico y otra por procesos adherenciales interasas previos. No hubo conversiones a nefrectomía parcial o radical abierta en la serie analizada

Conclusiones: La NPR es una técnica difícil que presenta un alto potencial para presentar complicaciones que pueden llegar a ser graves. En nuestra serie la mayor parte de estas fueron leves, teniendo en cuenta el alto porcentaje de tumores de mediana y alta complejidad operados. La NPR robótica ha madurado en nuestro centro hasta convertirse en un excelente enfoque para realizar una nefrectomía parcial para masas renales, con un porcentaje aceptable de complicaciones, considerando el ser el primer centro público del país en desarrollar la cirugía robótica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA VERSUS ASISTIDA POR ROBOT EN RIÑONES INFLAMATORIOS

Banda Martínez, EA⁽¹⁾; Almeida Carrera, RJ⁽¹⁾; Lema Ríos, BM⁽¹⁾

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

INTRODUCCION:

La morbilidad de las complicaciones asociadas a la nefrectomía abierta a causa de patología benigna de riñón cambió con el advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva, de esta manera se logra disminuir los riesgos; no obstante la cirugía robótica brinda mejoras relacionadas con el campo además de ayuda para el cirujano. Sin embargo son pocos los trabajos que comparan el abordaje laparoscópico versus el robótico.

OBJETIVO:

Comparar resultados obtenidos al realizar nefrectomías laparoscópicas o asistidas por robot.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal en donde se analizaron las variables perioperatorias en pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica o asistida por robot para nefrectomía en riñones inflamatorios.

El promedio de edad para nefrectomía laparoscópica fue de 53 años, en el caso de nefrectomía asistida por robot 44 años, el tiempo quirúrgico promedio de 152 minutos para laparoscópica y 130 minutos para asistida por robot, tiempo de permanencia de drenaje fue de 3,3 días para laparoscópica y 3.8 días para asistida por robot, los días de hospitalización fue de 3.8 para laparoscopia y de 4.4 para asistida por robot. En cuanto a las complicaciones para la nefrectomía laparoscópica solo 3 (15%) presentaron complicaciones Clavien II y 17 (85%) pacientes presentaron curso postoperatorio sin complicaciones; en comparación con la nefrectomía asistida por robot 1 (7%) paciente presentó complicaciones Clavien IIIb y 14 (86%) pacientes presentaron un curso postoperatorio normal o sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

En nuestro análisis podemos concluir que no existe una diferencia significativa al analizar los resultados obtenidos en las dos técnicas tanto en complicaciones y tiempo quirúrgico en el tratamiento quirúrgico de riñones inflamatorios ya sea por vía laparoscópica o asistida por robot.

PALABRAS CLAVES: Nefrectomía laparoscópica, Nefrectomía asistida por robot, Riñones inflamatorios

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Características al diagnóstico y factores de riesgo asociados al cáncer de próstata, en pacientes sometidos a biopsia de próstata en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2015-2019.

Perez Carrasco, J⁽¹⁾; Ballena Castillo, J⁽¹⁾; Quispe Salcedo, E⁽¹⁾; Velarde Ponce, L⁽¹⁾; Cuentas Jara, M⁽¹⁾; Rodríguez Cárdenas, R⁽¹⁾; Zavalága Cárdenas, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) representa la tercera causa de muerte en hombres por cáncer en Perú (Globocan 2018), con una tasa de mortalidad de 8.2%. Conocer las características al diagnóstico del CaP, permitirá disponer de esta información detallada y actualizada.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo que recogió información general del paciente (edad, IMC, raza, y antecedentes familiares de CaP), Volumen prostático, niveles de PSA, puntuación Gleason, estadio al diagnóstico (TNM 7^aed) y las pruebas diagnósticas empleadas. Se aplicó la prueba de Fisher para variables categóricas, ANOVA para las variables numéricas; y se aplicó un modelo de regresión logística para determinar los factores asociados a CaP.

Resultados: Se analizó a 697 pacientes sometidos a biopsia de próstata desde Enero de 2015 hasta Febrero de 2019, de ellos 288 (41.3%) tenían CaP, todos con confirmación microscópica (100% por biopsia transrectal). En los pacientes diagnosticados con CaP, la edad promedio fue 71.5 años, un 11% de pacientes tenía antecedentes familiares de CaP, la mediana de PSA fue 36.8 ng/dl (1.4–1000), con un PSA libre de 10.5% (1.7–29.2). Para el estadiaje tumoral se utilizó TAC y gammagrafía ósea en un 34,3% para ambos casos. Los grados ISUP más frecuentes fueron: grado 5 (27.8%), grado 1 (22.2%). El estadio tumoral se determinó en el 75% de los casos, presentando estadio I-II el 60.2%. La edad, el IMC, el PSA y el volumen prostático fueron factores de riesgo para CaP. Por cada año más de vida el riesgo aumenta un 7% más (OR=1.07, IC95%=1.05-1.10), y por cada unidad de aumento del IMC el riesgo aumenta un 5% (OR=1.05, IC95%=1.0-1.1); valores altos de PSA indican mayor riesgo de cáncer (OR=1.02, IC95%=1.01-1.03) y volúmenes prostáticos pequeños tienen mayor riesgo de CaP (OR=0.98, IC95%=0.98-0.99).

Conclusión: La mayoría de pacientes con CaP fueron diagnosticados en estadios tempranos, lo que indica un buen resultado en la detección precoz. La edad, el IMC, el PSA y el volumen prostático fueron factores de riesgo para CaP.

Palabras clave: Cáncer de próstata, biopsia de próstata, estadio tumoral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tempo de seguimento em vigilância ativa para câncer de próstata de baixo risco e padrão psicológico. Existe piora da ansiedade ao longo do tempo?

Farias Possamai, A⁽¹⁾; Birckholz da Silva, G⁽¹⁾; Meyer, F⁽¹⁾; Fernando Neumaier, M⁽¹⁾; Olandoski, M⁽²⁾; Knabben Magri, A⁽³⁾; Garcia Gonzalez, CA⁽³⁾; Brunetto Neto, A⁽³⁾; Camargo Labegalini, AL⁽³⁾; Foiatto, JC⁽³⁾; Brenny Filho, T⁽³⁾; Matos de Oliveira, A^(1, 3)

⁽¹⁾Departamento de Urologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽²⁾Departamento de Estatística, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽³⁾Departamento de Urologia Oncológica, Hospital São Vicente. Curitiba, Brasil.

Introdução: A vigilância ativa (VA) é conduta mundialmente estabelecida em câncer de próstata (CaP) indolente ou de baixo risco. Contudo, poucos estudos mostram as repercussões psicológicas e conseqüente impacto na qualidade de vida desses pacientes. **Materiais e Método:** Estudo prospectivo observacional com 22 pacientes diagnosticados com CaP de baixo risco em vigilância ativa no serviço de urologia oncológica do Hospital São Vicente (Curitiba-Brasil). Dados clínicos e demográficos foram coletados por revisão de prontuário. Em dez pacientes, foi realizada a aplicação do Questionário de Medo de Progressão (QMP), utilizado em pacientes com doenças crônicas, e que consiste em 43 questões com cinco sub-escalas. A avaliação do questionário fornece dois escores totais: um para todas as escalas de ansiedade (reações afetivas, companheiro/família, ocupação, perda de autonomia) e um para a escala de enfrentamento (como lidar com a ansiedade). Para a análise de correlação utilizou-se o coeficiente de Spearman e considerado significância estatística o valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** A média do PSA inicial foi de 6,8 ng/ml e todos os pacientes apresentaram Gleason 6 (ISUP 1) na biópsia inicial. O tempo de seguimento médio foi de 23 ($\pm 18,4$) meses, e 18 pacientes (81,8%) permaneceram em VA. Devido a progressão da doença, três pacientes foram encaminhados a radioterapia, e um para cirurgia. Correlacionando o tempo do seguimento com a média da soma dos itens da subescala de enfrentamento, observamos que a média da pontuação decaiu ao longo do tempo, ou seja, os pacientes que estavam sendo acompanhados a mais tempo no protocolo de VA pontuaram menos na escala de enfrentamento. A correlação mostrou-se moderada (coeficiente de correlação de Spearman=0,66; $p= 0,037$). **Conclusão:** Ao longo do tempo de seguimento, houve uma piora na capacidade em lidar com a ansiedade dos pacientes em protocolo de vigilância ativa. Devemos manter atenção e cuidados psicológicos aos pacientes com câncer de próstata de baixo risco em regime de vigilância ativa. **Palavras-chave:** câncer de próstata; vigilância ativa; qualidade de vida.

Financiamento / conflicto de intereses: No

Masa renal incidental. ¿En qué circunstancias es segura la vigilancia?

Feltes Ochoa, JA⁽¹⁾; Pérez Gonzalez, S⁽¹⁾; Pascual Mateo, C⁽¹⁾; Cambronero Santos, J⁽¹⁾; Carrero López, VM⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.

Introducción:

Ante el hallazgo cada vez más frecuente de masas renales en pacientes de edad avanzada y elevada comorbilidad, surge la necesidad de valorar una actitud expectante en lugar de una actitud terapéutica invasiva que conllevaría la aparición de complicaciones médicas en este grupo de pacientes frágiles.

Material y Métodos

Analizamos en un estudio retrospectivo a pacientes diagnosticados de masa renal incidental desde junio del 2008 hasta junio del 2020 en los cuales se decidió una actitud expectante, debido a su edad o comorbilidad.

Resultados

En el estudio se incluyeron 48 pacientes (34 varones y 14 mujeres). La mediana de edad al diagnóstico fue de 79 años (51-92), siendo mayores de 69 años 38 (79%) pacientes. El seguimiento medio fue de 40 (4-116) meses. El tamaño medio de la masa renal al diagnóstico fue de 2,8 cm (0,9 – 11,5), siendo en 37 casos (77%) \leq de 4 cm. Hubo variación media anual del tamaño en 24 (50%) pacientes, con un crecimiento de 0,3 cm/año (0,06-0,7) en el 40% y una reducción de 0,36 cm/año (0,4-0,8) en 5 (10,4%), manteniéndose sin cambios en el resto (60%). Todos los hallazgos fueron incidentales en pacientes estudiados por otras patologías. El 90% de los casos se evidenciaron por ecografía. Al diagnóstico 35 (72%) eran masas sólidas y 13 (28%) quistes complicados (5 Bosniak IIF, 4 Bosniak III y 4 Bosniak IV). En 4 pacientes (8,3 %) se realizó Nefrectomía durante el seguimiento; en un caso radical por sangrado espontáneo, en otro por decisión del paciente y en los otros por crecimiento mayor de 1,5 cm anual. Los resultados de anatomía patológica fueron: 1 Tumor Cromóforo, 1 Células Claras y 2 Oncocitoma.

Solo un paciente con masa de 5 cm al diagnóstico, falleció por progresión tumoral con aparición de metástasis al quinto año del seguimiento.

Conclusiones

Consideramos que es seguro optar por una actitud de vigilancia en los pacientes de edad avanzada y/o elevada comorbilidad diagnosticados de una masa renal \leq 5 cm, debido a la reducida probabilidad de progresión tumoral o complicaciones asociadas a esta actitud.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Factores predictores de sangrado y otras complicaciones tras una biopsia renal ecodirigida.

Bobadilla Romero, ER^(1, 2); Marin Martinez, F⁽¹⁾; Artes Artes, M⁽¹⁾; Garcia Porcel, V⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Molina Hernandez, O⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sánchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾; Sempere Gutierrez, A⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Andreu Garcia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. murcia, España. ⁽²⁾murcia.

Introducción: la biopsia renal es una herramienta útil en el diagnóstico de patologías nefrológicas. La complicación más frecuentemente reportada es el sangrado, entre los factores que se han asociados a mayor riesgo de complicaciones están la hipertensión arterial (HTA) y las cifras elevadas de creatinina, algunos autores sugieren que el sexo femenino es un factor de riesgo.

Objetivo: Identificar factores predictores de sangrado y otras complicaciones tras una biopsia renal.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado mediante la revisión las historias clínicas digitalizada de pacientes sometidos a una biopsia renal percutánea ecodirigida desde enero del 2010 a diciembre 2019. Las variables analizadas fueron la edad, sexo, HTA, creatinina, diferencia de Hemoglobina pre y postbiopsia, INR, numero de pases y cilindros. El sangrado fue definido como la disminución de hemoglobina >1g/dl; las complicaciones (incluyendo el sangrado) fueron expresadas como menor o mayor según la necesidad de intervención.

Resultados: Un total de 165 pacientes fueron sometidos a biopsia renal en el periodo establecido de los cuales eran 62 mujeres y 103 hombres, la edad media fue de $51,3 \pm 17,4$ desviaciones estándar. En el 20,6% de los casos se presentaron complicaciones menores, la complicación más frecuente fue el sangrado, seguido del hematoma y la hematuria; no se reportaron complicaciones mayores. El riesgo de complicación fue mayor en mujeres (OR= 1,3) siendo este riesgo mayor en las que presentaban HTA. En hombres la HTA no se asoció a mayor riesgo de sangrado. Las cifras de creatinina, el número de pases y cilindros no se correlacionó con un mayor riesgo.

Conclusiones: la biopsia renal percutánea ecodirigida es un procedimiento seguro, aunque no libre de complicaciones. En este estudio el género femenino y la HTA fueron los principales factores predictores de complicaciones, las demás variables no mostraron valor predictivo.

Palabras claves: Biopsia renal, factores predictores de sangrado, enfermedad renal crónica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿UN EUFEMISMO DEL CANCER RENAL?

Vera Veliz, A⁽¹⁾; Duran Garcia, L⁽¹⁾; Olivares Cortes, V⁽¹⁾; Rojas Crespo, J⁽¹⁾; Narvaez Fuentes, P⁽¹⁾; Testa Sklofsky, I⁽¹⁾; Dominguez Argomedo, R⁽¹⁾; Menchaca Cruzat, R⁽¹⁾; Donoso Vasquez, R⁽¹⁾; Acuña Madrid, JI⁽¹⁾; Fuentealba Sudy, C; Kerkebe Lama, M

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

INTRODUCCION: Aproximadamente el 5-7% de los carcinomas de células renales (CCR) se diagnostican en estudios de imagen como quistes renales complejos (QRC). La clasificación de Bosniak permite estimar el riesgo de malignidad según sus características imagenológicas. Se ha descrito una tasa de malignidad de 55% en QRC Bosniak-3 y 91% para Bosniak-4.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de los QRC en una cohorte chilena. Describir la tasa de malignidad y su asociación a factores de riesgo para desarrollar CCR.

MATERIALES Y METODOS: Estudio multicéntrico, retrospectivo, de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico con diagnóstico pre-operatorio fue QRC (Bosniak-3 y Bosniak-4). Se analizaron variables preoperatorias como edad, tamaño tumoral, comorbilidades, etc. Excluimos aquellos QRC en los que fue imposible rescatar el informe anatomopatológico.

RESULTADOS: De un total de 297 pacientes con diagnóstico de tumor renal tratados quirúrgicamente, el 7,4% y 7,7% correspondieron a QRC Bosniak-3 y Bosniak-4, respectivamente. Finalmente, incluimos 38 pacientes, distribuidos igualmente entre Bosniak-3 y Bosniak-4. Globalmente, la mayoría eran hombres (71,1%), mediana de edad de 58 años (27-75 años) y 18% tenía >60 años. Dos tercios tenían comorbilidades de riesgo asociadas a CCR (tabaquismo, obesidad o Hipertensión arterial). El tamaño quístico fue 3,4±2,3cm, siendo casi la mitad <3cm (47,4%). En todos los casos el abordaje fue mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico).

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó: CCR en el 92,1% de los casos (35), todos CR de células claras. El diagnóstico de malignidad correspondió al 89,5% y 94,7% de los QRC Bosniak-3 y Bosniak-4, respectivamente. En los pacientes con diagnóstico histológico benigno, en el 100% el tamaño de la lesión fue <3cm, pero sin significancia estadística. Al analizar si otras variables, como la edad o comorbilidades de riesgo, influían en el resultado histológico (benigno vs maligno), tampoco hubo diferencias significativas.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, tanto la prevalencia de los QRC (15%) en pacientes sometidos a cirugía por tumor renal, como las tasas de malignidad, son mayores a las reportadas en la literatura internacional, sobretodo la correspondiente a los QRC Bosniak-3. Considerando la altísima tasa de malignidad, recomendamos que el manejo de los QRC sea el mismo que el de un tumor maligno (CCR), inclinándonos hacia la reolución quirúrgica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Enucleación Simple Laparoscópica de los Tumores Renales

González León, T⁽¹⁾; García Morales, I⁽²⁾; García García, A⁽²⁾; Quintana Rodríguez, M⁽¹⁾; Sánchez Tamaki, R⁽¹⁾; del Toro Figueredo, Y⁽¹⁾; Sánchez Hernández, EC⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Anestesia, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

Introducción: La nefrectomía parcial es segura por sus resultados oncológicos y sobre la función renal. **Objetivo:** Evaluar los resultados perioperatorios y oncológicos de la enucleación simple laparoscópica en pacientes con tumores renales. **Material y Método:** Estudio retrospectivo en 71 pacientes operados de enucleación simple de tumor renal (ES), entre 2010-2019. La ES se realizó mediante abordaje transperitoneal puro (4/5,6%), transperitoneal con manoasistencia (64/90,1%) y lumboscópico (3/4,2%). Se calcularon frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar, t-student para medias independientes y Chi cuadrado. Se emplearon la correlación de Spearman, Kaplan Meier para supervivencia y Log Rank (Mantel Cox) para asociación de variables ($p < 0,05$). **Resultados:** Edad media: 58,0 años; 87,3% tenían comorbilidades y 73,2% diagnóstico incidental. Fueron más frecuentes los ASA II y ECOG 0-I. El tamaño tumoral y el R.E.N.A.L score medio fueron 33,6 mm (DE $\pm 12,07$) y 6,1 (DE $\pm 1,9$), respectivamente. Predominaron las masas renales de baja complejidad (63,8%). El tiempo quirúrgico promedio fue 163,3 min (DE $\pm 44,3$), el sangrado 335,9 ml (DE $\pm 287,9$) y la estancia hospitalaria 5,2 días (DE $\pm 3,6$) y estos resultados se asociaron, significativamente, con el tamaño tumoral; así como, el tiempo quirúrgico con la complejidad del tumor. El 16% de los pacientes presentaron complicaciones, la mayoría postoperatorias, grado Clavien II/IIIb y relacionadas con el sangrado (6/8,4%). Los pacientes que presentaron complicaciones tuvieron mayor: tamaño tumoral, puntaje R.E.N.A.L, complejidad tumoral, tiempo quirúrgico y sangrado, pero estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p > 0,05$). Solo el ECOG se asoció, significativamente con las complicaciones ($p = 0,009$). Predominó el carcinoma renal de células claras (52,1%) y el estadio pT1a (78,4%). El tiempo de seguimiento promedio de los pacientes de la serie fue 87,6 meses. La supervivencia global y libre de recurrencias estimadas (5 años) fueron 100% y 85,3%, respectivamente, y ninguna variable se asoció significativamente a la supervivencia libre de recurrencia ($p > 0,05$ para Log Rank). **Conclusiones:** Los resultados perioperatorios y oncológicos de la enucleación tumoral renal fueron satisfactorios. Predominaron el carcinoma de células claras, los pT1a, el R.E.N.A.L de baja complejidad y no se reportó mortalidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Heparinización central del donante previo al control vascular durante la nefrectomía laparoscópica de donante vivo

Romeo, LR^(1, 2); Berdeguer, A⁽¹⁾; Medina, M⁽¹⁾; Welti, R^(3, 4)

⁽¹⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Urocuyo. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽³⁾Cirugía Cardiovascular y Trasplante Renal, Hospital Español. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽⁴⁾CIUDAD MENDOZA.

Introducción

El trasplante renal con donante vivo ofrece los mejores resultados en términos de supervivencia del injerto. Sin embargo, hasta el momento no hemos encontrado en la literatura lineamientos si se debe realizar o no heparinización del donante previo al clampeo vascular.

Materiales y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de las nefrectomías laparoscópicas de donante vivo de nuestro grupo. Se intenta dilucidar si la heparinización central del donante repercute positivamente en el receptor así también conocer sus potenciales efectos adversos.

Resultados

Se realizó un total de 50 nefrectomías izquierdas, todas ellas por abordaje laparoscópico transperitoneal. De ellos 68% eran mujeres y 32% hombres. Rango etario entre 27 y 72 años de edad. Como variante vascular en 7 casos existían arterias renales múltiples, y 3 casos la disposición de la vena renal fue retroaórtica. Las primeras 5 cirugías se realizaron en forma manoasistida, mientras que el resto fue laparoscópica pura (41 pacientes) y otros 4 por extracción transvaginal. Se utilizó heparina sódica sistémica a una dosis aproximadamente de 7500 unidades endovenosa según el peso de la persona previo a la disección vascular en 35 casos (Grupo A-70%) y el resto no, 15 casos (Grupo B-30%); revirtiendo el efecto luego de la extracción del órgano con protamina.

El clampeo vascular se realizó con sutura mecánica en 46 pacientes y 4 con clips de Hem-o-lock. Complicación intraoperatoria en 1 caso (2%) por lesión de vena renal que requirió conversión (a). Complicaciones postoperatorias Clavien 3 por hematoma pélvico (a-2%) por lesión esplénica (b-2%). Incidencia de función retardada del injerto en A (0%) vs B (30%-5 casos). A los 2 años de seguimiento promedio hay un 96% de injertos funcionantes y una sobrevida de donantes y receptores del 100%.

Conclusiones

La heparinización del donante podría disminuir las posibilidades de desarrollar microtrombosis del injerto renal, reduciendo la aparición de función retardada del injerto. No se observaron complicaciones hemorrágicas por la utilización de esta medicación en el donante. Futuros estudios prospectivos multicéntricos podrían contribuir a estudiar más el alcance de su uso generalizado

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Transplante de rins pediátricos em adultos: experiência de 10 anos do serviço de Urologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS

Nathália, NRL⁽¹⁾; Rafaela, RGD⁽¹⁾; Johanna, JOD⁽²⁾; André, ASF⁽³⁾; Renan, RTdO⁽⁴⁾; Patric, PMT⁽⁵⁾; Leonardo, LID⁽⁶⁾; Emanuel, EB⁽⁶⁾; Tiago, TER⁽⁷⁾

⁽¹⁾Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Fellowship em Urologia Pediátrica e Reconstructiva, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽³⁾Mestrando em Cirurgia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽⁴⁾Residente de Transplante Renal e Fellowship em Urologia Pediátrica e Reconstructiva, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽⁵⁾Departamento de Urologia e Urologia Pediátrica e Reconstructiva (GURI), Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽⁶⁾Departamento de Urologia e Transplante Renal, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽⁷⁾Chefe do Departamento de Urologia e Urologia Pediátrica e Reconstructiva (GURI), Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Introdução

O desafio do equilíbrio entre oferta de enxertos e demanda por transplantes persiste em todo o mundo. Constantes esforços vem sendo feitos para aumentar o pool de doadores. Nesse sentido, rins de doadores pediátricos falecidos para transplante em adultos tem sido ofertado como opção porém os resultados dependem de um desafio técnico maior.

O objetivo desse trabalho é comparar dados transoperatórios e comparar com resultados funcionais ao longo do tempo.

Materiais e Métodos

Estudo de coorte retrospectivo de pacientes operados entre 2007 e 2018 e acompanhados pelo serviço de urologia e nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi considerado rim pediátrico o doador com idade de até 18 anos. Como parâmetro de função renal normal foi considerado creatinina sérica < 1,2 mg/dl e TFG > 60 ml/min. Para análise foram utilizados os testes de Fisher e Mann-Whitney.

Resultados

Do total de 1265 transplantes do período 75 pacientes receberam rins pediátricos e o follow-up médio foi de 64 meses. A mediana de idade do doador de rins en bloc foi de 11,3 meses (6-13) e rim solitário de 11,7 anos (2-17). A mediana da creatinina ao final do 1o. ano foi de 1,11 (0,5-2,17) mg/dl no grupo "en bloc" e 1,3 (0,4-6,86) mg/dl no grupo rim solitário. Não houve diferença estatística entre os dois grupos quanto função renal e perda do enxerto. Entre os casos com necessidade de reconstrução por artérias múltiplas a utilização de "patch" de aorta foi a mais frequente (8/12). Ao final do 1o ano 76,4% dos pacientes no grupo com artéria única apresentavam função renal normal contra 41,7% no grupo com reconstrução (p=0,03). Não houve diferença no número de infecções urinárias e utilização de duplo J (p=0,528)

Conclusão

A utilização de rins pediátricos em adultos apresenta bons resultados independente da idade do doador. A reconstrução vascular para artérias múltiplas representa o desafio técnico para essa modalidade de transplante.

Palavras-chave: transplante renal, rins pediátricos, reconstrução arterial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ADENOMA NEFROGENICO DE VEJIGA EN TRANSPLANTE RENAL

Figueredo Muñoz, JM⁽¹⁾; Afiler Rospigliosi, MP⁽²⁾; Riveros Aguilar, M⁽³⁾; Zavalaga Cardenas, J⁽²⁾

⁽¹⁾Transplante Renal, Hospital Rebagliati. Lima, Perú. ⁽²⁾Urología, Hospital Rebagliati. Lima, Perú. ⁽³⁾Nefrología, Hospital Rebagliati. Lima, Perú.

El adenoma nefrogénico de vejiga es una lesión de tipo benigna, infrecuente y que generalmente es confundida con lesiones malignas. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 17 años y transplante renal donante cadavérico desde hace 5 años. Acude a la consulta por cuadro de hematuria y sintomatología urinaria baja, se realiza RTU vejiga con resultado histopatológico de un adenoma nefrogénico. Este es el primer caso reportado de paciente trasplantada renal con este diagnóstico en el Perú.

Palabras claves: adenoma nefrogénico de vejiga, metaplasia, transplante renal.

INTRODUCCION

El adenoma nefrogénico es una lesión metaplasica poco frecuente y de origen urotelial. La primera descripción reportada corresponde a Davis (1949)¹ quien lo llamo harmatoma y la primera seria reportada fue realizada por Friedman y Kuhlbeck², quienes en 1950 describieron 8 casos todos ubicados en vejiga, usando por primera vez el termino adenoma nefrogénico.

CASO CLINICO

Mujer de 17 años de edad, con antecedentes de síndrome urémico hemolítico al año de edad, enfermedad renal crónica desde los dos años de edad y sometida a diálisis peritoneal entre el 2013 y 2014. Recibió trasplante renal de donante cadavérico en diciembre del 2014. Se evidencia en tomografía lesión de aspecto tumoral de base ancha de 4 cm, la cual se reseca en su totalidad el día 18 de Mayo 2020.

DISCUSION

El adenoma nefrogénico es una lesión benigna metaplasica urotelial que se presenta con poca frecuencia, llamada así porque a la microscopia su estructura es muy parecida a los túbulos renales⁵. No se tiene del todo claro la etiología del adenoma nefrogénico, sin embargo, está asociada a injurias crónicas en el urotelio.

CONCLUSION

El adenoma nefrogénico es una lesión benigna que se puede presentar en cualquier zona de la vía urinaria principalmente en la vejiga. Un reto importante es su diagnóstico histopatológico certero el cual se realiza con la ayuda de la inmunohistoquímica, evitando así un sobretratamiento en los pacientes ya que este tipo de lesiones son principalmente confundidas con carcinomas de vejiga. Actualmente la paciente es asintomatica con buena función del injerto renal y en seguimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA DE 248 CASOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL

Barberán Véliz, D^(1, 2); Egas Romero, W⁽¹⁾; Rendon Joniaux, M⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción: El trasplante renal constituye el tratamiento sustitutivo de elección en los pacientes que padecen de falla renal crónica terminal. En 1954 se realizó el primer trasplante renal exitoso en Boston-USA, comenzando la nueva era en el trasplante renal, la misma que ha ido mejorando constantemente, fundamentada en la combinación de aspectos básicos como: mejoría de la preservación de los órganos, de la compatibilidad donante/ receptor, de la inmunosupresión, de las técnicas quirúrgicas, del cuidado postoperatorio y finalmente de la profilaxis/tratamiento de las infecciones, aspectos que ayudaron a mejorar la supervivencia del receptor y del injerto. El éxito del trasplante requiere de un equipo multidisciplinario que cumplan armónicamente todos los pasos del operativo: la procuración, la selección y preparación del mejor donante y del receptor, buen trabajo quirúrgico, cuidado postoperatorio y el seguimiento estricto ambulatorio del receptor.

Material: Pacientes trasplantados por el Servicio de Trasplante del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil desde el 2009 hasta diciembre del 2019.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, recopilación y análisis de la información de los 248 pacientes trasplantados en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil en relación a: edad, sexo, grupo sanguíneo, tipo y años de tratamiento recibido previamente, causa de la insuficiencia renal, tipo de donante, tiempo de isquemia fría y caliente, complicaciones médicas y quirúrgicas, sobrevida del receptor y del injerto.

Conclusiones: El trasplante renal constituye un tratamiento efectivo para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, involucrarlo dentro de los programas de Salud del Estado es sin lugar a duda una acción efectiva en el mejoramiento del estado de dichos pacientes, por tal resulta importante mantener el programa de trasplante, socializarlo en la población general para incrementar el número de donantes y en las unidades de diálisis para dar una esperanza de vida mejor para los pacientes.

Palabras claves: Experiencia, Trasplante, riñón.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL VERSUS NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENALES DE TAMAÑO INTERMEDIO

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

INTRODUCCIÓN: La litiasis urinaria representa una patología importante en la práctica urológica. Su volumen y ubicación determinan el mejor manejo para resolverla.

OBJETIVO: Comparar la efectividad y seguridad de la Nefrolitotomía Percutánea(NLP) y la Cirugía Retrógrada Intrarrenal(CRIR) para el tratamiento de litiasis renales entre 1 y 3cm.

MÉTODOS: Se realiza estudio prospectivo, no aleatorizado en 128 pacientes con litiasis renal entre 1 y 3cm tratados en nuestro centro entre 2015 y 2019; a 85 se les realizó CRIR y a 43 NLP. Se evalúan y comparan edad, sexo, IMC, composición, localización, Unidades Hounsfield(UH) y tamaño litiásico, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, tasa de éxito tras el procedimiento y necesidad de procedimientos auxiliares. Para la comparación de resultados se utilizó la prueba T de Student, Wilcoxon y Chi-cuadrado($p=0.05$).

RESULTADOS: No existen diferencias según edad, sexo e IMC. Tampoco en las UH, localización y composición de las litiasis, pero sí en el tamaño de éstas, siendo mayor el tamaño en las NLP(2.2cm vs 1.6cm). El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo de CRIR(92.5 minutos) que en el de NLP(181.79 minutos). El grupo de NLP tuvo mayor estancia hospitalaria(4.39 días) que el grupo de CRIR(2.65 días), siendo significativo($p<0.05$). Respecto a las complicaciones, encontramos un 89.41% de procedimientos libres de complicaciones para CRIR frente a un 74.42% en la NLP, siendo significativo($p=0.027$). Se observaron 9 complicaciones en el grupo de CRIR(10.59%): 3 complicaciones grado 1 de Clavien-Dindo(3 ITU), 3 grado 2(una transfusión y dos sepsis) y 3 grado 3(una colocación de catéter JJ, dos drenajes de hematoma y absceso). Observamos 11 complicaciones en el grupo de NLP(25.58%): 6 complicaciones grado 1(3 ITU, dos hematuria, un hematoma), 4 grado 2(una transfusión y tres sepsis) y 1 grado 3(drenaje hematoma). No existen diferencias en la tasa libre de litiasis entre ambas técnicas quirúrgicas(88.24% CRIR vs 86.05% NLP), requiriendo procedimientos auxiliares en 5 y 6 pacientes respectivamente.

CONCLUSIONES: La NLP y la CRIR presentan similar eficacia para el tratamiento de litiasis de tamaño intermedio. La CRIR es una opción segura, requiere corta estancia hospitalaria y presenta menos complicaciones; pudiendo considerarse como alternativa a la NLP en litiasis renales de hasta 3cm.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NEFROLITOTRIPSIA SUPINO VS PRONO: NUESTROS RESULTADOS

Reyes Mazzini, R⁽¹⁾; Pico Montalvan, G⁽¹⁾; Valarezo Noblecilla, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Clínica Kennedy. Guayaquil, Ecuador.

Introducción: Este estudio pretende comparar los resultados de la Nefrolitotripsia Percutánea (NLPC) en posición prono versus posición supino como tratamiento de cálculos renales.

Materiales y método: Se realiza entre Febrero de 2011 y Junio de 2020 un trabajo clínico retrospectivo de los 234 pacientes intervenidos por cálculos renales en este tiempo en nuestra institución, recopilando de la historia clínica electrónica, los datos de filiación y clínicos, además de las imágenes de los respectivos pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26 implementando un análisis de regresión lineal simple con el estadístico de prueba de Fisher considerando para ello un nivel de significancia – valor $p < 0.05$.

Resultados: Se realizan 249 intervenciones por NLPC en 234 pacientes, a 15 de ellos se les realizó un segundo tiempo quirúrgico por NLPC, en la misma posición que fue realizado su primer tiempo. Del total de las cirugías, 114 (46%) fueron en posición prono y 135 (54%) fueron en posición supino, el tiempo promedio de cirugía fue de 137 y de 131 minutos respectivamente, el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 3.66 y 3.24 respectivamente, el requerimiento de transfusión sanguínea fue comparativamente similar en los dos grupos siendo un total de 33 pacientes (13%). Tuvimos como tasa de complicaciones por CLAVIEN a 24 pacientes (21.05 %) en prono y a 18 pacientes (13.33%) en supino. Con tasa libre de cálculo hubo 91 intervenciones en prono (79.82%) y 105 en supino (77.77%).

Conclusiones: Tanto la NLPC prono como la NLPC supino tuvieron resultados comparativamente similares en tasa libre de cálculo, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria, teniendo los parámetros de complicaciones un menor porcentaje en posición supino.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LITIASIS RENOURTERAL BILATERAL, MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN UN ABDOMEN HOSTIL.Barberan Véliz, DS^(1, 2); Beltran Sanchez, M^(1, 2); Lozada Chavez, J⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.**INTRODUCCION**

La litiasis renal es una enfermedad frecuente, su incidencia depende de factores geográficos, étnicos, climáticos, dietéticos, genéticos y su prevalencia puede ir desde el 7 al 9%. El cólico renal es el síntoma más común, producto de su movilización y aumento de presión intraluminal y la insuficiencia renal probablemente la consecuencia más grave. Los estudios de imágenes son esenciales para su diagnóstico, pronóstico y propuesta quirúrgica, la misma que va desde el tratamiento médico, quirúrgico no invasivo (ESWL), mínimamente invasivo (endoscópico/laparoscópico) y la cirugía convencional; La elección del procedimiento va a depender de la disponibilidad de equipos, experiencia del especialista y característica anatómica del paciente. El abdomen hostil es una complicación producto de múltiples intervenciones quirúrgicas para tratar patologías como las perforaciones intestinales, lesiones de órganos sólidos, fístulas y más complicaciones que dificultan primero el cierre de la pared del abdomen y después hernias, adherencias propias de abdomen congelado, convirtiendo una cirugía futura de dicha área en un verdadero reto.

Materiales: Descripción clínica y quirúrgica de un paciente tratado en nuestro servicio de urología con diagnóstico de litiasis renourteral bilateral múltiple de más de 2 cm con antecedente de trauma de abdomen por arma de blanca con lesión de órganos sólidos e intestino, presentado un abdomen con múltiples cicatrices de difícil abordaje quirúrgico convencional.

Métodos: Video explicativo paso a paso de los diferentes tratamientos realizados al paciente hasta la resolución final.

Resultados: Los procedimientos mínimamente invasivos permitieron tratar eficazmente la litiasis múltiple en un paciente con abdomen hostil.

Conclusiones: La evaluación correcta de la patología litiásica en conjunto con las comorbilidades del paciente permiten escoger correctamente el tipo de tratamiento, lo que permite tener buenos resultados.

Palabras Claves: Ureteroscopía, nefrolitotomía, lumboscopia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrolitotomía percutánea: evolucionando a una técnica sin nefrostomía

Serrano Acevedo, A⁽¹⁾; Robledo, D^(1,2); Trujillo, CG⁽¹⁾; Santander, J⁽¹⁾; Barco, C⁽¹⁾; Bravo - Balado, A⁽¹⁾; Zuluaga, L⁽¹⁾
⁽¹⁾Urología, Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia. ⁽²⁾Urología, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Introducción y objetivo: la nefrolitotomía percutánea (PCNL) es el tratamiento de elección en pacientes con cálculos renales grandes. La técnica estándar incluye la colocación rutinaria de un tubo de nefrostomía, con el objetivo de drenar, controlar el sangrado y facilitar una segunda nefroscopía. Se han cuestionado los beneficios de la nefrostomía, luego de la introducción de la técnica sin tubo. Sin embargo, la adopción real de esta técnica, es entre el 10 y el 38%. El objetivo de este estudio es describir los resultados y complicaciones postoperatorias de pacientes llevados a PCNL, según la utilización de nefrostomía postoperatoria

Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ≥ 18 años sometidos a PCNL entre 2010 y 2017. Los pacientes se clasificaron en dos grupos, según la colocación o no de un tubo de nefrostomía. Todos los procedimientos fueron realizados utilizando una técnica de posición en en pronos, calibre estándar y fragmentación balística.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes. El grupo sin nefrostomía incluyó 117 (73,6%) y el grupo de nefrostomía incluyó 42 (26,4%) pacientes. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos por edad, sexo, función renal basal o carga de cálculos (Tabla 1). La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue mayor en el grupo de nefrostomía (25.9 vs 29.4 kg/m²; $p < 0.05$). Los grupos fueron similares con respecto al número de tractos realizados (individuales versus múltiples). No se encontraron diferencias en tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria o la tasa de complicaciones. Las tasas de complicaciones específicas y su distribución de Clavien-Dindo se muestran en la Tabla 2. La valoración del dolor postoperatorio, utilizando la escala visual análoga, y la necesidad de especialista en dolor fueron mayor en el grupo de nefrostomía (VAS 2.1 ± 2.9 vs 6.4 ± 3.4 ; $p = < 0.001$).

Conclusiones: La PCNL sin nefrostomía tiene un impacto significativo y favorable en el tratamiento del dolor postoperatorio. No se encontraron diferencias en la tasa general de complicaciones. Sin embargo, se considera que los pacientes obesos pueden requerir colocación de nefrostomía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Catéter metálico en obstrucción ureteral maligna. Analisis de eficacia y sobrevidaContreras, P⁽¹⁾; Bonanno, N⁽¹⁾; Frasccheri, MF⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.**INTRODUCCIÓN**

La uropatía obstructiva de causa oncológica suele presentarse en estadios avanzados de la enfermedad. El manejo de estos casos puede resultar controversial para el urólogo. Nuestro objetivo es analizar los resultados del empleo de catéter ureteral metálico en nuestro centro y la supervivencia de esta población.

MÉTODO

Se analiza de forma retrospectiva una serie de pacientes con uropatía obstructiva maligna tratados con colocación de catéter ureteral metálico RESONANCE® desde 2008 hasta 2020. Se evaluó ectasia renal por ecografía o tomografía. Todos los pacientes se realizaron al menos un estudio de imagen (ecografía o tomografía) dentro de los 3 meses del posoperatorio. Nos centramos en la necesidad de intervención quirúrgica no programada dentro del año de la colocación del catéter como evento de falla del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes. La edad promedio fue de 60.02 años (SD 14.5). El cancer mas frecuente fue de cuello uterino en 16 pacientes (34%). La mediana de creatininemia preoperatoria fue de 1.08 ng/ml (IQR 0.83-1.77). 33 pacientes (70%) presentaban ectasia de moderada a severa.

La mediana de seguimiento en pacientes que tuvieron seguimiento mayor a 3 meses fue de 8.3 meses (IQR 5.7-21.4). 21 pacientes presentaron alguna complicación durante el seguimiento (49%). De estos, 12 casos se trataron de forma conservadora mientras que 9 (19% del total) requirieron de una intervención de urgencia. La mediana de tiempo a la intervención fue de 8.3 meses (IQR 2.6-12.3). Al realizar un analisis multivariado, no observamos factores de riesgo asociados con intervención de urgencia antes de los 12 meses.

La mediana de supervivencia fue de 7.8 meses (1.8-19.4) presentando el obito dentro del año el 60%. Al realizar un analisis multivariado, presentar al momento del diagnóstico edad mayor a 70 años ($p=0,042$), ascitis ($p=0,027$) o derrame pleural ($p=0,002$), aumenta unas 2,3, 2,8 y 5,5 veces el riesgo de muerte, respectivamente.

CONCLUSIÓN

De los pacientes que se colocaron cateter metálico, solo el 20% requirió de intervención no programada en la evolución de su enfermedad. En nuestra población, el 60% de los pacientes con diagnóstico de hidronefrosis maligna presentan el obito dentro del año.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

URETROPLASTIAS EN HOSPITAL LUIS VERNAZA PERIODO 2014-2019

Castillo Leon, JP⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾; Ortiz Pinos, OD⁽¹⁾; Gonzalez Camacho, J⁽¹⁾; Dominguez Vanegas, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador.

Introducción,

La estenosis de uretra a través de los años ha sido tratada mediante diferentes técnicas que van desde dilatación y uretrotomía interna hasta uretroplastias con injertos pediculados, libres, en uno o varios tiempos. Su resolución debe realizarse preferentemente por personal subespecializado en Hospitales de alta complejidad. A continuación presentamos la experiencia del Hospital de referencia Luis Vernaza.

Material y métodos,

Se recolectaron datos de todos los pacientes que acudieron al hospital Luis Vernaza en el periodo 2014 -2019 con diagnóstico de estenosis de uretra para realizarse Uretroplastia

Resultados,

Se obtuvieron en total 70 pacientes en el periodo de 6 años. La principal etiología fue trauma de uretra, seguida de etiología postquirúrgica y en menor proporción otras causas.

El sitio de estenosis mas frecuente fue la uretra bulbar , seguida de uretra posterior y peneana.

En cuanto a la resolución la anastomosis termino terminal represento el 60% de los casos, seguida de injerto de mucosa, uretrotomía interna y colgado de prepucio.

El seguimiento se realizó como mínimo a un año evidenciando recidiva del 6.2% para el injerto de mucosa oral y del 14.5% para uretroplastia termino terminal.

Conclusiones

La estrechez de uretra es una patología compleja de difícil resolución que debe ser resuelta en centros de referencia por personal calificado, ofreciendo eficacia y rangos de seguridad aceptables.

Palabras clave : estenosis de uretra, uretroplastia, trauma de uretra

Financiamiento / conflicto de intereses: No

URETROPLASTIA TERMINO TERMINAL (UTT), EN ESTRECHECES POSTERIORES A TRAUMA PELVICO A NIVEL DE URETRA BULBAR, PRESERVANDO EL BULBO CAVERNOSO.

Salazar Burbano, IN⁽¹⁾; Salazar Burbano, IN⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínica Ibarra. Ibarra, Ecuador.

INTRODUCCION:

La estenosis uretral es una enfermedad urológica con una significativa morbilidad.

La uretroplastia está indicada para estenosis largas y densamente fibrosas. A nivel mundial se reportan tasas de éxito para la UTT del 84 al 97 % y sus resultados se relacionan con la complejidad de la estenosis y la experiencia quirúrgica.

El diagnóstico se basa en estudio radiológico contrastado (UCGR, CUMS)

MATERIALES Y METODOS:

Estudio descriptivo de 5 paciente con trauma pélvico diagnosticados de estenosis de uretra bulbo membranosa a quienes se les realizó UTT, preservando el bulbo cavernoso. Y un seguimiento de 6 años.

Al evitar la sección de las arterias bulbares durante la UTT, (JORDAN 2007), se logra conservar el aporte arterial uretral, lo cual puede favorecer la anastomosis, disminuye el sangrado, reduce la manipulación del tejido esponjoso bulbar y posibilita la preservación de la función eréctil.

RESULTADOS.

En el presente estudio la edad promedio de los pacientes fue de 26.6 años.

Todos los pacientes tuvieron trauma pélvico por accidente de tránsito.

La longitud de la estenosis promedio fue de 23 mm.

El tiempo transcurrido hasta la cirugía fluctuó entre 4 meses y 10 años.

La función sexual se vio afectada en los tres adultos operados,

Los resultados uroflujométricos son alentadores.

La tasa de éxito lograda es del 80 %.

CONCLUSIONES. -

La UTT aplicada en uretra bulbar, permite obtener los mejores resultados en estenosis de 2,5 cm y según la experiencia de cirujano hasta de 4 cm. Por lo cual debe ser considerada como la primera opción de manejo.

Es necesario informar a los pacientes de que cualquier tipo de cirugía practicada en la uretra puede recidivar.

El estándar de oro en la reconstrucción uretral, es la reconstrucción tardía a los 3 meses de la lesión o cuando las lesiones óseas importantes se estabilicen y los pacientes puedan colocarse de manera segura para la uretroplastia.

Es importante la ausencia de bacteriuria.

El seguimiento se realizará con flujometría y uretroscopia.

La función eréctil luego de uretroplastia T-T, no parece cambiar significativamente como resultado de la cirugía o de la técnica utilizada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Perineal Urethrostomy - When it is the first choice and what type is better

braga, d⁽¹⁾; barreto, p⁽¹⁾; brito, b⁽¹⁾; Sá, d⁽¹⁾; capila, d⁽¹⁾

⁽¹⁾urologia, santa casa de limeira. limeira, brasil.

What we see nowadays is the increase of the number of endourology procedures, that are very common in daily urologic practice for treatment of benign prostatic obstruction, stone disease or urothelial tumors, and with expected, increase the number of patients with urethral stricture(1).

The management of urethral strictures is variable, according with the location, type, extension of the stricture, health status and previous surgery.

After the description in 1968 by Blandy et al. the Perineal Urethrostomy (PU) was applied for many cases of urethral stricture, but with the development of the internal technique as internal urethrotomy, urethral dilation and even urethroplasty with buccal mucosa graft (BMG), the PU was considered only as first part of staged procedure, in complex cases with no other possibilities or after total penectomy.

Even with the reconstruction as first choice, the PU still have space in the armamentarium of general urologist. Recent studies has been demonstrated that the quality of life and overall success rate are really high. However, the wrong selection of which type of PU can lead to complications as re-stenosis.

In this article, we present 3 useful manners of PU with a description and its indications.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DEL CÁNCER DE PENE: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

Cabrera-Mora, N⁽¹⁾; Hernández-Hernández, RA⁽¹⁾; Rodríguez-Valle, ED⁽¹⁾; Sánchez-Núñez, JE⁽¹⁾; De los Santos-González, JA⁽¹⁾; Rosas-Nava, JE⁽¹⁾; Jaspersen-Gastélum, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. Ciudad de México, México.

