



44° CONGRESO DE LA
CONFEDERACIÓN AMERICANA DE
UROLOGÍA (CAU)



18° CONGRESO NACIONAL DE LA
SOCIEDAD PANAMEÑA DE
UROLOGÍA (SPU)



30° CONGRESO DE LA SOCIEDAD
IBEROAMERICANA DE UROLOGÍA
PEDIÁTRICA (SIUP)

Libro de Resúmenes

Aplicación Intracavernosa de células madre en disfunción eréctil: Un Ensayo Aleatorizado Doble ciego.

Vega Tepos, IE⁽¹⁾; Osorio, J⁽²⁾; Charles, S⁽³⁾

⁽¹⁾Urología/Andrología, Corporativo de Hospitales, Córdoba, México. Córdoba, Veracruz, México. ⁽²⁾Medicina Regenerativa, REGENERAGE Elite Clinic. Ciudad de México, México. ⁽³⁾Medicina regenerativa, Buckeye Physical Medicine & Rehab. Ohio, Estados Unidos.

ANTECEDENTES: La disfunción eréctil afecta a 322 millones de hombres a nivel mundial, siendo la diabetes un factor de riesgo. La terapia con células madre ofrece un potencial regenerativo, pero existen datos limitados de ensayos clínicos en humanos. Los andamios celulares basados en albúmina podrían mejorar la eficacia terapéutica.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad y eficacia de células madre mesenquimales derivadas de la gelatina de Wharton inyectadas por vía intracavernosa, en pacientes con disfunción eréctil.

MÉTODOS: Se realizó un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en dos etapas:

Etapas 1 (n=18): se dividieron 3 grupos con: placebo (solución salina), células madre (125×10^6 células) y células madre+andamio celular de albúmina. Las inyecciones se dirigieron al cuerpo cavernoso izquierdo.

Etapas 2 (n=7): Los pacientes que no respondieron a la etapa 1 del tratamiento y decidieron seguir participando en el protocolo (n=6) se aplicó una dosis de células madre + un paciente con (325×10^6 MSC con andamio de albúmina)

RESULTADOS: se evaluó el (IIEF-5) y parámetros Doppler penéneo al inicio y a los 6 meses. un paciente optó por la colocación de prótesis penénea por disminución progresiva del efecto clínico, realizándole una biopsia de cuerpos cavernosos, evidenciando la neovascularización y regeneración del tejido cavernoso.

· **Etapas 1:** El grupo células madre + andamio con albúmina mostró mejoría significativa en IIEF-5 ($p^*=0.0259$) y flujo sanguíneo cavernoso mejorado ($p^*=0.0107$). No hubo cambios significativos en el grupo placebo ($p=0.356$) ni en el grupo de solo células madre ($p=0.07$).

· **Etapas 2:** El 78% (5/6) de los pacientes del estudio crossover alcanzaron una mejoría significativa en IIEF-5 ($p^*=0.04$).

· **Seguridad:** No ocurrieron eventos adversos graves.

CONCLUSIONES: La terapia con células madre más andamio celular con albúmina obtuvo una mejora clínica significativamente sobre la función eréctil y los parámetros de ultrasonido Doppler de cuerpos cavernosos. La angiogénesis localizada en los sitios de inyección sugiere que la administración multifocal podría optimizar los resultados. Estos resultados respaldan a los andamios de albúmina como una estrategia prometedora para la urología regenerativa, justificando ensayos de fase III para estandarizar protocolos y evaluar la durabilidad a largo plazo.

PARAMETROS EVALUADOS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Resultados anatómicos y funcionales en corrección quirúrgica de Enfermedad de Peyronie

Filgueira, G⁽¹⁾; Soldano, JM⁽¹⁾; Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾

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

Introducción:

La enfermedad de Peyronie es una condición fibroproliferativa del pene que provoca curvatura, disfunción eréctil y dolor durante el coito, afectando la calidad de vida del paciente y su pareja. En casos estables con deformidades significativas, la corrección quirúrgica es el tratamiento de elección. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados anatómicos y funcionales de la corrección quirúrgica en pacientes con enfermedad de Peyronie en fase estable, así como el seguimiento clínico postoperatorio y la fecha del último control individual.

Materiales y métodos:

Se analizaron 36 pacientes con enfermedad de Peyronie en fase estable sometidos a corrección quirúrgica. Preoperatoriamente se evaluaron: tipo y grado de curvatura, función eréctil (IIEF-5), dolor durante el coito, capacidad de penetración y presencia de dolor en la pareja. En el seguimiento se analizaron: corrección de la curvatura, calidad de las erecciones, penetración, dolor persistente o nuevo, alteraciones en la sensibilidad del glande, reevaluación del IIEF-5 y necesidad de tratamiento para disfunción eréctil. Se documentó el seguimiento clínico y la fecha del último control.

Resultados:

La mediana de edad fue de 56 años (IQR 50-61). El 57,2 % recibió tratamiento médico previo; ninguno había sido operado. La curvatura osciló entre 40° y 80°, siendo dorsal en el 76,2 %. El 61,9 % reportó dolor peneano y el 55 % dificultad para la penetración. Todos los pacientes fueron tratados mediante corrección quirúrgica con injerto. La sensibilidad del glande se preservó en todos los casos. No se observaron diferencias significativas en los puntajes IIEF pre y postoperatorios (media pre: 1,05; SD 0,9 vs. media post: 1,00; SD 1,28; p=0,86). Las complicaciones fueron del 5 %, y se evidenció una persistencia de curvatura menor a 20° en el 10 % sin dificultad en la penetración.

Conclusión:

La corrección quirúrgica en pacientes con enfermedad de Peyronie estable demuestra ser una opción terapéutica segura y efectiva, con mejoras anatómicas y funcionales sostenidas. El seguimiento clínico es fundamental para evaluar la durabilidad de los resultados y guiar futuras estrategias terapéuticas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Faloplastia con colgajo abdominal randomizado: nuestros resultados en 45 pacientes transgenero.

Belinky, J⁽¹⁾; Zamitto, I⁽²⁾; Giraldo Aristizabal, C^(1, 3); Soneira, SA⁽¹⁾; Fentini, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Guemes. C.A.B.A, Argentina. ⁽²⁾Urología, Durand. C.A.B.A, Argentina. ⁽³⁾Urología, Evita Pueblo de Berazategui. Berazategui, Argentina.