Introducción: El carcinoma epidermoide de pene se considera una enfermedad rara en países desarrollados, representando el 0.4-0.6% de las neoplasias malignas en los hombres, sin embargo, en los países en vías de desarrollo representa del 10-20% de las neoplasias malignas, el 95% de los casos corresponde a carcinoma epidermoide, los factores de riesgo que destacan son fimosis, tabaquismo e infección por virus del papiloma humano. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y patológicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de pene. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, retrolectivo y descriptivo de expedientes clínicos físicos y electrónicos de los pacientes atendidos en servicio de Urología y Oncología del Hospital General de México en un periodo de 5 años de Enero 2015 a Enero 2020. **Resultados:** Se incluyeron datos de 93 pacientes con edad promedio de 57.87 años (23-86), tabaquismo en el 55.9%. Comorbilidades en el 50%. El grado de escolaridad primaria, secundaria o analfabeta en el 65-6%, 20.4 y 7.5%, respectivamente. Se identificó fimosis en el 74.2%. Los sitios más frecuentes de localización del cáncer fueron Glande, glande-prepucio o cuerpo en el 40.9, 33.5 y 23.7%, respectivamente. Coilocitosis en el 17.2%. Identificamos invasión linfovascular en el 18.3%, perineural en el 19.4%. **Conclusiones:** En nuestro hospital contamos con casos de cáncer de pene frecuentemente, está incluido en los 20 principales diagnósticos anuales, en su mayoría de tipo escamoso, moderadamente diferenciado, de presentación ulceroso, estadio T3, estadio clínico N0. **Palabras clave:** cáncer de pene, patología, estadio clínico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARCINOMA DE MERKEL PRESENTADO COMO METASTASIS EN TESTICULO

Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Santarelli, M⁽¹⁾; Longo, EM⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Churruca Visca. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Palabras Clave: Merkel, Metástasis, Testículo

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia neuroendocrina rara y agresiva. Se origina en la piel, y su principal factor de riesgo vinculado es la exposición a rayos ultravioleta; Se presenta como nódulo eritematoso violáceo e indoloro raramente ulcerado, frecuentemente metastásico, quimio y radio sensible; Tiene una supervivencia media posterior al diagnóstico de 5 a 9 meses. La metástasis de MCC al testículo es rara. Hasta la fecha, hay ocho casos de CCM testicular publicados en la literatura.

PRESENTACION DE CASO

Paciente de 65 años, con tumor de células de Merkel en muslo derecho, recibió cirugía escisional, quimioterapia y Radioterapia hace 5 años; Consulta por aumento de tamaño e induración testicular derecha de 1 mes de evolución. Ecografía que informa testículo Derecho heterogéneo, con múltiples imágenes hipoecoicas en parénquima testicular. Marcadores tumorales testiculares negativos. Resonancia con testículo derecho presentando hipo intensidad en T1 y T2, con realce posterior a la administración de contraste, y adenomegalias inguinales izquierdas con realce difuso.

Se realizó orquiectomía radical derecha en la cual se evidenció importante proceso fibro-adherencial en planos quirúrgicos. La examinación patológica informó metástasis testicular de Carcinoma de Células de Merkel con marcación inmunológica CK 20: Positiva, CK 7: Negativa, Sinaptofisina: Positiva, Cromogranina: Positiva, Enolasa: Positiva.

Actualmente se encuentra en seguimiento multidisciplinario en plan de inicio de inmunoterapia.

CONCLUSIONES

¡ El Carcinoma de células de Merkel es raro agresivo y de mal pronóstico. Existe muy poca evidencia científica de metástasis testiculares.

¡ La inmunomarcación es importante en el diagnóstico del CCM metastásico.

¡ Este es un caso clínico inusual porque se trata de un paciente que pese a poseer una enfermedad de base con expectativa baja de supervivencia, actualmente se mantiene con un performance status de 0 y en seguimiento estricto multidisciplinario.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

pT0 TRAS CISTECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASIVO. NUESTRA EXPERIENCIA.

García Porcel, VJ⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Marin Martínez, FM⁽¹⁾; Artés Artés, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

Introducción:

La bibliografía reporta un 10% (5-20%) de piezas de cistectomía por cáncer músculo invasivo sin evidencia de tumor (pT0) y adjunta como posibles causas; quimioterapia neoadyuvante curativa, completa resección endoscópica o error en el diagnóstico previo.

Objetivo: análisis descriptivo de la proporción de pT0 tras cistectomía radical por cáncer músculo invasivo en nuestro centro.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo que incluía a 150 pacientes intervenidos de forma consecutiva de cistectomía radical por tumor vesical músculo invasivo ($\geq T2$) en el periodo comprendido entre Enero de 2006 y Diciembre de 2019 por el servicio de Urología de nuestro Hospital Reina Sofía de Murcia.

De estos, a través de la historia clínica informatizada se realizó el registro y estudio de aquellos que presentaban un resultado pT0 en la pieza quirúrgica, utilizando como herramienta estadística el programa SPSS Statistics.

Resultados:

De los 150 pacientes estudiados, 135 (90%) eran hombres y 15 (10%) mujeres, con una media de edad de 66,05 años. Se obtuvo el informe anatomopatológico de las 150 piezas quirúrgicas con los siguientes resultados: pT0: 15 (10%), pT1: 14 (9,3%), pT2: 43 (28,7%), pT3: 46 (30,7%), pT4: 28 (18,7%), pTa: 4 (2,7%).

Centrándonos en los 15 casos de pacientes con resultado pT0, ninguno (0%) presentó ganglios positivos en el estudio de la linfadenectomía. Por último, el seguimiento medio de todos los pacientes fue de 56,9 meses con un índice de recidivas en los pacientes con pT0 del 0%.

Conclusiones:

La proporción de pT0 tras cistectomía radical por cáncer de vejiga músculo invasivo en nuestro centro (10%) se sitúa en consonancia con los resultados publicados en la bibliografía (5-20%). La justificación para estos hallazgos, dado el no empleo de quimioterapia neoadyuvante en nuestro medio, podría entenderse por la realización de resecciones endoscópicas (RTUs) completas o por errores en el diagnóstico histopatológico.

La ausencia de ganglios positivos, así como de recidiva durante el seguimiento de estos pacientes aboga por el buen pronóstico que presentan, si bien no están exentos de riesgo, y los factores implicados y manejo aún esta por definir.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prevalencia Y Características De Cáncer De Próstata Incidental En Especímenes De Cistectomía Radical

Trujillo Santamaría, H⁽¹⁾; Chi-Hang, Y⁽¹⁾; Yuen-Chun Teoh, J⁽¹⁾; K.F. Chiu, P⁽¹⁾; Hon-Ming, W⁽¹⁾; Chi-Kwok, C⁽¹⁾; Sm. Hou, S⁽¹⁾; Ng, C⁽¹⁾; Tam, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, The Chinese University of Hong Kong. Hong Kong, Hong Kong.

Introducción. La cistoprostatectomía radical es el estándar de oro para el cáncer de vejiga muscular invasor. Investigamos la prevalencia del adenocarcinoma de próstata (CP) que a menudo se encuentra incidentalmente en la muestra de cistoprostatectomía. Su importancia clínica no ha sido bien descrita.

Objetivos.

- Determinar

- o Características de los pacientes, así como la incidencia de CP en especímenes de cistoprostatectomía radical por cáncer Urotelial.

- o Factores de riesgo para el CP incidental en pacientes sometidos a cistoprostatectomía radical por cáncer urotelial.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo, observacional con una población de 193 pacientes incluidos de un total de 216 en un hospital de tercer nivel de atención en Hong Kong, durante un periodo de enero 1998 a enero 2017.

Resultados. de los 193 pacientes incluidos en el análisis final, se encontró que 32 (16,6%) pacientes presentaron cáncer de próstata incidental en la muestra de cistoprostatectomía. Durante una mediana de seguimiento de 19 años media de 68 años recibió cistoprostatectomía. 32 (16,6%) presentaron CP incidental. Todos presentaron enfermedad órgano confinada ($\leq T2a$) ISUP 1. alcanzando un nivel de PSA indetectable después de la operación. Ninguno de ellos presentó recurrencia bioquímica ni murió de CP. Tras el análisis de regresión logística multivariable, la edad (OR 1.11, IC 95% 1.009-1.237, $p=0.034$), fumadores (exfumador y fumador activo) (OR 2.62, IC 95% 1.071-6.404, $p=0.035$) y PIN de próstata (OR 12.33, IC 95% 1.979-76.914, $p=0.007$) fueron factores de riesgo significativos para el riesgo de CP incidental en Cáncer Vesical.

Discusión. Se encontró adenocarcinoma de próstata incidental en un tercio de los pacientes con cistoprostatectomía radical. Nuestra cohorte china tiene menos cáncer de próstata clínicamente significativo en comparación con occidente. El cáncer de próstata de bajo riesgo se maneja comúnmente con vigilancia activa en esta era. **Conclusión.** Se identificaron las características y factores de riesgo para la presencia de CP (clínicamente no significativo) en los especímenes de cistoprostatectomía radical por cáncer urotelial, encontrando CP de bajo y muy bajo riesgo bien diferenciado y confinado a la próstata. Pudiendo considerar preservación de la función eréctil, continencia, y calidad de vida psicosocial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Derivaciones urinarias en pacientes añosos de alto riesgo

Bujaldón, JM⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Butori, S⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

Introducción: La cistectomía radical (CR) es el gold-standart en el tratamiento del cáncer de vejiga músculo invasor. Las opciones de reconstrucción urinaria posterior a la CR son múltiples y la elección se basa en el estadio de la enfermedad y las comorbilidades del paciente.

Objetivo: evaluar la morbilidad de la CR con ureterostomías cutáneas realizada en pacientes mayores de 75 años en nuestra institución.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, entre 2013 y 2018 que incluyó una serie consecutiva de pacientes mayores de 75 años a los que se les realizó CR. Se analizaron variables demográficas, peri y postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes mayores de 75 años con CR. La media de edad fue 78,1 (+/- 3) años. No se evidenciaron diferencias en variables hematimétricas o función renal preoperatorias. El ASA (American Society of Anesthesiologists) score fue >2 en 12 pacientes. Se realizó conducto ileal según técnica de Bricker (CI) en 11/29 casos y ureterostomías cutáneas (UC) en 18/29 pacientes. El abordaje laparoscópico se realizó en 11/29 (37,9%), el 50% de las UC fueron laparoscópicas. El tiempo operatorio medio fue de 3,9 hs (3,6 UC y 4,1 CI) y el requerimiento de transfusión sanguínea fue del 11% en pacientes con UC vs. 45% en CI (p<0.02). La media de estadía hospitalaria fue de 10 días (IQ 7-19), UC 9 días (IQ 6-14) y CI 11 días (IQ 7-27). Las complicaciones tempranas (<30 días) se presentaron en 8 pacientes (Clavien >= 3), de los cuales 5, la derivación urinaria fue UC. Las complicaciones tardías (>30 días) ocurrieron en 4 pacientes, 2 UC. Por otro lado, el 72,7% de los paciente con CI y el 38.8% de los pacientes con UC se reinternaron (p <0,02). El subgrupo de 2 o más reinternaciones alcanzó un 27% en los pacientes con CI y un 16% en pacientes con UC.

Conclusión: En nuestro centro, la derivación con ureterostomías cutáneas implicó menor tiempo quirúrgico, requerimiento de transfusiones y disminución de la tasa de reinternaciones. Presentó menor estadía hospitalaria asociado a mayor porcentaje de abordaje laparoscópico. Se considera un procedimiento factible y seguro en pacientes añosos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PATOLOGIA DE URACO – REVISION Y PRESENTACIÓN DE SERIE DE TRES CASOS

Guzmán García, FE⁽¹⁾; Melo Murcia, CR⁽¹⁾; Miño Escobar, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina.

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

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

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

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

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evaluación del infraestadiaje y de la persistencia tumoral del carcinoma vesical no musculo invasivo (CVNMI) que infiltra la lámina propia.

Marin Martínez, FM⁽¹⁾; Artes Artes, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; Garcia Porcel, V⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutierrez, A⁽¹⁾; Guzman Martinez-Valls, PL⁽¹⁾; Jiménez Parra, JD⁽¹⁾; Sánchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Garcia Escudero, D⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Andreu Garcia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia, España.

Introducción

El riesgo de persistencia tumoral y de infraestadiaje de los CVNMI que infiltran la lamina propia (T1), después de una Resección Transuretral de Vejiga (RTUV), se ha reportado entre 51-58% y 8-11% respectivamente, incluyendo aquellos con músculo detrusor presente en la muestra. Es por esto, que en casos seleccionados se indica una segunda RTUV pudiendo incrementar la supervivencia libre de recurrencia, mejorar la respuesta a BCG y aportar información pronostica.

Objetivo.

Determinar la tasa de persistencia e infraestadiaje del CVNMI que infiltra la lamina propia (T1).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de enero 2017 a septiembre 2019, incluimos todos los pacientes intervenidos de segundas RTUV de forma consecutiva por resección incompleta, T1 y aquellos sin muscular, n: 67. Registramos la tasa de persistencia y de infraestadiaje de los T1. Estadísticos: descriptivos, tasas.

Resultados:

La media de edad fue de 69,38 (10,9), el 89% fueron varones, en el 100% se realizó segunda RTUV por infiltración de la lámina propia, de éstos el 13,43 % no tenían muscular en la muestra de la resección y el 2,98% fueron RTUV incompletas. El 65 % de los tumores fueron de alto grado y el 60% presentó un crecimiento de tipo papilar, presentando una persistencia de enfermedad del 16,41% e infraestadiaje de 2,9%.

Conclusiones:

En nuestro medio tenemos una tasa de persistencia e infraestadiaje por debajo de estudios publicados, debemos tomar en cuenta que la técnica quirúrgica, la calidad de la resección (presencia de muscular), evaluación histológica y la estadificación influyen en los resultados.

Palabras clave: Vejiga urinaria, neoplasias de la vejiga urinaria, carcinoma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Predictores de mortalidad en una serie de 20 años de nefro-ureterectomías por carcinoma de urotelio alto.Rojas Ruz, P⁽¹⁾; Bravo, JC⁽¹⁾; Gallegos, H⁽¹⁾; Rojas, F⁽²⁾; Gonzalez, J⁽²⁾; Zúñiga, Á⁽¹⁾; San Francisco, I⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El carcinoma urotelial del tracto urinario superior (UTUC) representa un 5-10% de los carcinomas uroteliales, sin embargo, su incidencia ha aumentado con los años. Actualmente, el gold estándar de manejo es la nefro-ureterectomía (NUR), sin embargo, se han desarrollado técnicas conservadoras, endoscópicas o con quimioterapia local (mediante gel de mitomicina), cada vez más incipientes. Nuestro objetivo es presentar los resultados oncológicos de una serie de 20 años de NUR realizadas en nuestro centro.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo. Se obtuvieron características clínicas (edad, tabaquismo, hemoglobina, índices de neutrófilos/linfocitos y plaquetas/linfocitos, albúmina, creatinemia, filtración glomerular, quimioterapia adyuvante, entre otros) y anatomo-patológicas (pTNM, grado, tamaño) de nuestra base de datos de NUR realizadas entre los años 1999 y 2020. Se establecieron curvas de supervivencia global (SG) mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes sometidos a NUR, de los cuales 68/90 (75%) pacientes tenían tumor de pelvis y 22/90 (25%) tumor de uréter proximal. Edad promedio 68 años. Un 44% tuvo antecedente de tabaquismo. Velocidad filtración promedio preoperatoria 62 mL/min/1.73 m². En 60/90 pacientes (66%) se realizó NUR laparoscópica. Cuff extravesical en 54/90 pacientes (60%). La biopsia confirmó UTUC en el 100% de los pacientes, de los cuales 5/90 (5%) presentaron diferenciación espinocelular y 2/90 (2%) diferenciación sarcomatoide. Treinta y tres pacientes (33/90, 36%) presentaron pTa, CIS o pT1, 10/90 (11%) presentaron pT2 y 47/90 (50%) presentaron pT3/T4. Promedio de tamaño del tumor 3.69 cm. pN+ en 12/90 (13%). Doce pacientes (12/90, 13%) recibieron quimioterapia adyuvante con gemcitabina-carboplatino (5/12) o gemcitabina-cisplatino (7/12). Seguimiento promedio 63 meses. SG media fue de 38 meses. Los pacientes con tabaquismo (HR 8.79, IC 95% 1.5-49.0, p=0.01), pT≥2 (HR 0.09, IC 95% 0.01-1.0, p=0.04) y con tumores mayores de 2 cm (HR 14.79, IC 95% 0.8-272, p=0.01) tienen mayor mortalidad.

Conclusiones: De acuerdo a nuestros resultados, los pacientes tabáquicos, con tumores invasores y mayores de 2 cm tienen mayor mortalidad, por lo que no deberían ser candidatos a manejo conservador, resultados que concuerdan con las recomendaciones de manejo actual.

Palabras clave: carcinoma urotelio alto, nefroureterectomía, tabaquismo

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS ADYUVANTES POST PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DEL ÁREA NORTE DE SANTIAGO. EXPERIENCIA DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS.

Torres, B⁽¹⁾; Aitken, C⁽¹⁾; Urrutia, C⁽¹⁾; Soto, S⁽¹⁾; Vilches, R^(2, 3); Vega, A⁽²⁾; Aliaga, A^(2, 3); Juan Carlos, R^(1, 2); Walton-Díaz, A^(1, 2); Reyes, D^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile. ⁽³⁾Urología, Hospital San José. Santiago, Chile.

Palabras clave: Recidiva bioquímica, Radioterapia, Terapia de deprivación androgénica

INTRODUCCIÓN: El estándar de tratamiento en cáncer de próstata localizado y expectativa de vida >10 años es la prostatectomía radical. La recidiva bioquímica se estima en 15-55% dependiendo de múltiples variables oncológicas, lo cual determina el uso de tratamientos adyuvantes. El objetivo del estudio es describir la necesidad de estos tratamientos en un grupo de pacientes de 2 centros públicos del área norte de Santiago.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, sometidos a prostatectomía radical (abierta o laparoscópica) entre Enero 2016-Mayo 2020 en Instituto Nacional del Cáncer y Hospital San José. Se registraron variables clínicas, epidemiológicas y oncológicas basales. Se consignó la presencia de falla bioquímica (PSA elevado postoperatorio o recidiva bioquímica) y la necesidad de tratamiento oncológico adicional: radioterapia (RT) y/o terapia de deprivación androgénica (TDA). Los resultados se expresaron como porcentaje del total y se dividieron según grupos de riesgo.

RESULTADOS: Se obtuvieron 240 pacientes con mediana de seguimiento de 21 meses. Se estratificaron por riesgo resultando en 24.2% (N=58), 52.5% (N=126) y 23.3% (N=56) pacientes de bajo, intermedio y alto riesgo respectivamente. Se registró la presencia de falla bioquímica en 66 pacientes (27.5%), ocurriendo en el 22.4%, 20.6% y 48.2% de los pacientes de bajo, intermedio y alto riesgo respectivamente. El 30% (N=72) requirió algún tipo de tratamiento adyuvante. Se indicó radioterapia a 62 pacientes, en 66.1% de rescate, siendo precoz (PSA<0,5) en 72%, con una mediana de APE pre-tratamiento de 0,31; en 32.3% como adyuvancia y en 1.7% como tratamiento paliativo. El 25.8% (N=62) requirió TDA, el 71.8% (N=51) por 2 años, en combinación con RT. El 14.1% (N=10) recibió RT exclusiva y 14.1% (N=10) TDA exclusiva. Estratificando por riesgo, 13.8% (N=8), 26.2% (N=33) y 55.4% (N=31) de los pacientes de bajo, intermedio y alto riesgo requirieron tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES: Un porcentaje considerable de pacientes requiere algún tratamiento adyuvante, lo cual depende del riesgo oncológico. Nuestros resultados se ajustan a lo reportado en la literatura internacional. La radioterapia de rescate se inicia precozmente en la mayoría de los casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE RECIDIVA BIOQUÍMICA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL EM CENTRO DE FORMAÇÃO EM UROLOGIA ONCOLÓGICA DE SERVIÇO PÚBLICO NO BRASIL: ESTAMOS OPERANDO DOENÇAS MAIS AVANÇADAS?

Rubini Rocha, C⁽¹⁾; Baptista Caldas, MF⁽¹⁾; Meyer, F⁽¹⁾; Fernando Neumaier, M⁽¹⁾; Knabben Magri, A⁽²⁾; Garcia Gonzalez, CA⁽²⁾; Brunetto Neto, A⁽³⁾; Labegalini, A⁽²⁾; Foiatto, JC⁽²⁾; Olandoski, M⁽⁴⁾; Brenny Filho, T⁽²⁾; Matos de Oliveira, A^(1, 2)

⁽¹⁾Disciplina de Urologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽²⁾Departamento de Urologia, Hospital São Vicente. Curitiba, Brasil. ⁽³⁾d. ⁽⁴⁾Departamento de Estatística, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil.

Introdução: Com a popularização da vigilância ativa em pacientes com câncer na próstata (CaP) de baixo risco, a literatura mundial sugere que as cirurgias estão sendo realizadas em doenças mais agressivas. O objetivo do estudo foi correlacionar os parâmetros clínicos e patológicos cirúrgicos com a incidência de recidiva bioquímica após prostatectomia radical. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional que avaliou 177 pacientes submetidos a prostatectomia radical (perineal, retropúbica e videolaparoscópica) no serviço de urologia oncológica do Hospital São Vicente (Curitiba-PR) no período de junho/2010 a maio/ 2018, por oito cirurgiões em formação, sob supervisão de cirurgião experiente. Os parâmetros clínicos (idade, PSA inicial, exame digital da próstata, classificação histopatológica (ISUP), escala de risco de D'Amico e estadiamento clínico) e anatomopatológicos (grau ISUP da peça cirúrgica, margens cirúrgicas, extensão extra capsular tumoral, acometimento de vesículas seminais e presença de linfonodos positivos) foram comparadas entre os pacientes com e sem recorrência bioquímica, por análise univariada usando regressão de Cox e multivariada utilizando método stepwise backward. Significância estatística quando $p < 0,05$. **Resultados:** A recidiva bioquímica ocorreu em 44,1% (78/177) dos casos, em tempo de follow-up médio de 34,9 meses. As margens cirúrgicas foram positivas em 46,3% dos casos, e em 47,7% identificou-se extensão extra prostática tumoral. A presença de vesículas seminais comprometidas ocorreu em 21,8% e os linfonodos foram positivos em 10,9%. A análise univariada demonstrou que o PSA inicial > 9 ng/mL ($p < 0,001$), toque retal alterado ($p = 0,027$), classificação patológica ISUP 4 e 5 agrupados ($p = 0,004$), doença de alto risco ($p < 0,001$) e estadiamento TNM clínico T3 ($p < 0,001$) como fatores de risco para recidiva bioquímica. Na análise multivariada, o PSA > 9 ng/mL ($p = 0,017$) o toque retal alterado ($p = 0,030$), a extensão extra prostática ($p = 0,009$) e a presença de margens positivas ($p = 0,029$) foram associados com a recidiva bioquímica. **Conclusão:** A maior incidência de recidiva bioquímica pode estar relacionada ao padrão patológico basal mais agressivo, sugerindo atraso no diagnóstico dos pacientes do serviço público no Brasil. Também, a curva de aprendizado dos cirurgiões em formação no serviço resultou em maiores taxas de margens cirúrgicas positivas, estamos relacionadas a recidiva bioquímica.

Análise multivariada dos fatores de risco para recidiva bioquímica (método stepwise backward; $p < 0,005$)

Variável	Classificação	Valor de p	Hazard Ratio (IC)
PSA inicial (ng/ml)	≤ 9 vs > 9	0,017	2,06 (1,14 - 3,74)
Toque retal	Normal vs alterado	0,030	1,92 (1,07 - 3,47)
Margem comprometida	Não vs Sim	0,029	1,92 (1,07 - 3,46)
Extensão extra prostática	Não vs Sim	0,009	2,20 (1,22 - 3,99)

Financiamento / conflito de intereses: No

Resultados de control tumoral en pacientes tratados con terapia trimodal (cirugía, radioterapia y deprivación androgénica) en paciente con cáncer de próstata localmente avanzado y oligometastásico del hospital oncológico SOLCA Núcleo Quito

Betancourt Sevilla, MD⁽¹⁾; Granda Gonzalez, DF⁽²⁾; Soto Pinto, EM⁽²⁾

⁽¹⁾Posgradista de Urología, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). Quito, Ecuador.

Palabras Clave: Neoplasia de la próstata, terapia combinada, localmente avanzado.

Introducción: el cáncer de próstata es la segunda neoplasia de mayor prevalencia y la primera causa de muerte en hombres a nivel mundial. Las guías actuales recomiendan el manejo del cáncer localmente avanzado y metastásico a base de radioterapia y/o deprivación androgénica, es ahí donde nace la opción del manejo multimodal para mejorar el control de la enfermedad o incluso ofrecer una cura potencial.

Materiales y Métodos: desde 2018 hasta 2020, un total de 10 pacientes con enfermedad localmente avanzada fueron sometidos a prostatectomía radical + linfadenectomía pélvica extendida, y en caso de recurrencia bioquímica según la definición de ASTRO de PSA total mayor a 0.2 ng/dl fueron derivados para radioterapia externa pélvica adjunto a deprivación androgénica, además 8 pacientes con enfermedad oligometastásica fueron tratados con prostatectomía radical, con posterior derivación para manejo de radioterapia externa pélvica e inicio de deprivación hormonal. Se ha realizado el seguimiento trimestral con valores de PSA total y semestral con tomografía y gammagrafía ósea.

Resultados: en pacientes con enfermedad localmente avanzada la media de edad fue de 64 años, histopatológicamente 60% se reportó con bordes libres, afectación ganglionar del 100% de casos, 100% pasó a radioterapia con deprivación androgénica de hasta 24 meses, media de seguimiento de 15,6 meses con enfermedad controlada en 100% de casos con PSAT de 0.1 ng/dl y sin progresión por imagen. En pacientes oligometastásicos la media de edad fue de 67 años, histopatológicamente 63% se reportó con bordes libres, un 38% registró PSAT posquirúrgico de 0,1 ng/dl, 100% pasó a radioterapia con deprivación androgénica, media de seguimiento de 12 meses con enfermedad controlada en 100% de casos con PSAT de 0.1 ng/dl y sin progresión por imagen. En los dos grupos el 100% de casos registra el momento impotencia sexual, no se ha reportado casos de incontinencia urinaria.

Conclusiones: la terapia multimodal para el manejo del cáncer de próstata localmente avanzado y oligometastásico ofrece un excelente control tumoral, se requiere un seguimiento de mayor tiempo para determinar su efectividad a largo plazo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Del ensayo clínico a la vida real, experiencia institucional en el tratamiento del cáncer de próstata con nuevas moléculas (Abiraterona/Enzalutamida). Análisis centrado en efectos adversos y progresión de enfermedad

Bonanno, N⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; García Giner, B⁽²⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Marchioni, A⁽²⁾; Blas, L⁽¹⁾; Hernando, RP⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Servicio de Oncología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El impacto de los efectos adversos (EA) de drogas utilizadas en la deprivación hormonal puede variar a lo reportado en los ensayos clínicos.

El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de eventos adversos (EA) en pacientes con cáncer de próstata avanzado tratados con acetato de abiraterona más prednisona (AA) o enzalutamida (ENZA) en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo de 79 pacientes tratados entre diciembre de 2013 y junio de 2020. 22 pacientes rotaron de una a otra droga por lo que se analizaron efectos adversos de 101 cursos de tratamiento. Se analizaron variables demográficas, estadio al inicio de tratamiento, sobrevida libre de progresión y EA.

RESULTADOS

La edad media de inicio de tratamiento fue de 71.7 años (60.4-83) con una mediana de PSA de 13.1 ng/ml (4.6-47.5). 46 pacientes (58,7%) eran resistentes a la castración. 45 pacientes (57%) iniciaron el tratamiento con ABI y 34 (43%) comenzaron con ENZA. La media de seguimiento fue de 20.7 meses (12.1-31.4), la sobrevida libre de progresión global fue de 14.1 meses (8.0-23.9), siendo de 14.1 (8.1-25.8) vs 8.1 (6.2-23.1) para los pacientes sin y con quimioterapia previa respectivamente.

En 101 cursos de tratamiento, 81 pacientes (80%) presentaron algún EA. De 57 pacientes que realizaron tratamiento con AA, 43 (75%) presentaron algún EA vs 39 (88.6%) de los 44 que recibieron ENZA ($p=0.0381$) y 19 (33%) vs 18 (40.9%) respectivamente presentaron EA grado 3-4 ($p=0.217$). Presentaron astenia 24 (42.1%) pacientes con AA vs 26 (70.2%) con ENZA ($p=0.0429$). La hiperglucemia fue significativamente mayor en el grupo AA (29.8%, $p=0.021$). 2 pacientes con ENZA presentaron convulsiones. No hubieron diferencias significativas en edema, hipertensión arterial o eventos cardiovasculares. Se suspendió el tratamiento por EA en 5.3% del grupo con ABI vs 20.4% con ENZA ($p=0.012$).

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, si bien el perfil de seguridad cardiovascular fue similar para ambas drogas, se hallaron diferencias en la incidencia de astenia, hiperglucemia y eventos neurológicos. Se observó mayor tasa de suspensión del tratamiento en pacientes con enzalutamida. La sobrevida libre de progresión es similar a la de la bibliografía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TRAUMA POR SUSTANCIAS ABULTIVAS DEL PENEPacheco, M⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.**INTRODUCCION**

La percepción que un hombre tiene de la adecuación de su pene ha sido fuente de ansiedad para los hombres a lo largo de la historia. La mejora de la circunferencia mediante la inyección de sustancias abultivas es una práctica existente en países de oriente y el este de Europa o en prisiones. En muchos casos desarrollan complicaciones graves y requieren cirugía. La escisión radical es difícil, ya que la mayoría de las sustancias utilizadas se infiltran en las fascias, lo que hace que su erradicación sea un verdadero desafío.

MATERIALES Y METODOS

Varios buscadores de base de datos de internet fueron empleados para la revisión de la literatura acerca del trauma genital por sustancias abultivas de pene e incluyeron Google, Google Scholar, Pubmed y Clinical Key. Los términos utilizados fueron aumento de pene, sustancias abultivas de pene, lipogranuloma de pene. La información obtenida de 76 referencias relacionadas al trauma por sustancias abultivas de pene fueron utilizadas en esta revisión.

RESULTADOS

Las principales sustancias usadas fueron Aceite de parafina, silicona, vaselina, aceite de oliva. Los principales síntomas son dolor, granulomas, prurito y necrosis. La mejor manera de tratar el lipogranuloma de pene es la escisión completa en la etapa más temprana. Las técnicas quirúrgicas utilizadas variaron desde la simple escisión de granuloma, el colgajo escrotal bipediculado y el colgajo de avance de piel suprapúbica.

CONCLUSIÓN

El manejo dependerá del daño ocasionado. Las complicaciones dependen principalmente de la cantidad de sustancia inyectada, las circunstancias higiénicas y la tolerabilidad personal. Los métodos avanzados de cirugía reconstructiva de un solo paso pueden hacer que los procedimientos sean más efectivos, más aceptables y más baratos.

PALABRAS CLAVE: siliconoma, lipogranuloma, parafinoma

Técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de defectos de la piel del eje del pene.

Autor y Técnica
Fam Xeng (2012) Prospectivo 3 Pctes. Injerto parcial de mayor espesor mínimamente fenestrado
Shin 2013 Prospectivo 34 Pctes. Colgajo escrotal en V invertida
Kim et al. (2014) Prospectivo 5 Pctes. Colgajo escrotal bipediculado con incisión en YV
Fakin et al. (2017) Prospectivo 43 Pctes. Colgajo escrotal anterior bipediculado
Dellis et al. 2019 Prospectivo 10 Pctes. Colgajo de avance de piel suprapúbica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Calcifilaxis de pene, ubicación atípica, a propósito de un caso clínico.

Rodríguez Aroca, JC⁽¹⁾; Martínez Calderón, MN⁽¹⁾; Bermúdez Demera, FA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil, Ecuador.

Introducción

La calcifilaxia es una entidad poco frecuente, cuya presentación peneana es aún más inusual, dificultando así su diagnóstico. En el año 2003 en una revisión bibliográfica se reportó un total global de tan solo 34 casos de calcifilaxia de pene. Por lo que no existe un protocolo de manejo estandarizado.

Caso clínico

Masculino de 71 años, con antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente, insuficiencia renal crónica con tratamiento dialítico, hipertensión arterial. Cuadro clínico de 1 mes de evolución por dolor leve en glándula, lesión que abarca todo el glándula. A la exploración física, en cara dorsal del pene úlcera húmeda de aproximadamente 2cm de diámetro, cubierta por esfacelos.

Los exámenes de laboratorio relevantes fueron parathormona 159 pg/mL, calcio 9,1 mmol/l, fósforo 5,43 mmol/l. La ecografía de pene reporta vasos dorsales sin flujo, imagen calcificada en túnica albugínea en glándula. Se realizó cistostomía percutánea. Se efectuó biopsia cuyo resultado fue necrosis extensa del pene, secundaria a vasculitis fibrinoide con trombosis reciente. Cultivo de la lesión sin crecimiento bacteriano.

En segunda instancia se realiza circuncisión y dos días después por su extensa área de necrosis se programa penectomía parcial, pero en el transoperatorio se decidió penectomía total por vasos trombosados y falta de vascularidad hasta la base del pene, sin complicaciones. El análisis patológico informó: Calcificaciones, fibrosis, glándulas reactivas. Actualmente el paciente está en vigilancia.

Discusión

Por ser una patología poco frecuente, no existe un protocolo de manejo, un autor sugiere no realizar biopsias en todas las lesiones de pene. Por lo tanto el diagnóstico de la calcifilaxia de pene debe ser clínico.

El tratamiento de esta patología requiere un manejo integral y multidisciplinario.

principalmente clínico, manteniendo niveles basales de calcio, fósforo y parathormona. La penectomía debería ser considerada

Palabras claves: calcifilaxis, necrosis de pene, gangrena de pene.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Torsión testicular en el adulto joven: Experiencias desde un centro colombiano.Castañeda-Millán, D^(1, 2); Cortés-Páez, DA⁽¹⁾; Forero-Muñoz, J⁽¹⁾⁽¹⁾Servicio de Urología, Servicios médicos especializados; Clínica de Occidente. Bogotá, Colombia. ⁽²⁾Unidad de Urología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Introducción: La torsión testicular constituye una de las urgencias más frecuentes en urología. La caracterización del síndrome de escroto agudo y la torsión testicular se ha ejecutado de forma detallada en la población pediátrica, sin embargo, en latinoamérica son pocos los datos disponibles en otros grupos etáreos. El objetivo del presente estudio es caracterizar los cuadros de escroto agudo y sospecha de torsión testicular en pacientes adultos de un centro colombiano. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, ejecutado mediante el análisis de la base de datos correspondiente a los ingresos al servicio de urgencias por sospecha de escroto agudo/torsión testicular en un centro de tercer nivel en Bogotá (Colombia) durante el periodo enero/2019 a julio/2020. Los resultados se describen en medidas de frecuencia y tendencia central. **Resultados:** Se incluyeron en total 18 pacientes con edad promedio de 25,33 años (rango: 15 – 44 años), 33,33% de cuadros se presentaron con lateralidad derecha mientras que 66,66% con lateralidad izquierda; 72,22% de casos se presentaron con orquialgia súbita e intensa; 83,33% de casos tuvo ecografía doppler testicular como estudio extensión y de ellos 93,33% tenían hallazgos ecográficos sugestivos de torsión testicular. El tiempo a consulta fue menor a 8 horas, entre 13 a 18 horas y más de 24 horas en 50%, 16,60% y 33,30% de los pacientes respectivamente; el tiempo a cirugía fue menor a 8 horas, entre 9 a 12 horas, 13 a 18 horas, 19 a 24 horas y más de 24 horas en 27,70%, 22,20%, 5,50%, 11,10%, 33,30% de los pacientes respectivamente. 50% de pacientes perdió una gónada como consecuencia de la torsión testicular. 60% de pacientes provenientes de regiones fuera de la ciudad y 77,77% de pacientes con tiempo de evolución de síntomas mayor a 12 horas perdieron la gónada como consecuencia de la torsión testicular. **Conclusiones:** La torsión testicular es una patología que puede afectar al adulto joven, la tasa de pérdida testicular en esta población puede ser bastante significativa y puede ser consecuencia de factores como el tiempo tardío a consulta y dificultades para el acceso a la atención médica temprana.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Gangrena de Fournier: Análisis de 29 casos en una institución privada del Noroeste ArgentinoNavarro, J⁽¹⁾; Faralle Antezana, JE⁽¹⁾; Orell, JP⁽¹⁾; Frias, NE⁽¹⁾; López, RE⁽¹⁾; García, LI⁽¹⁾⁽¹⁾Servicio de Urología, Sanatorio 9 de Julio. San Miguel de Tucumán, Argentina.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante (FN) polimicrobiana y sinérgica, que afecta el periné y genitales, de rápida evolución y elevada morbimortalidad de no mediar un tratamiento oportuno. Objetivo: Describir la presentación clínica de 29 casos de GF, sus comorbilidades asociadas, origen de la FN, procedimientos quirúrgicos realizados y mortalidad en pacientes tratados en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se realizó una revisión de las historias clínicas de 29 pacientes de sexo masculino atendidos en el Sanatorio 9 de Julio (Tucumán, Argentina) entre Abril de 2013 y Abril de 2020. Las variables bajo estudio fueron edad, presencia de comorbilidades, días de internación, origen de la FN, número de desbridamientos, necesidad de derivación urinaria o digestiva, orquiectomía o penectomía, antibiótico administrado y mortalidad.

Resultados: La media de edad fue 42 años (17-74). El 86.6% (27) presentó comorbilidades: diabetes mellitus 65.5% (6), hipertensión arterial 20.7% (6), obesidad 10.3% (3), insuficiencia renal crónica 6.9% (2), etilismo 6.9% (2), mielomeningocele 3.4% (1), lesión medular 3.4% (1). La media del tiempo de internación fue 12,6 días. La GF tuvo un origen dermatológico en un 69% (20), colorrectal y/o perianal en un 17,2% (5), y urinario en un 13.8% (4). La media del número de desbridamientos realizados fue de 1,89 (1-6). Los procedimientos auxiliares efectuados consistieron en cistostomía suprapúbica en 48,3% (14), colostomía en 17.2% (5), orquiectomía en 3.4% (1), y penectomía en 3.4% (1). Las combinaciones antibióticas más frecuentemente empleadas fueron piperacilina-tazobactam/vancomicina 27,6% (8) y ciprofloxacina/clindamicina 24,1% (7). La mortalidad del grupo fue 20,7% (6).

Conclusiones: Las comorbilidades más frecuentemente observadas fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial. El punto de partida más común de la FN fue el dermatológico seguido del perianal. Además del desbridamiento, se realizaron procedimientos de necesidad como cistostomía suprapúbica en más del 40% de los pacientes. La mortalidad observada fue similar a la descripta en la literatura.

Palabras clave: gangrena de Fournier, fascitis necrotizante, desbridamiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CASO CLÍNICO: TUBERCULOSIS UROGENITAL: RIÑÓN

Salazar Arenas, MÁ⁽¹⁾; Aybar Galdos, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, Perú.

Antecedentes: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa, siendo los riñones el principal destino de diseminación hematológica. **Objetivo:** Presentar caso clínico de paciente que padeció TBC renal, diagnóstico y su manejo. **Materiales y Métodos:** Se presenta caso clínico de paciente mujer de 30 años de edad, que refiere desde hace 6 meses hematuria macroscópica intermitente, dolor en fosa lumbar, disminución del flujo urinario y leve edema de miembros inferiores. Se realizó ecografía, TEM, cistoscopia y posterior a ello una nefrectomía derecha laparoscópica. **Resultados:** Paciente tolera acto operatorio, recupera función renal, respondiendo satisfactoriamente al manejo quirúrgico instaurado. **Conclusiones:** Se concluye que el manejo quirúrgico fue exitoso.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Predictores De Mortalidad Y Necesidad De Nefrectomía Temprana En Pacientes Con Pielonefritis Enfisematosa, Un estudio multicéntrico.

Trujillo Santamaría, H⁽¹⁾; Yuen-Chun Teoh, J⁽²⁾; Tanidir, Y⁽³⁾; Robles Torres, JI⁽⁴⁾; Sanchez Nuñez, JE⁽⁵⁾; Espinosa Aznar, JE⁽⁶⁾; Tarot Chocooj, CP⁽⁷⁾; Vineet, G⁽⁸⁾; Cosentino-Bellote, M⁽⁹⁾; Vazquez Lavista, LG⁽¹⁰⁾; Wroclaswski, ML⁽¹¹⁾; Kabre, B⁽¹²⁾; Agrawal, S⁽¹³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Covadonga. Córdoba, México. ⁽²⁾Urology, The Chinese University of Hong Kong. Hong Kong, Hong Kong. ⁽³⁾Urología, Marmara University. Istanbul, Turquía. ⁽⁴⁾Urología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio Gonzalez". Monterrey, México. ⁽⁵⁾Urología, hospital general de mexico. mexico, mexico. ⁽⁶⁾Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Yucatán, México. ⁽⁷⁾Urología, Hospital Central Militar. México, México. ⁽⁸⁾Urología, Ng Teng Fong Hospita-NUHS. Singapur, Singapur. ⁽⁹⁾Urología, Federal University of Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽¹⁰⁾Urología, Hospital Medica Sur. México, México. ⁽¹¹⁾Urología, Hospital Israelita Albert Einstein/ Fundação Dom Cabral. Sao Paulo, Brasil. ⁽¹²⁾Urología, Hospital Yalgado ouedraogo. Ouagadougou, Kadiogo, Burkina Faso. ⁽¹³⁾Urología, AIIMS Bhubaneswar. Bhubaneswar, India.

La Pielonefritis Enfisematosa (PE) es una infección necrotizante renal con riesgo de vida, caracterizada por acumulación de gas en el parénquima renal y el entorno circundante. Los datos sobre el manejo y el pronóstico de la PE son limitados. El abordaje ideal para el manejo continúa siendo controversial. Hemos conducido este estudio en búsqueda de estos objetivos:

- Determinar si la nefrectomía proporciona mejores resultados para el paciente que el MIM.
- Determinar los factores de riesgo asociados con la necesidad de nefrectomía y mortalidad.
- Determinar si los pacientes con nefrectomía temprana tienen un beneficio en la mortalidad frente a la nefrectomía tardía realizada después de una falla de MIM.

Material y Métodos. Estudio Retrospectivo, multicéntrico, comparativo y observacional con una población de 330 pacientes de 14 centros de 7 países; En un Período de agosto de 2004 a agosto de 2019. **Resultados.** Los pacientes se dividieron en 2 grupos: "grupo nefrectomía" y "grupo MIM", comparamos la mortalidad de nefrectomía 17.6% (N=9) frente MIM 9.4%, Se sub-analizó la mortalidad de los pacientes sometidos a una nefrectomía tardía después del fracaso del tratamiento MIM en comparación con los que fueron tratados mediante nefrectomía temprana, observando una mortalidad del 31.03% frente a 17.64% respectivamente. Identificamos una relación entre la edad y la clase Huang respecto a la supervivencia. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable con un intervalo de confianza (IC) del 95% para identificar la necesidad de nefrectomía encontrando significancia estadística en las siguientes variables: sobre la edad ($P < 0.03$) en la clase 3a de Huang ($P < 0.03$) y 3b ($P < 0.01$) alto porcentaje de neutrófilos ($P < 0.03$) y baja presión sistólica ($P < 0.01$). **Discusión.** Se identificaron factores de riesgo para la necesidad de nefrectomía como: edad avanzada, neutrofilia y presión sistólica baja. Se identificaron variables con significancia estadística como edad, GCS y baja presión sistólica asociada con mortalidad. Se identificó que la nefrectomía tardía presentó un mayor porcentaje de mortalidad **Conclusión.** Mediante este estudio se han logrado identificar predictores para la necesidad de una nefrectomía temprana, así como parámetros predictores para un aumento en el riesgo de mortalidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Modelo Novedoso Para el Manejo de Fístula Urinaria Posterior a Pieloplastía

Massouh, R⁽¹⁾; Pinilla, I; Flores, I; Gonzalez, D; Escovar, P

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

Introducción: La fístula urinaria (FU) es una complicación poco común posterior a una pieloplastía laparoscópica en adultos, con cifras reportadas entre un 1-10%. No existe un algoritmo establecido para el manejo de estas, y la mayoría de los casos publicados que son corregidos quirúrgicamente lo hacen mediante procedimientos percutáneos. Aquí presentamos un novedoso modelo, menos invasivo. **Caso:** Mujer de 22 años sometida a pieloplastía laparoscópica, evoluciona con FU y no responde luego de 25 días de manejo conservador y un intento de reparación laparoscópica.

Material y métodos: Se instalaron 2 catéteres ureterales 7 French por vía retrógrada bajo visión directa y fluoroscopia. Se posicionó uno en pelvis renal y otro en zona de filtración. Los extremos distales de ambos catéteres fueron exteriorizados, fijados a una sonda uretral y conectados a un sistema aspirativo tipo VAC a 40 mm Hg. Posterior al cierre de la fístula los catéteres ureterales fueron reemplazados por un catéter doble jota (JJ). **Resultados:** Tiempo operatorio: 39 minutos. No hubo complicaciones peri-operatorias. Resolución de FU en 9 días. Retiro de JJ un mes después. Sin recidiva de fístula a un año de seguimiento. **Conclusiones:** Existe poca literatura sobre manejo activo de FU posterior a pieloplastía, que por lo demás es una complicación poco frecuente de la técnica laparoscópica. La mayoría de los autores que optan por manejo activo se inclinan por procedimientos percutáneos. Nuestro modelo propone un procedimiento efectivo, menos invasivo y más fisiológico. No encontramos ningún modelo similar al nuestro en la literatura vigente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Electroestimulación de suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo ¿es efectiva?

Bobadilla Romero, ER^(1, 2); Marin Martinez, F⁽¹⁾; Artes Artes, M⁽¹⁾; Garcia Porcel, V⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Molina Hernandez, O⁽¹⁾; Onate Celdran, J⁽¹⁾; Garcia Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodriguez, C⁽¹⁾; Guzman Martinez-Valls, PL⁽¹⁾; Sempere Gutierrez, A⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Andreu Garcia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofia. murcia, España. ⁽²⁾murcia.

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una entidad altamente prevalente en la población afectando principalmente al género femenino, consiste en la perdida involuntaria de orina con los esfuerzos o ejercicio. Supone una causa importante de pérdida de calidad de vida, así como un elevado gasto sociosanitario en costes directos e indirectos. Dentro del manejo conservador del IUE, se encuentra la electroestimulación de suelo pélvico (ESP).

Objetivo: Evaluar la efectividad de la ESP como tratamiento de la IUE.

Material y métodos: Estudio observacional de carácter retrospectivo realizado en pacientes con IUE tratadas mediante ESP desde abril 2019 a enero 2020. Las pacientes fueron evaluadas antes y después de la ESP mediante el cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF), la escala visual análoga (EVA) para valorar como interfiere la IU en la vida diaria y la frecuencia de uso de compresas. En total recibieron 20 sesiones de 20 minutos cada 2 días, la intensidad variaba de acuerdo con la tolerancia del paciente. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, se utilizó el T-Student para medias emparejadas considerándose estadísticamente significativo una $P < 0.05$.

Resultados: En total de 31 pacientes fueron incluidos en el estudio, la edad media fue de 53.2 ± 11.82 SD, el IMC medio fue de 24.81. Los cuestionarios fueron administrados antes e inmediatamente tras completar las 20 sesiones de electroestimulación evidenciándose una disminución estadísticamente significativa en la puntuación del ICIQ-SF (de 13.8 ± 4.1 a 10.0 ± 5.0 ; $P = 0.000$), en la EVA (de 7.12 ± 2.7 a 5.3 ± 3.6 ; $P = 0.001$) y en la frecuencia de uso de compresas (de 3.2 ± 0.9 a 2.6 ± 1 ; $P = 0,000$).

Conclusión: En base a los resultados de este estudio podemos concluir que la ESP a corto plazo es un procedimiento efectivo y seguro como tratamiento de la IUE.