Introducción:

La faloplastia es un procedimiento quirúrgico destinado a la construcción de un neofalo en pacientes de transgenero masculino. Aunque la técnica con colgajo libre de antebrazo es considerada el gold standard en muchos centros, su alta tasa de complicaciones ha motivado la búsqueda de alternativas. En este trabajo se evalúan los resultados de la faloplastia con colgajo randomizado suprapúbico abdominal, asociada a escrotoplastia y, en muchos casos, anexohisterectomía y colporrafía en un mismo tiempo quirúrgico.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo observacional basado en la revisión de historias clínicas de pacientes transgenero masculino que se sometieron a faloplastia con colgajo abdominal entre noviembre de 2015 y mayo de 2025. Se incluyeron 45 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se analizaron variables quirúrgicas, funcionales, estéticas y la incidencia de complicaciones.

Resultados:

La técnica mostró una baja tasa de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas, sin necesidad de transfusiones. Las complicaciones tardías fueron poco frecuentes y, en su mayoría, asociadas a defectos cicatrizales o estéticos, corregibles quirúrgicamente. La duración quirúrgica promedio fue de 4 horas, con sangrado controlado y un tiempo de internación de 4 días. El seguimiento promedio fue de 44 meses.

Conclusión:

La faloplastia con colgajo abdominal randomizado, asociada a escrotoplastia y anexohisterectomía, constituye una opción quirúrgica segura, eficaz y reproducible. Presenta una baja tasa de complicaciones, con buenos resultados estéticos y funcionales. El seguimiento a largo plazo es fundamental para detectar y tratar oportunamente las complicaciones tardías.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Implante protesico peneano en neofaloplastia en paciente transgenero, nuestra experiencia

Belinky, J⁽¹⁾; Giraldo Aristizabal, C^(1, 2); Zamitto, L⁽³⁾; Soneira, SA⁽¹⁾; Fentini, MC⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Sanatorio Guemes. C.A.B.A, Argentina. ⁽²⁾Urologia, Hospital Evita Pueblo. Berazategui, Argentina.

⁽³⁾Urologia, Hospital Durand. C.A.B.A, Argentina.

Introducción: La faloplastia es crucial para hombres transgénero que buscan un neofalo funcional con rigidez para la actividad sexual. La implantación de prótesis peneanas es fundamental, pero su integración en tejido neoformado presenta desafíos únicos. La literatura científica reporta consistentemente complicaciones como extrusión e infección, que frecuentemente requieren reintervenciones. Este estudio tuvo como objetivo analizar la experiencia institucional en la colocación de prótesis en neofaloplastias, enfocándose en la incidencia de complicaciones postoperatorias y la necesidad subsiguiente de cirugías secundarias.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, analizando datos clínicos de 23 pacientes sometidos a faloplastia masculinizante transgénero con colocación de prótesis peneana, entre octubre de 2015 y mayo de 2025. Se excluyó un caso de reimplantación por un cirujano externo para asegurar la homogeneidad. Las variables de interés fueron: necesidad de explantación protésica por complicaciones, estado actual de la prótesis (funcionalidad o ausencia) y marca/modelo del implante. La recolección de datos se efectuó mediante revisión sistemática de historias clínicas.

Resultados: Se analizaron 23 casos. Once pacientes (47.8%) presentaron complicaciones postoperatorias, incluyendo fallos mecánicos, eventos infecciosos y problemas de posición. Para resolver estas, los 11 pacientes afectados (100% de los casos complicados y 47.8% del total) requirieron una o más reintervenciones quirúrgicas. No obstante, 17 de los 23 pacientes (73.9%) mantenían una prótesis peneana funcional al momento del análisis.

Conclusión: Los hallazgos de este estudio demuestran una elevada tasa de complicaciones (47.8%) en la implantación de prótesis peneanas en neofaloplastias masculinizantes transgénero. Estas consistentemente derivaron en reintervenciones (100% de los casos complicados). Esta morbilidad concuerda con la literatura científica global, que subraya los desafíos de integrar dispositivos protésicos en un neofalo debido a la complejidad de la reconstrucción. A pesar de la alta incidencia de reoperaciones, la tasa del 73.9% de funcionalidad protésica actual valida la relevancia clínica de estas intervenciones para la calidad de vida de los pacientes. Se enfatiza la necesidad de un asesoramiento preoperatorio exhaustivo y de futuras investigaciones para optimizar técnicas, prevenir infecciones y desarrollar prótesis más adecuadas.

Palabras Claves: Faloplastia, Implante Protésico, Funcionalidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cirugía genital de género masculinizante, nuestra experiencia y resultados

Belinky, J⁽¹⁾; Giraldo Aristizabal, C^(1, 2); Zamitto, L⁽³⁾; Soneira, A⁽¹⁾; Fentini, Mc⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Sanatorio Guemes. C.A.B.A, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Evita Pueblo. Berazategui, Argentina.

⁽³⁾Urología, Hospital Durand. C.A.B.A, Argentina.

Introducción: La faloplastia es un procedimiento quirúrgico complejo y esencial para hombres transgénero y personas no binarias que buscan la creación de un neofalo, impactando profundamente su calidad de vida y congruencia corporal. El aumento en la demanda de cirugías de afirmación de género subraya la necesidad de comprender las diversas técnicas de faloplastia y sus complicaciones asociadas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analizando datos de 65 cirugías masculinizantes transgénero primarias efectuadas entre octubre de 2015 y mayo de 2025 por el equipo del Dr. Javier Belinky. Se excluyeron dos casos de mejoras estéticas secundarias. Las técnicas quirúrgicas principales fueron abdominal (n=44), colgajo anterolateral de muslo (ALT, n=5), colgajo radial de antebrazo (RFF, n=9) y metoidioplastia (n=7). Se documentaron complicaciones asociadas a prótesis, tejido o uretra, y la necesidad de reintervención quirúrgica en los pacientes afectados.