Palabras claves: Incontinencia urinaria de esfuerzo. Electroestimulación. Suelo pélvico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE TENSIÓN DE LA CINTA MEDIO URETRAL EN PACIENTE FEMENINAS CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO SOMETIDAS A T.O.T.

Montaño Chavez, WG⁽¹⁾

⁽¹⁾La Paz.

Introducción: La colocación de cinta medio uretral es el abordaje más común para las mujeres con I.U.E. Desafortunadamente no existe un método estandarizado para darle tensión a la cinta, lo cual puede ocasionar posible obstrucción en la salida vesical.

Objetivos: Evaluar el flujo urinario y residuo postmicción, comparando dos métodos de tensión.

Material y Método: Se realiza un estudio de casos y controles, en 75 mujeres diagnosticadas de I.U.E, que fueron sometidas a colocación de cinta T.O.T; utilizando para la calibración dos métodos: una con sonda uretral Foley No 16F (5,3mm) con interposición de tijera de mayo (3mm) y otra utilizando velas Hegar calibre 8mm uretral y 4mm entre la uretra y la cinta. Se evaluaron en pre y postoperatorio (3 meses) el: $Q_{(max)}$, y residuo posmiccional.

Resultados: 36 pacientes fueron sometidas a tensión de la cinta sobre sonda 16F + Tijera (controles) y 39 con velas Hegar 8/4mm (casos).

El $Q_{(max)}$ Pre operatorio del grupo control fue de 40.2 +/- 2.6 y en el Post operatorio 27.6 +/- 4.1 (P: 0.044). En grupo caso, el $Q_{(max)}$ preoperatorio fue 39.1 +/- 2.1 y el post operatorio de 31.1 +/- 2 (P: 0.000).

El residuo post micción del grupo control fue 9.2 +/- 6 ml y en post operatorio subió a 19,1 +/- 22 ml, en el grupo caso el residuo preoperatorio fue 7.9 +/- 6.5ml y del postoperatorio disminuyó a 3,6 +/- 4,7 (p: 0.0000). La variación del residuo Post Miccional en el grupo control de -4,3 +/- 4.4 y en grupo caso control de 9,9 +/- 22 (p: 0.0002)

Conclusión: El grupo caso (método 8/4) presento mejoría estadísticamente significativa del $Q_{(max)}$ y del residuo postmicción posoperatorio en relación al grupo control (sonda+Tijera), quienes presentaron 11% de sobrecorrecciones (p: 0.048).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SUPERIORIDAD DE SONDAS TRANSURETRALES RECUBIERTAS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DEL TRACTO URINARIO.

Hernández-Hernández, RA⁽¹⁾; Hernández-Farías, MÁ⁽¹⁾; Rico-Frontana, E⁽¹⁾; Rodríguez-Sánchez, Y⁽²⁾; Flores-García, LR⁽¹⁾; Cabrera-Mora, NA⁽¹⁾; Sánchez-Núñez, JE⁽¹⁾; Rodríguez-Valle, ED⁽¹⁾; Serrano-Brambila, EA⁽³⁾; Rosas-Nava, JE⁽¹⁾; Acevedo-García, C⁽¹⁾; Virgen-Gutiérrez, JF⁽¹⁾; Jaspersen-Gastélum, J⁽¹⁾; De Antuñano-Ruiz, JF⁽¹⁾; Álvarez-Maldonado, P⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Epidemiología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Ciudad de México, México. ⁽³⁾Urología, Hospital Ángeles Metropolitano. Ciudad de México, México. ⁽⁴⁾Neumología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" O.D. Ciudad de México, México.

Introducción. La infección de tracto urinario asociada a catéter (ITU-CV) es la causa más frecuente de infección asociada a los cuidados de la salud. Existen diversas estrategias para prevenir dichas infecciones. Se deben considerar estrategias como los catéteres recubiertos de plata, oro, paladio, como una alternativa para reducir las mismas. El objetivo de este estudio fue comparar la incidencia de las ITUCV en pacientes con catéter vesical Foley BIP versus Foley convencional. **Material y métodos.** Se realizó un ensayo clínico con aleatorización simple, siguiendo el sistema de doble ciego. Se estableció un nivel de confianza del 95%, un error no mayor del 5%. Obteniendo un total de 140 casos, alcanzando así una muestra representativa. **Resultados.** 140 casos con una inclusión de 125 casos y una exclusión de 15 casos (11%). La media de edad fue 50 años \pm 18, con un 52% hombres y 48% mujeres. El tiempo observado promedio fue de 10 días \pm 7. Se presentó una tasa de incidencia global de 25 ITUCV x 1000 días. **Conclusión.** Las infecciones nosocomiales representan un indicador de calidad de atención de los pacientes, repercuten en la morbimortalidad y economía de los pacientes. Los catéteres con recubrimiento fueron una medida eficaz, disminuyendo de manera considerable la incidencia de ITU-CV.

Palabras clave. Infecciones nosocomiales, sondas transuretrales, catéteres recubiertos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Efectividad de una intervención educativa para el manejo de catéteres urinarios en pacientes internadosOrell, JP⁽¹⁾; Bulacio Velazco, A⁽¹⁾; Ildarraz, JM⁽¹⁾; García, LI⁽¹⁾; Lopez Testa, C⁽¹⁾; Faralle Antezana, JE⁽¹⁾; Navarro, J⁽¹⁾⁽¹⁾Servicio de Urología, Sanatorio 9 de Julio. San Miguel de Tucumán, Argentina.

Introducción: Los catéteres urinarios (CU) se encuentran en 10 a 25% de pacientes hospitalizados. Infraestructura adecuada, mantenimiento diario y el uso de protocolos sistematizados para los cuidados pueden evitar complicaciones. Intervenciones de educación sanitaria podrían influir positivamente sobre la internación y mejorar la calidad de atención.

Objetivos: Determinar la efectividad de una intervención educativa/estratégica sobre el manejo de CU en pacientes internados en el Sanatorio 9 de Julio en Octubre de 2019. **Materiales y métodos:** Estudio de diseño cuasiexperimental pre y postintervención. Población conformada por integrantes del servicio de enfermería del mencionado sanatorio. Se realizó una evaluación diagnóstica, mediante observación directa, de variables para el manejo de CU en pacientes internados. Se utilizó un formulario de elaboración propia, basado en guías internacionales. Se efectuó luego una intervención educativa personalizada con soporte audiovisual, implementación de protocolo de control y provisión de materiales para el soporte de CU. Posteriormente se realizó una nueva evaluación de iguales características a la inicial, con mismo observador. La participación fue voluntaria y la evaluación anónima. Se excluyó de la evaluación a integrantes del servicio que no recibieron la intervención. **Resultados:** Se intervino a 100 enfermero/as, que cumplen funciones en piso, UCO y UTI, pertenecientes al servicio de enfermería. Se evaluaron 120 CU pre y postintervención. Se evidenciaron mejorías globales postintervención de 37% (45% vs 82%) en la variable infraestructura y materiales, 38% (27% vs 65%) en uso correcto de dispositivos para sostén de la bolsa colectora (BC) y 44% (35% vs 79%) en maniobras para prevenir acodaduras de la tubuladura. En piso de internación, se encontraron porcentajes superiores al 90% en ítems positivos luego de la intervención. Con mejoras de 27%, 42% y 50% en las variables mencionadas respectivamente. **Conclusión:** Los porcentajes obtenidos demuestran que la participación activa de una residencia de Urología en conjunto con el servicio de Enfermería en una intervención multifactorial, educativa y estratégica resulta efectiva y con un fuerte impacto para establecer competencias y habilidades en el cuidado de CU, herramienta útil para garantizar a nuestros pacientes la mejor práctica médica basada en evidencia.

Palabras claves: Catéter urinario – Enfermería – Educación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Realidad del abordaje quirúrgico con energía monopolar para la RTUP en relación a la vaporización transuretral de próstata bipolar.

Céspedes Valencia, K^(1, 2); Vela Guillen, JL⁽¹⁾; Robles Daza, LG⁽¹⁾; Ayala Lima, JC⁽¹⁾; Gutierrez Gutierrez, E⁽²⁾; Terrazas, J⁽²⁾; Alcazar Almeida, J⁽²⁾; Calderon, C⁽²⁾; Arancibia, J⁽³⁾

⁽¹⁾servicio de Urología, caja nacional de salud. santa cruz de la sierra, Bolivia. ⁽²⁾servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios. santa cruz de la sierra, Bolivia. ⁽³⁾Servicio de Urología, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia.

Introducción.

El tratamiento tiene base respecto a su utilidad para identificar candidatos apropiados, eficacia clínica y efectos colaterales, comparado al estándar de oro RTUP monopolar vs vaporización transuretral bipolar.

Material y métodos

Estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, cualitativo de pacientes con hiperplasia prostática benigna resuelta con vaporización transuretral bipolar y RTUP monopolar, que acudieron al Servicio de Urología del Hospital Obrero Nro.3, durante el periodo de Marzo 2018 a Octubre 2018.

Resultados

Registro de 20 pacientes tratados quirúrgicamente, edad 60 a 70 años 45 % (35% vaporización – 10% RTUP) mas 70 años 30 % (20% vaporización – 10% rtup) 50 a 60 años 25 % (15% vaporización – 10% rtup), peso prostático 30 a 50 gr 60 % (35% vaporización – 25% rtup) mas 60 gr 25 % vaporización 20 a 30 gr 15 % (10% vaporización – 5% rtup), comorbilidades HTA 45%, diabetes mellitus 25 %, injuria renal 15 % EPOC 20% arritmia cardiaca 5% portador marcapaso 5%, tiempo quirúrgico menos de 1 hrs 60% (40% vaporización 20% rtup) más 1 hrs 35% (30% vaporización 5% rtup) menos de 30 min 5% rtup, complicaciones ninguna 70% (45% vaporización 25% rtup) hematuria 25% (20% vaporización 5% rtup) síndrome post rtup 5%, tiempo de sonda 2 días 35% (10% vaporización 25% rtup) 1 día 35 % vaporización 12 hrs 25% vaporización más de 2 días 5 % rtup, complicaciones mediatas ninguno 80% disuria 10% vaporización dolor perineal 5% vaporización hematuria 5% vaporización polaquiuria 5% vaporización, tardías ninguna 90% disuria 10% vaporización, tiempo de irrigación 1 dia 55% (30% vaporización 25% rtup) ninguno 30% vaporización menos 12 hrs 15% (10% vaporización 5% rtup), volumen líquido irrigado intraoperatorio mayor a 7 litros 85% (70% vaporización 15% rtup) menor a 7 litros 15% rtup.

CONCLUSION

Mayor uso de vaporización en personas mayores a 60 años, peso prostático idénticos, mayor confianza quirúrgica en pacientes con comorbilidades, mejor tiempo quirúrgico, complicaciones quirúrgicas intraoperatorias idénticas, complicaciones mediatas mayor en vaporización, complicaciones tardías presentes en vaporización, tiempo de irrigación vesical menor en vaporización, volumen de líquido de irrigación intraoperatoria mayor en vaporización.

PALABRAS CLAVE

Disuria, edad, tiempo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Efectos iniciales de la pandemia por COVID-19 en la atención urológica de urgencias en Colombia: Estudio multicéntrico.

Castañeda-Millán, D^(1,2); Rodríguez-Piraquive, S⁽³⁾; Guachetá-Bomba, P^(4,5); Cortés-Paéz, D⁽²⁾; Álvarez-Restrepo, JC⁽¹⁾; Capera-López, C⁽³⁾; Guachetá-Bomba, M⁽⁵⁾; Gómez-Castro, S⁽²⁾; Forero-Muñoz, J⁽²⁾; García-Perdomo, H^(4,5)

⁽¹⁾Unidad de Urología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. ⁽²⁾Servicio de Urología, Servicios médicos especializados. Clínica de Occidente, Hospital Occidente de Kennedy. Bogotá, Colombia. ⁽³⁾Servicio de Urología, Clínica Antioquia. Itagüí, Colombia. ⁽⁴⁾Servicio de Urología, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia. ⁽⁵⁾Unidad de Urología, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Introducción: La pandemia por síndrome respiratorio agudo y grave por coronavirus-2 (SARS – CoV 2) ha causado millones de contagios y más de 650.000 muertes alrededor del mundo. Esta situación ha generado un nivel de saturación hospitalario sin precedentes en la historia reciente, y ha obligado a priorizar los esfuerzos sanitarios hacia la atención de pacientes respiratorios gravemente enfermos. La atención urológica por ende se ha visto afectada; se desconoce el impacto de la pandemia en la atención de pacientes con condiciones urológicas de urgencia. Se pretende describir la experiencia inicial en 4 centros de las principales regiones de Colombia. **Materiales y método:** Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de corte transversal, ejecutado en cuatro instituciones hospitalarias de las principales regiones de Colombia. Se analizaron la cantidad de ingresos hospitalarios por patología urológica de urgencias, los motivos de consulta, el índice quirúrgico, el promedio de hospitalización durante los periodos abril – mayo/2019 y abril-mayo/2020 (periodo inicial de declaración de estado de emergencia). Se ejecuto el test t-student y de diferencia de proporciones para valorar diferencias en los periodos de estudio. Los resultados se expresan en medidas de frecuencia. **Resultados:** Se incluyeron 1570 pacientes en el estudio, con edad promedio de 49.1 años. Entre los periodos de estudio se evidenció una disminución del 22,2% en la cantidad de pacientes que consultaron a urgencias por patología urológica (2019 - n: 883 vs 2020 - n: 687), la estancia hospitalaria promedio paso de 3,33 días/paciente a 2,59 días/paciente (p: 0,39), el índice quirúrgico aumentó 10,74% (p: 0,0001), el índice de hospitalización por patología urológica disminuyó 10,73% (p: 0,001), los principales motivos de consulta en los periodos de estudio fueron: cólico renoureteral/litiasis, infección/orquiepididimitis/Fournier, hematuria. **Conclusiones:** La pandemia por SARS – CoV - 2 ha generado un impacto significativo en la atención urológica de urgencias, la racionalización de la atención médica en el contexto de la pandemia ha aumentado los índices quirúrgicos en urgencias y disminuido la hospitalización y la ocupación de camas hospitalarias por patología urológica. Por la dinámica de la pandemia se espera que los efectos puedan aumentar de magnitud.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RELACIÓN NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y PLAQUETA-LINFOCITO COMO PREDICTORES DE SEVERIDAD Y MORTALIDAD EN LA FASCITIS NECROTIZANTE: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Sánchez-Núñez, JE⁽¹⁾; Rico-Frontana, E⁽¹⁾; Armenta-Álvarez, H⁽²⁾; Jáuregui-Illabaca, LE⁽³⁾; Campos-Márquez, GP⁽⁴⁾; Espinosa-Aznar, JE⁽⁵⁾; Magaña-González, JE⁽⁵⁾; Salas-García, A⁽⁶⁾; Montaña-Roca, B⁽⁷⁾; Rodríguez-Sánchez, Y⁽⁸⁾; Rosas-Nava, JE⁽¹⁾; González-Bonilla, EA⁽⁹⁾; Flores-García, LR⁽¹⁾; Jaspersen-Gastélum, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" OD. CDMX, México. ⁽²⁾Urología, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. CDMX, México. ⁽³⁾Urología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. CDMX, México. ⁽⁴⁾Urología, Hospital General de Occidente. Zapopan, México. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, México. ⁽⁶⁾Urología, Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS. Puebla, México. ⁽⁷⁾Urología, Centro Médico ISSEMyM. Estado de México, México. ⁽⁸⁾Epidemiología hospitalaria, Hospital General Dr. Manuel Gea González. CDMX, México. ⁽⁹⁾Laparoscopia y cirugía robótica en Urología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" OD. CDMX, México.

Introducción. La Fascitis Necrotizante (FN) es una entidad nosológica rara, caracterizada por una necrosis progresiva de los tejidos de la región genital y perineal con alta letalidad (~90%). Existen modelos predictores de severidad y mortalidad validados para la FN. Los índices neutrófilo-linfocito (INL) y plaqueta-linfocito (IPL), son indicadores pronósticos útiles en los eventos isquémicos-inflamatorios de bajo costo y fácilmente reproducibles. **Material y métodos.** Estudio multicéntrico, retrospectivo, observacional y analítico. Los variables evaluadas fueron: datos demográficos, comorbilidades, valores clínicos y bioquímicos al ingreso hospitalario, microbiología y desenlaces clínicos. Los índices neutrófilo-linfocito, plaqueta-linfocito e índice de Severidad de la Gangrena de Fournier, fueron calculados por los investigadores. Se calculó el nivel de concordancia entre el índice de severidad de la Gangrena de Fournier y los índices de neutrófilo-linfocito y plaqueta-linfocito mediante el coeficiente de Kappa de Cohen, adicionalmente se realizó el cálculo de intervalos de confianza al 95%. **Resultados.** Se incluyeron 123 pacientes con diagnóstico de fascitis necrotizante de origen urológico atendidos en los servicios de urología de siete centros hospitalarios de tercer nivel en México durante el período, enero 2017 a enero 2020. el índice de neutrófilo-linfocito demostró un valor predictivo positivo para mortalidad muy bajo, indicando que superior al punto de corte (INL=13) predice en un 25% la incidencia de mortalidad en pacientes con fascitis necrotizante. Mientras que para severidad con un punto de corte (INL=12.6), se obtuvo un Valor Predictivo Positivo del 51% y Valor Predictivo Negativo del 79%. El índice plaqueta-linfocito no mostró utilidad en la estimación de la severidad y mortalidad en los pacientes con fascitis necrotizante. **Conclusiones.** El índice neutrófilo linfocito es un buen indicador pronóstico para severidad y mortalidad en la Fascitis necrotizante de origen urológico. La índice plaqueta linfocito no mostró utilidad clínica en la estimación de la severidad y la mortalidad.

Palabras clave: Fascitis necrotizante, índices pronósticos, mortalidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Utilidad de RAN/RAL como predictor de resultados oncológicos en pacientes con cáncer de vejiga sometidos a cistectomía radical

Gallegos M., H⁽¹⁾; Rojas R., P⁽¹⁾; San Francisco R., I⁽²⁾; Dominguez C., J⁽²⁾; Zúñiga A., Á⁽²⁾; Trucco B., C⁽²⁾; Sepúlveda C., F⁽¹⁾; Rojas B., F⁽¹⁾; González De la Vega G., J⁽¹⁾; Navarro C., R⁽¹⁾; Ibañez C., C⁽³⁾

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Departamento de urología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽³⁾Departamento de Hematología-Oncología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La razón neutrófilos a linfocitos (RAN/RAL) se ha relacionado a un microambiente oncogénico y pobre respuesta antitumoral del huésped. El RAN/RAL ha mostrado resultados promisorios estos últimos años como factor pronóstico en cáncer de vejiga músculo invasor (CVMI). El objetivo de este estudio es evaluar resultados oncológicos y su relación con este marcador, en pacientes operados de cistectomía radical (CR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohorte retrospectiva en pacientes con CVMI sometidos a CR en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, entre los años 2005-2020. Se registraron variables demográficas y clínicas de los pacientes, además de resultados de la biopsia. Se realizó estadística analítica mediante software SPSS 22.0, se utilizó en variables continuas Test de Kruskal-Wallis, y t-student o Test U de Mann-Whitney, según distribución, considerando significativo $p < 0,05$. Se realizó análisis de curvas ROC. Análisis de sobrevida con Kaplan-Meier, Log-rank test y análisis Uni-Multivariado mediante modelo de regresión de Cox y modelo de regresión logística.

RESULTADOS: Se registraron un total de 93 pacientes, edad promedio de 66.5 años, una mediana de seguimiento de 38.9 meses. En relación a la discrepancia clínico-patológica de las biopsias, la media de RAN/RAL en pacientes con "upstage" (5.42 +- 3.2) fue significativamente mayor con respecto pacientes sin cambios en estadio (3.03 +- 1.2, $p=0.037$) y pacientes con "downstage" (2.7 +- 1.6, $p=0.019$). En predicción de recurrencia a 3 meses, RAN/RAL tuvo una AUC 0.822, con valor de corte de 2.8 (sensibilidad de 90% y especificidad de 68.7%). En análisis de sobrevida, al comparar pacientes con RAN/RAL < 2.8 vs > 2.8 , hubo diferencias significativas a nivel de sobrevida global ($p=0.012$), cáncer-específica ($p=0.009$) y libre de recurrencia ($p=0.016$). En análisis multivariado, fueron predictores de sobrevida global el RAN/RAL ($p=0.022$) e ILV ($p < 0.001$); en sobrevida cáncer-específica fueron significativos RAN/RAL ($p=0.013$), QT-neoadyuvante ($p=0.032$) e ILV ($p=0.002$).

CONCLUSIONES: El RAN/RAL elevado se relacionó con peores resultados oncológicos, menor sobrevida global y cáncer específica. Esto sugiere que RAN/RAL es una herramienta simple y útil para la estratificación de riesgo de CVMI en la práctica clínica.

Palabras clave: RAN/RAL, CVMI, Cistectomía radical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RECEPTORES SENSITIVOS EN URETRA ANTERIOR MASCULINA

Gallegos, CA^(1, 2); Venegas, JA^(1, 2); Lozano, C^(3, 4)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile. ⁽²⁾Cátedra de Urología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. ⁽³⁾Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile. ⁽⁴⁾Cátedra de Anatomía Patológica, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Introducción: Las vías genitales sensoriales que participan en los procesos de la respuesta sexual humana han sido bien estudiadas para el glande, clítoris y vagina. Sin embargo la uretra peneana humana, como órgano sensorial ha recibido poca atención en la literatura científica, con estudios escasos, controversiales y algunos contradictorios. Estudios estructurales de la uretra peneana en mamíferos no humanos, que incluyen la demostración de receptores sensoriales, han permitido sugerir que este órgano puede ser parte de un mecanismo de defensa contra injurias (por ejemplo bacterianas). En uretra posterior o prostática, correlacionan funcionalmente estas terminaciones con la función refleja vesical y la eficacia miccional. El propósito de la investigación es demostrar la presencia de receptores sensitivos en la uretra anterior masculina.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en el que se analizaron 25 uretras peneanas, obtenidas de uretrectomía en pacientes sometidos a genitoplastia feminizante. Se realizaron 3 cortes a nivel uretral: glande, uretra peneana distal y peneana proximal. La identificación celular se realizó mediante técnica microarray, posteriormente teñidas a inmunohistoquímica primaria para GPG9.5, cromogranina A y tubulina III. Para caracterizar las células encontradas se realizó inmunohistoquímica primaria dual secuencial (cromogranina A / tubulina III).

Resultados: Se encontraron células neuroendocrinas en uretra peneana, con inmunohistoquímica específica: tinción GPP9.5 (-), inmunoreactivas a cromogranina A (+) y tubulina III (+). Morfológicamente indistinguibles con HE, transepiteliales, bipolares, elongadas hacia la superficie y asociadas a escotadura luminal. Estas células además se proyectan hacia uretra posterior con distribución característica.

Conclusiones: Existen células neuroendocrinas con características y distribución específica en uretra anterior masculina que presentan inmunoreactividad específica. Estos datos contribuyen a determinar la presencia de neuronas sensoriales que forman parte [aaa2] de un epitelio especializado.

Palabras claves: uretra peneana, receptor sensorial, epitelio.

Características de célula sensorial uretral

Células GPP9.5 (-)
Cromogranina A (+)
Antitubulina III (+)
Indistinguibles con HE
Bipolares
Elongación hacia la superficie
Asociado a escotadura superficial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Correlación entre la expresión de adiponectina y leptina con características clínicas de pacientes con cáncer renal

Romeo, LR^(1, 2, 3); Ferrando, M⁽¹⁾; Carón, R⁽¹⁾; Bruna, F^(1, 4, 5); Romeo, R^(2, 3); Pistone Creydt, V^(1, 6)

⁽¹⁾Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo -IMBECU, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - CONICET. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español de Mendoza. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽³⁾Urología y Trasplante Renal, UROCUYO. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽⁴⁾Centro de Medicina Regenerativa, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. ⁽⁵⁾Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽⁶⁾Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cuyo. CIUDAD MENDOZA, Argentina.

Introducción: Entre los diferentes tipos de células que rodean a las células epiteliales renales, el tejido adiposo renal es uno de los más abundantes. Recientemente demostramos que el tejido adiposo renal humano proveniente de pacientes con tumores renales (ARTh), regula el comportamiento de células epiteliales renales humanas tumorales y no tumorales de manera diferente al tejido adiposo renal normal (ARNh).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo prospectivo, donde se evaluaron características biológicas y clínicas de pacientes tratados por carcinoma renal de células claras. Las variables clínicas analizadas en este estudio fueron: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, grado de diferenciación tumoral, tamaño de la lesión (T), la densidad de ese tejido adiposo medido por grado de estración en TAC previa a la cirugía y la dificultad en la disección quirúrgica del tumor al separarlo del tejido adiposo. Como variables biológicas se estudió la expresión de adiponectina (adipocitoquina anti tumorigénica) y leptina (adipocitoquina protumorigénica) por el tejido adiposo perirrenal. Se utilizó el programa de SPSS para conocer la relación entre las variables, tomando una p significativa de 0.05.

Resultados: De un total de 30 pacientes, el 58,5% correspondió al sexo masculino, y el 41,4% al sexo femenino. Se encontró una disminución en la expresión de adiponectina en pacientes con tumor más indiferenciado así como en pacientes con antecedentes de tabaquismo. Por otra parte, existió una correlación positiva entre leptina, tamaño tumoral y mayor dificultad en la disección tumoral. Los parámetros que aumentan la dificultad en la disección son el sexo masculino, tabaco, tamaño tumoral y el grado de estración de la grasa en los estudios imagenológicos. En ninguno de los pacientes se registró invasión hacia la grasa perirrenal en la anatomía patológica.

Conclusiones: El tejido adiposo peritumoral experimenta modificaciones biológicas previamente a desarrollar invasión del tumor, lo cual promueven la capacidad metastásica de la enfermedad. Por lo tanto, el estudio del tejido adiposo perirrenal podría ser de utilidad para predecir el pronóstico de los pacientes. Futuros estudios prospectivos multicéntricos identificarán el rol de las variables mencionadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

DESEMPENHO DOS ALUNOS EM QUESTIONÁRIOS TEÓRICOS APLICADOS COM PLATAFORMAS DIGITAIS SOCRATIVE E KAHOOT NA DISCIPLINA DE UROLOGIA

Redivo Ströher, G⁽¹⁾; da Silva, G⁽¹⁾; Meyer, F⁽¹⁾; Fernando Neumaier, M⁽¹⁾; Olandoski, M⁽²⁾; Matos de Oliveira, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Departamento de Urologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽²⁾Departamento de Estatística, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil.

Introdução: O avanço da tecnologia tem desafiado universidades com seus métodos tradicionais de ensino. Dentre as modernas plataformas digitais, surgiram os “sistemas de resposta do público” (audience response system), possibilitando maior interação entre estudantes e instrutores. O objetivo desse estudo foi comparar a pontuação obtida pelos alunos da disciplina de Urologia em pré-testes realizados nos aplicativos Socrative e Kahoot.

Materiais e Método: Estudo prospectivo e comparativo entre os aplicativos Socrative e Kahoot. A amostra foi composta por 193 alunos matriculados na disciplina de Urologia do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no segundo semestre de 2019 e primeiro de 2020. Cada turma foi dividida em seis grupos, sendo os três primeiros (A,B,C) com aulas em horários distintos dos últimos (D,E,F). Os pré-testes foram realizados por seis semanas, com duas questões objetivas sobre assunto previamente determinado, sendo que quando as primeiras equipes utilizavam o Socrative, as últimas faziam uso do Kahoot, alternando-se a sequência a cada semana. As pontuações foram organizadas em planilhas do Microsoft Excel, analisadas pelo programa computacional SPSS Statistics v.20.0 e comparadas pelo teste Qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

Resultados: O Socrative obteve melhores resultados quanto ao número de acerto de questões em comparação ao Kahoot. Tal fato comprova-se nos assuntos infecção do trato urinário e câncer de testículo, com $p=0,017$ e $p=0,042$ respectivamente. Nos tutoriais de litíase e incontinência urinária, houve uma tendência ao Socrative apresentar melhores pontuações, sendo o primeiro com $p=0,054$ e o segundo com $p=0,072$. Quanto às aulas de cirurgia ambulatorial e hiperplasia prostática benigna, não houve diferença estatística, e apenas um tema retratou melhor taxa de acertos no Kahoot.

Conclusão: Ao utilizar o aplicativo Socrative em pré-testes, os alunos obtiveram maior número de acertos ao comparar com o Kahoot. Esse estudo é inédito na literatura e pode incentivar os professores de Urologia a tornarem suas aulas mais interativas, incorporando em especial o aplicativo Socrative às avaliações curriculares.

Palavras-chave: Socrative, Kahoot, sistema de resposta do público.

Percentual de respostas corretas dos alunos de acordo com as aulas e as plataformas utilizadas (K: Kahoot e S: Socrative, $p < 0,05$)

Tema da aula	Zero acerto (0/2)	Um acerto (1/2)	Dois acertos (2/2)	Valor de p
Infecção do trato urinário	K 22,1% vs. S 9,1%	K 45,3% vs. S 40,9%	K 32,6% vs. S 50%	0,017
Litíase urinária	K 8% vs. S 0%	K 45,5% vs. S 48,6%	K 46,6% vs. S 51,4%	0,054
Cirurgia ambulatorial em urologia	K 7,4% vs. S 7,5%	K 48,5% vs. S 35,5%	K 44,1% vs. S 57%	0,235
Incontinência urinária	K 20,7% vs. S 12,1%	K 41,4% vs. S 31%	K 37,9% vs. S 56,9%	0,072
Hiperplasia prostática benigna	K 9,7% vs. S 15,3%	K 40,3% vs. S 39,8%	K 50% vs. S 44,9%	0,540
Câncer de testículo	K 10,3% vs. S 1,2%	K 22,4% vs. S 19,8%	K 67,2% vs. S 79%	0,042

Financiamento / conflicto de intereses: No

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EXPOSTOS AO USO DOS APLICATIVOS SOCRATIVE E KAHOOT NA DISCIPLINA DE UROLOGIA

da Silva, G⁽¹⁾; Redivo Ströher, G⁽¹⁾; Meyer, F⁽¹⁾; Fernando Neumaier, M⁽¹⁾; Olandoski, M⁽²⁾; Matos de Oliveira, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Departamento de Urologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil. ⁽²⁾Departamento de Estatística, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, Brasil.

Introdução: Os sistemas de resposta do público (audience response system) são ferramentas móveis online que inovam o ensino nas universidades e permitem melhor integração entre os alunos e os professores. O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos estudantes expostos às ferramentas Socrative e Kahoot nas aulas de Urologia.

Material e Método: Estudo prospectivo e comparativo entre as plataformas digitais Socrative e Kahoot. 193 alunos da disciplina de urologia do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Curitiba, em dois semestres, utilizaram os aplicativos no início das sessões tutoriais, como pré-testes. Ao final da disciplina, foi respondido questionário contendo oito perguntas de percepção dos estudantes quanto às plataformas, e pergunta adicional quanto a nota global (0 a 10) de cada aplicativo. Os dados obtidos foram analisados pelo SPSS Statistics v.20.0. Para a comparação foi utilizado teste não-paramétrico Wilcoxon. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

Resultados: O questionário foi respondido por 74,09% dos alunos. 39,9% dos alunos acreditam que as duas tecnologias permitem avaliar questões da mesma forma que uma prova escrita, enquanto 35% atribui essa característica exclusivamente ao Socrative. 37,1% concordam que ambas permitem uma nota justa utilizando a classificação de acertos, embora 32,2% acreditam somente no Socrative. 63,6% dos alunos discordam que ambas são mais cansativas que uma prova escrita comum. Quanto a nota global, o Socrative se mostrou mais satisfatório em relação ao Kahoot (média $7,8 \pm 1,5$ vs $6,0 \pm 2,5$; $p < 0,001$). A significância estatística foi também encontrada em sete das oito questões respondidas. **Conclusão:** Na avaliação global dos estudantes de Urologia, o Socrative se mostrou superior em comparação ao Kahoot. Em nossos resultados, o Socrative é mais parecido à uma prova escrita tradicional, além de permitir nota mais justa que o Kahoot. Novas tecnologias digitais são eficazes no processo avaliativo, e devem ser consideradas no ensino médico urológico. **Palavras-chave:** Kahoot; Socrative; sistemas de resposta do público.

Financiamento / conflicto de intereses: No

Situación actual en la formación de los urólogos Iberoamericanos.

Paesano, N^(1, 2); Falcioni, M^(2, 3); Gentili, G^(2, 4); Santomil, F^(2, 5)

⁽¹⁾Servicio Urología, Hospital Federico Abete. Malvinas Argentinas, Argentina. ⁽²⁾Oficina de residentes y jóvenes urólogos, Confederación Americana de Urología. ⁽³⁾Servicio de urología, Hospital Británico. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. ⁽⁴⁾Servicio de Urología, Hospital Pirovano. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁽⁵⁾Servicio de Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La Confederación Americana de Urología (CAU) es la tercera sociedad urológica a nivel mundial. Cada año, al rededor de 700 residentes inician su programa de formación en America Latina y España.

Objetivos: Recabar información de los residentes de la CAU en relación a los años de residencia y formación, con la finalidad de obtener un mapa situacional que nos permita planificar actividades y compartir con las otras oficinas y grupos de trabajo los datos obtenidos para mejor conocimiento del perfil de los residentes y jóvenes urólogos CAU.

Materiales y métodos: Se realizó una encuesta cerrada mediante la plataforma CAU EDUCACION en idioma español y portugues. El formulario incluyó 27 preguntas para analizar la actualidad con respecto a la formación, investigación, programas de becas y actividades formativas de la CAU, sociedad latinoamericana de mujeres Urólogas y salida laboral.

La distribución de la encuesta se llevó a cabo mediante correo electrónico y redes sociales en el período comprendido entre septiembre de 2019 a septiembre de 2020.

Resultados: La mayoría de los residentes se forma en instituciones públicas y en servicios de urología que no se encuentran sectorizados por sub especialidades. Casi la totalidad de los encuestados respondió que su programa formativo se encuentra acreditado por sociedades científicas o colegios médicos certificados y que recomendaría su centro de formación a otro colega, pero consideran necesaria la realización de una sub especialidad para complementar su formación. El acceso a la tecnología quirúrgica de última generación como cirugía robótica y láser es limitada para la mayoría de los residentes encuestados. Mas de la mitad de las urólogas esta de acuerdo con la creación de una sociedad latinoamericana de mujeres urólogas.

Conclusión: Los programas actuales de formación en el entorno CAU son heterogéneos. Existe una tendencia de aumento en las acreditaciones de las residencias con respecto a estudios previos. La mayoría de los residentes piensa realizar un programa de sub-especialización (Fellowship) y la totalidad de los encuestados estan interesados en programas de becas formativas, rotaciones y programas e-learning de formación continua.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cirugía Urológica Mínimamente Invasiva en pacientes con daño de la función renalRojas Fiel, I⁽¹⁾; Sánchez Tamaki, R⁽¹⁾; Reyes Arencibia, R⁽¹⁾; de la Concepción Gómez, O⁽¹⁾; González León, T⁽²⁾⁽¹⁾Urología, Instituto de Nefrología. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

Introducción: El tratamiento quirúrgico en pacientes con daño renal mediante cirugía mínimamente invasiva (CMI) contribuye a mejorar la función renal (FR) postoperatoria y la progresión a la enfermedad renal crónica. **Objetivo:** Evaluar la repercusión de la CMI en la FR postoperatoria en una serie de pacientes con daño renal previo. **Material y Método:** Estudio explicativo, ambispectivo, longitudinal en 302 pacientes operados mediante CMI: renal percutánea, endourológica o laparoscópica. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrado, t de Student y para la asociación de variables el test de Wald ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Edad media: 54,04 años. Predominaron los adultos jóvenes entre 40-59 años (55,6%) y masculinos (63,6%). El 92,7% tenían comorbilidades y el 64,6% eran ASA II. El daño renal multicausal, la nefropatía obstructiva por litiasis y la hipertensiva fueron las causas predominantes de deterioro de la FR preoperatoria (35,4%, 28,5% y 20,5%, respectivamente). Predominaron las cirugías para la litiasis: ureterolitotomía endoscópica (41,7%) y nefrolitotomía percutánea (25,8%) y la colocación de derivaciones urinarias del tracto urinario superior (15,6%). El sangrado fue menor de 100ml en el 39,4%, el tiempo quirúrgico entre 46-85 min y la estancia hospitalaria menor de 7 días fueron más frecuentes: 39,45% y 76,8%, respectivamente. El 98,7% no requirió conversión de la CMI. El 28,1% presentaron complicaciones, 7% transoperatorias, 21,2% postoperatorias y predominaron las infecciosas (13,6%) y grado II Clavien (12,2%). La FR postoperatoria fue significativamente mejor que la preoperatoria ($p=0,00$). El FGe promedio preoperatorio fue 52,5 ml/ min/1.73/m² y se elevó a 74,9 ml/ min/1.73/m² a los 6 meses de la cirugía ($p=0,00$). Solo en el 0,7% de los pacientes el daño renal progresó. El mayor ASA preoperatorio ($p=0,000$), la nefropatía multicausal previa ($p=0,000$), la nefropatía obstructiva ($p=0,000$) e hipertensiva ($p=0,002$) se asociaron a progresión del daño renal postoperatorio, significativamente. **Conclusiones:** La CMI mostró resultados satisfactorios en los pacientes con daño renal preoperatorio. La FR postoperatoria mejoró significativamente y el ASA preoperatorio, el deterioro renal multicausal, la nefropatía obstructiva y la hipertensiva se asociaron significativamente con la progresión del daño renal postoperatorio, pero no resultaron un factor predictivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Abordaje laparoscópico transperitoneal de heminefrectomía de la porción derecha no funcional de un riñón en herradura, secundaria a estenosis de la unión ureteropielica derecha.

Serrano Olmedo, SdC⁽¹⁾; Hernández León, O⁽¹⁾; Sierra Rangel, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México.

Resumen

Introducción: El riñón en herradura anomalía congénita más común en el riñón; ocurre en 0.25% de la población, cuadro clínico asintomático, diagnosticado de forma incidental por estudios de imagen. Sintomatología relacionada a cuadros de infección o litiasis, puede ocurrir en hasta 2/3 de los pacientes, secundario a inserción alta del uréter y estenosis de unión ureteropielica. La característica de un riñón en herradura es la presencia de un riñón a cada lado de la línea media con la fusión de sus polos inferiores mediante un istmo fibroso, con el istmo anterior a los grandes vasos. La nefrectomía laparoscópica presenta ventajas durante la visualización de la vasculatura renal, en relación a técnica abierta.

Caso clínico: Masculino de 43 años, padecimiento inicia hace 2 años con dolor lumbar derecha cólico, moderada intensidad, irradiado a flanco ipsilateral, además presenta hematuria macroscópica total no formadora de coágulos, estudio de extensión tomográfico ectasia renal severa con estenosis ureteropielica, y riñón en herradura; gammagrama renal (DTPA): flujo plasmático renal efectivo 53 ml/min (derecho 3.18 ml/min). Se confirma la exclusión renal derecha, se realiza heminefrectomía de porción derecha de riñón en herradura transperitoneal laparoscópica, sin incidentes, egresado a las 24 h postquirúrgicas.

Conclusión: El manejo quirúrgico de un riñón es herradura es un reto, por las variaciones anatómicas, el abordaje laparoscópico es seguro y efectivo, principal ventaja es la visualización y exposición vascular. Es indispensable que el manejo del istmo renal debe ser individualizado, valorando su irrigación y grosor, desde sección simple con energía monopolar, uso de grapas vasculares o incluso algunos dispositivos de coagulación, como el bisturí ultrasónico.

Palabras claves: riñón, herradura, exclusión renal, laparoscópica, transperitoneal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Litotricia extracorpórea para el tratamiento de la litiasis urinaria en el niño

Rodríguez Gómez, Y⁽¹⁾; Labrada Rodríguez, MV⁽²⁾; Cordiés Jackson, E⁽¹⁾; Mercantete Martínez, A⁽¹⁾; Castillo Rodríguez, M⁽²⁾; González León, T⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Pediátrico Universitario de Centro Habana. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Endourología y LEC, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

Introducción: La Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) ha perdido terreno en el tratamiento de la litiasis urinaria, pero en el niño juega un rol importante. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la LEOC para el tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes pediátricos. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes con litiasis urinaria tratados con LEOC, entre 2014-2019. Se empleó un equipo de LEOC SLXF 2. Se comenzó con energías de 2 a 3 Joul aumentando progresivamente sin sobrepasar los 6 Joul. Se aplicaron no más de 2000 y 3000 ondas por sesión para los cálculos renales y ureterales, respectivamente. La frecuencia fue 60 ondas/min. Se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes, medias, desviación estándar y rango. Se realizó un análisis univariado para identificar la asociación entre algunas variables y el éxito de la LEOC (libre de litiasis a los tres meses) y las complicaciones ($p < 0,05$). **Resultados:** La edad promedio fue 14,8 años. Predominaron los pacientes entre 15-19 años (56,9%) y el sexo masculino (58,8%). El 27,4% tenían cirugía previa por litiasis. Fueron más frecuentes las litiasis entre 10-20 mm (86,6%), de localización ureteral y calicial (37,3% y 33,3%, respectivamente) y con densidades entre 400-799 UH (52,9%). El cateterismo con doble J fue la derivación urinaria complementaria más utilizada (21,6%). El 7,8% requirió retratamiento, en el 13,7% se realizaron intervenciones adicionales. El 74,5 % estuvo libre de litiasis al mes y ascendió al 92,2% a los 3 meses. Presentaron complicaciones el 23,5%, la más frecuente fue la calle litiásica (17,6%). Predominaron las complicaciones grado IIIb de Clavien (13,7%) y los procedimientos endourológicos fueron más empleados para su tratamiento. La edad, tamaño, densidad y localización de la litiasis se asociaron significativamente con las complicaciones y el tamaño de la litiasis con el éxito de la LEOC. **Conclusiones:** La LEOC es eficaz y segura, debe considerarse como primera alternativa de tratamiento en el paciente pediátrico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia en nefrolitotomía percutánea en posición de Valdivia modificada realizada por residentes de la cátedra de urología del Hospital de Clínicas – Asunción, Paraguay.

Valdebenito Méndez, OP⁽¹⁾; Martínez Cáceres, P⁽¹⁾; Gauto Villalba, HG⁽¹⁾; Villalba López, CR⁽¹⁾; Núñez Migliorisi, RJ⁽¹⁾; González Miltos, M⁽¹⁾; Vera Núñez, BM⁽¹⁾

⁽¹⁾Cátedra de urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay.

Palabras clave: Nefrolitotomía, litiasis, Valdivia.

Introducción: En nuestra Institución, las indicaciones de nefrolitotomía percutánea (NLPC) se extienden prácticamente a casi todos los tipos de litiasis, desde aquellas litiasis caliciales únicas y pequeñas hasta litiasis coraliformes simples. En la Posición de Valdivia-Galdakao el paciente se coloca en decúbito dorsal, con la pierna ipsilateral del lado a tratar extendida y la contralateral flexionada y abducida, con una bolsa de aire o bolsas de suero blandas bajo el flanco ipsilateral.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de todos los procedimientos de NLPC en posición de Valdivia modificada realizadas en el Hospital de Clínicas dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional comprendidos entre mayo 2017 y noviembre de 2019.

Resultados: El análisis de este estudio sobre la NLPC en posición de Valdivia modificada en el Servicio de Urología en el periodo 2017-2019 incluyó a 12 pacientes, donde el 75% correspondieron al sexo femenino mientras que el 25% al sexo masculino, con un promedio rango etario prevalente en adultos jóvenes de 30-39 años. El acceso al sistema renal fue en el 50% a través de cáliz medio y la otra mitad por cáliz inferior. El litotriptor utilizado en la mayoría fue el ultrasónico en el 66,6% de los casos. La tasa de éxito total fue del 91,1%.

Conclusión: Luego de analizar los resultados de nuestra experiencia inicial en esta posición de Valdivia modificada podemos inferir que es una técnica reproducible, efectiva y segura para tratar litiasis renales. El tiempo quirúrgico, el porcentaje de “stone free” por radioscopia, la tasa de complicaciones intraoperatorias y perioperatorias, el uso de tubos de drenajes y tiempo de internación postquirúrgico se asemejan a realizar el procedimiento en decúbito ventral, inclusive con la ventaja de que favorece la seguridad del paciente en el aspecto anestesiológico y a la vez controlando y disminuyendo lesiones traumatológicas por compresión muscular, nerviosa y articular.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Efecto de la grasa abdominal en el perfil metabólico urinario de pacientes formadores de litiasis urinaria.

Pérez Garfias, F⁽¹⁾; Basulto Martínez, MA⁽¹⁾; Esqueda Mendoza, A⁽¹⁾; Flores Tapia, JP⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, HRAEPY. MERIDA, MEXICO.

Introducción:

Existen evidencias sobre la relación que existe entre síndrome metabólico con la formación de la litiasis urinaria (LU). Los pacientes con mayor índice de masa corporal (IMC) tienen orinas más ácidas, hipercalciuria e hipocitraturia, sin embargo, la vía fisiopatológica no es del todo clara.

Objetivo:

Evaluar la correlación entre el espesor de la grasa perirrenal y abdominal con el perfil metabólico de pacientes formadores de LU.

Métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes formadores de LU que contaran con tomografía abdomino-pélvica y perfil metabólico urinario. Se midió la grasa perirrenal (región interpolar a cápsula) y abdominal (panículo a nivel de la cicatriz umbilical) por tomografía y se correlacionó con el perfil metabólico urinario, usando pruebas de Pearson o Spearman, según correspondía.

Resultados:

Se incluyeron 53 pacientes, 75% mujeres, con mediana de edad de 46.3±11.3, IMC de 31.3±5.2 kg/m², el 90.6% tenía sobrepeso u obesidad. La media de grasa perirrenal fue 2.68±0.64 cm, grasa abdominal 3.46(2.98-3.78) cm, carga litiásica 10.7±9.6 cm³ y CKD-EPI 57.15±34.71 ml/min/1.73m². Las alteraciones metabólicas más frecuentes fueron hipocitraturia (98%) e hipercalciuria (45%). La grasa abdominal y la grasa perirrenal no mostraron correlación con la carga litiásica, las UH ni el perfil metabólico urinario (p<0.005)

Conclusiones

Este estudio demuestra la alta prevalencia de sobrepeso/obesidad en pacientes formadores de LU, sin embargo, no se observó correlación entre la grasa perirrenal y abdominal con la composición urinaria, sugiriendo que el efecto es resultado del estado de obesidad propiamente, y no un efecto adiposo localizado, permitiendo interacción de otras vías metabólicas involucradas.

Palabras clave: Litiasis urinaria, perfil metabólico, obesidad

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Sinal da Pata de Urso

Mestrinho, V⁽¹⁾; Nascimento, M⁽²⁾; Garcia, B^(3, 4); Mestrinho, B^(3, 4)

⁽¹⁾Estudante de Medicina, Universidade Católica de Brasília. Brasília, Brasil. ⁽²⁾Residente, Hospital Regional do Gama. Brasília, Brasil. ⁽³⁾Urologista, Hospital Regional do Gama. Brasília, Brasil. ⁽⁴⁾Urologista, Hospital Maria Auxiliadora. Brasília, Brasil.