Resultados: Se analizaron 65 expedientes, con una edad promedio de los pacientes de 30 años (rango: 19-59). La técnica abdominal fue la más frecuente (66%, n=44), seguida por RFF (13.8%, n=9), Metoidioplastia (10.7%, n=7) y ALT (7.6%, n=5). La uretroplastia se realizó en 16 pacientes (24.6%). Se identificaron complicaciones en 23 pacientes (35.3%). Las complicaciones predominantes estuvieron asociadas a prótesis penianas (47.8% de las complicaciones) y uretra (43.4%), seguidas por tejido (26%) y prótesis testicular (8.7%). Notablemente, 22 de estos 23 pacientes (95.6%) requirieron cirugía adicional para su manejo.

Conclusión: Este estudio retrospectivo revela una elevada tasa de complicaciones (35.3%) y una significativa necesidad de reintervención quirúrgica (95.6% de los pacientes complicados) en cirugías masculinizantes transgénero. Estos hallazgos concuerdan con la literatura científica, que describe la complejidad y el perfil de riesgo de la faloplastia y la uretroplastia, especialmente en relación con complicaciones uretrales y protésicas. A pesar de la alta incidencia de eventos adversos, la faloplastia abdominal sigue siendo una opción relevante, enfatizando la importancia de un seguimiento postoperatorio riguroso y una consejería preoperatoria exhaustiva sobre los riesgos asociados.

Palabras Claves: Faloplastia, Transgénero, Complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CRIOTERAPIA DE CONDILOMAS GENITALES EN URETRA DISTAL Y MEATO URETRAL: EXPERIENCIA DE UN ANDRÓLOGO EN 125 PACIENTES

Jacobelli, A^(1, 2); Bley, E⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Clínica Dávila. Santiago, Chile.

Introducción: Los condilomas genitales de ubicación uretral, si bien son infrecuentes, representan un desafío terapéutico por su ubicación, la dificultad del abordaje terapéutico y las potenciales complicaciones posteriores. El objetivo de este trabajo es comunicar la experiencia de más de una década en el tratamiento con crioterapia de condilomas localizados en el meato uretral y uretra distal.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 125 pacientes tratados con crioterapia en Clínica Dávila (Chile) entre 2013 y 2023 por un andrólogo. Se evaluaron edad, ubicación y cantidad de lesiones, características clínicas, tolerancia, reintervenciones, controles, seguimiento y complicaciones. Se compararon los resultados con las series publicadas más relevantes.

Resultados: El 52.8% de los pacientes presentaban lesiones exclusivamente en uretra, y el 46.4% en uretra junto a otras localizaciones. El 95.2% toleró bien el procedimiento. Al 100% de los pacientes se le indicó control a las 5 semanas y a los 6 meses. El 86% acudió a control a las 5 semanas, y un 27.2% a los 6 meses. El 12.9% de estos requirió reintervención a las 5 semanas (14/108) y 17,6% a los 6 meses (6/34). Fue necesario realizar cistoscopia a solo 3 pacientes (por hematuria), sin hallazgos patológicos ni recidivas. En ningún paciente de esta serie se observó estrechez de meato ni otras complicaciones tardías relevantes.

Conclusiones: La crioterapia es, en manos entrenadas, una alternativa segura, bien tolerada y altamente efectiva para el tratamiento de condilomas uretrales en uretra distal y meato. Su baja tasa de complicaciones la posiciona, en nuestra opinión, como la primera línea terapéutica para este tipo de lesiones.

Palabras clave: crioterapia, uretra, meato uretral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Respuesta bioquímica al uso de Clomifeno en pacientes con Testosterona baja según edad: Estudio retrospectivo de niveles de testosterona total.

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Sáez, N^(2, 3)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital San José. Santiago, Chile. ⁽³⁾Servicio de Urología, Red Salud Santiago y Vitacura. Santiago, Chile.

Introducción:

El citrato de clomifeno es un modulador selectivo del receptor de estrógeno utilizado como terapia off label del hipogonadismo. Este estimula el eje Hipotálamo-hipófisis para aumentar la producción endógena de testosterona. Si bien la terapia de reemplazo de testosterona (TRT) es el tratamiento de primera línea convencional para el hipogonadismo sintomático, conlleva efectos secundarios significativos principalmente debido a la supresión del eje, asociado a costos elevados y difícil acceso en nuestro país.

Objetivo:

Describir la respuesta bioquímica en pacientes con testosterona baja o límite normal bajo en terapia con citrato de clomifeno.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 40 pacientes con consulta espontánea en policlínico de andrología por disfunciones sexuales con testosterona límite o baja para su edad a los cuales se les indicó uso de Citrato de Clomifeno 25 mg al día por 4 meses en preparación magistral. Se registraron variables demográficas, hormonales pre y post tratamiento y la respuesta clínica a los síntomas descritos. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

En esta cohorte la mediana de edad fue de 41.5 años (IQR 36-49.3). Un 44% de los pacientes consultaron por disfunción eréctil, seguido de Baja libido en un 42% y por infertilidad en 14%. La mediana de testosterona previo a la intervención fue de 9.5 nmol/l (IQR 8.5-12.1). Un 73.7% de los pacientes tenía niveles bajos de testosterona para su edad. La mediana de testosterona al seguimiento al 1,3 y 6 meses fue de 17.2, 23.5 y 20.5 nmol/l respectivamente, siendo la diferencia con la testosterona pre tratamiento estadísticamente significativa ($p < 0.02$). Hubo mejoría de la DE y baja libido en 86.4% y 66.6% respectivamente.

Discusión:

El citrato de clomifeno es una terapia efectiva para la estimulación de la producción endógena de testosterona en hombres jóvenes con testosterona bajo niveles esperados para su edad y es una alternativa eficaz a la terapia de reemplazo hormonal con testosterona.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Calcifilaxis peneana: Diagnóstico diferencial de necrosis de pene en pacientes con enfermedad renal terminal.

Saavedra, S⁽¹⁾; Crespo, D⁽¹⁾; Figueroa, E⁽¹⁾; Perez Trucco, J⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾; Bernal, B⁽¹⁾; Cárdenas, C⁽¹⁾; Moreno, L⁽¹⁾; González, M⁽¹⁾; Vallarino, A⁽¹⁾; Prado, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá.

Introducción

La necrosis de pene puede ser causada por diversas etologías incluyendo causas metabólicas, traumáticas, infecciosas o iatrogénicas.