Introdução

Há vários sinais, na radiologia urológica, os quais se assemelham a figuras existentes no mundo, um deles é o Sinal da Pata de Urso. A aparência do rim na TC geralmente está associada à pielonefrite xantogranulomatosa, mas também foi descrita na obstrução congênita ou adquirida da JUP. Apresenta calcificações em um rim que não funciona e que possui várias coleções de massas hiper-atenuantes que se assemelham a um padrão de hidronefrose. Essa aparência foi descrita como o Sinal da Pata de Urso. Relata-se um caso da ocorrência desse sinal por estenose secundária por pielolitomia VLP.

Palavras-chave: Sinal da Pata de Urso; Radiografia; Obstrução da Junção Ureteropélvica.

Material e métodos

Paciente S.A.M., sexo feminino, 33 anos, com ITU de repetição há 5 anos. Na investigação, TC demonstrou múltiplos cálculos em pelve renal entre 7 e 10 mm, com sinais de dilatação moderada de sistema coletor com pelve extra renal bojuda. Fez uso de vários antibióticos antes de ser avaliada pela Urologia. Pensou-se na tentativa de tratamento endoscópico retrógrado e na cirurgia renal percutânea; porém, optou-se por abordagem única por pielolitomia VLP, com retirada de vários cálculos redondos, com lavagem do sistema coletor sob pressão e navegação com nefroscópio flexível pelo trocarte. Após 2 meses de retirada do duplo J, paciente evoluiu com mesmas queixas anteriores e nova TC revelou hidronefrose grave com afilamento do parênquima e presença de 2 cálculos residuais grandes, sugerindo Sinal da Pata do Urso.

Resultados

Foi encontrado, na tomografia computadorizada, pelve renal dilatada a qual se assemelha à “almofada dos pés” de urso e os cálices não comunicantes dilatados os quais seriam os dedos dos pés da pata de urso. Foi submetida à nefrolitotripsia à direita e novo implante duplo J, com achado transoperatório de estenose cicatricial de JUP, vencida com uso do laser (endopielolitomia).

Conclusões

O Sinal da Pata do Urso é um dos sinais radiológicos que ajudam a solidificar associações importantes entre imagiologia e patologia. Apresenta diagnóstico difícil. Suspeita-se disso por um conjunto de argumentos clínicos e biológicos e deve ser lembrado pelo Urologista no sentido de preservar o parênquima renal.

Financiamento / conflicto de intereses: No

BALÓN DE DILATACIÓN EN EL MANEJO ENDOUROLÓGICO DE LA ESTENOSIS URETERAL

García Porcel, VJ⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Marin Martínez, FM⁽¹⁾; Artés Artés, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

Introducción:

La estenosis ureteral es una entidad infrecuente pero potencialmente grave, ya que puede desembocar en una anulación de la función renal de no tratarse. Sus causas pueden ser clasificadas en extrínsecas (p.ej: neoplasia intraabdominal) e intrínsecas (p.ej: litiasis). El creciente interés en esta patología deriva del amplio abanico de opciones terapéuticas que ofrece, desde la clásica reparación quirúrgica abierta hasta maniobras mínimamente invasivas como la endourología, la laparoscopia o la cirugía robótica.

Objetivo: Presentar un caso de manejo endourológico de la estenosis ureteral mediante dilatación con balón.

Material y métodos

Varón de 52 años, diabético y con antecedentes de varios episodios de cólico nefrítico, en seguimiento urológico por litiasis renoureterales bilaterales y uréter retrocavo derecho que condiciona una uropatía obstructiva.

- 1ª intervención: Ureterectomía segmentaria + Transposición ureteral derecha laparoscópica.

En revisiones sucesivas se objetiva hidronefrosis y litiasis renales derechas secundarias a estenosis residual en el área anastomótica.

- 2ª intervención: Cirugía intrarrenal de litiasis + Ureterotomía endoscópica derecha.

Revisión posterior con hidronefrosis derecha persistente y litiasis en cáliz y uréter proximal derechas.

- 3ª intervención: Dilatación endoscópica de estenosis ureteral con balón de 8 mm a 18 bares de presión durante 3 minutos + Laserfragmentación de litiasis.

Resultados:

Última revisión tras retirada de catéter JJ derecho con paciente asintomático y sin evidencia de estenosis ureteral en el TC de control.

Conclusiones:

- La estenosis ureteral es una patología relativamente infrecuente, cuya incidencia esta en auge dada su multicausalidad, y con importantes repercusiones en la función renal de no tratarse.

- El desarrollo de la endourología ofrece nuevas alternativas para tener en cuenta en este tipo de enfermedad. Si bien los resultados a largo plazo son aun contradictorios, la dilatación con balón es una adecuada opción terapéutica en pacientes seleccionados, con buenos resultados, técnicamente sencilla y segura.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

URETEROSCOPIA MÁS COLOCACIÓN RETRÓGRADA DE STENT URETERAL PRIMARIO A TRAVÉS DE DERIVACIÓN URINARIA EN PACIENTE CON UROPATÍA OBSTRUCTIVA: REPORTE DE UN CASO.

Barragán, W⁽¹⁾; Ramírez, V⁽¹⁾; Tituaña, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de la Policía Quito N 1. Quito, Ecuador.

Introducción: La estenosis uretero-ileal es conocida como una complicación posterior a la confección de una derivación urinaria, que ocurre en el 16% de los casos. Por lo cual se han desarrollado técnicas de intervención, mediante colocación de stent por vía anterógrada y retrógrada alternativas a una cirugía abierta, siendo la vía anterógrada la de preferencia por la mayoría de Urólogos; sin embargo la vía retrógrada ofrece ventajas en términos de minimización de complicaciones como punción renal, sangrado e infección, debiendo ser considerada como una opción de tratamiento de primera línea.

Caso clínico: Se presenta caso de paciente de 44 años con antecedente de carcinoma urotelial infiltrante grado 3, sometido a cistoprostatectomía radical más conducto ileal tipo Bricker (21/02/2017). Paciente acude con dolor en región lumbar derecha, irradiado a miembro inferior ipsilateral, acompañado de oliguria; en estudios complementarios en URO-TAC simple y contrastada, se evidencia dilatación pielocalicial bilateral de predominio derecho mismo que en fase excretora no presenta adecuada eliminación de material de contraste. En laboratorio azoados elevados, examen de orina no infeccioso y leucocitosis. Por lo cual se realiza Ureteroscopia flexible más colocación de catéter doble J derecho a través de conducto ileal, la visualización de anastomosis ureterales se realizó con apoyo de colonoscopio, sin complicaciones. Paciente con buena evolución clínico quirúrgica, en exámenes de control de imagen y de laboratorio se aprecia, dilatación bilateral disminuida y valores de azoados en descenso.

Conclusiones: La colocación de Stent ureteral vía retrograda a través de conducto ileal es segura y efectiva. Pudiendo ser considerada tratamiento de primera elección en paciente con derivación urinaria que presenten uropatía obstructiva por estenosis de la anastomosis ureteroileal.

Palabras clave: Derivación urinaria, Stent ureteral, Retrogrado, Bricker, Estenosis

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Late Discovery Of Giant Hydronephrosis By Bilateral Ureterocele. An Endoscopic Resolution

Damião, S⁽¹⁾; Andrade, E^(1, 2, 3); Bizário, J⁽¹⁾; Miranda, S⁽³⁾; Andrade, C⁽¹⁾; Alarcon, J⁽¹⁾; Alarcon, G^(1, 2, 3)

⁽¹⁾Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, Brazil. ⁽²⁾Instituto de Urologia, Hospital Santa Virginia. São Paulo, Brazil. ⁽³⁾Hospital Santa Virgínia. São Paulo, Brazil.

Introduction: Ureterocele is a dilation of the intravesical ureter most commonly seen in children, being the result of an abnormal embryogenesis, although its etiology is unknown. The presentation in adults is unusual and pyelocaliceal obstruction is one of the complications, causing giant hydronephrosis (GHN), an unusual clinical entity.

Methods: Case report of a 39-year-old patient with late diagnosis of bilateral ureterocele in the presence of an acute complication. Obtained information by reviewing medical records, interviewing the patient and reviewing the literature.

Results: Ureterocele in adults is usually asymptomatic, being urinary tract infection the most frequent form of clinical presentation, and the condition may worsen due to obstruction. The patient was admitted complaining of acute low back pain, without previous urological follow-up, investigation and urinary symptoms. Abdomen and Pelvis CT showed kidneys with GHN aspect, pyelocaliceal dilation and bilateral ureterocele with moderate dilation in both ureters and proximal tortuosity (ureteral kinking) in right ureter, leading to acute post-renal obstructive effect due to dolico-ureter as well as increased creatinine value. The management is a challenge and it's still controversial in practice, with no consensus on the ideal surgical strategy. Despite the urgency, an endoscopy approach using laser energy to perform endoscopic ureterocelectomy was chosen for the patient and bilateral double-J stent was placed. Recovery occurred with positive diuresis and progressive improvement of renal function.

Conclusion: Opted for outpatient follow-up with a nephrology team, who didn't indicate hemodialysis. From a urological point of view, a full-length metallic double-J stent implantation was performed, which rectified the position of the ureters and decreased the pyelocaliceal dilation with improvement of renal function and post-renal obstructive patterns in the medium and long term, already so deteriorated due to late diagnosis. These characteristics were demonstrated in a Magnetic Resonance Urography, performed to control dilation after surgical correction. And renal scintigraphy (DSMA/DTPA) that showed reduced blood flow to the kidneys in dynamic examination. The patient is stabilized and without signs of recurrence. Early diagnosis and intervention is important in these cases, however long term follow up is required to monitor complications.

Keywords: ureterocele; endoscopic treatment; minimally invasive treatment.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Respuesta psicológica de los residentes de un hospital de alta especialidad mexicano ante la pandemia por COVID-19

Monzón Falconi, JF⁽¹⁾; Carballo Magdaleno, AA⁽²⁾; Guillermo Herrera, JC⁽³⁾; Cueto vega, GJ⁽¹⁾; Espinosa Aznar, JE⁽¹⁾; Bastarrachea Solis, MA⁽¹⁾; Esqueda Mendoza, A⁽⁴⁾; Flores Tapia, JP⁽⁵⁾; Basulto Martinez, MJ⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. MERIDA, MÉXICO. ⁽²⁾cirugía general, hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. MERIDA, mexico. ⁽³⁾subdirección de enseñanza e investigación, hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. MERIDA, mexico. ⁽⁴⁾jefe del servicio de urología, hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. MERIDA, MÉXICO. ⁽⁵⁾jefe de división de Nefrourología, hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. MERIDA, MÉXICO.

Antecedentes:

En diciembre 2019, un brote de nueva neumonía por coronavirus se extendió rápidamente por todo el mundo caracterizada alto riesgo de contagio y alta mortalidad, afectando la atención hospitalaria a nivel mundial. Las pandemias afectan el estado psicológico de los profesionales de la salud, destacando los trastornos del sueño, ansiedad y síntomas depresivos.

MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo, en 89 residentes de especialidades médicas, se determinó el impacto psicológico durante la pandemia COVID-19, se aplicó un cuestionario dividido en tres partes, (características sociodemográficas, medidas del impacto psicológico y factores relacionados con la pandemia), se evaluaron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), la escala Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) y la escala de la depresión de Beck. El análisis estadístico se realizó con SPSS inc 25.0. Se empleó una prueba de normalidad para variables cuantitativas continuas. Las variables categóricas se presentan como frecuencias y fueron comparadas con χ^2 . Las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar, o mediana, se compararon con prueba T o U-Mann-Whitney según correspondiera, Prueba de Spearman para correlaciones. Se toma un valor de $P < 0.05$ como significativo.

RESULTADOS: Las tres escalas fueron similares entre los años de residencia, estado civil, especialidad médica y participar en primera línea de atención a COVID-19 ($p > 0.05$). Ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño se encontraron en 41,6%(47), 21,3% (19) y 41,6% (37) respectivamente. El puntaje promedio fue de escala de Beck fue 7 puntos, 3 puntos para GAD-7 y 8 puntos para índice de Pittsburg. El puntaje de la escala de Beck fue menor en $P = 0.041$. La edad tuvo una débil correlación inversa con el puntaje de Beck ($r = -0.211$, $p = 0.047$). Los puntajes de escala de sueño de Pittsburg se encontraron correlacionada con la de Beck ($r = 0.587$, $p < 0.001$) y la de GAD-7 ($r = 0.748$, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES:

Primer estudio sobre factores psicológicos en residentes de especialidades médicas durante la pandemia COVID-19 en México. Los sistemas de atención médica deben realizar medidas de higiene mental de su personal durante las pandemias y tomarse campañas de atención durante los rebrotes de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, ansiedad; Trastornos del sueño, depresión

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Predictive Factors Associated to Intensive Care Unit Admission and Mortality in Patients With Emphysematous Pyelonephritis

Robles-Torres, JI⁽¹⁾; Arrambide-Herrera, JG⁽¹⁾; Ocaña-Munguía, MA⁽¹⁾; Romero-Mata, R⁽¹⁾; Guerra-Gómez, LS⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Monterrey, México.

Introduction

Emphysematous pyelonephritis is a life-threatening necrotizing infection of the kidney characterized by the accumulation of gas in renal parenchyma and within the surrounding tissues. Currently, the mortality rate is reported up to 70%. The aim of this study was to define the outcomes of the management of emphysematous pyelonephritis and to determine the factors associated with mortality and intensive care unit admission rates.

Materials and methods

We retrospectively analyzed cases of emphysematous pyelonephritis in a single centre in the north of Mexico from 2011-2016. Diagnosis was confirmed with computed tomography. Demographic, clinical, and biochemical parameters, therapeutic management, and outcomes were assessed. Factors associated with admission to the intensive care unit and mortality were determined. Microbiological agents were determined. The comparison was assessed using the Chi-square test for categorical variables, and T-test for numerical variables. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

A total of 63 patients were included, of which 55 (87.3%) were females, with a mean age of 55.5 ± 12.2 years. The most common comorbidities were diabetes (88.9%) and hypertension (47.6%). *Escherichia coli* was the most common isolated microorganism (51.7%) and extended-spectrum beta-lactamase-producing agents were reported in 31.7%. Conservative therapy was provided to 38.7%, double J stent 42.9%, open/percutaneous drainage 12.7%, and nephrectomy 25.3%. Overall mortality and intensive care admission were 20.6% and 36.5%, respectively. Thrombocytopenia ($p = 0.05$), hemodynamic instability ($p < 0.001$), hypoalbuminemia ($p = 0.01$), $qSOFA \geq 2$ ($p = 0.002$), Huang scale ≥ 3 , and nephrectomy ($p < 0.001$) were associated with intensive care admission. Huang scale 4, and delayed nephrectomy ($p = 0.004$) were associated with increased mortality. In the multivariate analysis, hemodynamic instability ($p = 0.005$, OR 3.4), $qSOFA \geq 2$ ($p = 0.003$, OR 4.95), hypoalbuminemia ($p = 0.02$, OR 1.58), and early nephrectomy ($p = 0.002$, OR 3.45) were associated with intensive care admission. Huang scale 4 ($p = 0.006$, OR 2.66) and early nephrectomy ($p = 0.001$, OR 2.99) were associated to mortality.

Conclusions

Emphysematous pyelonephritis is a life-threatening disease and evidence of management is based in small case series due to the low incidence of this condition. Hemodynamic instability, hypoalbuminemia, $qSOFA \geq 2$, Huang scale ≥ 3 , and early nephrectomy are associated with higher intensive care unit admission and mortality.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Defensive and elective protocol in patient with single kidney during COVID-19 pandemic in a private hospital in Brazil

Damião, S⁽¹⁾; Andrade, E^(1, 2, 3); Miranda, S⁽³⁾; Oliveira, M⁽³⁾; Marotto, M⁽³⁾; Quaglia, S^(1, 3); Alarcon, G^(1, 2, 3)

⁽¹⁾Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, Brazil. ⁽²⁾Instituto de Urologia, Hospital Santa Virgínia. São Paulo, Brazil. ⁽³⁾Hospital Santa Virgínia. São Paulo, Brazil.

Introduction: In 2004, the World Health Organization (WHO) created the World Alliance for Patient Safety. They established as one of the global challenges the focus on improving safety in the surgical environment, with the aim of increasing the quality and safety standards of surgical care. The main objective is the adoption, by hospitals, of a standardised checklist, prepared by specialists, to help surgical teams in reducing errors and damage to the patient.

Methods: Case report of a 58-year-old male patient in the risk group, undergoing cancer treatment and previous diagnosis of a single left kidney. Dual-Energy CT of the abdomen and pelvis demonstrated 1.9 cm stone in the lower renal pole, with 400 UH of density. Since the kidney stone was progressively enlarged as a result of postponing elective treatment and the patient was reporting irritative symptoms of the lower urinary tract, it was necessary treatment due to the risk of obstructive uropathy.

Results: During the current SARS-CoV-2 pandemic, surgical practice was directly affected by the interruption of elective procedures and the prioritization of urgent and emergency surgeries, being the global challenges regarding surgical safety redoubled and reorganized. In order to maintain control of the transmission of Sars-CoV-2 in the Hospital Santa Virgínia (SP, Brazil), the screening protocol was applied to the patient in the preoperative period, through the COVID-19 RT-PCR test and CT of the chest. Percutaneous nephrolithotomy (NLPC) was excluded due to the fact the patient had only a single kidney, in order to cause less renal parenchyma exposure and no prolonged length of hospital stay. 3D reconstruction CT Scan of the ureteropielocalicial system was performed to check the favorable infundibulopelvic angle (IPA) to approach the stone through Uretero-Nephrolithotripsy Flexible with Laser. Subsequent kidney stones analysis showed a calcium oxalate stone in the presence of urate.

Conclusion: We must increase the level of awareness and protection measures for the risk of occupational exposure in elective surgeries, as well as opt for procedures that reduce the patient's hospital stay.

Keywords: COVID-19; single kidney; clinical protocol.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Urgencias quirúrgicas durante la primera fase de la cuarentena por COVID19 en el Hospital de Clinicas San Lorenzo Paraguay

Oswaldo Patricio, VM⁽¹⁾; Gonzalez Miltos, M⁽¹⁾; Vera Nuñez, BM⁽¹⁾; Villalba Lopez, CR⁽¹⁾; Núñez Migliorisi, RJ⁽¹⁾; Rodas Galvan, CD⁽¹⁾; Recalde Ortiz, JC⁽¹⁾; Presentado Lopez, DR⁽¹⁾; Martinez Dominguez, AG⁽¹⁾

⁽¹⁾Catedra de Urologia, Hospital de Clinicas. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El 2020 es un año que quedará marcado en la historia de la humanidad por el inicio de la pandemia de COVID19, dicho evento obligo a los gobiernos de todo el mundo a asumir medidas sanitarias diversas. En Paraguay se adoptó un sistema de cuarentena por fase, siendo la primera la fase "cero" en la cual en los servicios hospitalarios se realizaban exclusivamente cirugías de urgencias. Dicha cuarentena fue desde el 17 de marzo hasta el 4 de mayo del 2020, es decir un total de 49 días. En este trabajo se pretende describir la frecuencia de las cirugías realizadas en este periodo.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de urología del Hospital de Clinicas San Lorenzo.

Resultados: se realizaron 27 cirugías, de las cuales 12 (44%) fueron por litiasis en las vías urinarias; 11 (41%) fueron cirugías oncológicas; 2 (7%) casos de torsión del cordón espermático; , 1 (4%) caso de absceso renal y pararenal y 1 (4%) casode priapismo. Por protocolo del Hospital durante la primera fase de la cuarentena no se autorizó la realización de laparoscopia pero si se autorizó la realización de procedimientos endourológicos, siendo estos el 32% (8) de los casos y el 68% (19) de los casos se resolvieron por via abierta.

Conclusión: Las urgencias quirúrgicas urológicas estuvieron presente durante la primera fase de la cuarentena por covid19, las causas oncologicas y por litiasis fueron las más frecuentes, la mayoría de las cirugías fueron por abordaje abierto

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Análise da Influência dos fatores relacionados aos hábitos e estilo de vida no volume testicular de homens inférteis que procuram atendimento especializado.

Lopes Iori, I^(1, 2, 3); Milani, G^(1, 2, 4); de Aguiar Andrade, G^(1, 2, 3); Kim Hsieh, M^(1, 2, 5); Pariz, J^(1, 2, 6, 7); Afonso Teixeira, T^(1, 2, 7, 8); Hallak, J^(1, 2, 6, 7)

⁽¹⁾Andrologia, Androscience. São Paulo, Brasil. ⁽²⁾Urologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. ⁽³⁾Graduação, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas, Brasil. ⁽⁴⁾Graduação, Centro Universitário Saúde ABC. Santo André, Brasil. ⁽⁵⁾Graduação, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. São Paulo, Brasil. ⁽⁶⁾Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. ⁽⁷⁾Grupo de Estudo em Saúde masculina, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. ⁽⁸⁾Urologia, Universidade Federal do Amapá. Macapá, Brasil.

Introdução: O objetivo do estudo foi analisar a influência dos fatores relacionados aos hábitos e estilo de vida modernos como: abuso de esteroides anabolizantes, sedentarismo, uso de drogas recreacionais, tabagismo, alcoolismo e consumo de cafeína no volume testicular.

Materiais e Métodos: Neste estudo retrospectivo, foram avaliados 1070 prontuários médicos de pacientes inférteis provenientes do Setor de Andrologia da FMUSP e do Laboratório Androscience, atendidos entre os anos 2000 e 2020. Foram incluídos 280 pacientes homens, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, com uma média de idade foi de $38,05 \pm 8,81$ anos. Os dados adicionados no estudo foram: análise seminal completa, atividade hormonal, marcadores bioquímicos, testes de função espermática (atividade da enzima intracelular creatina quinase, anticorpos anti-espermatozoides, radicais livres de oxigênio e teste de fragmentação de DNA espermático) e pelo menos uma aferição de volume testicular (Orquidômetro de Prader, Seager ou Ultrassonografia dos testículos). Os hábitos e estilo de vida foram aferidos através de questionários auto-responsivos, os quais são ofertados para preenchimento dos pacientes previamente ao atendimento especializado em Andrologia, em ambiente privativo e reservado. Regressão logística multifatorial (Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0) foi realizada para determinar os efeitos do tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso regular de maconha e sedentarismo para cada um dos exames.

Resultados e Conclusões: Até o momento, nenhum dos hábitos de vida apresentou efeito direto sobre a função testicular de homens inférteis, sem alteração dos parâmetros seminais, concentração sérica de testosterona ou volume testicular ($P > 0,05$). Todavia, dos hábitos estudados até o presente momento, o consumo regular de maconha por mais de 12 meses foi o que apresentou efeitos indiretos mais deletérios sobre a função testicular entre os homens inférteis estudados, sendo associada a redução da concentração de estradiol ($P = 0,001$; $\beta = -11,61$), aumento de prolactina ($P = 0,001$; $\beta = 3,21$) e de globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG) ($P = 0,02$; $\beta = 7,49$), além de aumento da razão testosterona/estradiol (T/E2) ($P = 0,004$; $\beta = 14,03$).

Palavras-chave: Volume testicular; Hábitos e Estilo de Vida; Hormônios sexuais

Financiamento / conflito de interesses: No

Caracterização clínica de pacientes com condiloma acuminado atendidos em hospital universitário no BrasilNagle Spessoto, AC⁽¹⁾; Warick Facio, MF⁽²⁾; Rahal, P⁽³⁾; Calmon, M⁽³⁾; Spessoto, LC⁽⁴⁾; Facio Jr, FN⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urologia, Faculdade de Medicina de Catanduva. Catanduva, Brasil. ⁽²⁾Urologia, Faculdade de Medicina FACERES. São José do Rio Preto, Brasil. ⁽³⁾Biologia, Universidade Estadual Paulista. São José do Rio Preto, Brasil. ⁽⁴⁾Urologia, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, Brasil.

Introdução: Condiloma acuminado é doença sexualmente transmissível de prevalência e incidência crescente, acarretando alta morbidade e contagiosidade, elevando custo de tratamento. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar clinicamente pacientes com condiloma acuminado atendidos em hospital universitário no Brasil. **Materiais e Métodos:** Foram investigados prospectivamente pacientes do sexo masculino com condiloma acuminado, independente de raça, atendidos em hospital universitário. Foram analisadas variáveis como idade, sinais e sintomas, localização, tempo de aparecimento e evolução da lesão, atividade sexual (parceria múltipla) e vacinação. **Resultados:** Foram avaliados 122 indivíduos entre 18 e 79 anos ($34,3 \pm 11,3$ anos). Quanto ao estado civil 64 (52,4%) eram solteiros, 47 (38,5%) casados e 11 (9,0%) não informaram. As profissões foram bastante variadas e 21 casos (17,2%) eram estudantes. Do ponto de vista clínico foi observado que 104 casos (85,2%) apresentavam verrugas múltiplas e 18 (14,8%) verruga única. Quanto à localização das verrugas houve predomínio de verrugas múltiplas no corpo do pênis (48,4%), sendo que a localização escrotal foi mínima (1 caso; 0,8%). Nas verrugas únicas, a localização predominante foi corpo do pênis (9 casos; 7,4%). Um total de 49 casos (40,2%) eram recidivas e 73 (59,8%) iniciais. Com relação à atividade sexual, 56(45,9%) tinham parceria múltipla e 65(53,3%) parceria única. **Conclusões:** Os resultados mostram que a maioria dos pacientes é constituída por solteiros, havendo predomínio de verrugas múltiplas, iniciais, localizadas principalmente no corpo do pênis. Esses achados serão fundamentais para o desenvolvimento de campanhas preventivas do HPV em nosso meio.

Financiamento / conflicto de intereses: No

NECROSIS DEL PENE ASOCIADA A CALCIFILAXIS.

Morinigo Montiel, A⁽¹⁾; Avila Morinigo, PE⁽¹⁾; Samaniego Morinigo, AA⁽¹⁾; Martinez Galeano, AG⁽¹⁾; Centurion, J⁽¹⁾; Cuevas Almando, GA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Central del Instituto de Prevision Social. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La necrosis de pene, es una entidad rara que se asocia a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, depósitos intravasculares de calcio en pacientes con enfermedad renal avanzada, y en tratamiento sustitutivo de la función renal, ocasionan una enfermedad conocida como calcifilaxis. La mayoría de los casos que han sido reportados involucran la parte distal de las extremidades, glúteos y muslos, que a menudo conduce a amputación de las partes afectadas.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente masculino, de 43 años de edad, con alto riesgo cardiovascular, diabético, y nefrópata. El paciente se encuentra en insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, con hemodiálisis, desde el año 2016.

Inició con necrosis de glande, manejado con desbridamiento de la escara necrótica. Al observar un mayor compromiso del glande, y prepucio, y notarse falta de irrigación, se decide optar por una falectomía parcial. Además, presento necrosis de ambos hallux.

Se envía el material a estudio histopatológico, cuyo resultado informa enfermedad de Corbus, que se asocia a calcificación distrofica en la pared de numerosos vasos sanguíneos, paredes del cuerpo cavernoso, así como a nivel estromal y focos de arterioesclerosis hialina.

Resultados: La calcifilaxis sistémica es una enfermedad rara, afecta al 1 % de los pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Se relaciona con elevación en las concentraciones del calcio y fosforo o con hiperparatiroidismo. La afectación del pene ha sido reportada en casos raros. La incidencia reportada de calcifilaxis peneana se aproxima al 6 %, mayormente en pacientes diabéticos.

Conclusiones: La necrosis de pene en pacientes con insuficiencia renal es poco frecuente, y se relaciona con la presencia de calcifilaxis sistémica, teniendo como cofactor la diabetes mellitus. Se presenta en pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento sustitutivo, con datos de calcificación de la media y fibrosis de la íntima de los vasos sanguíneos e infección de los tejidos.

Palabras Claves: Necrosis, Glande, Calcifilaxis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

FRACTURA DE PENE ASOCIADA A LESIÓN URETRAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, F⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽²⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España. ⁽²⁾u.

OBJETIVO: Presentar un caso de fractura peneana asociada a ruptura de uretra y su tratamiento quirúrgico y resultados.

MÉTODO: Varón de 51 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por inicio de dolor peneano intenso y súbito asociado a curvatura peneana y uretrorragia mientras practicaba relaciones sexuales. A la exploración física presenta deformidad de todo el pene por hematoma proximal. Se realiza ecografía objetivándose una disrupción de la túnica albugínea en el tercio proximal del cuerpo cavernoso derecho, como probable origen de hematoma situado por encima de la fascia de Buck que desplaza ambos cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso. Se decide intervención quirúrgica urgente observando rotura de 1.5cm en la cara ventral de la uretra peneana y disrupción de cuerpo cavernoso proximal, realizando drenaje de hematoma, sutura de ambas lesiones con puntos sueltos y colocación de sonda vesical. Presenta una buena evolución postoperatoria por lo que fue dado de alta al 5o día de la cirugía con sonda vesical que fue retirada a las dos semanas.

RESULTADO: El paciente presentó una evolución favorable, sin secuelas estéticas pero presentando como complicación estenosis de uretra y erecciones dolorosas.

CONCLUSIÓN: La fractura de pene con lesión asociada de uretra es una patología excepcional, cuya etiología más frecuente se debe a una relación sexual violenta. Una correcta anamnesis y un examen físico correcto son suficientes en la mayoría de los casos para hacer diagnóstico. El abordaje quirúrgico temprano y el cierre de la albugínea junto a la reparación de la uretra, permite alcanzar los mejores resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cuerpo Extraño Intravesical. Reporte de un Caso.

Ortiz Herrera, MA^(1, 2); Ortiz Herrera, MA^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Consultorio Privado. Guatemala, Guatemala. ⁽²⁾Urología, Hospital Roosevelt. Guatemala, Guatemala.

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de cuerpos extraños en vejiga no es una urgencia frecuente de consulta para el urólogo, sin embargo en la literatura se encuentran múltiples reportes de los mismos. Estos cuerpos extraños pueden ser autointroducidos o migrados desde otros órganos. La mayoría de objetos autointroducidos se relacionan a prácticas sexuales y es más frecuente en hombres. La consulta al urólogo y su diagnóstico puede retrasarse por no tener una historia clínica exacta por parte del paciente, lo cual puede favorecer la presencia de complicaciones infecciosas y lesiones vesicales severas. Se presenta el reporte de un caso de paciente femenina de 38 años de edad, que consulta a Ginecología por dolor pélvico de 48 horas de evolución, no se obtiene mayor información en el interrogatorio médico.

Al realizar ultrasonido se evidencia la presencia de cuerpo extraño intravesical; por lo que la paciente refiere la autointroducción de marcador de texto (plumón) por vía uretral en un acto masturbatorio 3 días previos a la consulta. Por lo anterior se realiza interconsulta a Urología. Se realiza extracción de cuerpo extraño intravesical por cistoscopia sin evidenciar lesiones en mucosa vesical. Procedimiento se realiza ambulatoriamente sin complicaciones, paciente egresa con tratamiento antibiótico vía oral; y no se presenta a consulta postoperatoria.

PALABRAS CLAVE: Cuerpo extraño, vejiga, cistoscopia.

CONCLUSIÓN

El hallazgo de cuerpos extraños intravesicales es un motivo de consulta poco frecuente, pueden ser autointroducidos en la mayoría de los casos o secundarios a complicaciones quirúrgicas, iatrogenias y migración. Su manejo debe ser inmediato para evitar complicaciones infecciosas y lesiones vesicales severas. El tratamiento de elección es mínimamente invasivo por vía endoscópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REGUEIRO, PASCUAL: Cuerpos Extraños Intravesicales. Revisión de la Literatura. Actas Urol Esp vol. 27 no.4 abr.2003.
2. SANZ, M. BOSQUET: Cuerpos Extraños Uretrovesicales: Nuestra Experiencia. Actas Urol Esp vol 29 no.6 jun. 2005.
3. MANZO-PÉREZ, BRAULIO OMAR: Más cuerpos extraños en uretra y vejiga. Manejo combinado. Presentación de un caso. Rev Mexicana de Urología, vol. 71. Num. 6., p. 356-359 (Nov 2011).
4. RODRÍGUEZ-ESQUEDA, M: Objetos extraños en vejiga. Rev Mexicana de Urología. Vol. 69. Num. 6. p. 286-288 (nov 2009).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMOR TESTICULAR INTRAABDOMINAL TORCIDO DIAGNOSTICADO DURANTE LA CIRUGÍA REALIZADA DEBIDO A LA SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA, REPORTE DE UN CASO.

Pérez Garfías, F⁽¹⁾; Basulto Martínez, MA⁽¹⁾; Michell Ramirez, JM⁽²⁾; Guerrero Jaime, LP⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, HRAEPY. Mérida, México. ⁽²⁾Urología, Hospital General Dr Agustín O´horan. Mérida, México. ⁽³⁾Cirugia Generañ, Hospital General Dr Agustín O´horan. Mérida, México.

INTRODUCCIÓN:

La torsión testicular intraabdominal es una condición clínica rara, que normalmente no es considerado durante el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda, siendo más frecuentemente observado en pacientes después de la pubertad, sin síntomas específicos previos, aparte de la ausencia de los testículos en el escroto y el canal inguinal o dolor periódico en la parte inferior derecha del abdomen.

PRESENTACION DEL CASO:

Masculino 25 años, sin antecedentes de importancia, acude al área de urgencias por dolor abdominal de 48 hrs de evolución de inicio en zona periumbilical la cual migra a fosa iliaca derecha, constante, sin modificarse al cambiar posición, febrícula, nauseas sin vomito, negando síntomas urinarios. SV: TA 120/80mmhg, FC 90X´ Fr 22x temperatura 37°c, abdomen con resistencia voluntaria, con plastrón en fosa iliaca derecha, maniobras de Blumberg, Rovsing, Mc burney y talopercusión positivos, Con un giordano negativo bilateral. Laboratorios Tp 12.4 IRN 1.12 glucosa 66, cr.1, urea 35, leucocitos 14 neutrofilos 80%, hb 10.6, hto 32, plaq 459. Sin disponibilidad de imagen y clínica de apendicitis aguda, se decide su ingreso a quirófano, se aborda por línea media, encontrando liquido de reacción y a nivel preilear masa abdominal congestiva, de aproximadamente 12x5x4cm volvulada sobre su pedículo, se verifica ausencia de testículo derecho, se solicita apoyo a urología quien decide ligadura y extracción de la pieza, enviándola a histopatología reportando seminoma clásico.

RESULTADOS: seminoma clásico de testículo derecho y apéndice normal. **CONCLUSIÓN.**El tumor testicular intraabdominal torcido es una condición clínica muy rara. La incidencia de la condición mencionada es tan pequeña que a pesar de la torsión testicular intraabdominal puede causar síntomas de abdomen agudo y si la torsión se localiza en el lado derecho simulando síntomas de apendicitis aguda. Los testículos intraabdominales no descendidos son observados en bajo porcentaje, causan 5-15 veces mas riesgo de cáncer de testículo que un testículo normal.

PALABRAS CLAVE: Torsión testicular, seminoma clásico, testículo no descendido.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Síndrome de Bartter, reporte de un caso.

Tituaña, F⁽¹⁾; Garcia, F⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de especialidades Carlos Andrade Marin. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Hospital de especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

Introducción: Es una enfermedad rara con una prevalencia calculada en 1 por millón de habitantes, se basa en la absorción patológica de electrolitos como el sodio, potasio y cloro, en la rama gruesa ascendente del asa de Henle, puede dividirse en 5 tipos dependiendo el tiempo de presentación y características. Su forma clásica consta principalmente de hipopotasemia, alcalosis metabólica, hiperreninemia, y presiones arteriales normales.

Caso clínico: Se presenta el caso de paciente de sexo femenino de 17 años, de talla baja, de aspecto sindromático, ingresada por dolor lumbar bilateral, con antecedentes personales de litiasis renal bilateral, hipotiroidismo, fiebre reumática, infecciones de vías urinarias a repetición, arritmia cardíaca, amenorrea; sin cirugías previas, en datos familiares con hermana con mismo fenotipo. Paciente fue manejada por servicios clínicos y por parte de Urología. Por la clínica y los complementarios realizados, se diagnosticó síndrome de Bartter, compatible con el sub tipo III. Se intervino quirúrgicamente por cuatro ocasiones para extracción de cálculos coraliformes y ureterales bilaterales, en último control no se evidencian litos que ameriten nueva intervención por lo que se da el alta y manejo por segundo nivel, respecto al área clínica la hipopotasemia se logró manejar adecuadamente, pero la alcalosis metabólica no revirtió, ambas asintomáticas.

Conclusiones: el síndrome de Bartter es una entidad poco frecuente y los clínicos tanto como los servicios quirúrgicos, deben estar alertas para esta enfermedad. El diagnóstico precoz y el tratamiento de soporte van a evitar posibles complicaciones, porque no hay actualmente terapéutica curativa.

Palabras clave: Nefrolitotomía percutánea; Ureteroscopia Flexible; Uretereoscopia Semirrigida; Bartter; alcalosis metabólica; hipopotasemia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE HUANG Y TSENG.

Barberán Véliz, D^(1, 2); Ortiz Pinos, O⁽¹⁾; Carrión Correa, W⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante, fulminante del riñón cada vez más común, especialmente en diabéticos mal controlados usualmente con infección de vías urinaria por patógenos gramnegativas asociados a bacterias no anaeróbicas formadoras de gas, con o sin obstrucción de la vía excretora y que se caracteriza por presentarse con pus y la producción gas en el riñón o fuera de él. La mortalidad que puede ir del 50 al 90% a pesar de un diagnóstico y tratamiento inmediato y agresivo. Más frecuente en mujeres, es un proceso grave que puede llevar rápidamente al shock séptico, a disfunción multiorgánica y muerte.

La poca especificidad clínica y de laboratorio hace que la imagenología asuma un rol importante como medio de diagnóstico. La Tomografía computarizada nos proporciona un Dx de certeza, la presencia de gas observada en la TC permite clasificarla en cuatro grados según Huang y Tseng. El tratamiento abarca, hidratación, antibioticoterapia, corrección del medio interno, drenaje percutáneo y la posibilidad de la nefrectomía de salvataje.

Material: Imágenes tomográficas seleccionadas de pacientes con pielonefritis enfisematosa.

Métodos: Descripción y selección de imágenes tomográficas de pacientes atendidos en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil y su relación con las características de la clasificación radiológica de Huang y Tseng.

Resultados: La tomografía constituye el medio de estudio fundamental para el diagnóstico de la pielonefritis enfisematosa, que junto con el estado clínico del paciente permite determinar el tratamiento adecuado.

Conclusiones: La pielonefritis enfisematosa es una enfermedad común en los pacientes diabéticos. La clasificación de Huang y Tseng nos permite clasificarla en grados y de acuerdo a esto se podrá definir el pronóstico y tratamiento del paciente.

Palabras Claves: Pielonefritis, tomografía, clasificación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

HIDATIDOSIS RENAL A PROPOSITO DE UN CASO

Mino, P^(1, 2); Guzman, F⁽¹⁾; Villarejo, N⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, HOSPITAL ALEJADRO POSADAS. BUENOS AIRES, Argentina. ⁽²⁾BUENOS AIRES.

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis causada por *equinococcus granulosus*, el mecanismo de transmisión es por zoonosis. Se liberan larvas que atraviesan la barrera intestinal y por vía portal llegan al hígado, donde se forman el 50-60% de los quistes. Tras este primer filtro alcanzan los pulmones (20-30% de quistes) y posteriormente se pueden distribuir a cualquier órgano a través de la circulación sistémica. El período de incubación es de meses a varios años, la localización renal es infrecuente.

Caso: Presentamos una paciente de 20 años de edad, procedente de Santiago del Estero, sin antecedentes que consulta por dolor lumbar de larga data con hallazgo en ecografía de imagen renal quística derecha, en analítica sin particularidades, Prueba de arco 5to negativa, en TC voluminosa imagen quística en polo superior de RD 20cm genera efecto de masa, drenaje de 1500ml con serología negativa, TC control posterior quiste aumentado de tamaño tabicado, se realizó PAIR que confirmó hidatidosis en tratamiento conjunto con infectología con Albendazol sin éxito, persistencia de dolor lumbar por lo que se realiza Quistectomía + nefrectomía parcial derecha con AP confirmatoria de hidatidosis renal y continuo tratamiento vía oral con Albendazol. Al control anual ecografía y tomografía negativas. Al momento asintomática en buen estado general sin medicación.

Discusión: El hallazgo de quistes hidatídicos de localización renal es infrecuente. La vía de entrada al riñón puede ser hemática, linfática o por inoculación directa. Siendo rara la afectación renal, está descrita la presencia de hidatidosis en otras estructuras del aparato urinario. No hay síntoma específico de la hidatidosis, ningún test serológico o inmunológico es patognomónico. Las pruebas de imagen son fundamentales en el diagnóstico de esta patología.

Conclusiones: El tratamiento de la hidatidosis renal es quirúrgico, pudiendo realizar enucleación, marsupialización, quistectomía y quistoperiquistectomía. Algunos autores proponen como tratamiento de elección la nefrectomía total o parcial. La vía de abordaje preferentemente retroperitoneal para evitar la contaminación de la cavidad peritoneal, preparar el campo quirúrgico con agentes esclerizantes. El empleo de agentes antihelmínticos como el albendazol tras la intervención quirúrgica es controvertido.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ACTUALIZACION EN EL MANEJO DEL TRAUMA RENAL

Ortiz Pinos, OD⁽¹⁾; Castillo Leon, JP⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador.

Introducción:

Los traumas son responsables del 10% de la mortalidad a nivel mundial, constituyendo su sexta causa de muerte; en Ecuador los accidentes de transporte terrestre representan la segunda causa de muerte masculina. Los riñones son el órgano genitourinario más comúnmente afectado; se encuentran lesionados hasta en el 5% de víctimas de trauma y representan el 24% de las lesiones traumáticas de órganos abdominales sólidos. Nuestro objetivo es analizar la evolución en el manejo del trauma renal en el Hospital Luis Vernaza en los últimos 5 años y realizar una revisión de la literatura que nos permita proponer un algoritmo de manejo actualizado

Material y métodos:

Se realizó una revisión sobre el manejo de distintos grados de trauma renal y sus resultados en pacientes atendidos en el Hospital Luis Vernaza de mayo de 2014 a mayo de 2019. La información se obtuvo del Departamento de Estadística y del Centro de Diagnóstico por Imágenes. Solo se utilizaron casos con confirmación diagnóstica tomográfica o quirúrgica de trauma renal, excluyendo aquellos con información incompleta. Se analizaron datos de filiación, etiología, clasificación, manejo y resultados. Adicionalmente realizamos una revisión de la literatura que intentamos consolidar en un algoritmo de manejo.

Resultados:

En la revisión se incluyen casos de trauma renal grado I a III con manejo conservador, junto con dos casos de trauma grado IV tratados de la misma forma y con estancia hospitalaria menor a 10 días. Además, se revisaron dos casos de estallido renal, ambos tratados con nefrectomía, uno de ellos se presentó de forma tardía y fue intervenido pensando en tumor renal. Finalmente, se consideran dos casos de trauma grado IV tratados de forma mínimamente invasiva; el uno mediante colocación de catéter doble j por afectación del sistema colector, y el otro con angioembolización por fístula arteriovenosa.

Conclusiones

En los últimos años se ha visto una tendencia hacia el manejo conservador del trauma renal, incluso en sus presentaciones más graves. Esto se debe tanto a la seguridad que han demostrado los resultados de este abordaje como a la mejoría en los métodos de imagen y técnicas de tratamiento mínimamente invasivo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUBERCULOSIS PROSTATICA PRIMARIA

Vallejo Mera, HJ^(1, 2); Lemus Bedoya, DA^(1, 2); Poveda Hidalgo, CI^(2, 3); Manzaba Mendoza, ER^(1, 2); Villegas Rojas, AA⁽⁴⁾
⁽¹⁾Posgrado de Urología, Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón. Guayaquil, Ecuador. ⁽³⁾Coordinación de Posgrado de Urología, Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón. Guayaquil, Ecuador. ⁽⁴⁾Profesor de Urología, Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Introducción: La tuberculosis es ocasionada generalmente por el Mycobacterium Tuberculosis, es considerada un problema de salud pública, su forma extra pulmonar representa el 10% y dentro de estas la presentación genitourinaria es del 8,7 al 15,5%, en especial la afección prostática con un 2,6%. La tuberculosis prostática es considerada uno de los grandes imitadores, pero ha ido presentando un aumento en la incidencia y prevalencia, a causa del aumento de pacientes inmunodeficientes.

Metodología: Se incluye en este estudio un paciente masculino de 76 años de edad, con síntomas del tracto urinario inferior, tacto rectal sospechoso y quien se le realizó adenomectomía prostática transvesical, la que posteriormente se realiza biopsia.

Resultados: En resultados de biopsia, el histopatológico con coloraciones especiales de histoquímica fue positivo para BAAR.

Conclusiones: La tuberculosis prostática sin historia o evidencias de compromiso del sistema inmune, es una enfermedad muy poco frecuente que muchas veces el diagnóstico es incidental tras la realización de biopsia o cirugía prostática y su conocimiento es esencial debido al aumento progresivo de su presentación en nuestro país y la posibilidad de realizar un tratamiento curativo a los pacientes afectados.

Palabras clave:

Tuberculosis prostática; Mycobacterium Tuberculosis; próstata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Síndrome da Urina Roxa na bolsa coletora

Mestrinho, V⁽¹⁾; Nascimento, M⁽²⁾; Filho, A⁽³⁾; Mestrinho, B^(4, 5)

⁽¹⁾Estudante de Medicina, Universidade Católica de Brasília. Brasília, Brasil. ⁽²⁾Residente, Hospital Regional do Gama. Brasília, Brasil. ⁽³⁾Estudante, Uniceplac. Brasília, Brasil. ⁽⁴⁾Urologista, Hospital Regional do Gama. Brasília, Brasil.

⁽⁵⁾Urologista, Hospital Maria Auxiliadora. Brasília, Brasil.

Introdução

Há diversas situações em que há uma descoloração da urina, variando em vermelho, verde, roxo, preto e etc. A Síndrome de Urina Roxa na bolsa coletora é raramente observada na prática clínica. Trata-se de uma entidade de curso benigno, na maioria das vezes, comumente associada à velhice, sexo feminino, cateterismo urinário crônico, infecção do trato urinário (ITU), indicânúria, constipação e urina alcalina. Acredita-se que a tonalidade roxa provém da metabolização bacteriana do triptofano em índigo e indirrubina. Relata-se um caso de Síndrome de Urina Roxa na bolsa coletora, associada à ITU em paciente com cateterismo vesical de demora.

Palavras-chave: Síndrome de Urina Roxa; Infecções Urinárias; Cateterismo Urinário Crônico.

Material e métodos

Paciente G.T.U., sexo masculino, 80 anos, com histórico de câncer de bexiga tratado com RTU de bexiga e radioterapia pélvica. Após anos apresentou disúria e retenção urinária crônica, fazendo o uso de sonda vesical de demora, com troca mensal. Há 2 meses apresentou piúria maciça, tratada com irrigação vesical. Urocultura revelou *Escherichia coli*. Após 2 semanas, retornou ao ambulatório com o coletor de urina na coloração roxa.

Resultados

O paciente foi tratado com antibiótico ciprofloxacino 500 mg de 12 em 12 horas por 14 dias e obteve resposta satisfatória. Evoluiu bem, retirou-se a sonda vesical de demora e está em uso de alfa-bloqueador. A cor roxa da urina não reapareceu.

Conclusões

Pacientes com cateter de longa duração estão susceptíveis a desenvolver a Síndrome. É uma rara manifestação de infecção do trato urinário por bactérias que metabolizam subprodutos do triptofano em pigmentos vermelhos e azuis, das quais as mais comuns são *Providencia spp.*, *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Morganella spp.*, *Pseudomonas spp.* e *Enterococcus spp.* Faz parte das pigmentações urinárias, tem aumentado com o envelhecimento populacional e é pouco conhecida por médicos.

Financiamento / conflicto de intereses: No

URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL, REPORTE DE CASO

Chávez Ramos, D⁽¹⁾; Uría Soruco, LA⁽¹⁾; Paz Cabrera, LG⁽²⁾; De La Rocha, R⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Unidad Privada de Urología. La Paz, Bolivia. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Municipal La Portada. La Paz, Bolivia.

INTRODUCCIÓN.

Las técnicas de uretroplastía han evolucionado, debido a los cambios experimentados en la etiología de las estenosis y en las técnicas de transferencia tisular. El uso de mucosa bucal en la uretroplastía del adulto fue comunicada por primera vez por El Kasaby et al. Muchos han sido los autores que han comunicado sus series con posterioridad, señalando que la uretroplastia con mucosa bucal ofrece resultados comparables a la piel. La mucosa oral presenta importantes ventajas sobre los injertos cutáneos, al tener características vasculares más óptimas debido a su plexo panlaminar y puede ser adelgazado sin dañarlo siempre que se conserve una porción de lámina propia suficiente en el injerto. Existen varios factores que influyen en los resultados de este tipo de técnicas: localización y longitud de la estenosis, etiología, edad del paciente, antecedentes quirúrgicos previos, espongiopfibrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Caso clínico: Paciente masculino de 80 años con diagnóstico de estenosis de uretra peneana, con antecedentes de sondaje traumático y dilataciones reiteradas, la luz uretral parcialmente obstruida, por lo que se instaló una talla vesical por punción suprapúbica, en la uretrografía se evidencia una estenosis de 3 cm en uretra peneana.

Realizamos una uretroplastía con injerto de mucosa yugal. Con técnica de ampliación uretral con uretrotomía longitudinal y colocación del injerto en la cara dorsal sobre los cuerpos cavernosos. El lecho donante lo constituyó la cara bucal del carrillo, por debajo del orificio del conducto de stenon hasta 1 cm del borde labial en sentido ventral. El lecho se suturó totalmente en forma primaria con sutura absorbible tipo vicryl 3/0. La dieta se reinició a las 24 horas del postoperatorio, no registrándose complicaciones inmediatas o alejadas en el lecho donante. Paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta a las 72 horas del postoperatorio. Retiramos la sonda uretral al día 21 de la cirugía con control radioscópico constatando buen calibre uretral.

CONCLUSIONES

La uretroplastia con injerto de mucosa bucal es una técnica efectiva en estenosis de uretra y que por los resultados obtenidos, la consideramos técnica de primera elección en este tipo de estenosis uretrales.

PALABRAS CLAVE: Uretroplastía, injerto, mucosa bucal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Reconstrucción escrotal posterior a gangrena de Fournier, impacto estético, psicológico y sexual.

Villalta Vargas, JC⁽¹⁾; Cespedes Valencia, K^(2, 3); Vela Guillen, JL⁽²⁾; Robles Daza, LG⁽²⁾; Gutierrez Gutierrez, E⁽³⁾; Terrazas, J⁽³⁾; Alcazar Almeida, J⁽³⁾; Calderon, C⁽³⁾; Cespedes Valencia, K^(2, 3); Arancibia, J⁽⁴⁾

⁽¹⁾Servicio de Cirugia Plastica, Caja Nacional de Salud. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. ⁽²⁾Servicio de Urologia, Caja Nacional de Salud. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. ⁽³⁾Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. ⁽⁴⁾Servicio de Urologia, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia.

Introducción.

La gangrena de Fournier es arrasadora dejando estructuras que requieren visión en su reconstrucción, siempre y cuando se logre salvar la vida del afectado.

Material y métodos

Estudio descriptivo de un caso clínico con diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el Servicio de Urología y Cirugía Plástica del Hospital Obrero Nro.3, durante el periodo de Febrero a Noviembre 2019.

Resultados

Masculino 58 años, profesión Abogado Fiscal antecedente diabetes mellitus 20 años atrás, ingresa al servicio de emergencia con diagnóstico de hipoglicemia, sepsis de partes blandas, gangrena de Fournier, injuria renal aguda, anemia leve, desequilibrio hidroelectrolítico, lab. Leucocitos 23.000 cr 1,6 glicemia 54 Na 133 Tp 11,6 K 6,2 Cl 95, se evidencia área escrotal e inguinal eritematoso, hiperemico, aumentado de volumen en gran manera, crepitante, paciente indica presentar en inicio prurito en área perineal, pequeño nódulo pruriginoso hace 2 días atrás el cual progresa rápidamente a área escrotal, dolor intenso y discapacitante.

Se realiza limpieza quirúrgica de emergencia debridando todo tejido necrótico quedando ambos testículos sin piel escrotal, lesión respeta base peneana, continuamos con limpiezas quirúrgicas interdiarias por 2 semanas y pieza hospitalaria, se toman cultivos de secreción de área quirúrgica germen identificado Escherichia coli BLEE Positivo sensible a Meropenem 27 mm y Nitrofurantoina 20 mm, meses después se logra cultivo sin crecimiento, testículos expuestos retraídos a área inguinal, en conjunto a cirugía plástica se realiza debridamiento de tejido de granulación, descenso testicular, fijación con hilo vicryl 3-0 y reconstrucción de nueva bolsa escrotal con hilo catgut cromado y vicryl 3-0 sin uso de injerto cutáneo, se deja drenaje laminar en bases, procedimiento dura 2 hrs, queda con sonda vesical, suspensión escrotal y reposo estricto, paciente es dado de alta con controles consulta externa y curaciones interdiarias, 2 semanas después se retira sonda, 1 mes después paciente retorna a actividad sexual refiriendo ligero malestar en área inguinal semejante a sensación de tirón.

CONCLUSION

Técnica eficaz, con alta tasa de éxito, reproducible, logrando el menor impacto estético, psicológico y sexual para el paciente.

PALABRAS CLAVE

reconstrucción, plastia, sexualidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Manejo de fístula vesico-vaginal compleja reporte de un caso.

Equihua Sánchez, M⁽¹⁾; Ojeda Perez, JEdJ⁽¹⁾; Bastarrachea Solis, MA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital regional de alta especialidad de la península de Yucatán. Merida Yucatán, Mexico.

INTRODUCCIÓN

La FVV es una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica debido a lesiones iatrogénicas del tracto urinario en un 75%. La incidencia global post-histerectomía es de 0.5-1%.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con el diagnóstico de FVVsupratrigonal del alto flujo y la revisión de la literatura.

REPORTE DE CASO

Mujer de 47 años, antecedentes quirúrgicos de 2 cesáreas e histerectomía hace 3 años por miomatosis uterina. Acude al servicio de urgencias posterior a la histerectomía por fuga de orina transvaginal. Manejo inicial con sonda transuretral por 4 meses sin remisión. Se envía a segundo nivel, se realiza fistulectomía y reparación por abordaje abdominal, presentando fuga urinaria transvaginal 3 días. Es referenciada a nuestro hospital en donde se realiza fistulectomía + reparación vesico-vaginal laparoscópica con hallazgo de una FVV supratrigonal de aprox. 3 cm. Se retira tapón vaginal testigo a las 24 hrs sin fuga. Alta a las 48 horas sin drenaje, con catéteres ureterales y sonda transuretral. Se retira a las 2 semanas los catéteres ureterales y la sonda transuretral a las 4 semanas.

DISCUSIÓN

El abordaje y la técnica dependen de la localización y tamaño de la FVV. La técnica O'Conor es el Gold standard para fístulas supravesicales. El abordaje laparoscópico es el recomendado. Lo ideal para su reparación es de 8-12 semanas posterior a su formación.

CONCLUSIÓN

El abordaje laparoscópico utilizado para la reparación de las FVV es una alternativa que debe ser recomendada, ya que ha demostrado ser de mínima invasión, segura y con buen porcentaje de éxito.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TRAUMATISMO RECTAL CON MATERIAL EXTERNO PENETRANTE Y PERFORACIÓN RECTO-VESICAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez,, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero,, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽²⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morga Egea, J⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls,, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España. ⁽²⁾u.

OBJETIVO: Presentar un caso de perforación recto-vesical tras un traumatismo perianal y su manejo y resultados.

MÉTODO: Varón de 38 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por presentar herida incisa perianal que se produjo al ceder una mesa de cristal sobre la que estaba sentado, cayendo sobre la pata de metal. A la exploración física presenta una herida penetrante de 3cm perianal en rafe posterior. Se realiza TC observando perforación con trayecto que afecta región ano-rectal y pared postero-inferior de vejiga. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando uretrocistoscopia, donde se observa uretra sin lesiones y una perforación en trígono vesical; por lo que se coloca sonda vesical. Por parte de cirugía general se realiza una colostomía en cañón de escopeta, rafia de desgarro de esfínteres anales y colocación de drenajes. Presenta una buena evolución postoperatoria por lo que fue dado de alta a la semana de la cirugía con sonda vesical.

RESULTADO: El paciente presentó una evolución favorable, retirándose la sonda vesical tras comprobar mediante cistografía la ausencia de fugas. Por parte de cirugía general se evidencia fístula subcutánea mucosa en la zona del defecto del esfínter anal interno por lo que se realiza fistulotomía y marsupialización con buena evolución postquirúrgica y posteriormente se realiza cierre de colostomía. Actualmente el paciente presenta eyaculación retrógrada e incontinencia fecal.

CONCLUSIÓN: La ruptura extraperitoneal de la vejiga es la forma más común de lesión de la vejiga. Esta puede ser traumática o espontánea, y la mayoría de los casos de lesión traumática se deben a un traumatismo contuso o penetrante, este menos frecuente, como en el presente caso, por un traumatismo externo. En la gran parte de los casos, el tratamiento consiste en drenaje urinario mediante sonda vesical, pero lesiones más severas pueden requerir cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

UM CASO ATÍPICO DE DIVERTICULITE COMPLICADA COM FÍSTULA COLOVESICAL EM JOVEMCosta, GAOdS⁽¹⁾; Mestrinho, BV⁽²⁾; Delfino, JC⁽²⁾⁽¹⁾UNICEPLAC. Gama, Brasil. ⁽²⁾Hospital Regional do Gama. Gama, Brasil.

INTRODUÇÃO: A diverticulite aguda acontece preferencialmente em idosos. O percentual de complicação da diverticulite é em média 20% dos casos e 2% dessas complicações são fístulas e as mais comuns delas são as colovesicais. O colón sigmoide é mais comumente acometido. A fístula colovesical surge como uma complicação pouco frequente da diverticulite complicada. O relato abaixo expõe um caso de diverticulite agudizada com presença de fístula colovesical em jovem, sendo este evento pouco descrito e com baixa incidência na população. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional em relato de caso. Os dados foram colhidos em entrevista e prontuário, após consentimento livre e esclarecido. A revisão literária foi realizada em trabalhos nas bibliotecas virtuais pelos descritores "diverticulite", tendo critério de inclusão o ano de publicação entre 2015 e 2019. **RELATO DE CASO:** Paciente 22 anos, obeso grau IV, queixando urgência miccional, hematúria, disúria, dor abdominal baixa e lombar. Relatava infecção do trato urinário de recorrência refratária ao tratamento há 6 anos. Nos últimos 2 anos iniciou fecalúria e pneumatúria em grande quantidade. No exame de imagem foi evidenciado espessamento do sigmoide sugerindo diverticulite crônica agudizada com prováveis orifícios fistulosos conectando o sigmoide a bexiga, confirmados na cistoscopia que apresentou fecalúria e pneumatúria. Foi submetida a Laparotomia Exploradora, sigmoidectomia com anastomose colorretal manual e cistectomia segmentar com rafia da bexiga. No entanto foi reabordado por apresentar complicações no pós cirúrgico. **DISCUSSÃO:** A diverticulose é uma patologia comum na população idosa, sendo por isso mais comum em nações mais desenvolvidas e ocidentais. A população masculina é a principal acometida numa proporção de 2:1, quando comparados ao sexo feminino, devido a interposição do útero entre o colón e a bexiga. A doença diverticular do colón deve ser investigada inicialmente pela endoscopia digestiva baixa ou colonoscopia. **CONCLUSÃO:** A diverticulite aguda é uma doença prevalente na população idosa. A incidência diminui se houver fístula colovesical e torna bastante incomum ao ser observada em um jovem. O tratamento proposto é a intervenção cirúrgica associada a antibioticoterapia. Caso haja ostomia, a reconstrução do trânsito intestinal é programado para 6 a 9 meses após. KW: Diverticulite, Fístula, cistoscopia

Financiamento / conflito de intereses: No

Isquemia renal en traumatismo cerrado. Un caso

De Oliveira, L⁽¹⁾; Rodriguez, D⁽¹⁾; González, V⁽¹⁾; Aguirre, JP⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital ex Finochietto. Avellaneda, Argentina.

Paciente de 21 años de edad que ingresa por guardia por trauma abdominal cerrado accidente automovilístico. TAC con lesión esplénica . Se realiza laparotomía y esplenectomía. Se alta por buena evolución. Se reingresar por fiebre y nueva TAC con colección líquida en Lodge esplenica y retroperitoneal izquierda. Se realiza punción y drenaje en lecho esplecnico con diagnóstico de fístula pancreática. Continua febril. Ic urologia se decide exploración por lumbotomía debido a crecimiento de dicha colección retroperitoneal al control.

Se halla gran colección líquida en celda renal, drenaje de la misma con 1200ml de características urinosa. Se observa riñón de aspecto isquémico a expensas de polo superior con parénquima vital. Se realiza nefrectomía . Buena evolución.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Consideraciones prácticas del manejo perioperatorio en cistectomía radicalButori, S⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Bujaldón, JM⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La cistectomía radical (CR) se considera el gold-standard para el tratamiento de cáncer de vejiga músculo invasor y músculo no invasor refractario a BCG. Es considerado un procedimiento de alta morbilidad perioperatoria. El protocolo ERAS (enhanced recovery after surgery) comprende aspectos que incluyen cuidados perioperatorios relacionados a la CR. Demostró beneficios significativos en estadía hospitalaria; tasa de complicaciones y motilidad del tránsito intestinal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les realizó CR desde el 2009 al 2019 en el Hospital Alemán de Buenos Aires; instaurando el protocolo ERAS en enero del 2015. Nuestro protocolo incluye abordaje multidisciplinario prequirúrgico (interconsulta con nutrición, nefrología, anestesia, ostomaterapeuta y psico-oncología). Para el tratamiento del dolor en el postoperatorio inmediato, se indica bomba de analgesia en infusión continua por 24 hs. Se inicia movilización temprana sumada a kinesioterapia respiratoria y prueba de tolerancia oral con líquidos al primer día postoperatorio. En nuestro país no se cuenta con inhibidores de receptor opioide-Mu (Alvimopan). En conjunto con servicio de hematología se comienza profilaxis antitrombótica con enoxaparina subcutánea (40mg/día), a completar 30 días al alta hospitalaria. El manejo del drenaje incluye contabilizar diariamente el débito, si es menor a 100 cc, se retira. En pacientes con neovejigas al segundodía se realizan lavados de la misma con instructivos y se retiran los catéteres ureterales al séptimo día. Si el paciente presenta urostomía, el ostomaterapeuta capacita al mismo para su cuidado en domicilio.

Resultados: Se analizaron 35 pacientes en el grupo pre-eras (CRpre) y 57 en el post-eras (CRpost). La media de estadía hospitalaria fue de 20.6 días (86-4) vs. 15,6 días (1-77) para CRpre y Crpost respectivamente ($p=0,001$). En el grupo CRpost se evidenció mayor número de pacientes con neovejigas. Se identificaron complicaciones tempranas (<30 días) Clavien > 2 en 17 pacientes (45,7%) de CRpre y en 14 pacientes (24,5%) de Crpost ($p=0,018$).

Conclusión: La adaptación del protocolo ERAS a nuestro centro fue factible y permitió disminuir la morbilidad y la estadía hospitalaria de los pacientes a los que se les realizó CR.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

MENEJO DE FÍSTULA VESICO-CUTÂNEO PÓS NEOBEXIGA ILEALMestrinho, BV⁽¹⁾; Costa, GAOdS⁽²⁾; Delfino, JC⁽³⁾; Leite, ICR⁽⁴⁾; Junior, JMC⁽⁴⁾⁽¹⁾Hospital Regional do Gama. Gama, Brasil. ⁽²⁾UNICEPLAC. Gama, Brasil. ⁽³⁾UNICEPLAC. Gama, Brasil. ⁽⁴⁾Hospital Regional do Gama. Gama, Brasil.

INTRODUÇÃO: A fístula neovesicocutânea é um evento raro após a construção de uma neobexiga de condutas ileais. Sua ocorrência está associada à falha devido ao aumento da pressão intravesical ou à presença de um tumor tardio local não pós-operatório. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de fístula neovesicocutânea em paciente de uma rede pública de hospitais do Distrito Federal (DF), à epidemiologia da doença, à técnica cirúrgica e ao tratamento proposto. **MÉTODOS:** Este é um estudo observacional, descritivo, do tipo de relato de caso, de um paciente tratado em um hospital público na Cidade do México. Deixei colhidos em uma entrevista, um exame físico e um exame médico, com consentimento livre e claro. Uma bibliografia não útil está disponível em bibliotecas virtuais, encontradas como descritores "fístula da bexiga urinária" e respectiva em inglês, considero como critério de inclusão ou ano de publicação entre 2010 e 2017. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 22 anos, com insuficiência renal crônica aguda a caminho de outra unidade de saúde. Também mostrou ureterohidronefrose bilateral e cistite crônica que mostraram cistoscopia hiperêmica e contraída. Uma biópsia revelou cistite folicular cística, lesões pré-malignas graves. Ou tratamento proposto para cistectomia total e preservação da cápsula prostática com neobexiga para Studer e reimplante uretero-neovesical bilateral sem intercorrências. Após 3 anos, ele evoluiu com dificuldades de anulação. Foi solicitada uma tomografia revelando 2 cálculos de aproximadamente 8cm fora da neobexiga. Em consequência, ele foi submetido a cistolitotomia com duas pedras. No quinto dia de pós-operatório de progrediu com formação de fístulas, infecção ferida operatória e deiscência de neobexiga, sendo reformado em 2 níveis 1 mês depois. 3 anos após a última reabordagem, o paciente volta a fistular. Após o tratamento crônico, optou, juntamente com a cirurgia plástica e a urologia, por realizar a data da fístula e a data principal da rotação do retalho da coxa. **CONCLUSÕES:** A fístula neovesicocutânea é uma complicação incomum. O tratamento é realizado por meio de desbridamento da lesão seguido de drenagem urinária ininterrupta, oclusão da fístula ou caudas de cianoacrilato.

Palavras-chave: neoplasias da bexiga, fístula da bexiga, cistectomia

Financiamento / conflito de intereses: No

Leiomioma vesical: a propósito de un caso

Hidalgo Montaña, VL⁽¹⁾; Hidalgo Torres, MdlÁ^(2, 3)

⁽¹⁾Urología, Clínica San Agustín. Loja, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Hospital General Isidro Ayora. Loja, Ecuador. ⁽³⁾Internado Rotativo Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: Los tumores vesicales benignos tienen una baja incidencia, representan del 1- 6% de las neoplasias de vejiga dentro de los cuales el leiomioma es el más común. El leiomioma vesical es un tumor mesenquimatoso de músculo liso que se presenta en mujeres entre la tercera y sexta década de la vida, dependiendo de su localización y tamaño sus manifestaciones pueden ser: síntomas urinarios irritativos (urgencia miccional, poliaquiuria, dolor suprapúbico) u obstructivos (disuria, disminución del calibre miccional, hidronefrosis). La hematuria puede estar presente hasta en un 20% de los casos. El estudio histopatológico con o sin inmunohistoquímica son indispensables para diagnóstico definitivo. Tratamiento: si es menor 3 cm es resección transuretral y si es mayor de 3 cm la opción quirúrgica es enucleación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta un caso clínico: paciente femenina de 33 años, sin antecedentes patológicos de importancia consulta por dolor pélvico, disuria, urgencia miccional; al examen físico puntos ureterales medios e inferiores positivos, puño percusión positiva, tacto vaginal: masa dura de 6 cm que compromete vejiga e impronta cavidad vaginal.

RESULTADOS: Ecografía y tomografía demostraron presencia de masa en piso pélvico más hidronefrosis bilateral, se realizó enucleación; estudio histopatológico confirmó diagnóstico, sin recidiva tumoral durante seguimiento.

CONCLUSIONES: El leiomioma vesical es una neoplasia benigna cuyo tamaño y ubicación determinan los síntomas, el estudio histopatológico es necesario para su diagnóstico, su tratamiento es quirúrgico existiendo varios métodos de abordaje según el caso con un pronóstico excelente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ADENOPATÍAS INGUINALES Y LESIÓN URETRAL EN VARÓN CON CÁNCER DE VEJIGA. REPORTE DE UN CASO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

OBJETIVO: Presentar un caso de tumor vesical asociado posteriormente a adenopatías inguinales y lesión de uretra.

MÉTODO: Varón de 51 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que es estudiado por hematuria, diagnosticándose de tumor vesical. Se realiza resección transuretral del tumor, reportando la anatomía patológica que se trata de un carcinoma papilar urotelial de alto grado citológico que infiltra lámina propia con ausencia de infiltración muscular. El paciente inicia tratamiento con BCG y se realiza TC objetivando adenopatías inguinales bilaterales más numerosas derechas, por lo que se realiza PAAF con hallazgos compatibles con metástasis de carcinoma, y se realiza extirpación de dicho paquete ganglionar derecho. En uretrocistoscopia de control se observa mucosa vesical sin neoformaciones y dos lesiones sobre elevadas sólidas en fosa navicular que se biopsian con resultado anatómopatológico de inflamación crónica y displasia urotelial superficial. Se realiza nuevo TC de control observando adenopatías inguinales bilaterales de pequeño tamaño. Se decide nueva valoración, realizándose RTU de cicatriz de vejiga, biopsia de uretra penénea y PAAF de adenopatías ilíacas externas, obteniendo como resultado fibrosis, foco de displasia uretral y ausencia de células malignas respectivamente. Se decide continuar con tratamiento con BCG y realizar seguimiento con citología urinaria, uretrocistoscopia y TC periódicamente.

RESULTADO: Actualmente el paciente continúa con tratamiento con BCG y presenta una evolución favorable, sin recidiva tumoral y sin progresión de las adenopatías inguinales.

CONCLUSIÓN: El cáncer de vejiga es una de las neoplasias urológicas más frecuentes. Su asociación con el tumor uretral secundario aparece en el 1.5-6% entre el primer y tercer año y presenta una supervivencia de 28-38 meses. En este caso, nuestro paciente presenta una displasia uretral, aun así, hay que saber la importancia de realizar las uretrocistoscopias de control y ver adecuadamente tanto la uretra como la vejiga urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Carcinoma linfoepitelial vesical músculo invasor primario manejado con terapia preservadora de vejiga.

Serrano Olmedo, SdC⁽¹⁾; Castellanos Hernández, H⁽²⁾; Lira Moreno, G⁽¹⁾; Jasso Guerrero, G⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, ISSSTE Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia. Estado de México, México. ⁽³⁾Anatomía Patológica, ISSSTE Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia. Estado de México, México.

Introducción: El carcinoma linfoepitelial, neoplasia maligna indiferenciada, epitelial infiltrado por células linfoide. En tracto urinario es raro, corresponde al 0.4 a 1.3%. Síntoma más común hematuria macroscópica. Tratamiento primario mediante resección transuretral, cistectomía parcial o radical. Es quimio y radiosensible; terapias adyuvantes.

Caso clínico: Masculino 67 años, hipertenso, Tabaquismo 30 años. Presenta STUB (2013), sin respuesta al tratamiento médico, sometido RTUP (2014), identificándose lóbulo prostático intravesical, RHP: Carcinoma urotelial de alto grado variante morfológico linfoepitelioma 98%, y carcinoma urotelial 2% infiltrante a lámina propia, muscular de mucosa y muscular propia con permeación linfovascular. Cistoscopia de control crecimiento arborescente friable sangrante posterior a verum montanum. Evoluciona con incremento de STUB, además hematuria macroscópica total, realizándose RTUV: Lesión en piso vesical, RHP Carcinoma urotelial de alto grado variante linfoepitelioma. Por diagnóstico y predominancia de la variedad linfoepitelioma, se inicia quimioterapia, (Gemcitabina/Cisplatino), 6 ciclos, con vigilancia y revaloración libre de enfermedad por 6 meses, al control progresión de enfermedad. Se reinicia quimioterapia: (Paclitaxel/Carboplatino) 12 ciclos. Sin progresión de enfermedad, por cistoscopia y tomografía, negativos para actividad tumoral.

Conclusión: El carcinoma linfoepitelial de vejiga, cáncer poco común. De los subtipos, el mixto tiene tasa de mortalidad más alta. El tratamiento, se ha demostrado no es suficiente la resección transuretral sola, por presentar mayor tasa de mortalidad y menor tasa de supervivencia libre de enfermedad. El presente caso a través de resección transuretral y quimioterapia se ha logrado mantener libre de enfermedad durante 6 años. No existe una tendencia homogénea debido a los pocos casos reportados.

Palabras claves: carcinoma linfoepitelial, vejiga, tratamiento multimodal, supervivencia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Detección de tumores genitourinarios en pacientes que acuden con hematuria al servicio de urgenciasSerrano Olmedo, SdC⁽¹⁾; Lira Moreno, G⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México.

Introducción: La hematuria uno de los principales signos de las patologías del tracto urinario, representa una de las causas más frecuentes de valoración urológica. Su origen puede ser en cualquier sitio del trato urinario. Corresponden un origen benigno hasta el 85%, como: urolitiasis, infección, crecimiento prostático, y de origen maligno el 15%, por lo que amerita la realización de un adecuado protocolo de estudio. Los factores de riesgo con mayor asociación son tabaquismo, exposición ocupacional a químicos, uso de agentes quimio terapéuticos.

Objetivo: Identificar las principales causas de hematuria y la frecuencia de detección de tumores los cuales se presentan con hematuria como síntoma principal en el servicio de urgencias en el Hospital Juárez de México.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, se realizaron revisión de expedientes clínicos de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital, entre febrero 2019 a febrero 2020, los pacientes fueron sometidos a estudios de extensión con el fin de identificar etiología de hematuria.

Resultados: Fueron 106 pacientes. La principal etiología que se obtuvo fueron los tumores genitourinarios en 36.79% (n=39), seguidos de trauma genitourinario en un 16.03% (n=17), crecimiento prostático, principalmente en pacientes mayores de 70 años en 14.15% (n=15), otras causas menos frecuentes uso de anticoagulantes, litiasis urinaria, antecedente de radioterapia como tratamiento adyuvante, retención aguda de orina, antecedente de procedimiento quirúrgico endoscópico a nivel genitourinario. Dentro de la etiología maligna se subdividió en tumores vesicales 41.02%, tumores renales 23.07%, tumor prostático 20.51%, tumores uroteliales 25.38%.

Conclusión: La hematuria representa un signo cardinal frecuente en pacientes en los servicios de urgencias de las distintas unidades hospitalarias, en donde el mayor número de casos obedece a tumores del sistema genitourinarios siendo los tumores vesicales los más frecuentes, por lo cual la importancia de lograr un adecuado protocolo en pacientes que acuden al servicio de urgencias, con el fin de lograr un tratamiento oportuno de ellos, y tener un mejor pronóstico.

Palabras claves: hematuria, diagnóstico, tumores urogenitales, etiología

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Resultados oncológicos de pacientes menores a 50 años con diagnóstico de cáncer de próstata, sometidos a prostatectomía radical.

Bravo, JC⁽¹⁾; Rojas Ruz, P⁽¹⁾; Zúñiga, Á⁽¹⁾; San Francisco, I⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: Actualmente el screening de cáncer de próstata (CaP) se recomienda en hombres sin antecedentes familiares desde los 50 años. Sin embargo, se podría plantear que, en ≤ 50 años, el CaP podría ser más agresivo por el fuerte componente genético/hereditario y la aparición precoz de la enfermedad. Nuestro objetivo es describir y comparar los resultados oncológicos en pacientes con CaP ≤ 50 años con pacientes > 50 años, sometidos a prostatectomía radical.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo. Se obtuvieron características clínicas y anatómo-patológicas, de nuestra base de datos. Recidiva bioquímica se definió como APE ≥ 0.2 ng/mL. Se establecieron curvas de supervivencia libre de recurrencia (SLR) mediante Kaplan-meier que se compararon con test logRank; y curvas de supervivencia global (SG) mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 988 pacientes, de los cuales 56 pacientes (5.7%) fueron ≤ 50 años. El promedio de seguimiento fue de 4.7 años. No hubo diferencias significativas en APE al diagnóstico (8.8 vs 9.6 ng/mL, para ≤ 50 años y > 50 años), distribución de Gleason ≥ 7 en el espécimen (53/56 vs 881/932, para ≤ 50 años y > 50 años), extensión extraprostática (10/56 vs 215/932, para ≤ 50 años y > 50 años), volumen tumoral (4.6 cc vs 5.8 cc, para ≤ 50 años y > 50 años), ni ganglios positivos en la linfadenectomía (1/56 vs 29/932, para ≤ 50 años y > 50 años) (Tabla 1). No hubo diferencias en la SLR ($p=0.16$). Supervivencia global a 10 años: 96% y 88% para ≤ 50 años y > 50 años, $p=0.017$, que en el análisis multivariado se explica por la edad ($p=0.03$) y no por el Gleason ($p=0.33$).

Conclusiones: Los pacientes ≤ 50 años tienen un comportamiento oncológico similar a los pacientes > 50 años en cuanto a las características del CaP y SLR. Los pacientes más jóvenes tienen una SG mayor que los > 50 años, sin embargo, esto se explica por su menor edad y no por la agresividad del CaP.

Tabla 1: Análisis univariado

	≤ 50 años (n=56)	> 50 años (n=932)	P
Edad	47.3	63.92	0.001
Ape	8.8	9.6	0.51
GS ≥ 7	53	881	NS
ECE	10	215	0.41
Volumen tumoral	4.6	5.8	0.27
N+	1	29	NS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Resultados de una campaña de detección oportuna de cáncer de próstata en el Hospital Regional De Alta Especialidad De La Península De Yucatán

Bastarrachea solis, MA⁽¹⁾; Cueto Vega, GJ⁽¹⁾; Flores Tapia, JP⁽²⁾; Esqueda Mendoza, A⁽²⁾; Monzón Falconi, JF⁽¹⁾; Bolio Ku, RE⁽¹⁾; Basulto Martinez, MJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, HRAEPY. Merida, México. ⁽²⁾Jefe de servicio de Urología, HRAEPY. Merida, México.

El cáncer de próstata (CaP) se define como “la proliferación incontrolada de las células epiteliales (tanto secretoras lumbales, basales y neuroendocrinas) de la glándula prostática, con comportamiento potencialmente maligno y pronóstico heterogéneo. En el mundo es la segunda neoplasia más común del sexo masculino, siendo una enfermedad la cual el screening con Antígeno prostático específico (APE) y tacto rectal prostático (DRE) disminuyen la mortalidad. En México se cuenta con subregistro de información debido a no contar con un registro nacional unificado.

Material y métodos

Estudio Prospectivo, longitudinal, observacional, en el que se determinó el impacto de la detección oportuna de cáncer de próstata en >45 años, incluyendo 115 pacientes obteniendo antígeno prostático sérico total y tacto rectal, se realizó historia clínica, medición de IPSS, IIEF-5, USG pélvico y uroflujometría, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0, utilizando medidas de tendencia central para variables cuantitativas, así como para las correlaciones se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas, según correspondiera, tomando estadísticamente significativo el valor de $p < 0.05$

Resultados

Un total de 115 pacientes, la media de edad 61.98 (± 9.64 años), IPSS promedio de 7.5 (3–12.25), IMC 27.7 kg/m² (22.65–31.57 kg/m²), volumen prostático 44.5 cc (30–68.4 cc), PSA 1.39 ng/mL (0.71–2.97). El 6.1% (7) antecedente hereditario de CaP, comorbilidades: el 33.9% (39) hipertensión arterial, 19.1% (22) diabetes mellitus tipo 2. El 63% (72) tenían algún grado de disfunción eréctil, 8.3% (10) de los pacientes tenían un examen digito rectal sospechoso. La prueba de Spearman demostró asociación entre edad y PSA (0.001), edad y uroflujometría (0.001), edad y volumen prostático (0.030), la edad e IPSS (0.033), edad y densidad del APE (0.02), IPSS y PSA (0.001), IPSS y uroflujometría (0.041), PSA y uroflujometría (0.013), edad y IIEF-5 (0.31), Los resultados de la prueba no paramétrica de Fisher demostró la asociación entre Hipertensión arterial y DRE sospechoso (0.030)

Conclusión

Las campañas de detección de cáncer de próstata permiten el diagnóstico oportuno de CaP, así como de otras enfermedades de índole urológico. Es importante ampliar el screening de estas campañas a nivel nacional y mejorar la morbi-mortalidad de los pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CASOS CLÍNICOS: CÁNCER DE PENE

Salazar Arenas, M^A(¹); Aybar Galdos, J(¹)

(¹)Urología, Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, Perú.

Antecedentes: El cáncer de pene se origina habitualmente en el epitelio de la porción interna del prepucio y glande.

Objetivo: Presentar casos clínicos de pacientes que padecieron cáncer de pene, factores de riesgo, diagnóstico y su manejo. **Materiales y Métodos:** Se presenta primer caso de paciente varón de 82 años de edad, que presentó lesión exofítica en glande de pene. Y el segundo caso de paciente varón de 52 años, también con lesión exofítica en glande.

Resultados: Pacientes toleran acto operatorio, respondiendo satisfactoriamente al manejo quirúrgico instaurado siguiendo las recomendaciones de la sociedad Europea. **Conclusiones:** Se concluye que el manejo quirúrgico fue exitoso.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SARCOMA EPITELIOIDE PRIMARIO DE RIÑÓN: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Perez Garfias, F⁽¹⁾; López Méndez, E⁽²⁾; Osorio Garcia, MA⁽³⁾; Galland Novelo, ME⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, HRAEPY. Mérida, México. ⁽²⁾Urología, HGR220. TOLUCA, México. ⁽³⁾Urología, HRAEPY. Mérida, México.

⁽⁴⁾Cirugía General, Hospital General Dr Agustín O´horan. Mérida, México.

INTRODUCCIÓN:

El sarcoma epiteliode (SE) es una neoplasia maligna mesenquimal que demuestra cierto grado de diferenciación epitelial. Descrito por primera vez por Enzinger en 1970. Existen 2 subtipos clínico-patológicos: "clásico" y "proximal". El primero es más frecuente y afecta adultos jóvenes y adolescentes; el segundo tiende a afectar a los adultos mayores, las lesiones se localizan en tejidos blandos proximales, como el tronco y pelvis. La metástasis a órganos sólidos puede ocurrir por diseminación hematogena.

MATERIAL Y METODOS: En este trabajo se describe un caso de SE primario de riñón y la utilidad de la inmunohistoquímica para el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Masculino de 39 años, trabajó en industria textil por 20 años, acude con médico refiriendo dispepsia, vómito de contenido gastrointestinal, ataque al estado general, se realiza panendoscopia encontrando H. Pylori, se otorga tratamiento de erradicación con mejoría parcial. 1 mes después se agrega tos seca, hemetizante, no cianozante, disneizante de pequeños esfuerzos. T/A: 120/70 mmHg; FC 79x'; FR 26x', eutérmico; Saturación O2 80%. Tórax: Hipoventilación generalizada y ruidos crepitantes basales derechos. Rx de tórax consolidación en base pulmonar derecha. TAC presencia de adenomegalias mediastinales, área de consolidación basal derecha, lesiones nodulares en hemitórax izquierdo, tumor dependiente de segmento medio y superior de riñón derecho, heterogéneo, de 78x89mm, que realza al contraste con zonas hipodensas centrales, lesión hipodensa en vena renal que se extiende hasta vena cava, adenomegalias interaortocavas de 21mm la de mayor dimensión. Se realiza biopsia de tumor renal derecho, histopatológico células malignas atípicas de parénquima renal, fusiformes con núcleos vesiculares y nucléolos prominentes por lo que se realiza inmunohistoquímica siendo positivo para vimentina, EMA, CD 34; razón por la que se diagnostica sarcoma epiteliode.

CONCLUSIÓN: El SE es una entidad rara. El tratamiento quirúrgico en estadios clínicos iniciales se asocia a un pronóstico favorable. Nuestro paciente es el segundo caso reportado a nivel mundial y el primero en México. No hay reportes de tratamiento neoadyuvante en estadios clínicos avanzados.

PALABRAS CLAVE: sarcoma epiteliode; inmunohistoquímica, CD34.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASORomero-Coronel, M⁽¹⁾; Esquivel-López, C⁽²⁾; Navarrete-Heredia, D⁽²⁾⁽¹⁾Médico Urólogo, Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo". Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Médico posgradista de Urología, Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo". Guayaquil, Ecuador.

Introducción: Los sarcomas de tejido blando son infrecuentes, representa el 0.7% de los cánceres en adultos. Solo el 15 al 20% son retroperitoneales. El leiomioma constituye el segundo sarcoma más común en retroperitoneo, es una neoplasia maligna del músculo liso, se manifiesta en la cuarta a sexta década de vida, con mayor frecuencia en los hombres con una relación 2:1 con respecto a las mujeres.

Objetivo: El objetivo de este artículo es dar a conocer a la comunidad científica un caso de rara presentación por el tamaño del tumor y su estirpe histológica, el manejo quirúrgico llevado a cabo y su efectividad, debido a su baja prevalencia.

Presentación de caso: Masculino 55 años de edad presenta historia clínica de 4 meses de evolución con dolor lumbar tipo cólico, esporádico de variable intensidad, pérdida de peso 10kg. Al examen físico se palpa tumoración dura localizada en hipocondrio y flanco derecho. En complementarios reportan leucocitosis, anemia normocítica normocrómica, TAC simple y contrastada evidencia masa tumoral desde la región subhepática hasta pélvis ósea con desplazamiento hepático. Se realiza laparotomía exploratoria encontrando masa retroperitoneal multilobulada de 26x17x7cm, 2.420g, con plano de clivaje. Histopatología reportó leiomioma indiferenciado de alto grado sin proliferación linfocítica.

Discusión: Los sarcomas de tejidos blandos retroperitoneal son poco frecuentes. A menudo los tumores son de gran tamaño cuando se ubican en esta zona. Las manifestaciones clínicas son variables; un 75% manifiesta dolor, 60% pérdida de peso, y otros fiebre. A menudo la masa es palpable. La TAC es el gold estándar para su diagnóstico, sin embargo es difícil determinar con precisión si existe planos de clivaje con órganos adyacentes. El tratamiento es quirúrgico, es discutido si la radioterapia o la quimioterapia aportan beneficios. Cuando la resección es completa con márgenes negativos la supervivencia puede alcanzar entre el 30 al 100% a 5 años.

Conclusiones: La TAC no es concluyente en cuanto a planos de clivaje para planificación quirúrgica. Se debe precautelar márgenes positivos para mejorar su pronóstico. La cirugía abierta es una buena opción para este tipo de tumores de gran tamaño.

Palabras clave: leiomioma, sarcoma, tumor retroperitoneal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CROMOFOBAS, VARIANTE EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASOBarragan Barragan, WN^(1, 2); Toapanta Pinta, LK⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital N°1 Policía Nacional. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Profesor-Instructor del Posgrado de Urología, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. ⁽³⁾Posgradista de Urología, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: El carcinoma renal de células cromóforas es una variante rara de carcinoma renal que se origina de las células intercaladas del epitelio tubular distal y constituye un 5% de los tumores renales, con una evolución menos agresiva que el carcinoma convencional de células claras. La edad de presentación suele ser hacia la sexta década de vida. Su variante eosinofílica es un reto diagnóstico tanto para el cirujano como para patólogo, debido a su similitud histológica con el oncocitoma, un tumor benigno que es su principal diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un carcinoma renal de células cromóforas, variante eosinofílica, diagnosticado en el servicio de Urología del Hospital N°1 de la Policía Nacional, durante el año 2019.

RESULTADOS: Se trata de un paciente masculino de 69 años, residente en Manabí, hipertenso; que consulta debido a dolor lumbar izquierdo crónico, sin otra sintomatología acompañante, ni hallazgos relevantes al examen físico. Posterior a realizar una uroangiografía simple y contrastada que reportó una masa renal izquierda en polo inferior, con áreas de necrosis central, de 3.09x3.73x2.60cm; se practicó una tumorectomía laparoscópica. El estudio histopatológico mostró un carcinoma cromóforo de células renales, unifocal, sin necrosis tumoral ni invasión linfovascular; y el estudio inmunohistoquímico reveló positividad fuerte a citoqueratina 7 y CD10, siendo el diagnóstico final una variante eosinofílica de carcinoma cromóforo de células renales. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta una semana después de la intervención; con evolución favorable, encontrándose libre de síntomas y de enfermedad al momento.

CONCLUSIONES:

- El carcinoma cromóforo de células renales variante eosinofílica es una rara entidad que muestra en general un buen pronóstico, excepto si se halla asociado a cambios sarcomatoides o necrosis intratumoral.
- Su principal diagnóstico diferencial es el oncocitoma, siendo necesaria la inmunohistoquímica como auxiliar para su diagnóstico.
- El creciente número de exploraciones en pacientes con síntomas abdominales inespecíficos ha permitido el diagnóstico de tumores renales con mayor frecuencia y precocidad, lo que lleva a un manejo más temprano con resultados favorables a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: carcinoma renal, células cromóforas, oncocitoma

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Carcinoma renal de los conductos colectores de Bellini presentándose como un síndrome de Wunderlich.

Bobadilla Romero, ER^(1, 2); Marin Martinez, F⁽¹⁾; Artes Artes, M⁽¹⁾; Garcia Porcel, V⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Molina Hernandez, O⁽¹⁾; Onate Celdran, J⁽¹⁾; Escudero Garcia, D⁽¹⁾; Sanchez Rodriguez, C⁽¹⁾; Guzman Martinez-Valls, P⁽¹⁾; Sempere Gutierrez, A⁽¹⁾; Valdevira Nadal, P⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Andreu Garcia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofia. murcia, España. ⁽²⁾murcia.

Introducción: El carcinoma de los conductos colectores de Bellini (CCCB) es una entidad poco frecuente, representado menos del 1% de los tumores renales malignos, por lo general se presenta en estadios avanzados de la enfermedad confiriéndole esto un mal pronóstico. Por otra parte, el síndrome de Wunderlich es una entidad poco frecuente secundaria a una hemorragia al espacio subcapsular renal o retroperitoneal sin causa traumática que lo justifique y que en la mayoría de los casos se debe a neoplasias renales; en aproximadamente un 20% de los casos se presenta la triada clásica de dolor, masa palpable en flanco y signos de hipovolemia.

Presentación de caso: Presentamos el caso de un varón de 55 años quien acude a urgencias por presentar dolor de inicio súbito en flanco derecho de unas horas de evolución asociado a mal estado general. A la exploración física se aprecia hipotensión arterial, abdomen doloroso con masa palpable en flanco derecho. En la analítica destaca hemoglobina de 7.3 g/dl por lo que se procede a estabilización hemodinámica. Se realiza TC abdominal con contraste donde se evidencia una tumoración renal derecha heterogénea complicada con sangrado que provoca desplazamiento y compresión del riñón, la lesión se extiende por el espacio perirrenal hasta la pelvis. Tras completar estudio paciente fue tratado mediante nefrectomía radical. La anatomía patológica fue compatible CCC.

Conclusión: El síndrome de Wunderlich se ha de considerar en pacientes con dolor de inicio súbito en flanco que se asocia a signos de inestabilidad hemodinámica, para el diagnóstico el método de elección es la tomografía de abdomen, en nuestro caso fue secundario al CCCB, un subtipo poco frecuente del carcinoma de células renales que se origina del epitelio de los túbulos colectores, en la mayoría de los casos son tumores de alto grado presentándose en estadios avanzados de la enfermedad.

Palabras claves: Síndrome de Wunderlich, Tumor renal, Sangrado retroperitoneal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARCINOMAS DE CÉLULAS RENALES SINCRÓNICOS UNILATERALES

Pérez González, S⁽¹⁾; Feltes Ochoa, JA⁽¹⁾; Romero Barriuso, G⁽¹⁾; Cambronero Santos, J⁽¹⁾; Carrero López, VM⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.

Introducción:

El hallazgo de tumores renales múltiples sincrónicos en el mismo riñón es infrecuente. Generalmente están asociados a síndromes que predisponen a su desarrollo, siendo ocasionales los casos esporádicos. Estos tumores pueden ser o no de la misma estirpe histológica. Presentamos nuestra serie de carcinomas renales primarios sincrónicos unilaterales esporádicos.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los 185 pacientes intervenidos quirúrgicamente por masa renal cortical en nuestro centro entre los años 2008 y 2019. Se seleccionan aquellos pacientes que presentan más de una lesión renal unilateral cuyo estudio anatomopatológico es compatible con alguna de las variantes del carcinoma renal. Se excluyen pacientes que incluyen tumores no malignos como angiomiolipomas, adenomas, oncocitomas y aquellos asociados a síndromes predisponentes. Un total de 8 pacientes son incluidos en el estudio. Se evalúan datos demográficos, antecedentes personales, clínica de presentación, características del tumor, cirugía realizada y evolución durante un seguimiento medio de 57.7 meses (2-119).

Resultados:

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio es de 60.6 años (47-75). Todos los pacientes son varones. Solo se conocía la existencia de todas las lesiones renales de forma prequirúrgica por pruebas de imagen en 6 de los 8 pacientes (75 %). El tamaño de los tumores varía desde 0.7 a 12 centímetros (Me 3). Histológicamente la variante tumoral detectada más frecuente fue el carcinoma papilar, seguido del carcinoma de células claras. En el seguimiento se han evidenciado tres éxitos, dos de ellos en pacientes con enfermedad metastásica, estando el resto de pacientes libres de enfermedad hasta la fecha.

Conclusiones:

Evidenciamos un 4,3 % de carcinomas renales múltiples sincrónicos ipsilaterales, siendo el tipo histológico más frecuente el papilar, coincidiendo con otras series publicadas. No se demuestra diferencia en la evolución de los pacientes con tumores renales múltiples sincrónicos en función del tipo histológico ni del número de los mismos, si bien, nuestra experiencia es limitada debido al reducido número de casos.

Palabras clave: renal, sincrónico, carcinoma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Características histológicas en una serie de tumores renales operados.