Una causa rara es la calcifilaxis peneana secundaria a enfermedad renal crónica terminal, que se caracteriza por calcificación de la capa media y fibrosis de la capa íntima de las arterias de mediano y pequeño calibre, y afecta al 1 % de los pacientes.

Las radiografías convencionales y la tomografía computada muestran calcificación en las arterias y tejidos blandos. El diagnóstico se debe sospechar ante la presentación de necrosis de pene en un paciente con enfermedad renal terminal y alteración de pruebas de laboratorio: calcio, fósforo y parathormona. Se debe hacer confirmación histológica.

Material y métodos

Se observó el historial clínico, las pruebas de laboratorio y los estudios de imágenes de tres pacientes que acudieron con necrosis de pene.

El primero, de 59 años con antecedentes de trombofilia y enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, creatinina en 9.3 mg/dl y una arteriografía que evidenció oclusión de la arteria pudenda.

El segundo, de 46 años con antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis, creatinina en 5.6 mg/dl y una angiotomografía de abdomen y pelvis la cual reportó que no se evidenció opacificación adecuada de las estructuras vasculares del pene y calcificación vascular de distribución difusa.

El tercero, de 49 años con antecedente de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y tomografía computada de abdomen y pelvis que evidenciaba calcificaciones en las arterias pudendas.

Resultados

Los tres pacientes evaluados con necrosis de pene y enfermedad renal crónica presentaban características clínicas, de laboratorio y radiográficas presentes en la calcifilaxis de pene. Los tres fueron sometidos a procedimientos diferentes de los cuales se extrajo material para confirmación histopatología la cual concluyó el diagnóstico en dos pacientes.

Conclusiones

La calcifilaxis de pene, aunque es una condición rara en la enfermedad renal crónica terminal, es una entidad que debemos tener presente en este grupo de pacientes y siempre debemos sospecharla como causa condicionante de necrosis de pene.

palabras clave:

Calcifilaxis

Necrosis de pene

Enfermedad renal crónica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Single-Center Experience with Retrograde Intrarenal Laser Lithotripsy in Patients with Chronic Kidney Disease

Isaev, T⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Medvedev, P⁽¹⁾; Morozov, N⁽¹⁾; Shcheglov, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52, Moscow Healthcare Department. Moscow, Russia.

INTRODUCTION/STUDY OBJECTIVE

Patients with chronic kidney disease (CKD) are at significantly higher risk of developing nephrolithiasis due to metabolic disturbances in calcium, phosphate, uric acid, and acid-base balance. Effective treatment of urinary tract stones in this patient population is challenging, requiring minimally invasive approaches with low complication risks. Retrograde intrarenal laser lithotripsy (RIRS) stands out as a preferred treatment method due to its high efficacy, minimal invasiveness, and safety for patients with renal insufficiency.

STUDY OBJECTIVE: To improve the treatment outcomes for patients with nephrolithiasis and kidney failure.

MATERIALS AND METHODS

A single-center, retrospective, uncontrolled study conducted from 2018 to 2025 at City Clinical Hospital No. 52. The study included 63 patients with CKD and nephrolithiasis, all of whom underwent RIRS. Notably, 15 patients had a solitary functioning kidney, and 8 underwent lithotripsy in a transplanted kidney.

RESULTS

The mean patient age was 53.4 years (range: 26–78). The mean preoperative serum creatinine level was 178 µmol/L (range: 135–430). A stone-free status was achieved in 96.8% (n=61) of cases after treatment. All patients underwent pretesting before the primary procedure. RIRS was performed using reusable fiberoptic scopes in 42 patients and disposable scopes in 21. Stone fragmentation was achieved using a thulium laser in various settings with a 200 µm fiber. Ureteral access sheaths (9–12Fr) were used in all cases. The mean stone size was 14.8 mm, with 21 (33%) patients having multiple stones (size calculated as the sum of the largest dimensions of each stone). The mean operative time was 44.2 minutes (range: 25–100). Postoperative complications included urinary tract infection exacerbation in 5 patients (7.93%), requiring reserve antibiotics. Progression of renal failure occurred in one case due to renal vein thrombosis in a solitary kidney. One patient developed a ureteropelvic junction stricture six months post-treatment. One mortality was recorded due to pulmonary thromboembolism.

CONCLUSION

Retrograde intrarenal laser lithotripsy is an effective and safe treatment for nephrolithiasis in patients with chronic kidney disease. However, optimal outcomes require consideration of individual patient factors and collaboration with multidisciplinary teams.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Bajo presión: análisis comparativo de la presión intrarrenal durante la nefrolitotomía percutánea. Impacto de la técnica quirúrgica y la posición del paciente

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Águila, F⁽¹⁾; Marchant, F⁽¹⁾

⁽¹⁾SERVICIO DE UROLOGIA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE. SANTIAGO, CHILE.

Introducción:

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) en sus distintas modalidades (Estándar, Mini, Supermini) y posiciones (prono o supino) no están exentas de complicaciones. La elevación de la presión intrarrenal (IRP) >30 mmHg se ha asociado al aumento de complicaciones infecciosas y daño renal.

Objetivo:

Comparar la IRP en NLPC según la modalidad quirúrgica y posición del paciente.

Materiales y Métodos:

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico con 36 pacientes sometidos a NLPC en modalidades estándar (24Fr), Mini-Perc (18Fr) y Supermini-Perc (13Fr). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según la posición quirúrgica: prono o supino. Durante el intraoperatorio se midió la IRP basal, media y máxima. Además, se evaluaron la función renal y parámetros inflamatorios a las 24 horas postoperatorias. Se documentaron las complicaciones durante la hospitalización. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

Ambos grupos presentaron características clínicas comparables. Se realizaron 25 procedimientos en prono (9 estándar, 12 mini, 4 supermini) y 11 en supino (4 estándar, 4 mini, 3 supermini). La mediana de IRP basal fue significativamente menor en supino comparado con prono (5 vs. 11 mmHg, $p = 0.009$), sin diferencias significativas en la mediana de IRPmax entre ambas posiciones, siendo estas <30 mmHg (26 vs 27 mmHg). No se observaron diferencias significativas entre modalidades quirúrgicas estándar, mini y supermini (9 vs. 10 vs. 8 mmHg, $p=0.823$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la IRP >30 mmHg y el deterioro de la función renal ($\chi^2=1.62$, $p=0.204$), ni con la elevación de parámetros inflamatorios post operatorios ($\chi^2=0.003$, $p=0.954$).