González León, T⁽¹⁾; Sánchez Tamaki, R; Duarte Arzuaga, YA⁽²⁾; Hernández Campoalegre, M⁽²⁾; Quintana Rodríguez, M⁽¹⁾; Olivé González, JB⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Hospital Universitario Calixto García. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Anestesia, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

Introducción: Los tumores renales representan el 7mo lugar entre todos los que padecen los pacientes adultos. Su incidencia y prevalencia han aumentado así como el diagnóstico cuando la enfermedad es localizada y las masas renales son pequeñas. **Objetivo:** Identificar las características histológicas de una serie de tumores renales. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo en 120 pacientes operados de masas renales mediante cirugía laparoscópica: nefrectomía radical (NR) y nefrectomía parcial (NP), entre 2015-2019. **Resultados:** Edad promedio: $58,2 \pm 11,7$ años, predominó el sexo masculino (65,8%). En el 64,2% el diagnóstico fue incidental. Predominaron los ASA II (45,8%) y el 73,3% tenían comorbilidades. El tamaño medio tumoral fue 4,2 cm y el valor medio del puntaje R.E.N.A.L 6,6. Resultaron benignos el 15%, el oncocitoma fue el más frecuente (10%) y la mayoría fueron operados mediante NP (15/12,5%). La mayoría de los tumores benignos tenían <4 cm y el 10% entre 4-7 cm. El 85% fueron malignos, tenían un estadio pT1a el 53,9%, pT1b 35,2%, pT2a, pT2b y pT3 el 2,9%, respectivamente y pT4 el 1,9%. Dos pacientes (1,9%) tenían metástasis. Predominó el carcinoma de células claras (58,3%) y el resto se distribuyó: carcinoma papilar (13%), cromóforo y neoplasia quística multilocular (5%, respectivamente); mucinoso tubular fusiforme (1,7%), PEComa y de ductos colectores (0,8%, respectivamente). Los tumores fueron grado nuclear Furhman 1-2 en 81,3%, multifocales en 1,9%, presentaron necrosis tumoral el 28,4%, infiltración capsular el 4,9%, el 0,9% tenía márgenes positivos y la recurrencia local fue 0,9%. La tasa de supervivencia cáncer-específica fue 0,99 y el tiempo medio de seguimiento 26,62 meses ($\pm 1,97$). **Conclusiones:** El conocimiento de las características histológicas de las masas renales es un tema importante en el manejo de los tumores renales. En la serie predominaron las masas renales pequeñas, los tumores malignos, el estadio pT1, el carcinoma de células claras. La sobrevida cáncer específica y libre de recurrencia fueron elevadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

“Situación actual de los tumores renales en el Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.”

Gauto Villalba, HG⁽¹⁾; Valdebenito Mendez, OP⁽¹⁾; Isasi Almirón, V⁽¹⁾; Núñez Migliorisi, RJ⁽¹⁾; Vera Núñez, BM⁽¹⁾; Oneto Bonzi, LJ⁽¹⁾; Gimenez López, GR⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción

Con el siguiente trabajo buscamos evaluar los casos de tumores renales que acudieron al Hospital de Clínicas entre los años 2015 y junio del 2020, de dichos pacientes nos interesa particularmente su distribución por sexo, motivo de consulta, conducta tomada con cada uno, y cuando la misma fue quirúrgica cual fue el abordaje por el que se optó. Así también evaluaremos los días de internación y los días post quirúrgicos y por último si se presentó alguna complicación que pueda ser atribuida a la cirugía.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo los pacientes con cáncer renal que acudieron al hospital de clínicas y fueron ingresados entre el 2015 y junio del 2020.

Resultados

En total contamos con 44 pacientes, de los cuales 75% (33) fueron hombres y 25% (11) mujeres. La edad media fue de 55 años, siendo el paciente más joven de 28 años y el de más edad de 79.

El motivo de consulta en primer lugar fue la hematuria con 47% (24) de los cuales 15 pacientes tienen la hematuria como único síntoma, los 9 restantes tienen además otros síntomas, pero fue la hematuria la que los llevó a consultar.

En segundo lugar, tenemos al dolor con un 37% (19), resaltamos también aquí que 14 de estos pacientes presentaron dolor como único síntoma, los 5 restantes presentaron otros síntomas. Con mucho menos porcentaje tenemos a los hallazgos casuales con un 12% (6), seguido de la fiebre 2% (1) y por último efecto de masa en un 2% (1)

Cabe resaltar que, de los 41 pacientes, 98% (40) fueron tratados con cirugía, solo un caso se consideró irresecable y fue remitido a oncología. De los casos tratados de forma quirúrgica como primera conducta tenemos que un 52% (21) se optó por un abordaje abierto, seguido por un 43% (17) de CVL mano asistida y solo dos casos de CVL pura.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Metástasis cutánea como primera manifestación de un carcinoma renal de células claras: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Guzman Garcia, F⁽¹⁾; Melo Murcia, CR⁽¹⁾; Garcia Alba, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. EL PALOMAR, Argentina.

El carcinoma de células claras de riñón representa al 90% de todos los tumores renales, y es el más letal de los tumores urológicos, debido a que aproximadamente en un 25% a 30% de los pacientes se ha evidenciado que tienen metástasis al momento del diagnóstico, debido a que es un tumor muy vascularizado y por lo tanto la diseminación es predominantemente por vía hematógena, presentando así sitios varios sitios de metástasis, incluso tan inusuales como la piel.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 65 años quien consulta inicialmente a servicio de dermatología por lesión sobreelevada en dorso de un año de evolución, donde se indica su resección por parte de cirugía plástica, confirmando en anatomía patológica metástasis de carcinoma de células claras de riñón con inmunomarcación CD 10+ con márgenes quirúrgicos comprometidos por la lesión, motivo por el cual se programa a una ampliación de resección y se deriva a servicio de urología, donde se evidencia tumor renal izquierdo, indicando nefrectomía radical izquierda con anatomía patológica que informa carcinoma de células claras pT2a ISUP 3. Se indio además ampliación de resección de lesión cutánea previa, realizándose en su totalidad. Posteriormente es evaluado por oncología clínica en contexto de cáncer renal estadio IV indicando tratamiento con inhibidores de tirosin quinasa. Actualmente el paciente, a 13 meses del diagnóstico inicial, se encuentra en seguimiento en buen estado general, sin evidencia de enfermedad oncológica activa o distancia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumor Fibroso Solitario Renal . Reporte de un caso

Ortiz Verdezoto, G⁽¹⁾; Camacho Jiménez, L⁽¹⁾; Granda González, D⁽¹⁾; Valverde Acurio, E⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario es una neoplasia de tipo mesenquimatosa que usualmente ocurre en la pleura, sin embargo, se han descrito casos de afectación extra pleural entre ellos tracto respiratorio superior, cavidad nasal, senos paranasales, orbita, mediastino, glándulas salivales, mama e hígado. La localización urogenital es rara, siendo descritos aproximadamente 55 casos de tumor fibroso solitario renal hasta la fecha, generalmente en pacientes mayores de 40 años. Clínicamente se presenta con dolor abdominal, hematuria, dolor en flanco afectado y masa abdominal creciente. En la actualidad, el origen de estos tumores es controversial, siendo la capsula renal el lugar de origen más reportado. Generalmente son de crecimiento lento, benignos en el 90 % de los casos, con pronóstico favorable. Sin embargo, también han sido descritos casos de comportamiento maligno en el 10-15% de casos. Su comportamiento es impredecible por lo que se requiere seguimiento. Su diagnóstico es histopatológico siendo clave la realización de inmunohistoquímica.

OBJETIVO: A continuación se presenta un caso clínico confirmado de un tumor fibroso solitario renal en un paciente y la resolución de este.

CASO CLÍNICO: Caso de paciente masculino de 39 años, presenta dolor importante en hemiabdomen derecho, durante los estudios de evaluación clínica e imagenológica se evidencia una masa renal izquierda con ocupación de pelvis renal izquierda. Previa resolución quirúrgica se realiza cistoscopia descartando tumor urotelial, por lo que se planifica nefroureterectomía izquierda más pastilla vesical, encontrándose en los hallazgos masa tumoral ocupante de pelvis renal izquierda

.El informe histopatológico mas inmunohistoquímica , reporta un tumor fibroso solitario renal.

CONCLUSIONES: El tumor fibroso solitario renal es una neoplasia mesenquimatosa usualmente benigna de pronóstico favorable, de rara ocurrencia.

Su tratamiento es nefrectomía radical y su diagnóstico es confirmado mediante histopatología siendo la inmunohistoquímica clave para su confirmación.

Debido a su bajo porcentaje de malignidad (10-15%) es importante su seguimiento posterior a resolución quirúrgica

Al momento paciente se encuentra en seguimiento sin recurrencia de enfermedad

PALABRAS CLAVE: Tumor fibroso solitario renal, histopatología, inmunohistoquímica nefrectomía radical

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumor adrenocortical variante oncocítica. Reporte de un caso

Presentado López, DR⁽¹⁾; Valdebenito Mendez, OP⁽¹⁾; Oneto Bonzi, LJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Cátedra y servicio de Urología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: Las neoplasias suprarrenales oncocíticas son entidades muy raras, con 147 casos reportados en una revisión hasta el año 2013.

Generalmente son no funcionales y benignas. Los tumores de células oncocíticas u oncocitomas son más frecuentes en riñón, glándulas salivales o pituitarias, tiroides o paratiroides.

Materiales y Métodos: Paciente de sexo femenino de 44 años que acude al servicio de Urología por hallazgo casual en ecografía de tumor en glándula suprarrenal derecha, se le solicita estudios laboratoriales de funcionalidad resultando todos normales. A su vez se realiza urotac contrastada donde se observa tumor suprarrenal de 37mm, densidad basal de 33UH y realce significativo del medio de contraste. En resonancia magnética contrastada se informa masa de 4cm de diámetro en brazo medial de glándula suprarrenal derecha que presenta señal intermedia en secuencias T2 con patrón restrictivo en secuencias de difusión. No presenta características de adenoma, hemangioma ni feocromocitoma. Resultados: Se decide Suprarrenalectomía derecha laparoscópica por vía transperitoneal. Posteriormente la anatomía patológica informa tumor adrenocortical variante oncocítica de 4cm y 15g. No se observa invasión vascular, pleomorfismo ni mitosis atípicas y se nota además remanente de glándula suprarrenal indemne.

Conclusión: las neoplasias oncocíticas suprarrenales son un subtipo histológico raro, con mayor proporción de casos en mujeres y en el lado izquierdo, contrario al caso aquí presentado. La evaluación de estos tumores por estudios de imágenes hace difícil la diferenciación entre benignos y malignos por lo cual la cirugía es el método de elección para la correcta diferenciación anatomopatológica.

Palabras Claves: oncocitoma, suprarrenal, laparoscopia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ENDOMETRIOSIS ADRENAL, HALLAZGO FORTUITO

Moreira, E⁽¹⁾; Navas, L⁽¹⁾; Briceño, J⁽¹⁾; Medina, J⁽¹⁾; Rios, E⁽¹⁾; Villacis, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Existe poca casuística de la patología en glándula suprarrenal.

CASO CLÍNICO

Femenina de 46 años, quien refiere inicio de enfermedad hace un año, caracterizado por dolor abdominal difuso, motivo por lo cual acude, donde es evaluada sin encontrar alteraciones, en vista de persistir sintomatología se solicita ecosonograma abdominal, evidenciando alteraciones a nivel de riñón derecho, se solicita UROTAC con contraste: LOE de aproximadamente 7.5 x 4 cms, bordes irregulares, heterogénea, con discreto realce de contraste en polo superior de riñón derecho; Resonancia magnética de abdomen con contraste: Lesión suprarrenal derecha infiltrativa a grasa perirenal) y pruebas hormonales negativas.

Paciente es llevada a quirófano donde se evidencia Tumor de aproximadamente 8 x 6 cms en glándula suprarrenal derecha que compromete polo superior de riñón derecho y diafragma; se realiza nefrectomía radical derecha + adrenalectomía + rafia pleuroparietal derecha + drenaje pleural (tubo de tórax) .

Reporte anatomopatológico: endometriosis suprarrenal, sin evidencia de atipias.

Inmunohistoquímica: endometriosis en glándula suprarrenal.

Actualmente paciente en estables condiciones, en control por ginecología, urología y nefrología.

CONCLUSIÓN

1.La endometriosis del tracto urinario es poco común, representando el 1.2 % de todos los casos, las lesiones en vejiga representan el 85% y en uréter 15 %, las lesiones renales y de uretra son infrecuentes representando menos del 1 %.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Spontaneous rupture of renal angiomyolipoma less than two centimeters

Damião, S⁽¹⁾; Andrade, E^(1, 2, 3); Bizário, J⁽¹⁾; Miranda, S⁽³⁾; Andrade, C⁽¹⁾; Alarcon, J⁽¹⁾; Alarcon, G^(1, 2, 3)

⁽¹⁾Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, Brazil. ⁽²⁾Instituto de Urologia, Hospital Santa Virgínia. São Paulo, Brazil. ⁽³⁾Hospital Santa Virgínia. São Paulo, Brazil.

Introduction: Renal angiomyolipomas (AML) are benign tumors and represent 1% of renal masses, being more common in women. In 80 to 90% of patients it occurs sporadically and in 20% it is associated with complex tuberous sclerosis (ETC). The main complication is retroperitoneal haemorrhage caused by its rupture.

Methods: Case report of a 59-year-old caucasian woman who was admitted complaining of acute abdominal pain in the right side. Abdomen and Pelvis CT showed heterogeneous nodular formation in the right mesorenal posterior parenchyma, measuring 1.8x1.6 cm. There were areas of fat signal, hypersignal in T1 (hematic components), associated with blurring of the adjacent perirenal adipose planes, compatible with hemorrhagic angiomyolipoma.

Results: AMLR is now considered a relatively common finding. In its classic form, it is defined as a “three-phase” tumor because it consists of adipose tissue, new vessels and muscle fibers, being characterized as hamartomas. They are usually randomly diagnosed, due to the fact that, in most cases, they are asymptomatic. When symptomatic, they may present with abdominal or low back pain, hematuria and the presence of a palpable mass in larger tumors. Anemia, renal failure and hypotension are other forms of presentation that appear associated with retroperitoneal haemorrhage. The gold standard exam is Abdomen and Pelvis CT, that will be able to identify different causes of renal mass, the size of the AMLR and also the extent of the haemorrhage. Most AML are small and asymptomatic, requiring no treatment, only periodic follow-up with assessment of possible changes in the characteristics of the tumor or the symptoms that the patient may have. Intratumor aneurysms larger than 4-5 cm associated with the occurrence of pain and/or active bleeding are one of the intervention criteria described, as well as: diameter greater than 4 cm (for some authors, 3.5 cm). The surgical approach may include selective arterial embolization (EAS), tumor enucleation and, in some cases, radical nephrectomy.

Conclusion: Active surveillance is recommended for small tumors and asymptomatic patients. In the event of bleeding, AML should be considered a differential diagnosis between renal masses.

Keywords: angiomyolipoma; prognosis; rupture.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TRATAMIENTO MEDIANTE EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ANGIOMIOLIPOMAS RENALES. REPORTE DE UN CASO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morgia Egea, JP⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

OBJETIVO: Presentar un caso de angiomiolipomas renales en una mujer con sospecha de linfangiomiolipomatosis y su tratamiento mediante embolización selectiva.

MÉTODO: Mujer de 43 años con antecedente de HTA, asma bronquial extrínseco, cefalea tensional e intervenida de ligadura de trompas y herniorrafia umbilical, que consulta derivada de Medicina Interna por síndrome constitucional con sospecha de linfangiomiolipomatosis para valorar angiomiolipomas renales. En TAC se observan angiomiolipomas en la región interpolar del riñón izquierdo, uno anterior de 2.3cm y otro posterior de 4.2cm. Se decide embolización selectiva, realizándose arteriografía de arteria renal izquierda principal y sus ramas, presentando una buena evolución postoperatoria.

RESULTADO: La paciente presentó una evolución satisfactoria; actualmente asintomática y con controles periódicos sin cambios.

CONCLUSIÓN: El angiomiolipoma renal es un tumor benigno raro que tiene características clínicas y radiológicas específicas que permiten hacer el diagnóstico preoperatorio en la mayoría de los casos. El tratamiento suele ser conservador optando por la embolización arterial selectiva, y se reserva la nefrectomía para los casos de duda diagnóstica, de asociación con carcinoma de células renales o de la sustitución de la mayor parte del parénquima renal por tumor.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ANGIOMIOLIPOMA EXTRARENAL RETROPERITONEAL (ERAML) ACCIDENTADO A PROPÓSITO DE UN CASO

Pacheco, M⁽¹⁾; Trujillo, A⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN

Los Angiomiolipomas retroperitoneales extrarrenales, son lesiones raras que pueden imitar otros tumores retroperitoneales y por lo tanto plantean un problema de diagnóstico. Se ha documentado que la ecografía y tomografía computarizada puede diagnosticar correctamente los Angiomiolipomas del riñón en el 86% de los casos. En 2012 Minja et al. Resumió los sitios extrarrenales de los Angiomiolipomas que había encontrado en su revisión de la literatura como sigue: útero (7 casos), paladar duro (1 caso), cabeza (2 casos), pared abdominal (1 caso), pene (1 caso), trompa de Falopio (1 caso), hígado (18 casos), cavidad nasal (1 caso), vagina (2 casos), el cordón espermático (1 caso), y el colon (1 caso), y el retroperitoneo (16 casos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente femenina de 53 años, sin antecedentes patológicos de importancia acude a Emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín por cuadro de dolor en región lumbar izquierda de gran intensidad irradiado a flanco ipsilateral de 24hrs de evolución, súbito y sin causa.

Examen físico abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho, no signos peritoneales, puño percusión lumbar izquierda positiva.

LABORATORIO: Leucocitos: 19.410 Neutrófilos: 89,7% Hemoglobina: 10.1, EMO: no infeccioso franco (bacteriuria y hematuria).

UROTAC SIMPLE Y CONTRASTADA: Incremento del tamaño renal izquierdo, pérdida de su morfología, presencia de cambios inflamatorios severos difusos de la grasa perirrenal, periureteral y del psoas ipsilateral.

HISTOPATOLÓGICO: Angiomiolipoma extrarenal, lesión tubular aguda, hemorragia extensa perirrenal.

EXPEDIENTES CLÍNICOS HCAM, HCL:1404216

RESULTADOS

Tras realizar estudios de laboratorio y Urotomografía se determina la presencia de Angiomiolipoma extrarenal accidentado de lado izquierdo, por inestabilidad de paciente se realiza laparotomía exploratoria y nefrectomía izquierda más drenaje de hematoma retroperitoneal sin complicaciones. Paciente evoluciona de manera favorable y es dado de alta 13 días posterior a su ingreso.

CONCLUSIÓN

El (ERALM) actualmente se clasifica como un tumor benigno, sin embargo, es necesario analizar el comportamiento patológico y biológico de la lesión a fin de clasificar ERAML como una neoplasia maligna que tiende a exhibir benignidad con potencial de metástasis.

Palabras Clave: Angiomiolipoma, retroperitoneal, extrarenal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARCINOMA URETERAL QUE DEBUTA CON DERMATOMIOSITIS COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, D⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

OBJETIVO: Se presenta el caso de un varón de 79 años que comenzó con una dermatomiositis y que fue diagnosticado de un cáncer ureteral.

MÉTODO: Varón de 79 años, con antecedente de hipertensión arterial, piel atópica y asma bronquial extrínseco, que consulta por episodio de angioedema sin otra sintomatología. A la exploración física presenta eritema en polo cefálico y cuello, angioedema peripalpebral y máculas eritematosas en el dorso de las manos. Es estudiado por alergología y dermatología con ausencia de mejoría de las lesiones, quien realiza biopsia de lesión cutánea compatible con pápula de Gottron. Es estudiado también por medicina interna, para descartar un probable cuadro sistémico, por lo que se realiza URO-TC observando una ureterohidronefrosis izquierda grado III por posible neoplasia ureteral. Estudio de extensión negativo. Se realiza nefroureterectomía izquierda laparoscópica e instilación endovesical de Mitomicina C, con resultados anatómo-patológicos de carcinoma papilar urotelial de alto grado multifocal.

RESULTADO: El paciente presentó una evolución posquirúrgica favorable, y actualmente con mejoría de las lesiones dérmicas.

CONCLUSIÓN: La dermatomiositis es un síndrome paraneoplásico raro que se asocia al diagnóstico de diferentes tumores. El cáncer ureteral es un tumor asociado de manera muy infrecuente con la dermatomiositis. El tratamiento quirúrgico de este tumor supuso la desaparición de las alteraciones cutáneas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Lipoleiomiosarcoma inguinal paratesticular. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Dalvit Serio, MA⁽¹⁾; Gonzalez, GA⁽¹⁾; Lopez Romero, FE⁽¹⁾; Santomil, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del PLATA, Argentina.

Introducción

El liposarcoma constituye el 20% de los sarcomas. La mitad corresponden a liposarcomas bien diferenciados (LBD). El lipoleiomiosarcoma (LLMS) se refiere a la presencia de tejido muscular liso maduro con atipia, dentro de un liposarcoma bien diferenciado .

Objetivo

Presentar un caso clínico de LLMS con localización paratesticular y revisar la bibliografía.

Caso Clínico

Masculino de 70 años, antecedentes de HTA y DBT. Consultó por aumento del tamaño y dolor escrotal derecho. Examen físico masa de 8 cm duro elástica en hemiescrotal derecho. Ecografía: en proyección de bolsa escrotal derecha masa de 6,8 x 4,5cm, ecogénica sugerente de lipoma.

Exploración quirúrgica vía inguinal: Tumor paratesticular, lipomatoso, presenta plano de clivaje con testículo, cordón espermático y estructuras vecinas; se realizó tumorectomía.

Macroscopía: Masa lobulada de 13,5x7x2,5cm, superficie brillosa amarillenta violacea.

Microscopía: proliferación tumoral adiposa con áreas mixoides, lipoblastos dispersos y vasos gruesos con células musculares con marcada anomalía; rodeada por capa de tejido fibroconectivo. Diagnóstico: Lipoleiomiosarcoma.

Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de metástasis. Estadio IB (T3N0M0).

Cursando 5 meses de seguimiento sin signos de recidiva.

Síntesis de la evidencia

Los LBD se clasifican como tumores no metastatizantes; aunque un 10% de ellos progresa a formas agresivas como liposarcoma desdiferenciado .

El comportamiento está relacionado con la localización. Los retroperitoneales recurren el 100% con una mortalidad del 33%. En región inguinal 28% progresan a liposarcoma desdiferenciado y 80% recurren. En extremidades la extirpación quirúrgica completa es curativa .

Evans en 1990 fue el primero en describir 3 casos de LLMS. La revisión más amplia es la realizada por Folpe et al, con 8 casos, tres de ellos paratesticulares sin evidencia de enfermedad a 114 meses al momento de publicación.

El tratamiento se basa en experiencias de grupos por la escasa frecuencia, recomiendan cirugía con márgenes negativos En caso de márgenes positivos o estadios II-IV, radioterapia y quimioterapia con doxorubicina, isofosfamida, gemcitabina o docetaxel son opciones

Conclusión

Se trata de una patología poco frecuente. En nuestro caso la extirpación quirúrgica fue el tratamiento de elección, sin recidiva a 5 meses de seguimiento

Palabras clave

Testículo, Sarcoma, Clasificación histológica terapéutica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMOR TESTICULAR BILATERAL: REPORTE DE CASO

Oswaldo Patricio, VM⁽¹⁾; Vera Villalba, BM⁽¹⁾; Villalba López, CR⁽¹⁾; González Miltos, M⁽¹⁾; Fretes Corrales, LE⁽¹⁾

⁽¹⁾Catedra de Urología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: El cáncer testicular representa el proceso maligno más frecuente en varones de 15 a 45 años de edad. El tumor testicular bilateral y sincrónico es un hecho infrecuente, presentándose en menos del 1% de los casos.

Materiales y métodos: Paciente de 33 años que consulta por tumoración escrotal bilateral, portador de trisomía 21. Refiere tumoración indolora de ambos testículos de varios meses de evolución, que ha ido aumentando progresivamente, con predominio del lado derecho, acompañado de astenia marcada, anorexia y pérdida de peso de diez kilos en el último mes. Al examen físico en bolsa escrotal a la inspección se constatan ambos testículos con aumento significativo de tamaño de ambos con predominio en el lado derecho; a la palpación ambos de consistencia pétreo, irregulares e indoloros. No se logra identificar cordones inguinales. Ecografía testicular: tumoración en testículo derecho de 78 mm x 52 mm parénquima heterogéneo, bordes regulares, aspecto pseudonodular, con calcificaciones puntiformes múltiples dispersas. Testículo izquierdo de 53 x 33mm parénquima heterogéneo, bordes regulares, aspecto pseudonodular, con calcificaciones puntiformes múltiples dispersas. Laboratorios solicitados: alfafetoproteína: 1,7 ng/ml, Beta-HCG: 9,27 mUI/ml, LDH 2000 U/L. Se realiza orquifunilectomía radical bilateral por vía inguinal. Buena evolución postoperatoria. Anatomía patológica: seminoma clásico de testículo derecho (12,1 cm), presenta extensa necrosis y vasocongestión, infiltra la albugínea sin atravesarla, con numerosos focos de invasión vascular. Epidídimo sin alteraciones. El tumor presenta extensión al mediastino testicular. Margen quirúrgico sin evidencia de neoplasia. Seminoma de tipo clásico de testículo izquierdo (6cm), presenta extensa necrosis y vasocongestión, infiltra la albugínea sin atravesarla, con numerosos focos de invasión vascular, focos de invasión vascular en el cordón espermático, inclusive a nivel de margen quirúrgico de resección. Se indica a paciente barrido tomográfico contrastado, marcadores tumorales de control y seguimiento por oncología, los cuales no realiza por abandono de tratamiento.

Conclusión: El tumor testicular bilateral y sincrónico es un hecho infrecuente. En la cátedra de urología del Hospital de Clínicas – Asunción solo se tiene reporte de un solo caso en los últimos diez años, lo cual concuerda con los datos internacionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LINFOMA DE CELULAS T/NK EXTRANODAL TIPO NASAL TESTICULAR SECUNDARIO.

Pacheco, M⁽¹⁾; Cisneros, F⁽¹⁾; Hidalgo, C⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN

El linfoma de células T /natural killer (NK) es un subtipo agresivo y poco común del linfoma no Hodgkin que ocurre en lugares extranodales, (80%) ya sea primaria o secundaria, solo 24 casos se han notificado. La presentación más común es el aumento de volumen testicular unilateral con o sin dolor.

Evaluación clínica inicial, PET/TC y cuantificación del ADN del EBV en plasma para monitoreo de respuesta y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre, 17 años con dermatomiositis diagnosticada hace 2 años, ingresado hace 6 meses en el HCAM por tres lesiones nodulares no dolorosas en miembro inferior derecho ulceradas, se realiza escarectomía mas biopsia y colocación de vaccum. Hace 1 mes refiere molestia testicular al sentarse y testículo izquierdo más duro que el contralateral.

Examen físico: testículo izquierdo: de 4 cm de diámetro, duro/nódulo granular.

Laboratorio: Leucocitos: 2.86 Neutrófilos: 46,5% LDH: 563 CEA: 0.80 A.F. P: 1.29 H.C. G CORIONICA <1.00 Epstein bar (+) EMO: -

Ecografía: testículo izquierdo con volumen de 23.7cc, masa de menor densidad del tejido circundante, volumen de 8.48 cc.

Tac de Tórax: múltiples lesiones nodulares en pulmón bilateral compatibles con metástasis.

Tomografía de macizo facial: Lesión ocupativa del antro maxilar izquierdo que se extiende al infundíbulo, cornete medio y celdillas etmoidales.

Histopatológico: CD56 positivo para infiltración linfoide de células T/NK , Epstein Bar Virus positivo

Biopsia de Pulmón: Proliferación linfoide atípica de inmunofenotipo T

RESULTADOS

Paciente cumple 4 ciclos de quimioterapia esquema DEVIC, se plantea compromiso testicular linfoide y se realiza orquiectomía radical izquierda encontrando masa palpable dura de 2,5 cm y extensa necrosis. Histopatológico linfoma T/Nk extranodal tipo nasal.

CONCLUSIÓN

El linfoma de células T/Nk de los testículos, primaria o secundaria, es extremadamente raro, agresivo y de mal pronóstico, debido al fracaso de los regímenes de tratamiento convencionales (CHOP) y radioterapia local. El reemplazo de la terapia CHOP convencional con el régimen de DeVIC mejora de los resultados del tratamiento.

Palabras Clave: Linfoma, extranodal , T/NK

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMORES TESTICULARES GERMINALES NO SEMINOMATOSOS SINCRÓNICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Artés Artés, M⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, VJ⁽¹⁾; Jimenez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Sanchez Rodríguez, C⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Valdelvira Nadal, P⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

OBJETIVO: Presentar un caso de dos tumores testiculares de células germinales no seminomatosos sincrónicos.

MÉTODO: Varón de 25 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a consultas de Urología por tumoración dolorosa en teste derecho. A la exploración física presenta nódulo en polo inferior de teste derecho, con teste disminuido de tamaño. En la ecografía se objetivan dos imágenes redondeadas, de 1.4 y 1.3cm, una de predominio líquido y otra sólida con vascularización periférica y con microcalcificaciones. En la analítica sanguínea presenta una alfa-fetoproteína <1.3, una beta-HCG de 170 y una LDH de 418. Se realiza orquiectomía radical derecha, con resultados anatómo-patológicos de coriocarcinoma que infiltra incipientemente la rete testis y teratoma maduro limitado al testículo, sin invasión vascular y separados por una distancia de 1cm. Presenta una buena evolución postoperatoria siendo de alta el día siguiente a la intervención. Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico para el estudio de extensión, observando pequeñas adenopatías axilares bilaterales, retroperitoneales y una imagen ganglionar pélvica. Se realiza BAG de la adenopatía axilar de mayor tamaño, con resultado anatómo-patológico de ausencia de neoplasia o tejido linfóide y se procede a biopsia de la adenopatía inguinal derecha que confirma histológicamente la presencia de metástasis ganglionar. Se decide tratamiento quimioterápico con tres ciclos de etopósido y cisplatino.

RESULTADO: El paciente presentó una evolución favorable, actualmente con dos ciclos de quimioterapia completos y sin progresión de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: El cáncer testicular es una de las neoplasias más frecuentes en varones jóvenes. Si bien el seminoma y el tumor mixto de células germinales son habituales, la presentación en un mismo testículo como nódulos independientes, con diferentes histiologías es un hecho escasamente referido en la literatura.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LEIOMIOSARCOMA DE TESTÍCULO

Moreira, E⁽¹⁾; Pinto, U⁽¹⁾; Rios, E⁽¹⁾; Moreira, S⁽¹⁾; Moreira, S⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGÍA, HOSPITAL MILITAR DR. CARLOS ARVELO. CARACAS, VENEZUELA.

INTRODUCCIÓN

Es una neoplasia maligna de origen mesenquimal, localizada en tejidos con músculo liso. El leiomioma primario intratesticular es extremadamente raro. Supone aproximadamente un 7% de las neoplasias de tejidos blandos

CASO CLÍNICO

Masculino de 73 años, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 5 años cuando de forma espontánea presenta aumento progresivo de volumen en testículo derecho, sin signos de flogosis, limitando la deambulación, motivo por lo cual es evaluado en múltiples centros donde solicitan estudios de imagen y se solicitan marcadores tumorales: LDH 220 U/L; Alfafetoproteína 6.25 UI/ml; HCG 0.75 UI/ml.

Paciente es llevado a quirófano donde se realiza orquiectomía radical derecha. Se reciben resultados anatomopatológicos que reportan: tumor de testículo de 20 x 18 x 7 cm, de superficie irregular, lobulada, mitosis atípicas.

Diagnóstico: Tumor de testículo derecho T2 N0 M0 S0; se realiza estudio inmunohistoquímico: Leiomioma de alto grado de malignidad.

Paciente actualmente con control oncológico.

CONCLUSIÓN

1.Su localización en el aparato genitourinario masculino, concretamente en el testículo, se relaciona con antecedentes de radioterapia, inflamación crónica, uso de corticoides anabolizantes o tumores de células germinales. La expresión clínica es similar a otras neoplasias testiculares.

2.Debido a la escasa experiencia actual no existen recomendaciones terapéuticas establecidas en este tumor, fundamentalmente en los estadios II y III.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

METASTASIS TESTICULAR DE PRIMARIO DE CANCER RENAL – PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICOMino, P^(1,2); Guzman, F⁽¹⁾; Gonzalez, M⁽¹⁾; Garcia, C⁽¹⁾⁽¹⁾UROLOGIA, HOSPITAL ALEJANDRO POSADAS. BUENOS AIRES, Argentina. ⁽²⁾BUENOS AIRES.

El carcinoma renal de células claras corresponde al 3% de las neoplasias en la edad adulta en el 30% de los casos con enfermedad sistémica al momento del diagnóstico siendo así la mortalidad de hasta 99% a 5 años, no está definido el patrón específico de diseminación existiendo múltiples sitios poco frecuentes de implantación tumoral.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años con antecedentes de Nefrectomía Radical Izquierda (2011) AP: Carcinoma renal de células claras, litiasis renal derecha + colocación de catéter doble jota (2017), tabaquista, MC: dolor esporádico testicular de 3 meses de evolución, EF: masa palpable dolorosa inmóvil en testículo derecho. Marcadores AFP 3.1ng/ml, LDH 385UI/l, BhCG 0.5mUI/ml. Ecografía Testículo derecho imagen ecogénica de bordes irregulares con vascularización mixta y aumento de densidad de vasos al doppler color de 17x17mm. Se realizó biopsia por congelación que reporto proliferación celular difusa con infiltrado inflamatorio a descartar neoplasia no seminomatosa (Leydig), se realizó exploración testicular con masa palpable en cordón por lo que se procede a Orquiunillectomía derecha. Anatomía Patológica reporto Tumor de testículo derecho Metástasis de Carcinoma renal de células claras, Cordón espermático libre de infiltración neoplásica, Testículo derecho con hiperplasia de células de Leydig, atrofia de túbulos seminíferos. Entre los sitios más comunes de metástasis de Cáncer renal en general están en un 60% la cadena ganglionar, 11% pulmonar, 7% hepáticas, 4% hueso siendo los porcentajes variantes en frecuencia según estirpe de células claras, sarcomatoide y el tiempo de pronóstico de vida. Sin embargo los tumores renales pueden metastatizar a cualquier sitio del cuerpo. Existen escasos estudios sobre los sitios de acuerdo al subtipo histológico, siendo los tumores de células claras los que mayormente tienen metástasis, reportado en testículo en un 0.3% ipsilateral de predominio izquierdo postulando como posible causa la infiltración de la vena renal por migración de coágulo tumoral a vena testicular. En nuestro caso es contralateral por lo que es necesario continuar investigando vías de diseminación y condiciones celulares que influyen en el sitio y número de metástasis que se añaden a la amplia lista de ubicaciones atípicas de esta neoplasia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LIPOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO BILATERAL, PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Chávez Ramos, D⁽¹⁾; Flores Berrios, IF⁽¹⁾; Paz Cabrera, LG⁽¹⁾; Uría Soruco, LA⁽¹⁾; Canedo Patzi, M⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Centro de Urología. Oruro, Bolivia. ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica, Centro de Urología. Oruro, Bolivia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores paratesticulares representan del 7-10% de las masas intraescrotales. Los sarcomas abarcan el 90% de las lesiones malignas del cordón espermático y de estas aproximadamente el 3-7% son liposarcomas. Estos suelen ser tumores de gran tamaño y con una patología caracterizada por ser un liposarcoma bien diferenciado con áreas de sarcoma de alto grado. Existen alrededor de 200 casos reportados hasta la actualidad, reportes de casos unilaterales, no encontrando así reportes de casos bilaterales en la literatura. El tratamiento es la orquiectomía radical por vía inguinal amplia, siendo la radioterapia y la quimioterapia de ayuda complementaria, con valor incierto. Suelen presentar recidivas locales frecuentes después de la cirugía, pudiendo presentar metástasis hematógenas y en nódulos pélvicos. Presentan una supervivencia a los 5 y 10 años, de un 75% y 63% respectivamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente de 70 años de edad que presenta aumento de volumen escrotal progresivo de 2 años de evolución aproximadamente. Se realiza ecografía que evidencia lesión sólida intraescrotal de gran tamaño del lado derecho y de menor tamaño del lado izquierdo. Por el gran tamaño de la lesión es difícil diferenciar parénquima testicular. Marcadores tumorales normales.

RESULTADOS

Se decide realizar orquiectomía radical bilateral por vía inguinal con ligadura temprana y alta del cordón. La anatomía patológica reporta masa tumoral dependiente del cordón de 13 x 10 x 8 cm del lado derecho y de 5 x 3 x 4 cm del lado izquierdo compatible con neoplasia mesenquimatosa tipo liposarcoma bien diferenciado con zonas mixoides y zonas desdiferenciadas. Paciente evoluciona favorablemente y es derivado a oncología clínica para eventual tratamiento adyuvante.

CONCLUSION

Los liposarcomas del cordón espermático son neoplasias raras, la mayoría de los casos se comportan de manera indolente, pudiéndose desarrollar masas de gran volumen. No importa el tamaño o la extensión de la masa, siempre se debe realizar cirugía radical incluyendo bordes de resección amplios junto a orquiectomía radical porque de ello depende el éxito del tratamiento, disminuyendo así las tasas de recurrencia.

PALABRAS CLAVE: Liposarcoma, radioterapia, adyuvante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PRESENTACION INUSUAL DEL CANCER TESTICULAR

Moreira, E⁽¹⁾; Pinto, U⁽¹⁾; Rios, E⁽¹⁾; Moreira, S⁽¹⁾; Moreira, S⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Carcas, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

El Tumor del Seno Endodérmico o Tumor del saco vitelino, es una neoplasia maligna derivada de las células germinales, a predominio en la adolescencia. Supone aproximadamente un 1-2% de los tumores testiculares.

CASO CLINICO

Masculino de 19 años, quien refiere inicio de enfermedad actual diciembre 2018, caracterizado por leve aumento de hemiescrotos derecho con signos de flogosis, al cabo de 5 días en vista de persistir sintomatología y evidenciar solución de continuidad de aproximadamente 3 x 3 cm en hemiescrotos derecho, con abundantes coágulos, sin ningún antecedente traumático, es evaluado. En vista de la clínica se decide realizar limpieza quirúrgica, toma de biopsia de tejido interno y cierre del defecto. El resultado de biopsia reportó Tumor del seno endodérmico de testículo, se solicitan estudios de imagen y marcadores tumorales: LDH 104 U/L; Alfa-fetoproteína 2.2 UI/ml; HCG 1.20 UI/ml.

Paciente es llevado a quirófano donde se realiza orquiectomía radical derecha. Se reciben resultados anatomopatológicos que reportan: múltiples fragmentos irregulares, de 6.2 x 5.5 x 4.8 cm. Tumor maligno de células germinales: tumor del seno endodérmico.

Diagnóstico: Tumor de testículo derecho T4 N0 M0 S0; se realiza estudio inmunohistoquímico: Tumor del seno endodérmico, alto grado de malignidad.

Es remitido a servicio de oncología médica, quienes solicitan nuevos controles de marcadores tumorales: : LDH 815 U/L; Alfa-fetoproteína mayor de 2000 UI/ml; HCG 2.6 UI/ml.

Se evidencia progresión de enfermedad, debido a marcadores tumorales y aumento de volumen progresivo en herida quirúrgica.

Paciente fallece posterior a 5 meses del diagnóstico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

MASA ESCROTAL ATÍPICA: LEIOMIOSARCOMA

García Porcel, V⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Artés Artés, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Reina Sofía. Murcia, España.

Introducción:

Los tumores malignos de origen mesenquimal (sarcomas) constituyen el 2% de los tumores urológicos. El leiomioma representa al 10-20% de estos. Su localización genital es infrecuente, y el 95% proceden de cordón espermático, epidídimo o testes. El origen cutáneo en escroto es excepcional, pudiendo derivar del músculo piloelector del folículo piloso, o de la musculatura de los vasos subcutáneos.

Material y métodos:

Varón de 61 años exfumador importante y sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que es valorado por bultoma escrotal de 12 meses de evolución.

- Exploración física: masa en hemiescroto izquierdo independiente de gónadas.

- Ecografía: lesión en piel de hemiescroto izquierdo de 35 mm con pared y contenido compatible con serohematoma encapsulado.

Se propone cirugía, realizándose exéresis de lesión con anatomía patológica que informa de leiomioma moderadamente diferenciado de bajo grado y bordes quirúrgicos libres.

Se comenta caso en Sesión de Oncología y se realiza estudio de extensión con TC que descarta enfermedad a distancia por lo que se opta por una actitud conservadora con revisiones periódicas.

Resultados:

Revisiones posteriores con paciente asintomático exploración anodina. TC de control sin hallazgos.

Conclusiones:

- Los leiomiomas son infrecuentes a nivel urológico, pero deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa escrotal por su potencial gravedad.

- Suelen presentarse y ser manejados como lesiones benignas, lo cual puede tener repercusiones pronósticas.

- El tratamiento ideal es la resección con márgenes de seguridad. La linfadenectomía está indicada en aquellos pacientes con alta sospecha de invasión linfática.

- La radioterapia pre o postoperatorio puede mejorar el control local de la enfermedad. El papel de la quimioterapia es aun controvertido.

- El pronóstico es bueno en ausencia de recurrencia local, cuyo principal factor de riesgo es la presencia de márgenes afectados en la pieza quirúrgica.

- Requieren un seguimiento a largo plazo por el riesgo de recurrencia local / metástasis de aparición tardía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Linfadenectomia retroperitoneal bilateral con preservacion neural asistida por robot

Cadillo-Chavez, R⁽¹⁾; Lopez-Huertas, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Introducción:

Varón 25 años diagnosticado con tumor testicular izquierdo s/p orquectomía radical izquierda con metástasis retroperitoneal para-aórticas <2 cm (cada una de ellas). AFP elevado, BHCG normal (preoperatorio).

Patología testicular: cáncer testicular células mixtas: Carcinoma embrionario 70% y teratoma maduro 30%.

Marcadores tumorales (AFP y BHCG): Normales en el postoperatorio.

Diagnóstico fue cáncer de testículo de células mixtas estadio IIA.

Plan: Linfadenectomía retroperitoneal bilateral con preservación neural asistida por robot.

El paciente es colocado en posición supina con las piernas estiradas y ligeramente en Trendelenburg. El esquema muestra la colocación de los trocáres.

Material y Métodos:

Descripción de nuestra técnica para linfadenectomía retroperitoneal bilateral con preservación neural asistida por robot.

Resultados:

Tiempo de consola: 315min, sangrado mínimo, se le dejó un drenaje tipo Jackson Pratts. Paciente fue dado de alta al día siguiente.

Patología mostró un total de 22 nódulos obtenidos. 2 de ellos con presencia de teratoma.

Seguimiento: no evidencia de recurrencia. Preservación de eyaculación.

Conclusión:

Linfadenectomía retroperitoneal asistida por robot es una alternativa efectiva y segura para el manejo de metástasis retroperitoneal en cáncer de testículo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica por metástasis de tumor testicular

Romeo, LR^(1, 2); Daruich, M⁽³⁾

⁽¹⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español de Mendoza. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Urocuyo. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽³⁾Urología, Centro Urológico. CIUDAD MENDOZA, Argentina.

Introducción

Las lesiones metastásicas testiculares retroperitoneales persistentes representan un verdadero reto terapéutico. Las técnicas mínimamente invasivas pueden ser una opción en ciertas circunstancias.

Materiales y métodos

Presentamos el caso clínico de un paciente de 42 años de edad con enfermedad retroperitoneal persistente luego de la primera línea de tratamiento quimioterápico.

Resultados

Se realizó un abordaje transperitoneal laparoscópico, realizando un template izquierdo por la localización de la enfermedad metastásica. Tiempo quirúrgico de 180 minutos, sangrado de 400 cc, sin presentar complicaciones intraquirúrgicas ni posoperatorias. Anatomía patológica informa teratoma maduro en toda la lesión. Cursando los 2 años de control sin recidiva de la enfermedad en la actualidad.

Conclusiones

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es una alternativa eficaz en casos seleccionados en centros especializados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Robotic assisted right partial adrenalectomy

Cadillo-Chavez, R⁽¹⁾; Echevarria-Mendez, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Introducción:

Paciente varón de 51 años con historial de hipertensión refractaria en múltiples medicinas anti-hipertensivas.

Tomografía mostró un tumor adrenal derecho de 1.6 cm.

Panel funcional adrenal mostró niveles de aldosterona elevados.

Paciente fue diagnosticado con Síndrome de Conn's (adenoma productor de aldosterona).

Plan de tratamiento: adrenalectomía parcial derecha asistida por robot.

Material y métodos:

Luego de descender el colon, procedemos a exponer el área de interés. Dicha área es el área delimitada por la vena cava inferior, hígado y riñón. Procedemos a diseccionar el pániculo adiposo sobre dicha área. Esta capa de grasa puede ser bastante gruesa especialmente en paciente obesos. Para ayudarnos en dicha disección usamos el transductor del sonograma para definir el área. Luego de delimitado se procede a remover la grasa de dicha área completamente. Una vez expuesto utilizamos el transductor del sonograma nuevamente a fin de ubicar el borde medial del tumor que será marcada con cauterio.

Disección de la vena adrenal. Colocación de bulldog clamp en la vena adrenal. Resección del tumor con tijeras. La resección del tumor se hace en frío. El uso de succión y agua es importante con el fin de poder ver bien durante la resección y evitar romper la capsula del tumor. Una vez que el tumor es resecado será enviado para biopsia por congelación.

Uso 3-0 V-Loc con puntos continuos en área de resección. Los instrumentos articulados y la cámara del robot nos permite suturar cómodamente esta área que por lo general es bastante incómoda. Al finalizar las suturas son fijadas con Hemolocks similar a lo que hacemos durante una nefrectomía parcial.

El Bulldog clamp es removido. Al terminar se inspecciona el área luego de disminuir el neumoperitoneo.

Resultados:

Tiempo de consola fue 105 min. No drenajes fueron utilizados. No complicaciones intraoperatorias. Paciente recibió dieta líquida el mismo día. La presión arterial se normalizó luego de la cirugía. Paciente fue dado de alta al siguiente día.

Patología mostró un adenoma productor de aldosterona con márgenes negativos.

Conclusión:

Adrenalectomía parcial asistida por robot es una opción de tratamiento seguro y efectivo para el manejo de tumores adrenales funcionales pequeños.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER RENAL EN PACIENTE HIPEROBESA. REPORTE DE CASO.

Barberan Veliz, D^(1, 2); Castillo Leon, J⁽¹⁾; Ortega Galvez, R⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción: La nefrectomía radical constituye el tratamiento estándar para el carcinoma renal localizado como lo escribió Robson en 1969. Fue el Dr. Clayman quien en junio de 1991 realizó la primera nefrectomía laparoscópica en paciente con enfermedad benigna. Las indicaciones en relación a la patología maligna se dieron para tumores en estadios T1 y T2, con nivel de evidencia 1b y recomendación fuerte.

La cirugía mínimamente invasiva en la actualidad se ha posicionado como una opción válida, con disminución de la pérdida de sangre, menos dolor, menor estadía hospitalaria y convalecencia en relación con la técnica abierta. La obesidad ha demostrado afectar de manera adversa los resultados quirúrgicos debido a la disminución de la respuesta inmunitaria, retraso en la cicatrización de heridas, incremento en el riesgo de infecciones nosocomiales, tromboembolismo y mal manejo de secreciones respiratorias.

La Nefrectomía radical laparoscópica en pacientes con alto IMC se puede realizar de manera más segura que la nefrectomía radical abierta. Combinar laparoscopia con obesidad constituía una contraindicación relativa y más en patología maligna, contraindicaciones que han ido desapareciendo gracias a la formación cada vez más avanzada de los cirujanos en cirugía laparoscópica.

Material: Paciente hiperobesa con Diagnóstico de Tumor renal izquierdo. **Métodos:** Video que analiza el manejo clínico y quirúrgico de una paciente con diagnóstico de Tumor de riñón izquierdo, con IMC 53, diabética e hipertensa.

Resultados: El procedimiento quirúrgico se dio sin complicaciones, el tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 45 minutos, perdida sanguínea de 200 cc aproximadamente. El post operatorio cursó con neumonía leve; Se dio alta al 6to día del post operatorio.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica constituye una técnica quirúrgica segura, eficaz, factible y aplicable en pacientes con hiperobesidad y patología maligna del riñón T1 y T2.