Discusión:

La IRP basal está determinada por la posición en la que se realiza la NLPC, siendo mayor en prono que en supino y es independiente de la modalidad quirúrgica que se utilice. Sin embargo, esta diferencia no se extiende a la IRPmax, lo que es consistente con la ausencia de diferencias en complicaciones infecciosas o deterioro de la función renal descritas. A nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado in vivo que compara la presión entre las distintas modalidades y posiciones en NLPC.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia clínica de uso de video-cistoscopio descartable en Nefrolitotomía Percutánea Miniaturizada: Democratizando el acceso a MiniPerc.

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Punte, T⁽²⁾; Jaime, B⁽²⁾; Consigliere, L⁽²⁾; Vizúete, E⁽²⁾; De la Llera, JF⁽²⁾; Abad, J⁽²⁾; Marchant, F⁽¹⁾; Águila, F^(1, 2)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José. Santiago, Chile.

Introducción:

La Nefrolitotomía percutánea miniaturizada (MiniPerc) es una modalidad de la cirugía percutánea que utiliza tractos de dilatación <20Fr. Esta técnica mínimamente invasiva ha demostrado una tasa de efectividad y stone free (SFR) similares a técnica estándar, disminuyendo la tasa de complicaciones. La gran limitante de la masificación de la MiniPerc es el elevado costo de acceso y mantención del mini- nefroscopio.

Objetivo:

Describir nuestra experiencia clínica en la realización de Nefrolitotomía Percutánea Miniaturizada con equipo descartable en 3 centros (público, privado y universitario) en Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 15 pacientes sometidos a nefrolitotomía percutánea miniaturizada. Se utilizó el equipo descartable REDPINE (Guangzhou REDPINE Medical Equipment Co.) de 15Fr, con un Amplatz de 18Fr con aspiración de la misma empresa. Se utilizó un láser Ho:YAG de alta potencia. Se registraron variables demográficas, características litiásicas, variables intraoperatorias y postoperatorias. Se realizó una tomografía de control a las 24 hrs postoperatorias como estándar. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

Se analizó un total de 15 pacientes. La mediana de edad fue 52 años. Un 93% de los pacientes fue ASA 2. La media de tamaño mayor fue 23 mm (IQR 20.5-28.5) con una mediana de volumen litiásico de 2565 mm³ (IQR 2260.5 - 3605.5) y densidad mediana de 1020 UH. La mediana de tiempo quirúrgico fue 122 min. Se realizó cirugía tubeless en 14 de 15 pacientes (93.3%). La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días. La SFR estimada fue de 73.3%, con una mediana de reducción del volumen litiásico de 99.6%. La tasa de complicaciones fue de 13.3% siendo todas complicaciones de bajo grado (Clavien-Dindo I-II).

Discusión:

La MiniPerc es una técnica segura y eficaz para el manejo de la litiasis renal. El uso de equipos descartables, como el sistema REDPINE, permite mantener resultados clínicos favorables con baja tasa de complicaciones, reduciendo costos y facilitando su implementación en centros con recursos limitados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia clínica en Ureteroscopia flexible: 750 casos en hospital público con equipos descartables.

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Gil, A⁽¹⁾; Heskia, S⁽²⁾; Punte, T⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Abad, J⁽³⁾; Barahona, J⁽³⁾; Consigliere, L⁽³⁾; De la Llera, JF⁽³⁾; Vizueté, E⁽³⁾; Marchant, F⁽¹⁾; Aguila, F^(1,3)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Escuela de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽³⁾Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José. Santiago, Chile.

Introducción:

La ureteroscopia flexible (URSf) actualmente corresponde a una técnica quirúrgica habitual y extendida en el quehacer del Urólogo a nivel nacional. Uno de los hitos que permitió el acercamiento de este procedimiento a la práctica habitual fue la llegada de equipos flexibles descartables. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica de 750 casos consecutivos de URSf descartable en un centro de salud público de referencia nacional.

Material y método:

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 750 pacientes con diagnóstico de litiasis renal sometidos a URSf entre Junio 2018 a Junio 2025 a cargo del equipo de la Subunidad de Litiasis Urinaria del Hospital San José. Se realizó análisis variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias.

Resultados:

Se analizó un total de 750 pacientes. La media de edad fue 52 años, siendo pacientes ASA 2 lo más habitual (52%). El 64.2% presentó litiasis única. El promedio de tamaño fue 17.2 mm y una densidad media de 927.8 UH. Las ubicaciones más frecuentes fueron cáliz inferior (31,7%) y pelvis renal (17,1%). Un 44,5% (334/750) tenía pigtail pre operatorio. Se utilizó ureteroscopia Wiscope de OTU Medical y Laser de Holmio. La media de tiempo quirúrgico fue 65 min. El 96.5% (724/750) quedó con catéter doble J post operatorio. El 77,8% (584/750) de los casos se realizó de forma ambulatoria. Se evaluó tasa Stone Free 509 pacientes con PieloTC con 61.1% con grado de Stone Free A + B + C. Un 9,32% (69/750) presentó complicaciones postoperatorias, siendo un 20,2% (14/69) Clavien-Dindo ≥ 3 .

Conclusiones:

La URSf ha demostrado ser una técnica segura y efectiva para la resolución de patología litiásica renal, siendo la técnica más utilizada a nivel nacional por el Urólogo general. A nuestro conocimiento esta corresponde a la serie más grande de URSf a nivel nacional, demostrando resultados comparables con la literatura internacional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Factores predictores de falla en el ascenso del ureteroscopio en el tratamiento de litiasis ureterales.

Sosa, AM⁽¹⁾; Rico, L⁽¹⁾; Marquez Maria, J⁽¹⁾; Contreras, PN⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Banda Ramos, LP⁽¹⁾

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

Introducción

La ureteroscopia rígida es el procedimiento estándar para el tratamiento de litiasis ureterales. En algunos casos, el acceso ureteral es dificultoso, lo que obliga a colocar un stent y diferir el procedimiento. Múltiples series reportaron una tasa de fracaso de un 15-20%. El objetivo del presente trabajo es determinar factores predictores de falla en ureteroscopia rígida.

Métodos

Estudio retrospectivo de ureteroscopias realizadas entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal). Se incluyeron ureteroscopias rígidas programadas y urgentes por litiasis ureterales. Se excluyeron pacientes con catéter colocado, ureteroscopias flexibles, sin litiasis o sin tomografía disponible. Se evaluaron antecedentes de instrumentación ureteral, ubicación y tamaño litiásico, presencia de líquido perirrenal, apertura pielocalicial, retardo en la excreción, diámetro de la arteria ilíaca común, si el cirujano era residente o especialista, volumen prostático, uso de tamsulosina y tiempo hasta la intervención.

Resultados

Se analizaron 257 pacientes, con una tasa de fracaso del 19% (49/257). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, lateralidad ni antecedentes litiásicos. Se observó mayor frecuencia de litiasis proximal (26,5% vs. 12,6%, $p=0,014$) y mayor volumen prostático (mediana 71,8 ml vs. 50,3 ml, $p=0,024$) en los casos fallidos.

En el análisis multivariado, fueron predictores independientes de fracaso: volumen prostático >60 ml (OR 3,89; IC95% 1,76–8,58; $p=0,001$), litiasis proximal (OR 5,61; IC95% 2,08–15,2; $p=0,001$) y no uso de ureteroscopio flexible (OR 0,12; IC95% 0,04–0,31; $p<0,001$).

Conclusiones

En nuestra serie, el volumen prostático mayor a 60 gramos y la localización proximal de la litiasis ureteral se asociaron significativamente al fracaso en la progresión del instrumental. La mayor tasa de éxito se observó en litiasis distales y de menor tamaño. El volumen prostático elevado se asoció a mayor tasa de fracaso.

Palabras clave:

Ureteroscopia, litiasis, prestenting

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tratamiento mínimamente invasivo combinado en la estenosis ureterointestinal en pacientes con derivación urinaria.

Chirinos Vargas, J⁽¹⁾; Escobar Pabon, G^(1, 2); Garcia Velandria, F⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Urología, Hospital Metropolitano de Quito. Quito, Ecuador.

Objetivo: La estenosis ureterointestinal (EUI) benigna es una complicación posoperatoria frecuente tras derivación urinaria, con una incidencia del 3% al 10%. Durante décadas, la revisión anastomótica abierta fue el tratamiento de referencia para la EUI. Sin embargo, con el avance en la endourología, se han utilizado abordajes terapéuticos mínimo invasivos para su manejo. Nuestro objetivo es informar nuestra experiencia del manejo endoscópico anterógrado y retrógrado de EUI tras una cistectomía y el seguimiento a largo plazo.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EUI benigna tratada endoscópicamente tras una cistectomía durante los últimos 4 años (mayo 2021 a mayo 2025). Los procedimientos realizados incluyeron colocación de un tubo de nefrostomía o dilatador 8-12 French. Mediante guía fluoroscópica introducción de guía de 0,035 pulgadas y/o pielografía anterógrada para definir las características de la estenosis. Mediante ureteroscopia flexible anterógrada combinado simultáneamente con ureteroscopia semirrígida o flexible retrógrado, se manejaron estenosis parciales o completas mediante incisión láser y/o dilatación con balón. Se dejó un stent doble j 6 fr, para posterior retiro.

Resultados: Durante el periodo de revisión, se realizaron un total de 42 derivaciones urinarias con anastomosis ureterointestinal bilateral, de los cuales se documentaron 8 pacientes con EAU (19%) de los cuales 4 fueron tratados mediante el abordaje combinado (un total de cinco procedimientos – uno bilateral). Se logro completar en 4 de 5 abordajes (1 caso de estenosis bilateral no completo por estenosis mayor a 1.5 cm). Con una mediana de seguimiento de 21 meses (6-36), se observó recurrencia en un paciente y la preservación de la función renal se mantuvo en todos los casos. No se observó ninguna complicación perioperatoria.

Conclusiones: Se ha demostrado que los pacientes tratados endoscópicamente mediante abordaje endoscópico combinado, tienen un éxito a corto plazo satisfactorio con menos morbilidad en comparación con la reimplantación ureteral. Podría considerarse como abordaje inicial dada su baja morbilidad general.

Palabras claves: Estenosis ureterointestinal. Endourología, derivación urinaria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia inicial en la aplicación de balones ureterales con Paclitaxel en el manejo de las estenosis ureteroileales

Rico, L⁽¹⁾; Pablo, C⁽¹⁾; Banda Ramos, L⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Sabeh, P⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

Introducción

La incidencia de estenosis ureteroileales (EU) tras la cistectomía radical se ha reportado en hasta un 30%, y su manejo continúa representando un desafío para el urólogo. Las opciones endourológicas suelen ser la primera línea de tratamiento a pesar de los resultados limitados a largo plazo. La dilatación con balón fue descrita hace varios años, pero recientemente ha surgido el uso de balones recubiertos con paclitaxel (DCBP, por sus siglas en inglés) como una alternativa prometedora en el tratamiento de estenosis uretrales y ureteroileales, con resultados aceptables.

El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia inicial en el tratamiento de la EU con balones recubiertos con fármaco.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo “off-label” de un solo brazo, en el que se incluyeron 11 pacientes con EU posterior a cistectomía radical. Se analizaron las características demográficas de los pacientes y de las estenosis. Tras la localización de la estenosis mediante pielografía anterógrada, se realizó una predilatación con un catéter balón de alta presión (7Fr), seguida de la colocación anterógrada del balón recubierto con fármaco. Se definió el éxito como la ausencia de hidronefrosis a los 30 días postoperatorios, sin elevación de los niveles de creatinina sérica ni necesidad de recolocación de la nefrostomía.

Resultados

Se incluyeron once pacientes, de los cuales cuatro presentaban estenosis bilaterales, por lo que se colocaron un total de 15 balones recubiertos con fármaco. La longitud media de la estenosis fue de 15 mm \pm 8,5 mm. Seis pacientes (54,4%) se habían sometido a cistectomía radical con neovejiga ileal ortotópica y el 45,5% restante con derivación urinaria tipo Bricker. El seguimiento promedio fue de 7,72 \pm 3,13 meses. La tasa global de fracaso fue del 27,3% (3 pacientes), quienes requirieron reintervención para colocación de nefrostomía.