Palabras claves: Hiperobesidad, tumor, laparoscopia.

Fondo Musical: Snowfall - Scott Buckley [MÚSICA SIN COPYRIGHT]

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefroureterectomía Laparoscópica con parche vesical laparoscópico

Orellana, S^(1, 2); Aliaga, A⁽³⁾; Segebre, J⁽³⁾; Vilches, R^(3, 4)

⁽¹⁾Servicio Urología, Hospital de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile. ⁽³⁾Servicio Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Servicio Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile.

Introducción: El carcinoma urotelial de vía urinaria superior (UTUC) corresponde al 5-10% de los carcinomas uroteliales. La nefroureterectomía radical (RNU) corresponde al tratamiento estándar del UTUC no metastásico, e implica la resección del riñón envuelto en la fascia perirrenal, linfonodos regionales retroperitoneales y el uréter, incluyendo un parche vesical. Desde la primera RNU laparoscópica (LNU) por Clayman en 1991, el abordaje laparoscópico ha ido ganando terreno entre la comunidad urológica. Múltiples estudios han demostrado equivalencia oncológica entre la técnica laparoscópica y la abierta, con superioridad de la primera en cuanto a menor morbilidad perioperatoria, por lo que se ha convertido en el estándar de tratamiento. La realización del parche vesical laparoscópico presenta dificultades relacionadas con la visualización y maniobrabilidad del uréter distal por el posicionamiento de trócares y del paciente, lo que ha desincentivado su uso.

Materiales y Métodos: Presentamos 2 casos de LNU con técnica modificada que facilita la realización de LNU completamente laparoscópica. Primer caso, varón de 83 años con tumor de 3,1 cms de cáliz superior derecho y el segundo, varón de 75 años con antecedente de radioterapia pélvica por cáncer de próstata con tumor de 2,5 cms en la misma ubicación. En ambos casos se realizó linfadenectomía retroperitoneal. Nuestra técnica incluye 3 modificaciones: 1) posición decúbito lateral en 45°; 2) ubicación más inferior y medial de trócares; y 3) fijación del paciente que permite trendelemburg para separación de asas intestinales de la pelvis.

Resultados: Casos 1 y 2: Tiempo operatorio 240 y 180 minutos; sangrado estimado 100 y 50 cc; días de hospitalización 3 y 5 días; días de sonda foley 7 y 10 días. Ninguno de los casos presentó complicaciones. La biopsia definitiva reveló UTUC de bajo grado pTa, 0/1 LN en el primer caso y pTa bajo grado, 0/20 en el segundo. A la fecha ambos libres de recidiva a 12 y 13 meses respectivamente.

Conclusión: LNU totalmente laparoscópica es factible y segura. Las modificaciones descritas en nuestra técnica facilitan la realización del parche laparoscópico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PIEOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL DE CÁLCULO CORALIFORME.

Barberán Véliz, D^(1, 2); Gonzalez Camacho, J⁽¹⁾; Rendon Joniaux, M⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción La litiasis renal tiene una alta incidencia y prevalencia en la consulta de las diferentes unidades de salud, con un alto gasto socioeconómico producto de las múltiples visitas a las emergencias, exámenes de laboratorios e imágenes, tratamientos médicos/quirúrgicos y el descanso posterior al mismo que afecta su reintegro o estabilidad laboral. En el Ecuador, según el INEC, en el 2012 se presentaron cerca de 10188 casos de ellos cuales 5447 eran pacientes masculinos y 4741 femeninos, 11 pacientes fallecieron por dicha causa. La litiasis coraliforme es una de las formas más grave de presentación de la litiasis renal, y se la define como aquel lito que tiene un cuerpo central (piélico) y por lo menos una rama en un cáliz renal, siendo parcial o completo de acuerdo a su ocupación, muy relacionada a gérmenes infecciosos urinarios y a factores diversos que favorecen su formación (obstrucción, cuerpos extraños, etc). Existen múltiples opciones de tratamientos, la cirugía laparoscópica es una de ellas, importante opción mínimamente invasiva fundamentada en criterios adecuados para la resolución de litos renales.

Materiales: Reporte de un caso donde se describe el manejo quirúrgico laparoscópico de una paciente con litiasis coraliforme y con historia de pielonefritis a repetición. Resaltamos la posición de la paciente, en decúbito lateral en 90 grados sin quiebre, utilizando cuatro puertos de acceso a la cavidad abdominal.

Métodos: Video explicativo paso a paso de los diferentes tratamientos realizados a la paciente hasta la resolución final.

Resultados: La cirugía laparoscópica permitió la resolución completa del lito coraliforme, sin complicaciones.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es una alternativa eficaz en el manejo de la litiasis renal que conjuga criterios de selección, experiencia en el manejo de la técnica quirúrgica y existencia de equipos médicos adecuados.

Palabras Claves: Litiasis, coraliforme, laparoscopia.

Fondo de Música: Dance — LiQWYD [MÚSICA SIN COPYRIGHT]

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Adenomectomía prostática laparoscópica

Romeo, LR^(1, 2); Romeo, R^(1, 2); Berdeguer, A⁽¹⁾; Medina, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Urocujo. CIUDAD MENDOZA, Argentina.

Introducción

A lo largo de los años se a descrito una revolución en el tratamiento quirúrgico del agrandamiento prostático benigno. La vía laparoscópica aporta beneficios en pacientes con adenomas de gran volumen y/o cuando existe antecedente de estrechez de uretra.

Materiales y métodos

Presentamos la técnica quirúrgica de la adenomectomía prostática laparoscópica.

Resultados

Se realizó un abordaje extraperitoneoscópico adoptando los mismos pasos que la cirugía abierta descrita por Millin, con incisión de la cápsula prostática, identificación del componente glandular, excéresis del mismo y reconstrucción capsular posterior.

Conclusiones

El abordaje laparoscópico es una alternativa minimamente invasiva válida en casos seleccionados de pacientes con afectación por agrandamiento prostático benigno.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Neumocistoscopia diagnóstica a través del uso del CO2: Técnica endourológica paso a paso.

Punin Larrea, R⁽¹⁾; Punin Neira, R⁽²⁾; Punin Neira, A⁽²⁾; Tapia, D⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínica Moderna. Loja, Ecuador. ⁽²⁾Universidad Internacional del Ecuador. Quito, Ecuador.

⁽³⁾Enfermería Quirúrgica, Hospital Clínica Moderna. Loja, Ecuador.

Palabras clave: neumocistoscopia, CO2, cistoscopia con CO2

Introducción:

A lo largo del desarrollo de la endourológica, la cistoscopia ha constituido una herramienta fundamental tanto en el diagnóstico como en la terapéutica de diversas patologías urológicas. En el procedimiento, el medio de distensión vesical es fundamental, siendo el agua de irrigación la más utilizada. Por otro lado, el uso de CO2 aprendido sobremana en la laparoscopia, está buscando posicionarse como un medio de distensión útil y cuyo uso es factible.

Materiales y métodos:

A través de este trabajo se busca documentar y presentar a la comunidad médica el uso de CO2 como medio de distensión vesical durante la cistoscopia diagnóstica y terapéutica. Se describe la técnica paso a paso, de manera didáctica para la máxima comprensión de la misma, además de mencionar algunos signos identificados (ej., signo del riachuelo) que son de gran ayuda en el trabajo diagnóstico. Se complementa el trabajo con la presentación de casos donde la técnica se desarrolló con éxito.

Resultados y conclusiones:

El uso de CO2 como medio de distensión vesical en la cistoscopia diagnóstica y terapéutica es una opción viable dentro de la endourológica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Técnica de Resección Transuretral de Tumor Vesical en Bloque (RTU-V-EB) con Láser Thulium

Ledezma, R⁽¹⁾; Saez, N⁽¹⁾; Gallegos, I⁽²⁾; Olmedo, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Anatomía Patológica, Hospital Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción

La Resección Transuretral de Tumor Vesical en Bloque (RTU-V-EB) es una alternativa que permite la resección de tumores vesicales en una pieza. Diversos estudios han mostrado que es segura y reproducible, permitiendo la obtención de muestreo del musculo detrusor de alta calidad, evitando efectos de distorsión térmica del tejido. El objetivo de este video es demostrar nuestra técnica de RTU-V-EB usando laser thulium.

Material y Métodos: En este video se presentan dos casos de RTU-V-EB con láser Thulium. El primer paciente, hombre de 56 años, corresponde a un hallazgo incidental de tumor vesical de 8 mm a través de una ecografía pélvica. El segundo paciente, mujer de 60 años con antecedente de tabaquismo activo, consulta por hematuria de 1 mes de evolución, dentro del estudio destaca RNM que muestra lesión en pared lateral izquierda de 2 y 0.5 cm VIRADS 3. En ambos casos se utilizó un resectoscopio Storz de 26 Fr. resecando con laser thulium usando fibra de 800 µm, energía continua con potencia de 40 W en ablación y 35 W para coagulación. El tiempo promedio de la cirugía fueron 30 minutos con un tiempo de uso de laser de 4 minutos.

Resultados: En ambos paciente se realizó RTU-V-EB y coagulación de lesiones satélites, sin necesidad de utilizar asa de resección. Se logró resección completa de las lesiones con excelente hemostasia y muestra de detrusor. En el post quirúrgico inmediato se administró antiinflamatorios, irrigación vesical continua por 8 horas y alta sin sonda a las 24 horas. No hubo consultas al servicio de urgencia. En control ambulatorio a los 7 días ambos pacientes asintomáticos.

Conclusión:

La RTU-V-EB con láser Thulium es una alternativa eficaz a la resección transuretral de asa mono o bipolar. En nuestra experiencia es un procedimiento seguro que aprovecha las excelentes cualidades hemostáticas del Thulium, observándose mínimo sangrado. El tejido fue obtenido en una calidad óptima para el análisis patológico presentando ambos adecuado muestreo del detrusor.

Palabras clave: en-bloque, cáncer vesical, diagnóstico

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Percutaneous Resection of Urothelial Carcinoma in a Calyceal Diverticulum

Battiston, S⁽¹⁾; Sanguinetti, H⁽¹⁾; Alvarez, P⁽¹⁾; Colicigno, M⁽¹⁾; Ballesty, P⁽¹⁾; Cabral, C⁽¹⁾; Lopez Silva, M⁽¹⁾; Bernardo, N⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Urología, Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina.

Introduction and Objective: Calyceal diverticula are congenital anomalies of the urinary tract. They are characterized by being saccular dilations with communication to the excretory system. They are usually associated with stone disease in 50% of cases. The presence of neoplastic lesions within them is very rare.

Our objective is to demonstrate the feasibility of a percutaneous resection of this rare tumor.

Material and methods: We present the case of a male patient with no relevant history. CT and MRI revealed an intradiverticulum tumor in the upper right renal pole with malignant characteristics.

Results: A cytological study of the urine was negative for atypia. Due to a difficult endoscopic approach, a percutaneous access for diagnosis and treatment was proposed.

After performing an ascending pyelography, a percutaneous access in ventral decubitus was performed. The diverticulum was directly accessed and its ostium dilated to the excretory system.

A solid-looking lesion was identified and resected with bipolar energy. The patient had a good postoperative evolution with a nephrostomy tube left for a second look. Pathological assessment confirmed a low-grade urothelial carcinoma.

A second look was performed at 21 days using the same access, completing the resection. The pathological report showed no evidence of residual neoplastic cells.

Follow up with CT and flexible ureteroscopy 3 months after the procedure showed no evidence of recurrence.

Conclusion: There is limited evidence of conservative management in calyceal intradiverticulum urothelial carcinoma. In our case, the implementation of percutaneous approach was feasible and safe.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Biopsia Transperineal Prostática: Técnica Libre y Por Fusión De Imagen RM-USG KOELIS TRINITY.

Trujillo Santamaría, H^(1, 2); Yuen-Chun Teoh, J⁽²⁾; Chi-Hang, Y⁽²⁾; K.F. Chiu, P⁽²⁾; Wong, H⁽²⁾; Chan, C⁽²⁾; Hou, SS⁽²⁾; Ng, C⁽²⁾; Tam, H⁽²⁾

⁽¹⁾Hong Kong. ⁽²⁾Urología, The Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kong. Hong Kong, Hong Kong.

La Biopsia transrectal de Próstata (BTRP) sigue siendo uno de los enfoques estándar para una biopsia de próstata. algunos posibles inconvenientes:

la porción anterior de la glándula puede no ser accesible para la biopsia a través del recto. Presenta un riesgo significativo de infección grave (5–10%).

Por otro lado, una biopsia transperineal de la próstata (BTPP), realizada bajo anestesia local o general, se realiza a través de la piel perineal. Se obtienen imágenes mediante un transductor biplanar vía trasrectal. Las agujas de biopsia introducen paralelas al eje largo de la próstata, lo que permite el acceso a todos los sectores de la glándula. Este enfoque tiene el potencial de mejorar el muestreo, particularmente en hombres que han tenido una biopsia BTRP negativa previa pero cuyo Antígeno Prostático (APE) continúa aumentando.

También puede ser apropiado para hombres que están en un programa de vigilancia activa para el cáncer de próstata de bajo riesgo previamente diagnosticado.

La BTPP tiene la ventaja potencial adicional de un riesgo mucho menor de infección (0–0.1%), el periné suele prepararse mediante clorhexidina y/o yodopovidona así como su antisepsia. El muestreo consta de 18 a 24 cilindros mediante BTPP.

En este Video explicamos la técnica “manos libres” para la toma de BTPP guiada por ultrasonido; y en un segundo caso se explica la misma técnica adicionando la utilización de la tecnología de fusión de imagen RM-USG de Koelis.

CONCLUSIONES.

Con la BTPP presenta tasa insignificante para bacteremia en comparación con BTRP, aunque mayor riesgo de retención aguda.

Nuestro equipo cuenta con un lema: “preferimos una retención aguda de orina que una bacteremia”

Podemos detectar mayor número de cáncer de los sectores prostáticos ajenos a la zona periférica con técnica libre.

La BTPP con fusión RM-US Koelis es un método seguro, eficaz que aumenta la tasa de detección de cáncer de próstata y puede realizarse con anestesia local de manera ambulatoria, idóneo para pacientes con biopsias de repetición con persistencia y/o elevación del APE.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía radical con trombectomía de vena cava y requerimiento de circulación extracorpórea.

Rojas Ruz, P⁽¹⁾; Sepúlveda, F⁽²⁾; Gallegos, H⁽¹⁾; Becker, P⁽³⁾; Zúñiga, Á⁽¹⁾; San Francisco, I⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽³⁾Cirugía cardíaca, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: Los tumores renales con trombo en la vena renal se presentan en el 20-35% de los casos, y sólo 4-10% tiene extensión a vena cava (VC). El compromiso de la vena renal es un factor de mal pronóstico, sin embargo, la evidencia actual apoya la cirugía agresiva ya que pese a una mortalidad postoperatoria de 5-10%, se logra un control de la enfermedad con sobrevida de hasta 70% a 5 años. Aunque existen reportes de cirugía mínimamente invasiva, la mayoría de los casos se resuelve de manera abierta, y según la extensión del trombo (de acuerdo a la AJCC: T3a= vena renal, T3b= VC bajo el diafragma y T3c= VC sobre el diafragma) se podría requerir circulación extracorpórea (CEC). Nuestro objetivo es mostrar la técnica quirúrgica de una nefrectomía con trombectomía de VC y requerimiento de CEC.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de un paciente con tumor renal derecho y trombo en la VC hasta la aurícula derecha.

Resultados: Paciente de 63 años, hipertenso. Por hematuria se realiza TAC que muestra tumor renal derecho de 12 cm con trombo en la VC con extensión hasta la aurícula derecha. Estudio preoperatorio con coronariografía normal, creatinemia 1.2 y foramen oval permeable. Se decide nefrectomía radical derecha abierta + trombectomía bajo CEC. Se realiza cirugía sin incidentes, con resección en block. Durante la cirugía se utiliza Cell Saver®, con sangrado estimado de 3 litros y 14 minutos de CEC. Duración de la cirugía: 240 minutos. Paciente evoluciona favorablemente con postoperatorio inicial en unidad intermedia. Al 2do día es trasladado a sala, siendo dado de alta al sexto día postoperatorio. La biopsia informó un carcinoma de células renales no clasificable (80% carcinoma de células claras y 20% de células oncocíticas), de 12 cm, con invasión de seno y pelvis renal, y de la vena renal (pT3b). Paciente evoluciona sin complicaciones perioperatorias al mes de la cirugía.

Conclusiones: La nefrectomía con trombectomía de VC y requerimiento de CEC es una cirugía que requiere de un equipo multidisciplinario, minimizando las complicaciones perioperatorias y con buenos resultados funcionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LOS SÍNTOMAS CAUSADOS POR EL SÍNDROME DE CASCANUECES

Zarate, J; Cisneros, E

INTRODUCCION:

El síndrome del cascanueces es una anomalía vascular con compresión de la vena renal izquierda a su paso entre la unión de la aorta y la arteria mesentérica superior, causando aumento del gradiente de presión entre la vena renal izquierda y la vena cava inferior. Lo que ocasiona una dilatación de la vena gonadal y desarrollo de circulación colateral en pelvis renal y uréter. Entre sus manifestaciones clínicas puede presentarse hematuria, dolor en flanco izquierdo, dolor pélvico, várices gonadales o cursar de forma asintomática. Presentamos dos casos clínicos, uno de ellos con dolor pélvico; y otro con hematuria y varicocele izquierdo.

PALABRAS CLAVE: Cascanueces; Vena Gonadal

MATERIALES Y MÉTODOS:

Caso 1: Paciente femenina de 31 años de edad con antecedentes de infecciones del tracto urinario a repetición y dolor pélvico de corta evolución. Examen de orina y urocultivo sin alteraciones; ecografía renal con leve ectasia pielocalicial derecha y litiasis renal izquierda. Se solicita Urotomografía sin evidencia de pielocaliectasia, sin embargo, en fase contrastada se evidencia dilatación de vena gonadal izquierda con flujo venoso retrogrado y congestión pélvica. Angiotomografía corrobora dichos hallazgos y agrega pinzamiento de la vena renal en ángulo aortomesentérico con diagnóstico de síndrome de cascanueces. Paciente rechaza toda terapéutica resolutive definitiva de dicho síndrome y opta por tratamiento laparoscópico con ligadura de vena gonadal. En seguimiento durante 10 meses con resolución sintomática completa.

Caso 2: Paciente masculino de 17 años de edad sin antecedentes que 3 meses previo a nuestra consulta presenta hematuria macroscópica con coágulos. Al examen físico presenta varicocele izquierdo. Paciente estudiado por otros colegas, acude con resultado de cistoscopia sin alteraciones y angiotomografía que reporta síndrome de Cascanueces Posterior con dilatación de la vena renal. Se solicita Angioresonancia constatando presencia de dicho síndrome y dilatación de la vena gonadal izquierda. Se realiza tratamiento mínimamente invasivo con ligadura de vena gonadal y remisión completa de los síntomas durante 1 año de seguimiento.

CONCLUSION: El manejo del síndrome de cascanueces contempla tratamiento conservador con seguimiento ecográfico o medidas quirúrgicas invasivas. La resolución laparoscópica con ligadura de la vena gonadal es una opción para el control sintomático.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

INYECCIÓN INTRACAVERNOSA EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. Cómo enseñamos al paciente.

Romero, FE⁽¹⁾; Dalvit, M⁽¹⁾; Urresti, A⁽¹⁾; González, A⁽¹⁾; Santomil, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital privado de comunidad. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La inyección intracavernosa es un procedimiento de la práctica urológica para el tratamiento de la disfunción eréctil (DE).

Durante la titulación de dosis enseñamos el procedimiento al paciente para que pueda realizarlo en su domicilio y adquiera independencia del urólogo tratante.

Objetivo: Mostrar mediante video las consideraciones técnicas a pacientes para la autoinyección intracavernosa de drogas vasoactivas (DVA) como tratamiento de DE.

Material y métodos: El almacenamiento de (DVA) que contengan alprostadil debe mantener la cadena de frío entre 2 y 8 °C, en la puerta del refrigerador o en nevera transportable si viaja.

Se enseña lavado de manos con agua y jabón previo a la preparación de una superficie limpia para colocar los materiales (frasco de medicamento, jeringa, gasa con alcohol y descartador).

Tomamos el frasco de medicamentos y la jeringa graduada en décimas. No es recomendable utilizar autoinyectores para evitar contaminación de aguja. Desinfección del tapón de goma utilizando gasa con alcohol, cargamos con aire la dosis teniendo cuidado de no contaminar la aguja, apuntando hacia el piso e introducimos el aire dentro del frasco. Luego invertimos el frasco hacia arriba con aguja apuntando al techo y aspiramos hasta la dosis prescrita. Se cambia aguja por una nueva. Con el paciente sentado diagramamos mediante el sistema del reloj de agujas y un corte axial del pene, siendo hora 12 dorsal y hora 6 ventral. Se elige el sitio de punción en hora 2 o 10, asepsia con alcohol y gasa, se realiza punción y aspiración para inyectar medicación. Retiramos aguja comprimiendo el sitio de punción durante al menos 30 segundos. Descartamos aguja usando una botella vacía o lata.

Recomendamos 72 horas previas al procedimiento no tomar inhibidores de la fosfodiesterasa-5.

De persistir erección por más de 3-4 horas o presencia de hematoma, consultar a su urólogo.

Conclusión: Es responsabilidad del urólogo la correcta enseñanza al paciente del manejo de las DVA, su titulación e inyección intracavernosa para el tratamiento de la DE.

Palabras claves: Disfunción sexual, disfunción eréctil, alprostadil.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evaluación del morcelador Cyberblade, una alternativa descartable para la enucleación endoscópica de la próstata

Ledezma, R⁽¹⁾; Storme, O⁽²⁾; Bozzini, G⁽³⁾; Maureira, M⁽⁴⁾; Olmedo, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital U de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Clínica Redsalud. Santiago, Chile. ⁽³⁾Urología, ASST Valle Olona. Busto Arsizio, Italia. ⁽⁴⁾Urología, Hospital de Coquimbo. Coquimbo, Chile.

Introducción:

La enucleación endoscópica de la próstata (EEP) requiere de la extracción del adenoma desde la vejiga mediante el uso de un morcelador mecánico. Actualmente, los morceladores más comúnmente usados son el VersaCut (Lumenis), Piranha (Richard Wolf) y DrillCut (Karl Storz). Estudios comparativos han mostrado que tienen diferencias en eficiencia y costo. En general, se requiere la incorporación de equipamiento y el reemplazo periódico de cuchillas.

Es este video nuestro objetivo es analizar la ergonomía y seguridad del nuevo morcelador descartable Cyber Blade (Quanta Systems), compartiendo nuestra experiencia preliminar con este dispositivo.

Material y Métodos:

Analizamos nuestra base de datos retrospectivamente desde Mayo de 2016 a Marzo de 2020.

Un total de 120 pacientes han sido sometidos a enucleación laser, de los cuales en 61 de usó Piranha, 49 Versacut y 10 Cyber Blade. Una vez completada la enucleación, se utilizó un nefroscopio Storz o Wolf usando irrigación vesical doble con solución salina. Se obtuvieron videos representativos del uso del dispositivo y se su interaccion con el tejido prostático.

Resultados:

La morcelación se completó exitosamente en los 10 paciente sin complicaciones perioperatorias. No se presentaron dificultades al pasar las cuchillas en ninguno de los nefroscopios usados. El morcelador es de tipo oscilatorio y al ajustar la succión se adhiere al tejido prostático en forma segura y fácil. La velocidad de morcelación de utilizo entre 3 y 5. Al evaluar los botones de activación, no apreciamos diferencias en la velocidad tanto como activación continua de un toque versus controlada presionando desde pieza de mano. La carga de batería fue suficiente para todos los casos. En 1/10 casos la morcelación se completó usando el morcelador Piranha debido a la presencia de beach balls donde se aprecio dificultad de acoplamiento.

Conclusión:

El morcelador descartable Cyber Blade es una nueva alternativa en para morcelación que ofrece ergonomía confortable para el cirujano. Este dispositivo permite una morcelación segura y adecuada para ser utilizado como una alternativa en EEP. La eficiencia quirúrgica y su costo-efectividad requieren ser evaluados en un estudio controlado para aseverar mayores conclusiones.

Palabras clave: Hiperplasia prostática benigna, enucleación trasuretral, morcelador

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia en Enucleación Endoscópica con láser Thulium en próstatas sobre 150 cc

Ledezma, R⁽¹⁾; Marchetti, P⁽¹⁾; Mercado, A⁽¹⁾; Narvaez, M⁽¹⁾; Hidalgo, JP⁽¹⁾; Valdevenito, R⁽¹⁾; Olmedo, T⁽¹⁾

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

Introducción:

La enucleación endoscópica del crecimiento prostático benigno se ha posicionado en los últimos años como una de las alternativas mínimamente invasivas de elección para el manejo de adenomas sobre 80 cc. Sin embargo, la cirugía abierta sigue siendo lo más utilizado en próstatas sobre 150 cc debido a la prolongada curva de aprendizaje asociada con la enucleación endoscópica.

El objetivo de este video es presentar nuestra experiencia en enucleación endoscópica de la próstata (EEP) usando laser Thulium en pacientes con próstatas sobre 150 cc.

Material y Métodos:

El equipo de endoscopia usado fue resectoscopio 26F de flujo continuo con óptica de 30 grados y elemento de trabajo láser con inserto recambiable de 1000 mm de diámetro (Richard Wolf, Alemania). Laser Thulium:YAG de 2-mm (Quanta Systems, Italia) se programó en energía de 150 W para corte y se aplicó a través de fibra re-esterilizable de 800 mm. Para coagulación se utilizó energía en 40 W. En la morcelación se usó nefroscopio con morcelador oscilante Piraña.

Resultados:

Un 14% (15/110) de nuestros pacientes presentaba volumen prostático estimado sobre 150 cc. Se presenta el video de un paciente de 60 años con antecedentes de síntomas urinarios de varios años que había presentado retención aguda de orina y se encontraba con sonda Foley. La ecografía pelviana estimó el volumen prostático en 157 mL. Al examen rectal la próstata era grado IV. El tiempo operatorio fue 95 minutos. Los días de hospitalización y de sonda fueron 2 y 2 respectivamente. La biopsia informó 82 gramos de hiperplasia prostática. La uroflujometría al mes confirmó flujo máximo de 44 mL/s. Paciente no presentó complicaciones.

Conclusiones:

La EEP con láser Thulium es una alternativa segura y efectiva en pacientes con próstatas sobre 150cc, permitiendo ofrecer una opción mínimamente invasiva en estos caso.

Palabras clave: Hiperplasia prostática benigna, enucleación transuretral, Láser Tulio

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Trucos para el manejo de los Beach Balls durante la morcelación mecánica posterior a la enucleación endoscópica de la próstata

Ledezma, R⁽¹⁾; Storme, O⁽²⁾; Marchetti, P⁽¹⁾; Olmedo, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Clínica Redsalud. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

Los nódulos prostáticos densos (NPD), o beach balls, pueden ser encontrados durante la morcelación en hasta un 15 % de los casos. Diversos factores se han descrito como predictores de la presencia de NPD como la edad avanzada y próstatas de gran volumen. En general, enlentecen la morcelación y puede llevar a complicaciones como la lesión o perforación vesical.

El objetivo de este video es presentar trucos para el manejo de los NPD que permitan superar las dificultades que ellos presentan a la morcelación mecánica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan 3 escenarios quirúrgicos en los cuales se presentaron NPD. El primer es un paciente de 66 años con un volumen prostático estimado (VPE) en 99 cc. en el cual se utiliza el morcelador Versacut. El segundo es un paciente de 61 años con un VPE en 84 cc y el 3er caso es un paciente de 60 años con un VPE en 130 cc. En los 2 últimos casos se utilizó el morcelador Piraña.

RESULTADOS: Todos los procedimientos fueron completados en forma exitosa en forma endoscópica sin necesidad de cistostomía para extraer fragmentos. El primer caso solo requirió usar pinza tridente de nefroscopio ya que fragmento residual era pequeño. En el segundo caso de disminuyó la velocidad recomendada por fabricante desde 1500 rpm a 600 rpm. Se muestra en detalle durante video el tercer caso en el cual se utilizó laser Thulium para realizar cortes en los bordes del NPD con el objetivo de permitir mejor acople de las cuchillas del morcelador al NPD en conjunto con la disminución de la velocidad de trabajo.

CONCLUSIÓN: Los NPD deben ser manejados en forma cuidadosa para evitar complicaciones durante la morcelación. La disminución de la velocidad del morcelador oscilante en conjunto con realizar surcos en NPD pueden ser una solución segura y reproducible en estos escenarios adversos.

Palabras clave: Hiperplasia prostática benigna, enucleación, morcelador

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Enucleación transuretral con energía bipolar para el manejo de hiperplasia prostática benigna: a propósito de un caso

Betancourt Sevilla, MD⁽¹⁾; Barragán Barragán, WN⁽²⁾; Molina Herrera, MC⁽¹⁾

⁽¹⁾Posgrado de Urología, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Quito 1 Policía Nacional. Quito, Ecuador.

Palabras Clave: Próstata, Enucleación Prostática, Hiperplasia Prostática

Introducción: hasta la actualidad, la resección transuretral de la próstata ha sido considerado como el gold standard para el manejo de la hiperplasia prostática; actualmente la enucleación laser ha emergido como una nueva posibilidad, su inconveniente: su alto costo, así como su larga curva de aprendizaje, es ahí en donde emerge la enucleación bipolar de próstata (TUEB) como una alternativa más económica y con resultados prometedores.

Materiales y Métodos: se presenta el caso de 1 paciente de 71 años de edad que no acepta transfusiones sanguíneas por su creencia religiosa, que cumple con el criterio de adenoma prostático mayor a 30 gr. Se tomó en consideración los valores preoperatorios y posoperatorios del IPSS, así como la duración de la cirugía, peso del tejido morcelado, caída de la hemoglobina, nivel de dolor posoperatorio, tiempo de permanencia de sonda transuretral e incidencia de incontinencia urinaria.

Resultados: paciente de 71 años de edad, no acepta transfusiones sanguíneas, con hiperplasia prostática, peso medido ecográficamente de 53 gramos, tacto rectal 50 gramos, IPSS prequirúrgico de 16 (moderado) y posquirúrgico de 4 (leve), duración de la cirugía de 138 minutos, extracción de tejido prostático morcelado con un peso de 45 g, caída de 1 punto de hemoglobina en posquirúrgico, EVA posquirúrgico máximo de 4/10 manejado con opioide menor, irrigación vesical por periodo de 6 horas posquirúrgicas, retiro de sonda transuretral a las 24 horas, alta hospitalaria en 48 horas, al control posquirúrgico ambulatorio paciente con continencia urinaria total y con mejoría de su calidad de vida.

Conclusiones: la enucleación bipolar de próstata es una técnica efectiva para el manejo de hiperplasia prostática, permite la enucleación de adenomas prostáticos de 30 gr en adelante, sin límite superior de tamaño en un solo tiempo quirúrgico con estándares de recuperación excelentes, combinando los resultados en volumen resecado similares a la cirugía abierta con todas las ventajas de una técnica quirúrgica mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Uropatía obstructiva baja secundaria a quiste de utrículo prostático

Zúñiga, A⁽¹⁾; Pinilla, I⁽¹⁾; Gómez, Á⁽¹⁾; Massouh, R⁽¹⁾; Flores, I⁽¹⁾; González, D⁽¹⁾; Rojas, M⁽²⁾; Zambrano, N⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile. ⁽²⁾Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽³⁾Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Introducción: La uropatía obstructiva baja (UOB) secundaria a quiste de utrículo prostático es un cuadro infrecuente. La mayor parte de los quistes de utrículo prostático son asintomáticos y hallazgos de estudio por imágenes. La observación es su manejo habitual.

Materiales y método: Se presenta el caso de un paciente de 20 años de edad, que consulta por síntomas de UOB de inicio brusco. La resonancia magnética de pelvis muestra un quiste en uretra prostática, ubicado en línea media, que obstruye el lumen. Como resolución de su UOB se decide una resección transuretral (RTU) y destechamiento del quiste.

Resultados: La evolución post operatoria es excelente. Los síntomas de UOB ceden completamente, manteniendo eyaculación anterógrada. Después de 6 meses de su cirugía, el paciente se mantiene asintomático.

Discusión: La UOB en un hombre joven puede deberse a múltiples causas; estenosis uretral, cuerpo extraño –litiasis-, patología neurogénica, entre otras. La clínica orienta, la cistoscopia y el estudio por imágenes permiten el diagnóstico de algunas de estas causas. El quiste de utrículo prostático es una patología más que debe ser considerada. El destechamiento del quiste con RTU es una alternativa eficaz y segura para resolver la obstrucción, con una alta tasa de éxito.

Palabras clave: uropatía obstructiva baja (UOB), utrículo prostático, RTU.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Extracción endoscópica de cuerpo extraño intravesical de 10 cm

Punin Larrea, R⁽¹⁾; Punin Neira, R⁽²⁾; Punin Neira, A⁽²⁾; Tapia, D⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínica Moderna. Loja, Ecuador. ⁽²⁾Universidad Internacional del Ecuador. Quito, Ecuador.

⁽³⁾Enfermería Quirúrgica, Hospital Clínica Moderna. Loja, Ecuador.

Palabras clave: cistoscopia, pinza maryland, cuerpo extraño

Introducción:

Resolución endo urológica de cuerpo extraño intravesical.

Material y métodos:

Se presenta caso de paciente femenina de 23 años, con antecedente de enfermedad psiquiátrica; es derivada de un centro de salud para resolución quirúrgica de cuerpo extraño intravesical. En ecografía vesical se identifica cuerpo extraño longitudinal de 10 cm de longitud. Se realiza cistoscopia diagnóstica y se identifica un lápiz de color de 10 cm de longitud; se decide mantener el abordaje endoscópico y con la ayuda de una pinza Maryland de laparoscopia se realiza la extracción transuretral del cuerpo extraño. Se revisa cavidad vesical y se confirma integridad de mucosa vesical. Evolución sin complicaciones.

Resultados y conclusiones:

La destreza quirúrgica al manejar procedimientos como una cistoscopia, y su uso simultáneo con técnicas laparoscópicas, puede ser una opción para la resolución de casos complejos como la presencia de un cuerpo extraño intravesical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

OSTEOCONDROMA DE PUBIS COMO CAUSA DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA BAJA

Lopez, D⁽¹⁾; Orellana, S^(1, 2); Traipe, R⁽³⁾; Vilo, F; Alarcon, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio Urología, HOSDIP. Santiago, Chile.

⁽³⁾Servicio Traumatología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

Introducción: Los osteocondromas son los tumores óseos más frecuentes, su lugar de presentación habitual son los huesos largos de extremidades inferiores e superiores siendo rara la presentación en esqueleto axial. Generalmente son tumores solitarios, asintomáticos y su diagnóstico es incidental.

El diagnóstico es imagenológico, con elementos patognomónicos que permiten facilitar su detección, con técnicas de imágenes que van desde radiografías hasta resonancia magnética en casos dudosos o de presentación atípicas.

Las complicaciones que producen pueden ser tanto óseas como de los órganos vecinos por compresión.

Materiales y Métodos: Presentamos un paciente con un cuadro de 1 año de evolución de sensación de masa pélvica, asociado a síntomas de tracto urinario inferior, caracterizado por polaquiuria, latencia, chorro débil y vaciamiento incompleto.

Resonancia magnética de pelvis evidencia lesión ósea dependiente de rama iliopúbica derecha de 8 cm de diámetro mayor, con extensión y compresión de la base de pene, con características radiológicas compatibles con osteocondroma.

La cistoscopia evidencia deformidad por compresión extrínseca a nivel de uretra bulbar y prostática. Se realiza unacirugía en conjunto con traumatología. El equipo de urología realiza el acceso a través de incisión de Pfannenstiel y resección de ligamentos pubouretrales para liberar por completo la uretra, permitiendo el ingreso de traumatología para la resección de pubis con "sierra y sincl".

Resultados: El tiempo operatorio fue de 120 minutos. Sangrado <300 cc. Tiempo de hospitalización 3 días. Uso de sonda Foley por 1 semana.

Control post operatorio el paciente no presenta síntomas de tracto urinario inferior, con erección normal, Qmax > 15ml/seg. Con presencia de trastorno de la marcha y dolor en pierna derecha.

Conclusión: El caso clínico corresponde a una presentación atípica de osteocondroma, el cual genera síntomas de tracto urinario inferior como complicación por contigüidad, siendo además una causa muy poco frecuente de uropatía obstructiva baja.

El trabajo conjunto con otras especialidades permite brindar una atención de mejor calidad a los pacientes, además de afianzar a los equipos dentro del hospital.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Modelo tridimensional operable con realidad aumentada para el entrenamiento en nefrectomía parcial mini-invasiva Urotrainer VK-1

Vitagliano, G⁽¹⁾; Mey, LJ⁽²⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Bianucci, ME⁽²⁾; Rico, L⁽¹⁾; Birkner de Miguel, S⁽²⁾; Ameri, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urotrainer Collaborative Working Group, Mirai 3D. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La nefrectomía parcial mini-invasiva sea mediante laparoscopia pura o robot-asistida es un procedimiento que demanda alta capacitación técnica. Hasta el momento, la manera de obtener entrenamiento era la realización de procedimientos quirúrgicos supervisados. Presentamos una plataforma de entrenamiento basada en un modelo tridimensional operable con realidad aumentada para el entrenamiento en nefrectomía parcial mini-invasiva (Urotrainer VK-1).

Materiales y Métodos: Utilizando la experiencia obtenida en 400 nefrectomías parciales laparoscópicas se diseñó un prototipo de riñón (escala 1:1) con tumores de variado tamaño en múltiples localizaciones estratégicas. Se generaron pedículos arteriales correspondientes a cada tumor. Quistes renales adyacentes como también grasa peri-renal fueron colocados para simular escenarios quirúrgicos de mayor complejidad. Cada estructura anatómica fue representada por polímeros sintéticos con coeficiente de compresión y elasticidad de iguales características al tejido en cuestión. Proporciones diferentes de desmoldante fueron utilizadas en cada tumor y grasa perirenal para simular mayor o menor adherencia de estructuras. Por último, se asoció una plataforma de realidad aumentada superponible para facilitar la navegación quirúrgica del modelo.

Resultados: Urotrainer VK-1 presenta un total de 11 tumores y 2 quistes renales. Los RENAL scores de los tumores son 10xh, 9x, 7xh, 7x, 7p, 7a, 5p, 4p y 4a, existiendo dos casos para cada tumor tipo 4. El modelo permite experimentar los mismos grados de dificultad técnica que la cirugía real. La grasa peri-renal e hilar pueden ser disecadas para acceder a estructuras nobles y los tumores. Estos últimos pueden ser enucleados como también resecados con márgenes mayores de seguridad. La vasculatura de cada tumor posibilita el clipado de la misma como también la sutura. El cierre de los defectos debe ser realizado con el mismo cuidado que en la cirugía real pues el desgarro del modelo puede ocurrir. La interacción con la realidad aumentada en el mismo dispositivo permite navegar las cirugías familiarizándose con tecnología cada vez más presente en los escenarios quirúrgicos actuales.

Conclusión: Urotrainer VK-1 es un modelo de entrenamiento real que permite la simulación de múltiples escenarios en nefrectomía parcial mini-invasiva. Estudios comparativos de curva de aprendizaje son necesarios para determinar el impacto en el entrenamiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

EXPERIENCIA EN CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS MINIMAMENTE INVASIVA: DOS TECNICAS, UNA CIRUGIA ESTANDAR, UN UNICO CIRUJANO

Vera Veliz, A⁽¹⁾; Testa Sklofsky, I⁽¹⁾; Mario Guzman, C⁽¹⁾; Narvaez Fuentes, P⁽¹⁾; Zuñiga Gallardo, A⁽²⁾; Dominguez Argomedo, R⁽¹⁾; Menchaca Cruzat, R⁽¹⁾; Rojas Crespo, J⁽¹⁾; Donoso Vasquez, R⁽¹⁾; Kerkebe Lama, M^(1, 3)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, San Borja Arriaran. Santiago, Chile.

⁽³⁾Departamento de Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La cirugía conservadora de nefronas minimamente invasiva (CCN-MI) es la técnica de elección para el tratamiento de tumores renales órgano-confinados. La experiencia del cirujano es un factor determinante en la elección de esta técnica, sobretodo en la cirugía laparoscópica. La incorporación de la técnica robótica ha permitido alcanzar buenos resultados con una menor curva de aprendizaje, incluso en equipos quirúrgicos sin una vasta experiencia previa.

OBJETIVOS: Describir y comparar los resultados quirúrgicos de la CCN-MI de un único cirujano (M.K.L.).

MATERIALES-MÉTODOS: Presentamos el video de 2 CCN-MI, laparoscópica y robótica, en pacientes con tumores técnicamente complejos (RENAL-Score:10) de similares características, en el que describimos los pasos estandarizados de esta cirugía, realizada por un mismo cirujano. Se describe una serie de 121 CCN-MI realizadas por M.K.L., en que comparamos los resultados quirúrgicos-oncológicos de su experiencia inicial robótica (CCN-Rob) con los últimos casos laparoscópicos realizados (CCN-Lap). Excluimos aquellos casos convertidos a nefrectomía radical. Estadísticamente significativo: p-valor < 0,05.

RESULTADOS: De un total de 121 casos, el 5% se convirtió a nefrectomía radical (sin diferencias entre ambos grupos). Se incluyeron 61 CNN-Lap y 53 CNN-Rob. En los casos robóticos los tumores fueron de mayor tamaño (CCN-Rob: $3,9 \pm 1,7$ cm v/s CNN-Lap: $2,7 \pm 1,2$ cm; p-valor < 0,05) y técnicamente más complejos (RENAL-Score ≥ 7 (CCN-Rob: 77,8% v/s CNN-Lap: 50,8%; p-valor < 0,05). No hubo diferencias en el tiempo operatorio ni en las complicaciones quirúrgicas Clavien-Dindo ≥ 2 , pero si en el tiempo de isquemia, siendo menor en la técnica robótica (CCN-Rob: $17,6 \pm 7,1$ min v/s CNN-Lap: $21,2 \text{ min} \pm 8,9$ cm; p-valor < 0,05). En ambos grupos solo hubo 1 paciente con márgenes quirúrgicos comprometidos (sin diferencia significativa). La TRIFECTA (tiempo de isquemia < 25 min, márgenes quirúrgicos negativos y ausencia de complicaciones Clavien-Dindo ≥ 2) tuvo un cumplimiento de 88,9% en la CCN-Rob v/s CNN-Lap: 72,1% (p-valor < 0,05).

CONCLUSIONES: La estandarización de la CCN es fundamental para lograr excelentes resultados quirúrgicos-oncológicos. Es una cirugía segura y reproducible, independiente de la técnica utilizada (CCN-Lap o CCN-Rob). Sabemos que la curva de aprendizaje es más corta en la CCN-Rob, tal como demostramos en esta serie, donde un cirujano laparoscópico-experimentado obtiene, en su experiencia robótica inicial, mejores resultados quirúrgicos comparado con su técnica laparoscópica ya consolidada, incluso en casos más complejos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía parcial laparoscópica retroperitoneal en paciente obeso mórbido

Azuri, W⁽¹⁾; Villoldo, G⁽¹⁾; Camean, J⁽¹⁾; Chemi, J⁽¹⁾; Jaunarena, J⁽¹⁾; Iglesias, F⁽¹⁾; Villaronga, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La nefrectomía parcial laparoscópica por vía retroperitoneal es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva. Este abordaje es de elección para muchos urólogos en tumores renales posteriores, situados en polo inferior, en pacientes delgados o con R.E.N.A.L Score bajo.

Materiales y Métodos.

Paciente masculino, 52 años de edad, antecedente de HTA, diabetes, tipo II, hipertermia maligna, dislipemia y obesidad (IMC: 50.49 kg/m²).

Por hallazgo incidental en ecografía, se solicita tomografía axial computada donde se visualiza tumor renal derecho en situación mesorenal hacia polo inferior de 45mm, 50% endofítico hasta seno renal a 1mm de vía urinaria. (R.E.N.A.L. Score: 10p). Se le ofrece al paciente nefrectomía parcial laparoscópica por vía retroperitoneal.

Se presenta en modo video editado de grabación de capturadora de torre laparoscópica. Se realiza edición con música sin copyright.

Resultados

Se programa cirugía con estudios pre- quirúrgicos y se realiza la misma. La cirugía fue realizada por urólogo experto con urólogo fellowship en uro – oncología. El tiempo operatorio fue de 180 minutos, el tiempo de clampeo fue de 32 minutos. El sangrado operatorio fue de 300ml. Una vez finalizado el acto quirúrgico, el paciente se internó en sala común sin requerimiento de terapia intensiva. A las 48hs se retiró drenaje quirúrgico y se otorgó alta institucional con control ambulatorio.

El resultado de anatomía patológica de la pieza informó Carcinoma renal de células claras. Tamaño 4 x 3,5cm WHO/ISUP I. Capsula renal en contacto con lesión. Límites de resección libres de lesión.

Conclusiones

La nefrectomía parcial laparoscópica por vía retroperitoneal en manos experimentadas es una técnica factible en pacientes con tumores renales complejos, como así también obesos, presentando buena recuperación postoperatoria y reinserción laboral precoz.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía parcial laparoscópica por tumor renal múltiple en paciente con enfermedad de VHL

Romeo, LR^(1, 2); Romeo, R^(1, 2); Berdeguer, A⁽²⁾; Oliva, J⁽²⁾; Medina, M⁽²⁾

⁽¹⁾Urología y trasplante renal, Urocuyo. CIUDAD MENDOZA. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español de Mendoza. CIUDAD MENDOZA, Argentina.

Introducción

La enfermedad de Von Hippel Lindau (VHL) se caracteriza por presentar en riñón la aparición de lesiones tumorales múltiples a temprana edad. El manejo quirúrgico de estas lesiones no es fácil, causando un reto técnico en la mayoría de los casos.

Materiales y métodos

Presentamos la técnica quirúrgica de una nefrectomía parcial derecha laparoscópica múltiple con clampeo vascular secuencial por lesiones renales múltiples.

Resultados

Exhibimos la cirugía de un paciente varón de 28 años con diagnóstico reciente de enfermedad de VHL, con antecedente de cirugía por hemangioblastoma, quien tenía lesiones renales sólidas múltiples bilaterales (3 lesiones demostradas en angioTAC del lado derecho). Se realizó la cirugía por abordaje transperitoneal con clampeo seccional de 3 arterias renales según la localización de la lesión a reseca. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos. El clampeo de arteria renal inferior fue de 23 minutos, luego el de arteria renal media y superior de 26 minutos. Sangrado de 350 cc.

Conclusiones

Los pacientes con enfermedad de VHL representan un desafío quirúrgico. Suelen presentar lesiones múltiples y recidivantes durante su vida. El correcto abordaje terapéutico repercute significativamente en la morbilidad y calidad de vida de estos pacientes. La cirugía mínimamente invasiva puede ser una estrategia aceptable en casos seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Manejo de complicación vascular y embolización arterial en posoperatorio de cirugía conservadora de nefronas. A propósito de un caso y revisión de nuestra experiencia

Bonanno, N⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Frascheri, MF⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

Introducción

La cirugía conservadora de nefronas es el procedimiento de elección en el tratamiento de los tumores renales T1. Las complicaciones vasculares posoperatorias (sangrado activo, pseudoaneurisma y fistula arterio-venosa) pueden poner en riesgo la vida del paciente y requerir de la resección del parenquima remanente. El acceso a técnicas de radiología intervencionista permiten resolver estas complicaciones de forma minimamente invasiva, con preservación de la unidad renal. El objetivo de este video es presentar el manejo del sangrado posoperatorio en nuestro centro a partir de un caso clínico y realizar una revisión de una serie de complicaciones vasculares posoperatorias tratadas con embolización arterial.