Conclusión

En esta serie inicial, la colocación de balones recubiertos con fármaco para el tratamiento de estenosis en la anastomosis ureteroileal demostró ser eficaz, con resultados de éxito aceptables. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados preliminares prometedores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-17

Primer tratamiento combinado , litotricia percutanea y uroplastia con balon con paclitaxel en sindrome de la union pieloureteral

cortazzo, j⁽¹⁾; zeballos, j⁽²⁾; perroni, l⁽³⁾; musetti, j⁽²⁾

⁽¹⁾servicio de urologia, Asociacion medica san jose. san jose de amyó, uruguay. ⁽²⁾uroplastia, uruguay. montevideo, uruguay. ⁽³⁾servicio de urologia, asociasion meeica de san jose. san jose de mayo, uruguay.

Se presenta el primer caso de tratamiento combinado el mismo tiempo .

Una paciente con un SUPU , operada por via abierta .

Recidiva del SUPU , mas litiasis de organo en pevis renal .

Se realiza litotricia percutanea y en el mismo acto , posteriormente a la realizacion de litotrcia percutanea el pasaje de guia hidrofílica hacia ureter

posteriormente se realiza dilatacion de estenosis en 2 tiempos (primero sin drogas y luego con droga paclitaxel x 5 minutos).

alta sanatorial a las 24 hs

controles popsteriores con centellograma con mejoría .

Mejoria clinica , no recidiva de estenosis ni litiasis a los 8 meses de seguimeinto

La dilatacion de balon con drogas en la via urinaria alta en simultaneo con resolucio de patologia litiasica abre la puerta a un doble tratamiento reproducible y efectivo .

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Uroplastia con Balón con Paclitaxel (UBP) en cuello vesical (CV.) Primer caso en la urología: 9 años de evolucion. Serie 45 casos 60 meses seguimiento.

Zeballos, J⁽¹⁾; Fiandra, D⁽¹⁾; Musetti, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Uroplastia Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Se presenta el primer caso de UBP en cuello vesical (CV) realizado en 2016 , sin antecedentes de casos previos, en una RCO inmediata luego de Prostaectomia Radical abierta. Primer caso de realizacion de esta tecnica "de novo" sin ningun otro intento de correccion de la estenosis previo. 9 años de evolucion: continente desde el inicio, asintomatico a las 24 hs y calidad de vida normal. Al mometo actual sin micciones nocturnas con flujo aceptable , sin residuo y continencia completa. A punto de partida de este caso que es el de mas largo seguimiento, presentamos nuestra experiencia en una serie aleatorizada , prospectiva de 45 casos con una media de seguimiento de 60 meses. En la serie se juntan casos de CV puros y casos que involucran uretra prostatica y membranosa (Uretra supraBulbar) post cirugia de HPB. Resultados: 75 % de los casos sin necesidad de otros procedimientos a 5 años ; 95% continentes y calidad de vida normal. Se analizan por separado resultados de UBP en pacientes irradiados. Alto grado de aceptacion de la tecnica (98%) por lo que varios casos hemos repetido la plastia mas de una vez. Este procedimiento minimamente invasivo, ambulatorio, sin sonda se presenta como una alternativa prometedora a los tratamientos endoscopicos o abiertos ,invasivos con mayor morbilidad (incontinencia) y necesidad de equipos altamente entrenados para lograr buenos resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tratamiento combinado minimamente invasivo : miniUretrotomia Interna (mUI) mas Uroplastia con balon con Paclitaxel (UBP) en estenosis de uretra recurrente

Zeballos, J⁽¹⁾; Fiandra, D⁽¹⁾; Musetti, j⁽¹⁾

⁽¹⁾Uroplastia Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Se presenta primer caso de tratamiento combinado mUI + UBP en un caso de estenosis de uretra bulbar larga, recurrente en un paciente de 38 años en pre diálisis. Se analizan 3 intentos anteriores de UBP con fallas a los 6 meses en un caso de rechazo al tratamiento quirúrgico convencional. Se detalla técnica de mUI usando "cutting balloon" utilizado en coronarias para minicorte de placas duras, con penetración de 1 mm. Este balón realiza el primer paso: 4 microcortes longitudinales en cuadrante, facilitando la dilatación radial con los otros balones y mejorando la penetración del fármaco, denominamos este paso mini Uretrotomia Interna (mUI). El segundo paso es una UBP convencional en 2 pasos: dilatación con balón sintético 5 min. y luego Balón con Paclitaxel 5 min. Se presenta evolución clínica y fluorimétrica con 24 meses de seguimiento. A partir de este caso comenzó serie de 25 pacientes realizados en forma aleatorizada y prospectiva con 12 meses de seguimiento mínimo. Se analizan algunos aspectos ventajosos de esta técnica combinada: facilitación de la plastia con balón, menor sangrado y menos síntomas inmediatos), y resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Implante xenogénico de Biomatriz Extracelular Acelular derivada de uretra bovina como dispositivo biomédico para el tratamiento de la estrechez uretral en un modelo preclínico animal crónico in vivo.

Landerer, E^(1, 2); Lillo, F⁽³⁾; Gómez, R^(1, 4); Velarde, L⁽⁴⁾; Paredes, R⁽⁵⁾

⁽¹⁾UROLOGÍA, CLÍNICA INDISA. SANTIAGO, CHILE. ⁽²⁾UROLOGÍA, UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO. SANTIAGO, CHILE. ⁽³⁾Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Urología, Hospital del Trabajador Santiago. Santiago, Chile. ⁽⁵⁾Centro de Educación Clínica Avanzada, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introducción:

La estrechez uretral es una uropatía obstructiva baja que se presenta con una prevalencia de entre 0.2 y 0.6% de la población, dando cuenta de un gran número de consultas y costos por sobre los US\$ 200 millones anuales en USA. El manejo quirúrgico de mayor efectividad terapéutica corresponde a la uretroplastía con injerto de mucosa oral, el cual determina complicaciones en el sitio donante, alto tiempo quirúrgico y elevados costos por procedimiento.

Objetivo:

Desarrollar una alternativa terapéutica al implante de mucosa oral, basada en una biomatriz extracelular acelular xenogénica como tratamiento de la estrechez uretral en un modelo preclínico de estrechez uretral porcino in vivo.