Materiales y métodos

Se realizó un video presentando un caso de sangrado activo en posoperatorio inmediato de nefrectomía parcial. Se hizo incapié en el algoritmo de procedimiento institucional. Se realizó una revisión de una base de datos electrónica de los casos de complicaciones vasculares posoperatorias desde junio de 2014 a junio de 2020.

Resultados

Desde junio de 2014 a junio de 2020 se realizaron 270 nefrectomías parciales. La edad promedio fue de 57,25 años (rango 39-76). La media de tamaño tumoral fue de 4,02 cm (rango 2,5-5,4) con el 75% de los casos con RENAL score ³8. 8 pacientes presentaron complicaciones vasculares (2,96%) con un éxito técnico durante la angioembolización y preservación de la unidad renal en el 100% de los casos.

Conclusión

A pesar de ser poco frecuentes, las complicaciones vasculares luego de la nefrectomía parcial requieren de un manejo adecuado. La angioembolización es un recurso esencial para el manejo minimamente invasivo, que en nuestra serie, permitió la preservación de la unidad renal en el 100% de los casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS RENAL (RIÑÓN EN MASTIC).

Barberán Véliz, D^(1, 2); Dominguez Vanegas, A^(1, 2); Arauz Pérez, E⁽¹⁾; Luzuriaga Graf, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador. ⁽²⁾Guayaquil.

Introducción: La tuberculosis urogenital representa el 27% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, producto de una infección diseminada o genitourinaria localizada sobre todo en pacientes inmunodeprimidos con HIV o post Trasplante. Enfermedad más frecuente en Asia y África, en Sudamérica Brasil es uno de los 20 países con mayor incidencia de casos. Producido por el Mycobacterium tuberculosis, después de la exposición los bacilos quedan almacenados en los macrófagos, la diseminación hematológica se da por erosión vascular venosa pulmonar o linfática, llega a la circulación sistémica y de ahí a algunas vísceras (5 a 15 años). En el riñón produce lesiones granulomatosas, necrosis papilar caseosa y destrucción de los tejidos lo que lleva a formar grandes cavidades intrarrenales. La diseminación puede seguir a uréter y vejiga, forman lesiones granulomatosas y fibrosis lo que ocasiona estenosis segmentaria ureteral y dilatación del mismo. Clínicamente presenta síntomas urinarios inferiores, piuria, hematuria sin crecimiento bacteriano (cultivo negativo). La tomografía ayuda a la presunción diagnóstica. Con el diagnóstico confirmado el tratamiento antituberculoso se da por 9 meses complementado con la autonefrectomía o la nefrectomía.

Material: Paciente femenina con riñón hidronefrótico calcificado con diagnóstico presuntivo de tuberculosis renal.
Método: Video donde hacemos un análisis paso a paso desde los estudios de diagnóstico preoperatorio, cirugía y diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES: La tuberculosis es una enfermedad importante de Salud Pública, su localización extrapulmonar constituye un reto en algunos casos para llegar a su diagnóstico. El estudio de biología molecular del tejido, líquido o material caseoso es una opción para el diagnóstico. La autonefrectomía es una acción válida teniendo diagnóstico y complementada con tratamiento oral, así como también la nefrectomía laparoscópica.

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis, riñón, laparoscopia.

Fondo musical: Stable - KV [MÚSICA SIN COPYRIGHT]

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía laparoscópica de donante vivo con extracción transvaginal del injerto

Romeo, LR^(1, 2); Romeo, R; Berdeguer, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología y Trasplante Renal, Hospital Español. CIUDAD MENDOZA, Argentina. ⁽²⁾Urología y Trasplante Renal, Urocuyo. CIUDAD MENDOZA, Argentina.

Introducción

El trasplante renal con donante vivo es el tratamiento con mejores resultados en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Por lo tanto, se han ido desarrollando alternativas mínimamente invasivas para disminuir la morbilidad de la nefrectomía del donante. El abordaje laparoscópico con extracción transvaginal es sin duda la culminación de dicha búsqueda en términos de resultados posoperatorios.

Materiales y métodos

Demostramos la técnica quirúrgica de nuestro centro realizando un abordaje mínimamente invasivo.

Resultados

Abordaje transperitoneal con colocación de trócar de 15 mm en fondo de saco de Douglas utilizando punzones de cirugía bariátrica, realizando liberación renal, cobertura del injerto con bolsa de extracción, sección vascular y extracción de la pieza por vía vaginal aumentando 2 minutos aproximadamente el tiempo de isquemia caliente a comparación de la extracción abdominal. Cierre posterior de incisión vaginal por vía genital.

Conclusiones

Las técnicas laparoscópicas son la alternativa de elección en la nefrectomía del donante vivo. La extracción transvaginal es sin duda la vía que menos morbilidad produce en las donantes. El tiempo de isquemia caliente no impactó en forma negativa en nuestra serie de casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cáncer de pene manejado con penectomía parcial y glanduloplastia con colgajo uretral

Bastarrachea Solis, MA⁽¹⁾; Flores Tapia, JP⁽²⁾; Esqueda Mendoza, A⁽²⁾; Cueto Vega, GJ⁽¹⁾; Cruz Nuricumbo, E⁽¹⁾; Monzón Falconi, JF⁽¹⁾; Bolio Ku, RE⁽¹⁾; Ferreiro Olvera, FD⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, HRAEPY. Merida, México. ⁽²⁾Jefe servicio urología, HRAEPY. Merida, México.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene en México y el mundo constituye 1% de las neoplasias del aparato urinario, su presentación histológica más común es carcinoma de células escamosas. Existen diversos factores de riesgos asociados a infecciones de transmisión sexual y falta de circuncisión. El tratamiento quirúrgico como la penectomía total o parcial han logrado un adecuado control local, impactando en la calidad de vida.

MÉTODOS:

Se presenta caso clínico de masculino de 52 años, con antecedentes de inicio de vida sexual activa a los 16 años con múltiples parejas sexuales, sin uso de métodos de planificación familiar, tabaquismo positivo, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia de 10 años, Litiasis renal bilateral, Inicia su padecimiento hace 10 años con cambios de coloración a nivel de prepucio y lesión irregular sobrelevada en glande de 1x1 cm, la cual se extendió hasta cubrir todo el glande. Se palpan 2 ganglios inguinales en el lado izquierdo móviles.

RESULTADOS:

Laboratorios dentro de parámetros normales, estudios de extensión sin detectarse invasión a uretra, cuerpos cavernosos o esponjoso. Se toma biopsia de la lesión con resultado histopatológico de carcinoma epidermoide de células escamosas invasor, bien diferenciado, ulcerado, en estadio T1a N2 M0, EC3B, ECOG 0. IPSS 5 pts, IIFF-5 25 pts.

Se realiza penectomía parcial y glanduloplastia con colgajo uretral, donde se retiró aproximadamente 3 cm de pene, con la uretra espatulada se fija con material absorbible al prepucio, se documenta adecuada recuperación postquirúrgica y sin complicaciones, se cita paciente para retiro de sonda transuretral en 14 días. Se deja la linfadenectomía para un segundo tiempo quirúrgico.

CONCLUSIONES:

La glanduloplastia con colgajo uretral después de la penectomía parcial es una técnica poco comentada en la literatura y fácil de reproducir, con una rápida recuperación postquirúrgica, una morbi-mortalidad baja, con una estancia intrahospitalaria corta y lo más importante, adecuados resultados oncológicos. La glanduloplastia del colgajo uretral proporciona una reconstrucción adecuada del glande con buena vascularización y resultados cosméticos y funcionales aceptables para el paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PASO A PASO DE ABORDAJE PERINEAL PROGRESIVO EN LESION URETRAL SECUNDARIO A TRAUMA PELVICO EN NIÑO

Ramirez-Perez, EA⁽¹⁾; Armenta-Alvarez, H⁽²⁾; López-Alvarado, PD⁽¹⁾; Gonzalez-Ledon, FJ⁽³⁾

⁽¹⁾Urología Reconstructiva, "Centro de Uretra México" Hospital Angeles Mocol. CDMX, México. ⁽²⁾Urología, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. CDMX, México. ⁽³⁾Urología Pediátrica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez". CDMX, México.

INTRODUCCION: Las lesiones uretrales asociadas a trauma pélvico es un problema desafiante para el urólogo debido a la complejidad quirúrgica y a la tasa de recurrencia. Los resultados posteriores a la cirugía son determinados por factores como: longitud de la estenosis/obliteración, etiología y la ubicación.

MATERIAL Y METODOS: Paciente masculino de 6 años que sufrió trauma pélvico secundario accidente automovilístico, fue sometido a laparotomía Exploradora con hallazgos de drenaje de hematoma pélvico, reparación de cuello de la vejiga y realineamiento de uretra con colocación de sonda transuretral y cistostomía. A las 6 semanas postquirúrgicas se retiró sonda transuretral con posterior obliteración de la uretra.

A los 3 meses fue protocolizado por nuestro servicio con un uretrograma demostrado una obliteración de la uretra posterior, Uretroscopia con obliteración de uretra bulbomembranosa y cistoscopia por tracto suprapúbico con vejiga y cuello sin alteraciones, posterior a verum montanum presencia de obliteración.

Se realiza una uretroplastia anastomótica perineal en un solo tiempo con hallazgos de obliteración >2cm a nivel de uretra bulbomembranosa requiriendo liberación extensa de uretra sin embargo con anastomosis tensa por lo cual fue necesario pubectomía en línea media y disección de corpora izquierda para pasar por detrás uretra permitiendo realinear anastomosis y dejar libre de tensión. Se colocó sonda transuretral 8Fr y cistostomía de seguridad.

RESULTADOS: Sin complicaciones transquirúrgicas; A las 72 hrs de evolución sin complicaciones se egresa con cistostomía cerrada. Durante seguimiento con adecuada evolución por lo cual a la sexta semanas se retira sonda transuretral y a la 8va semana la herida presenta adecuada cicatrización sin evidencia de complicaciones, se realiza prueba miccional satisfactoria.

CONCLUSIONES: La uretroplastia anastomótica posterior a trauma pélvico es una cirugía desafiante que requiere de manos expertas y conocimientos en reconstrucción.

PALABRAS CLAVES: Trauma pélvico, Estenosis de Uretra, Plastia de Uretra.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Corrección de Fistula uretro-rectal con interposición de musculo gracilis post biopsia de próstata.

Tavares, P⁽¹⁾; Ovalle Díaz, J^(1, 2); Sobreiro Fernandes, A⁽³⁾; Timóteo de Oliveira, R⁽³⁾; Rosito, TE^(1, 2)

⁽¹⁾Urología Infantil Y Reconstructiva, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Programa de Pós-graduación en Ginecología y Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. ⁽³⁾Urología, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Introducción: La fistula uretro-rectal es una entidad poco frecuente. La causa más común es de origen iatrogénico. Posterior a prostatectomía radical, radioterapia, braquiterapia la incidencia que varía entre 0.1 – 3%. Con un único caso reportado posterior a biopsia transrectal de próstata. Generalmente es una complicación con gran afectación de la calidad de vida. El cierre espontaneo se presenta en la minoría de los casos y el manejo medico es poco efectivo. Las opciones quirúrgicas descritas son muy variadas, desde derivación intestinal y urinaria, corrección endoscópica, transperineal, trans anal, transabdominal, abdomino perineal o trans sacra. La elección se realiza de acuerdo con la complejidad del caso y experiencia del equipo tratante.

Materiales y métodos: Se presenta un caso clínico de fistula uretro-rectal posterior a biopsia de próstata a repetición. Con reapertura de fistula en caso de alta complejidad. Se presenta video con descripción de técnica quirúrgica de abordaje perineal con interposición de musculo gracilis paso a paso.

Resultados: paciente masculino de 74 años con múltiples comorbilidades, fistula recto perineal posterior a biopsia transrectal de próstata, con tres intervenciones quirúrgicas perineales previas. Reconsulta 10 años después con pielonefritis a repetición y evidencia de persistencia de fistula en exámenes complementarios. Se lleva manejo quirúrgico con abordaje perineal e interposición de musculo gracilis presentado paso a paso. Adecuada evolución post operatoria.

Conclusión: Fistula uretro-rectal es una complicación poco frecuente de procedimientos urológicos, especialmente de biopsia transrectal de próstata. En casos complejos el abordaje perineal con interposición de gracilis resulta una opción viable.

Palabras claves: fistula uretro-rectal, interposición de musculo gracilis, complicación biopsia prostática.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Fístula vesicovaginal, abordaje transperitoneal laparoscópico en paciente con doble sistema excretor

Marín Martínez, FM⁽¹⁾; Artes Artes, M⁽¹⁾; Bobadilla Romero, ER⁽¹⁾; García Porcel, V⁽¹⁾; Guzmán Martínez-Valls, PL⁽¹⁾; Sempere Gutiérrez, A⁽¹⁾; Jiménez Parra, JD⁽¹⁾; Oñate Celdrán, J⁽¹⁾; García Escudero, D⁽¹⁾; Andreu García, A⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Molina Hernández, O⁽¹⁾; Morga Egea, JP⁽¹⁾; Sánchez Rodríguez, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, España.

Introducción

Los principios de la reparación de la fístula vesicovaginal (FVV) abdominal, incluyen: una buena exposición del trayecto fistuloso, el cierre de la vejiga doble plano, el relleno retrógrado de la vejiga para garantizar un sellado hermético, un cierre sin tensión y un drenaje continuo de la vejiga postoperatoria. Los enfoques mínimamente invasivos, han demostrado tiempos quirúrgicos más cortos, pérdida de sangre disminuida, mejor visibilidad y tasas de curación similares sin mayores eventos adversos.

Materiales y método:

Presentamos el caso de una paciente, mujer de 45 años de edad con antecedente de histerectomía laparoscópica en septiembre de 2019, que presenta en el postoperatorio pérdidas involuntarias de orina a través de la vagina, por lo que remiten a consulta de urología.

UROTC: fístula vesicovaginal posterosuperior con paso de contraste de vejiga a vagina. Doble sistema excretor derecho completo.

Cistoscopia: orificio fistuloso < 0,5 cm en fondo vesical, áreas edematosas y dos meatos ureterales derechos.

Se presenta el vídeo de la reparación quirúrgica por vía laparoscópica transabdominal de fístula vesicovaginal + interposición de epiplón, en paciente con doble sistema excretor derecho.

Resultados: Tiempo quirúrgico 3 horas 30 minutos, pérdida hemática 300 ml, estancia hospitalaria 4 días, la paciente fue intervenida 4 días antes del envío del vídeo y ha presentado evolución satisfactoria.

Conclusiones: Desde que O'Connor describió por primera vez el abordaje abdominal abierto para la reparación de FVV en la década de 1950, las técnicas quirúrgicas han evolucionado. La cirugía mínimamente invasiva está aumentando su popularidad entre cirujanos, por los resultados que ofrece. En última instancia, el abordaje quirúrgico de la reparación de FVV depende de las características individuales del paciente, la fístula, de la preferencia y experiencia del cirujano.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria, fístula, laparoscopia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

REPARACIÓN ROBÓTICA DE FISTULA VESICO VAGINAL

Pacheco Sacoto, ME⁽¹⁾; Banda Martinez, E⁽¹⁾; Coronel Godoy, X⁽¹⁾; Suarez, S⁽¹⁾; Cornejo, F⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

La fístula vesicovaginal (FVV) es una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina, causado posterior a injurias obstétricas, radioterapia pélvica y en el caso presentado, histerectomía abdominal. La caracterización es la incontinencia persistente. El examen vaginal digital y la cistoscopia permiten evaluar características y relaciones anatómicas. La tomografía contrastada permite descartar una segunda fístula ureterovaginal.

Se recomienda esperar de 3 a 6 meses antes de la reparación, permitiendo disminuir la reacción inflamatoria del tejido. El primer intento de reparación suele lograr mayor éxito. El abordaje quirúrgico depende de factores, como el tamaño, número y ubicación de las fístulas; historia de reparación; y concomitante patológico.

MATERIAL Y METODOS

Paciente femenina de 48 años, quien luego de histerectomía abdominal por miomatosis uterina, presenta dos semanas después de la cirugía, incontinencia urinaria permanente, acude a valoración urológica donde se indica sonda vesical por el lapso de cuatro meses. Inicialmente al procedimiento realizamos cistoscopia más colocación de catéter ureteral de forma bialteral. Se confirmó un orificio fistuloso retrotrigonal de 1,5 cm de diámetro hacia el lado izquierdo de la vejiga. La paciente fue sometida a reparación de la fistula mediante laparoscopia asistida por robot (DaVinci Si) abordaje transperitoneal transvesical con interposición de colgajo de epiplon, sangrado mínimo.

RESULTADOS

Evolución sin complicación. El tiempo operatorio fue de 150 min, se retiró el drenaje a las 48 horas, retiro de sonda a las 3 semanas previo control cistográfico. Presentó hiperactividad vesical misma que se manejó mediante anticolinérgicos. A los 6 meses de seguimiento la paciente se encuentra orinando de manera normal y al momento sin pérdida de orina.

CONCLUSIÓN

El mejor abordaje quirúrgico depende de factores inherente a cada paciente y experiencia del cirujano. La cirugía laparoscópica asistida por robot ha producido excelentes resultados como modalidad principal de tratamiento. La calidad de la disección y sutura asociada con drenaje eficiente de orina, son elementos clave del éxito de la técnica. La reparación de FVV, utilizando un enfoque transvesical asistido por robot, puede ser segura, menos invasiva y tener un resultado efectivo.

PALABRAS CLAVE: fístula, laparoscopia, robótica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Índice de autores

Abud Perez, Maritza:.....	O-07
Acevedo-García, Christian:.....	O-63
Acuña Madrid, Jose I.:.....	O-27
Afiler Rospigliosi, Manuel Percy:.....	O-31
Afonso Teixeira, Thiago:.....	P-14
Agrawal, Sumit:.....	O-59
Aguirre, Juan Pablo:.....	P-31
Aitken, Catalina:.....	O-03, O-05, O-13, O-50
Alarcon, Gustavo:.....	P-09, P-12, P-53
Alarcon, Júlia:.....	P-09, P-53
Alarcon, Luis:.....	V-22
Alcazar Almeida, Javier:.....	O-65, P-27
Aliaga, Alfredo:.....	O-03, O-05, O-13, O-50, V-05
Almeida Carrera, Roberto Javier:.....	O-18
Álvarez-Maldonado, Pablo:.....	O-63
Alvarez-Restrepo, Juan Camilo:.....	O-66
Alvarez, Patricio:.....	V-10
Ameri, Carlos:.....	O-01, O-14, O-37, O-45, O-53, P-32, V-23, V-27
Andrade, Caio:.....	P-09, P-53
Andrade, Enrico:.....	P-09, P-12, P-53
André, André Sobreiro Fernandes:.....	O-30
Andreu Garcia, Angel:.....	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, V-33
Arancibia, Javier:.....	O-65, P-27
Arauz Pérez, Efrén:.....	V-28
Armenta-Alvarez, Hirepan:.....	O-67, V-31
Arrambide-Herrera, José Gustavo:.....	P-11
Artés Artés, Miriam:.....	O-02, O-25, O-33, O-43, O-47, O-61, P-07, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, P-66, V-33
Avila Morinigo, Pedro Emilio:.....	P-16
Ayala Lima, Juan Carlos:.....	O-65
Aybar Galdos, Johan:.....	O-58, P-40
Azuri, Wadi:.....	V-25
Ballena Castillo, Jorge:.....	O-20
Ballesty, Pedro:.....	V-10
Banda Martínez, Eduardo Alonso:.....	O-18
Banda Martinez, Eduardo:.....	V-34
Banda, Eduardo:.....	O-06
Baptista Caldas, Maria Fernanda:.....	O-51
Barberan Véliz, Douglas Stalyn:.....	O-35
Barberán Véliz, Douglas:.....	O-10, O-32, P-21, V-04, V-06, V-28
Barco, Catalina:.....	O-36
Barragán Barragán, William Napoléon:.....	P-44, V-19
Barragán, William:.....	P-08
barreto, paulo:.....	O-40
Bastarrachea Solis, Michel Alfredo:.....	P-10, P-28, P-39, V-30
Basulto Martinez, Mario Arturo:.....	P-05, P-19
Basulto Martinez, Mario José:.....	P-10, P-39
Battiston, Santiago:.....	V-10
Becker, Pedro:.....	V-12
Beltran Sanchez, Mayra:.....	O-35
Berdeguer, Adrián:.....	O-29, V-07, V-26, V-29
Bermúdez Demera, Fabricio Arturo:.....	O-55

Bernardo, Norberto:	V-10
Betancourt Sevilla, Marco Dario:	O-52, V-19
Bianucci, Matías Ezequiel:	V-23
Birckholz da Silva, Giovanna:	O-21
Birkner de Miguel, Santiago:	V-23
Bizário, João:	P-09, P-53
Blas, Leandro:	O-01, O-37, O-45, O-53
Bobadilla Romero, Emny Rochell:	O-25, O-33, O-43, O-61, P-07, P-17, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, P-66
Bobadilla Romero, Emny Rochelle:	O-02, O-47, V-33
Bobadilla Romero,, Emny Rochell:	P-29
Bolio Ku, Raúl Emilio:	P-39, V-30
Bonanno, Nicolás:	O-01, O-14, O-37, O-53, V-27
Bozzini, Giorgio:	V-16
braga, daniel:	O-40
Bravo - Balado, Alejandra:	O-36
Bravo, Juan Cristóbal:	O-49, P-38
Brenny Filho, Thadeu:	O-21, O-51
Briceño, José:	P-52
brito, bruno:	O-40
Bruna, Flavia:	O-70
Brunetto Neto, Antonio:	O-21, O-51
Bujaldón, Juan Manuel:	O-45, P-32
Bulacio Velazco, Alejandro:	O-64
Butori, Sofía:	O-45, P-32
Cabral, Carlos:	V-10
Cabrera-Mora, Norma Alejandra:	O-63
Cabrera-Mora, Norma-Alejandra:	O-41
Cadillo-Chávez, Ronald:	O-15, V-01, V-03
Calderon, Clever:	O-65, P-27
Calmon, Marília:	P-15
Camacho Jiménez, Luis:	P-50
Camargo Labegalini, André Luiz:	O-21
Cambronero Santos, Javier:	O-24, P-46
Camean, Juan:	V-25
Campos-Márquez, Guillermo Patricio:	O-67
Canedo Patzi, Marcela:	P-64
Capera-López, Cesar:	O-66
capila, diego:	O-40
Carballo Magdaleno, Alfredo Alfonso:	P-10
Carón, Rubén:	O-70
Carrero López, Victor Manuel:	O-24, P-46
Carrión Correa, Walter:	P-21
Castañeda-Millán, David:	O-56, O-66
Castellanos Hernández, Hibert:	P-36
Castillo Leon, Jhon Paul:	O-38, P-23
Castillo Leon, Jhon:	V-04
Castillo Rodríguez, Mariano:	P-03
Centurion, Jorge:	P-16
Cespedes Valencia, Karen:	O-65, P-27, P-27
Chan, Chi-Kwok:	V-11
Chávez Ramos, David:	P-26, P-64
Chemi, Joaquin:	V-25
Chi-Hang, Yee:	O-44, V-11

Chi-Kwok, Chan:	O-44
Cisneros, Esteban:.....	V-13
Cisneros, Franklin:.....	P-60
Colicigno, Mauricio:	V-10
Contreras, Pablo:....., O-37	
Cordiés Jackson, Emilio:	P-03
Cornejo, Francisco:.....	V-34
Corona-Montes, Víctor Enrique:.....	O-11
Coronel Godoy, Xavier:	V-34
Cortés-Páez, David Augusto:.....	O-56
Cortés-Paéz, David:	O-66
Cosentino-Bellote, Mateus:	O-59
Costa, Guilherme Augusto Olly de Souza:.....	P-30, P-33
Cruz Nuricumbo, Eduardo:.....	V-30
Cuentas Jara, Mariano:	O-20
Cueto vega, Guillermo José:.....	P-10, P-39, V-30
Cuevas Almando, Gabriel Augusto:.....	P-16
da Silva, Gabriele:.....	O-71, O-72
Dalvit Serio, Marcos Alejandro:	P-58
Dalvit, Marcos:	V-14
Damião, Soraia:.....	P-09, P-12, P-53
Daruich, Mauricio:.....	V-02
de Aguiar Andrade, Gustavo:	P-14
De Antuñano-Ruíz, Jeffrey Federico:	O-63
de la Concepción Gómez, Octavio:	P-01
De La Rocha, Ramiro:	P-26
De los Santos-González, Juan Antonio:.....	O-41
De Oliveira, Leonardo:	P-31
del Toro Figueredo, Yosbany:	O-09, O-28
Delfino, José Carlos:	P-30, P-33
Dominguez Argomedo, Raimundo:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
Dominguez C., Javier:	O-68
Dominguez Vanegas, Alfredo:.....	O-38, V-28
dominguez, Raimundo:	O-17
Donoso Vasquez, Rafael:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
donoso, rafael:	O-17
Doria-Lozano, Mario Iván:.....	O-11
Duarte Arzuaga, Yoeli Antonio:.....	P-47
Duran Garcia, Luis:	O-16, O-27
Duran Hernández, Gustavo Adolfo:	O-08
durán, luis:	O-17
Echevarría-Méndez, Jerry:	O-15, V-03
Egas Romero, Walter:	O-32
Emanuel, Emanuel Burck:	O-30
Equihua Sánchez, Miguel:	P-28
Escobar, Daniela:.....	O-05, O-13
Escovar, Paul:	O-60
Escudero Garcia, Damian:	P-45
Espinosa Aznar, José Enrique:.....	O-59, P-10
Espinosa-Aznar, José Enrique:.....	O-67
Esqueda Mendoza, Antonio:.....	P-05, P-10, P-39, V-30
Esquivel-López, Cristian:	P-42
Estrugo Benado, Andres:.....	O-16
Facio Jr, Fernando Nestor:	P-15
Falcioni, Maximiliano:	O-73
Faralle Antezana, Juan Eugenio:	O-57, O-64

Farias Possamai, Alexandre:	O-21
Feltes Ochoa, Javier Amalio:	O-24, P-46
Fernando Neumaier, Mark:.....	O-21, O-51, O-71, O-72
Ferrando, Matías:.....	O-70
Ferreiro Olvera, Francisco Daniel:.....	V-30
Figueredo Muñoz, Juan Mnauel:	O-31
Filho, Andrey:	P-25
Flores Berrios, Iber Felix:.....	P-64
Flores Tapia, Juan Pablo:.....	P-05, P-10, P-39, V-30
Flores-García, Luis Raymundo:.....	O-63, O-67
Flores, Isidora:.....	O-60, V-20
Foiatto, Julio Cesar:	O-21, O-51
Forero-Muñoz, Jorge:.....	O-56, O-66
Frascheri, María Florencia:.....	O-01, O-14, O-37, V-27
Fretes Corrales, Luis Enrique:.....	P-59
Frias, Nicolas Eduardo:.....	O-57
Fuentealba Sudy, Cynthia:	O-27
Galland Novelo, Mario Eduardo:.....	P-41
Gallegos M., Héctor:	O-68
Gallegos, Carlos Andrés:	O-69
Gallegos, Héctor:.....	O-49, V-12
Gallegos, Ivan:	V-09
García Alba, Diego:.....	P-49
García Carrillo, Roberto Alejandro:.....	O-08
García Escudero, Damián:	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-54, P-56, P-61, V-33
García García, Adolfo:	O-28
García Giner, Belén:	O-53
García Gonzalez, Carlos Augusto:	O-21, O-51
García Larrain, Vicente:.....	O-07
García Morales, Isabel:.....	O-28
García Porcel, Victor Javier:	O-33, O-43, P-07, P-17, P-29, P-35, P-54, P-56, P-61
García Porcel, Victor:	O-02, O-25, O-47, O-61, P-45, P-66, V-33
García-Perdomo, Herney:	O-66
Garcia, Berthran:.....	P-06
Garcia, Carlos:	P-63
García, Francisco:	P-20
García, Luis Ignacio:	O-57, O-64
Gauto Villalba, Hugo Gerardo:	P-04, P-48
Gentili, Georgina:	O-73
Gimenez López, Gustavo Roberto:.....	P-48
Gómez-Castro, Stephani:	O-66
Gómez, Álvaro:.....	V-20
González Bonilla, Eduardo:	O-08
Gonzalez Camacho, Jofre:	O-10, O-38, V-06
González De la Vega G., Javier:	O-68
González León, Tania:	O-09, O-12, O-28, P-01, P-03, P-47
González Miltos, Marcelo:	P-04, P-13, P-59
González-Bonilla, Eduardo Alberto:	O-11, O-67
Gonzalez-Ledon, Fernando José:	V-31
González, Agustín:.....	V-14
Gonzalez, Diego:.....	O-60, V-20
Gonzalez, Gabriel Agustin:	P-58
Gonzalez, Javier:.....	O-49
Gonzalez, Martin:.....	P-63
González, Victoria:	P-31

Granda Gonzalez, David Francisco:.....	O-52
Granda González, David:.....	P-50
Guachetá-Bomba, Marcela:.....	O-66
Guachetá-Bomba, Pedro:.....	O-66
Guerra-Gómez, Lauro Salvador:.....	P-11
Guerrero Jaime, Laura Paulina:.....	P-19
Guillermo Herrera, Jorge Carlos:.....	P-10
Gutierrez Gutierrez, Edgar:.....	O-65, P-27
Guzmán García, Fernando Enrique:.....	O-46
Guzman Garcia, Fernando:.....	P-49
Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luís:.....	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-35, P-54, P-56, P-61, V-33
Guzman Martinez-Valls, Pablo:.....	P-45
Guzmán Martínez-Valls,, Pablo Luís:.....	P-29
Guzman, Fernando:.....	P-22, P-63
Hallak, Jorge:.....	P-14
Hassi Roman, Mario:.....	O-16
hassi, Mario:.....	O-17
Hernández Campoalegre, Michel:.....	P-47
Hernández León, Omar:.....	P-02
Hernández-Farias, Miguel Ángel:.....	O-63
Hernández-Hernández, Raymundo Armando:.....	O-41, O-63
Hernando, Rios Pita:.....	O-53
Hidalgo Montañó, Víctor Leonardo:.....	P-34
Hidalgo Torres, María de los Ángeles:.....	P-34
Hidalgo, Carlos:.....	P-60
Hidalgo, Juan Pablo:.....	V-17
Hon-Ming, Wong:.....	O-44
Hou, Simin S.M.:.....	V-11
Ibañez C., Carolina:.....	O-68
Ibáñez Holmgren, Helga:.....	O-07, O-16
Iglesias, Fernando:.....	V-25
Ildarraz, José María:.....	O-64
Isasi Almirón, Victorino:.....	P-48
Jaspersen Gastélum, Jorge:.....	O-08
Jaspersen-Gastélum, Jorge:.....	O-11, O-41, O-63, O-67
Jasso Guerrero, Gabriela:.....	P-36
Jaunarena, Jorge:.....	V-25
Jáuregui-Ilabaca, Luis Eduardo:.....	O-67
Jiménez Cisneros, Eduardo:.....	O-08
Jiménez Lopez, José David:.....	O-02
Jimenez Parra, José David:.....	O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, V-33
Jiménez-Cisneros, Eduardo:.....	O-11
Johanna, Johanna Ovalle Diaz:.....	O-30
Juan Carlos, Roman:.....	O-50
Junior, Joaquim Martins Canaan:.....	P-33
K.F. Chiu, Peter:.....	O-44, V-11
Kabre, Boukary:.....	O-59
Kerkebe Lama, Marcelo:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
kerkebe, lama:.....	O-17
Kim Hsieh, Mariana:.....	P-14
Knabben Magri, Alan:.....	O-21, O-51
Labegalini, André:.....	O-51
Labrada Rodríguez, María Victoria:.....	P-03
Lara Moscoloni, Luis Felipe:.....	O-42
Ledezma, Rodrigo:.....	V-09, V-16, V-17, V-18

Leite, Isac Cesar Roldão:	P-33
Lema Ríos, Byron Marcelo:	O-18
Lemus Bedoya, Diego Andrés:	P-24
Leonardo, Leonardo Infanti Dini:	O-30
Lira Moreno, Gonzalo:	P-36, P-37
Longo, Emilio Miguel:.....	O-42
Lopes Iori, Ivan:	P-14
López Méndez, Emmanuel:.....	P-41
Lopez Romero, Fredy Efrain:.....	P-58
Lopez Silva, Maximiliano:.....	V-10
Lopez Testa, Cecilia:	O-64
López-Alvarado, Porfirio Damian:	V-31
López-Huertas, Hector:	O-15, V-01
Lopez, Daniel:.....	V-22
López, Raúl Enrique:.....	O-57
Lozada Chavez, Juan:	O-35
Lozano, Carlo:.....	O-69
Luzuriaga Graf, Julio:.....	O-10, O-32, O-35, O-38, P-21, V-04, V-06, V-28
Magaña-González, Jorge Esteban:	O-67
Maldonado Ávila, Miguel:.....	O-08
Maldonado-Ávila, Miguel:.....	O-11
Manzaba Mendoza, Edgar Roberto:	P-24
Marchetti, Pablo:	V-17, V-18
Marchioni, Andrea:	O-53
Marín Martínez, Florencio Manuel:.....	O-02, O-33, O-43, O-47, P-07, P-35, P-54, P-56, P-61, P-66, V-33
Marín Martínez, Florencio:	O-25, O-61, P-17, P-45
Marín Martínez,, Florencio Manuel:.....	P-29
Mario Guzman, Cristian:	V-24
Marotto, Márcia:.....	P-12
Martínez Cáceres, Pedro:.....	P-04
Martínez Calderón, Maryangel Nickol:	O-55
Martinez Dominguez, Arsenio Gabriel:.....	P-13
Martinez Galeano, Alvaro Gabriel:.....	P-16
Massouh, Ragheb:.....	O-60, V-20
Matos de Oliveira, André:	O-21, O-51, O-71, O-72
Maureira, Mauricio:	V-16
Medina, José:	P-52
Medina, Martin:	O-29, V-07, V-26
Melo Murcia, Cristian Ricardo:	O-46, P-49
Menchaca Cruzat, Rodrigo:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
menchaca, rodrigo:	O-17
Mercado, Alejandro:	V-17
Mercantete Martínez, Amarilys:.....	P-03
Mestrinho, Bruno Vilalva:	P-30, P-33
Mestrinho, Bruno:.....	P-06, P-25
Mestrinho, Vitória:.....	P-06, P-25
Mey, Lucas Julian:	V-23
Meyer, Fernando:	O-21, O-51, O-71, O-72
Michell Ramirez, Juan Manuel:.....	P-19
Milani, Giovanna:	P-14
Mino, Paola:	P-22, P-63
Miño Escobar, Paola:.....	O-46
Miranda, Saulo:	P-09, P-12, P-53
Molina Hernández, Olimpia:	O-02, O-25, O-33, O-43, O-47, O-61, P-07, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, P-66, V-33
Molina Herrera, Mayra Consuelo:	V-19

Montaño Chavez, Walter Gustavo:.....	O-62
Montaño-Roca, Benjamín:.....	O-67
Monzón Falconi, Juan Francisco:	P-10, P-39, V-30
Moreira, Erick:.....	P-52, P-62, P-65
Moreira, Sasha:.....	P-62, P-65
Moreira, Shounny:	P-62, P-65
Morga Egea, Juan Pedro:	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, V-33, V-33
Morga Egea, Juan:.....	P-29
Morinigo Montiel, Adolfo:	P-16
Nagle Spessoto, Ana Clara:	P-15
Narvaez Fuentes, Paulette:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
Narvaez, Maximiliano:	V-17
narvaez, paulette:	O-17
Nascimento, Mariana:.....	P-06, P-25
Nathália, Nathália Ribeiro Lobato:.....	O-30
Navarrete-Heredia, David:	P-42
Navarro C., Renato:.....	O-68
Navarro, Jimena:.....	O-57, O-64
Navas, Laidy:	P-52
Ng, Chi-Fai:	O-44, V-11
Núñez Migliorisi, Rodrigo Jesús:	P-04, P-13, P-48
Ocaña-Munguía, Marco Alberto:	P-11
Ochoa Gibert, Yarumi:.....	O-09
Ojeda Perez, Jorge Eduardo de Jesús:.....	P-28
Olandoski, Márcia:	O-21, O-51, O-71, O-72
Oliva, Josefina:	V-26
Olivares Cortes, Valentina:.....	O-07, O-27
Olive Gómez, Juan Eduardo:	O-09, O-12
Olivé González, Juan Bautista:	O-12, P-47
Oliveira, Mauro:	P-12
Olmedo, Tomas:.....	V-09, V-16, V-17, V-18
Onate Celdran, Julian:.....	O-61, P-45
Oneto Bonzi, Luis Jesus:.....	P-48, P-51
Oñate Celdrán, Julian:.....	O-02, O-25, O-33, O-47, P-17, P-29, P-35, P-54, P-56, P-61, V-33
Orell, Juan Pablo:	O-57, O-64
Orellana Salinas, Nelson:.....	O-07, O-16
Orellana Sepulveda, Sebastian:.....	O-16
orellana, nelson:.....	O-17
orellana, sebastian:	O-17, V-05, V-22
Ortega Barros, Raul:.....	O-10
Ortega Galvez, Raul:.....	V-04
Ortega Vega, Eliécer:.....	O-09
Ortiz Herrera, Marco Antonio:.....	P-18, P-18
Ortiz Pinos, Oscar Damian:	O-38, P-23
Ortiz Pinos, Oscar:.....	P-21
Ortiz Verdezoto, Gabriela:	P-50
Osorio Garcia, Miguel Alejandro:.....	P-41
Oswaldo Patricio, Valdebenito Mendez:.....	P-13, P-59
Ovalle Díaz, Johanna:	V-32
Pacheco Sacoto, Marco Efraín:	V-34
Pacheco, Marco:.....	O-54, P-55, P-60
Paesano, Nahuel:	O-73
Pariz, Juliana:.....	P-14
Pascual Mateo, Carlos:.....	O-24
Patric, Patric Machado Tavares:	O-30

Paz Cabrera, Luz Gloria:	P-26, P-64
Perez Carrasco, Jimmy:	O-20
Pérez Garfias, Fernando:.....	P-05, P-19, P-41
Pérez Gonzalez, Sonia:	O-24, P-46
Pico Montalvan, Gustavo:.....	O-34
Pinilla, Isaac:.....	O-60, V-20
Pinto, Ulises:.....	P-62, P-65
Pistone Creydt, Virginia:.....	O-70
Poveda Hidalgo, Carlos Iván:.....	P-24
Presentado Lopez, Diego Rafael:	P-13, P-51
Punin Larrea, Roberto:.....	V-08, V-21
Punin Neira, Ariana:	V-08, V-21
Punin Neira, Roberto:	V-08, V-21
Quaglia, Simone:	P-12
Quintana Rodríguez, Maykel:.....	O-09, O-12, O-28, P-47
Quispe Salcedo, Elvis:.....	O-20
Rafaela, Rafaela Girardi Duarte:	O-30
Rahal, Paula:.....	P-15
Ramírez Beltrán, Adrián André:	O-11
Ramirez-Perez, Erick Alejandro:.....	V-31
Ramírez, Veronica:	P-08
Recalde Ortiz, Julio Cesar:.....	P-13
Redivo Ströher, Gabriela:.....	O-71, O-72
Renan, Renan Timóteo de Oliveira:	O-30
Rendon Joniaux, Marcos:.....	O-32, V-06
Reyes Arencibia, Raydel:.....	P-01
Reyes Mazzini, Román:	O-34
Reyes Sanchez, Eduardo:	O-16
Reyes, Diego:.....	O-03, O-05, O-50
reyes, eduardo:	O-17
Rico-Frontana, Eloy:	O-63, O-67
Rico, Luis:	V-23
Ringa, Maximiliano:.....	O-01, O-14, O-45, O-53, P-32, V-23, V-27
Rios Pita, Hernando:.....	O-01, O-14, O-45, P-32, V-27
Rios, Edwybell:	P-52, P-62, P-65
Riveros Aguilar, Manuel:.....	O-31
Robledo, Daniela:.....	O-36
Robles Daza, Luis German:.....	O-65, P-27
Robles Torres, José Ivan:.....	O-59
Robles-Torres, José Iván:	P-11
Rodas Galvan, Carlos David:.....	P-13
Rodríguez Aroca, Juan Carlos:.....	O-55
Rodriguez Cárdenas, Rolando:	O-20
Rodríguez Gómez, Yalaisy:	P-03
Rodríguez Prieto, Magela:.....	O-09
Rodríguez-Piraquive, Sebastian:	O-66
Rodríguez-Sánchez, Yunuen:.....	O-63, O-67
Rodríguez-Valle, Edson David:	O-41, O-63
Rodriguez, Daiana:	P-31
Rojas B., Felipe:	O-68
Rojas Crespo, Jose:.....	O-07, O-16, O-27, V-24
Rojas Fiel, Isied:.....	P-01
Rojas R., Pablo:.....	O-68
Rojas Ruz, Pablo:	O-49, P-38, V-12
Rojas, Felipe:	O-49
rojas, jose:	O-17

Rojas, Matías:.....	V-20
Román, Juan Carlos:.....	O-03, O-05, O-13
Romeo, Leonardo Rafael:.....	O-29, O-70, V-02, V-07, V-26, V-29
Romeo, Raúl:.....	O-70, V-07, V-26, V-29
Romero Barriuso, Gonzalo:.....	P-46
Romero-Coronel, Manuel:.....	P-42
Romero-Mata, Rodrigo:.....	P-11
Romero, Fredy Efraín:.....	V-14
Rosas Nava, Jesús Emmanuel:.....	O-08
Rosas-Nava, Jesús Emmanuel:.....	O-11, O-41, O-63, O-67
Rosito, Tiago E:.....	V-32
Rubini Rocha, Cecília:.....	O-51
Sá, daniel:.....	O-40
Saez, Nicolás:.....	V-09
Salas-García, Andrés:.....	O-67
Salazar Arenas, Miguel Ángel:.....	O-58, P-40
Salazar Burbano, Iván Norberto:.....	O-39, O-39
Samaniego Morinigo, Aldo Alejandro:.....	P-16
San Francisco R., Ignacio:.....	O-68
San Francisco, Ignacio:.....	O-49, P-38, V-12
Sánchez Heernández, Ena Cecilia:.....	O-12
Sánchez Hernández, Ena Cecilia:.....	O-28
Sanchez Nuñez, Juan Eduardo:.....	O-08, O-59
Sánchez Rodríguez, Carlos:.....	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-61, V-33
Sanchez Rodríguez, Damian:.....	P-56
Sánchez Tamaki, Roberto:.....	O-09, O-12, O-28, P-01, P-47
Sánchez-Núñez, Juan Eduardo:.....	O-11, O-41, O-63, O-67
Sanguinetti, Horacio:.....	V-10
Santander, Jessica:.....	O-36
Santarelli, Maximiliano:.....	O-42
Santomil, Fernando:.....	O-73, P-58, V-14
Segebre, Jorge:.....	O-13, V-05
Sempere Gutierrez, Andres:.....	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61, V-33
Sepúlveda C., Francisca:.....	O-68
Sepúlveda, Francisca:.....	V-12
Serrano Acevedo, Adolfo:.....	O-36
Serrano Olmedo, Stefanía del Cisne:.....	P-02, P-36, P-37
Serrano-Brambila, Eduardo Alonso:.....	O-63
Sierra Rangel, Arturo:.....	P-02
Sm. Hou, Simon:.....	O-44
Sobreiro Fernandes, André:.....	V-32
Soto Pinto, Edwin Marcelo:.....	O-52
Soto, Sebastian:.....	O-03, O-05, O-13, O-50
Spessoto, Luis Cesar:.....	P-15
Storme, Oscar:.....	V-16, V-18
Suarez, Saskia:.....	O-06, V-34
Tam, Ho-Man:.....	O-44, V-11
Tanidir, Yiloren:.....	O-59
Tapia, Diana:.....	V-08, V-21
Tarot Chocooj, Cecil PAul:.....	O-59
Tavares, Patric:.....	V-32
Tellez Sánchez, Mario:.....	O-08
Téllez-Sánchez, Mario:.....	O-11
Terrazas, Jose:.....	O-65, P-27

Testa Sklofsky, Itzhak:	O-07, O-16, O-27, V-24
testa, Itzhak:.....	O-17
Tiago, Tiago Elias Rosito:.....	O-30
Timóteo de Oliveira, Renan:	V-32
Tituaña, Felipe:.....	P-08, P-20
Toapanta Pinta, Leslie Katherine:	P-44
Torres, Bárbara:	O-03, O-05, O-13, O-50
Traipe, Reinaldo:	V-22
Trucco B., Cristián:	O-68
Trujillo Santamaría, Hegel:.....	O-44, O-59, V-11
Trujillo, Andrea:.....	P-55
Trujillo, Carlos Gustavo:	O-36
Uría Soruco, Luis Alfonso:	P-26, P-64
Urresti, Alejandro:.....	V-14
Urrutia, Cristian:.....	O-03, O-05, O-13, O-50
Valarezo Noblecilla, Rodrigo:	O-34
Valdebenito Mendez, Osvaldo Patricio:.....	P-04, P-48, P-51
Valdelvira Nadal, Pedro:	O-02, O-25, O-33, O-47, O-61, P-17, P-29, P-35, P-45, P-54, P-56, P-61
Valdevenito, Raul:	V-17
Vallejo Mera, Hugo Jesus:	P-24
Valverde Acurio, Eduardo:	P-50
Valverde, Eduardo:.....	O-06
Vazquez Lavista, Luis Gabriel:	O-59
Vega, Andres:	O-03, O-05, O-13, O-50
Vela Guillen, Jose Luis:	O-65, P-27
Velarde Ponce, Luis:	O-20
Venegas, Juan Andrés:	O-69
Vera Nuñez, Blas Marcelo:.....	P-04, P-13, P-48
Vera Veliz, Alvaro:	O-07, O-16, O-27, V-24
Vera Villalba, Blas Marcelo:	P-59
vera, alvaro:	O-17
Vilches, Roberto:	O-03, O-05, O-13, O-50, V-05
Villacis, Carlos:	P-52
Villalba López, Carlos Ramón:	P-04, P-13, P-59
Villalta Vargas, Jaime Cesar:	P-27
Villarejo, Nestor:	P-22
Villaronga, Alberto:	V-25
Villegas Rojas, Angel Andrés:	P-24
Villoldo, Gustavo:	V-25
Vilo, Francisco:	V-22
Vineet, Gahuar:	O-59
Virgen-Gutiérrez, José Francisco:.....	O-63
Vitagliano, Gonzalo:	O-01, O-14, O-45, O-53, P-32, V-23, V-27
Walton-Diaz, Annerleim:.....	O-50
Walton, Annerleim:.....	O-03, O-05
Warick Facio, Maria Fernanda:	P-15
Welti, Roberto:.....	O-29
Wong, Hon-Ming:.....	V-11
Wroclaswski, Marcelo Langer:	O-59
Yuen-Chun Teoh, Jeremy:	O-44, O-59, V-11
Zambrano, Norman:.....	V-20
Zarate, Jason:	V-13
Zavalaga Cardenas, Jesus:	O-20, O-31
Zuluaga, Laura:.....	O-36
Zúñiga A., Álvaro:	O-68

Zuñiga Gallardo, Alex:V-24
Zúñiga, Alex:.....V-20
Zúñiga, Álvaro:O-49, P-38, V-12