Material y Métodos:

Para el desarrollo del presente proyecto, se implementó un modelo crónico porcino de estrechez uretral in vivo, confirmado mediante fluoroscopia, visión uretroscópica directa y evaluación histológica, estableciéndose una derivación urinaria continente mediante una uretrotomía perineal. A partir de las unidades uretrovesicales de bovinos machos de matadero, se desarrollaron biomatrices extracelulares acelulares para utilizarse como implantes xenogénicos. Los animales fueron sometidos a una uretroplastía con injerto de las biomatrices celulares desarrolladas y evaluados 30 días después de la cirugía.

Resultados: Todos los animales fueron operados sin contratiempos quirúrgicos ni complicaciones postoperatorias. Tras 30 días de evolución postoperatoria, se evidenció un restablecimiento del lumen uretral. Histológicamente, la biomatriz interpuesta demostró haber adquirido características de urotelio.

Conclusión:

La interposición de una Biomatriz Extracelular Acelular derivada de uretra bovina como dispositivo biomédico para el tratamiento de la estrechez uretral en un modelo preclínico crónico in vivo, es una estrategia quirúrgica efectiva y segura de gran potencial translacional en el manejo de la estrechez uretral humana.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Confiabilidad y precisión de los predictores radiológicos de complejidad en injuria uretral asociada a fractura pélvica

Scherñuk, J⁽¹⁾; Dorsemayne, M⁽¹⁾; Tirapegui, F⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Giudice, CR⁽¹⁾; Favre, G⁽¹⁾

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

Introducción: Se han postulado diversos predictores radiológicos para estimar la complejidad de la reparación de las injurias uretrales asociadas a fractura pelviana (PFUI). Sin embargo, no han sido comparados en términos de confiabilidad y precisión diagnóstica, ni validados en cohortes externas. Nuestro objetivo es evaluar la confiabilidad y precisión de los predictores propuestos por Koraitim y col. y Yepes y col. para predecir la complejidad quirúrgica en hombres adultos con PFUI.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional de hombres adultos tratados por PFUI en nuestro centro entre Enero 2011 y Febrero 2024. Se analizaron la longitud del gap uretral (gapometría), el índice gap/uretra bulbar (G/U index) y la posición del cabo uretral proximal (CUP) respecto al borde inferior del pubis en la cistouretrografía (CUG) preoperatoria. La complejidad estimada se comparó con la complejidad intraoperatoria, definida como la necesidad de maniobras auxiliares (apertura de la crura, pubectomía inferior o rerouting uretral), o de un abordaje abdominoperineal. Se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos para cada predictor individualmente y en combinación.

Resultados: Se trataron 81 pacientes con una mediana de edad de 36 años (IQR 25.5 - 54.0). Catorce (17.3%) fueron complejos, siendo la pubectomía inferior la maniobra más utilizada (85.7%). El análisis de predictores fue posible en 36 pacientes; 30 fueron excluidos por ausencia de apertura del cuello vesical en la CUG. Ni la gapometría ($p = 0.069$) ni el G/U index ($p = 0.158$) se asociaron con complejidad. Solo la ubicación del CUP respecto del pubis se asoció con ésta ($p = 0.031$). La presencia de al menos un criterio radiológico tuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 42.3% para predecir complejidad. Entre quienes no cumplieron criterios, el 100% tuvo cirugías no complejas ($p = 0.071$).

Conclusión: Los predictores radiológicos mostraron una confiabilidad y precisión limitada para predecir la complejidad quirúrgica en hombres adultos con PFUI. Sin embargo, la relación entre el CUP y el pubis se asoció con la complejidad, mientras que la ausencia de criterios radiológicos mostró una tendencia hacia cirugías menos complejas.

Palabras clave: fractura pelviana; uretroplastia; radiología

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cambios Urodinámicos en Pacientes Tras Prostatectomía Radical: Evaluación Integral y Hallazgos Clave

de León Jaén, S^(1, 2, 3); de León, S⁽⁴⁾; Sierra, JM⁽⁵⁾; Rodríguez, L⁽³⁾

⁽¹⁾Urología, Universidad autónoma de Guadalajara. Guadalajara, México. ⁽²⁾Urología, Centro medico puerta de hierro. Guadalajara, México. ⁽³⁾Urología funcional, Centro urodinamico de Jalisco. Guadalajara, México. ⁽⁴⁾MR. Urología, Hospital Regional Rafael Hernandez. David, Panamá. ⁽⁵⁾Urología, Hospital general de zona # 12. Sonora, México.

Introducción: La evaluación urodinámica es fundamental para determinar la función vesical y uretral en personas sometidas a prostatectomía radical, especialmente en quienes presentan incontinencia urinaria. Este estudio permite identificar la causa precisa, como la inestabilidad vesical o la deficiencia esfinteriana, y así orientar el tratamiento más adecuado.

Objetivo: Realizar una evaluación urodinámica completa en pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer de próstata, ya sea por laparoscopia o por cirugía asistida por robot.

Material y Método: Entre agosto de 2017 y enero de 2025, se incluyeron 17 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se realizaron evaluaciones urodinámicas a los 3, 6 y 9 meses posteriores a la prostatectomía radical. Las pruebas incluyeron uroflujometría, determinación del punto de fuga abdominal, perfil de presión uretral, cistometría de llenado y electromiografía.

Resultados: Se observó estabilidad esfinteriana en 11 casos. Obstrucción infravesical en 2 pacientes. Detrusor hipocontráctil en 2 casos. Detrusor hiperactivo en 2 pacientes.

Conclusión: La urodinamia en personas sometidas a prostatectomía radical es el estudio que permite evaluar de forma objetiva e integral su situación, facilitando la selección del mejor tratamiento y la valoración precisa de su pronóstico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia inicial de enucleación prostática con Láser Holmium (HoLEP) en Costa Rica

Gonzalez, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Unibe. San José, Costa Rica.

Introducción: La enucleación prostática con Láser Holmium (HoLEP) se ha establecido como un método seguro y efectivo para el tratamiento de la Hiperplasia prostática Benigna (HPB). Existe escasa información sobre su utilización en Centro América.

Objetivos: Describir la experiencia inicial en cuanto a seguridad y efectividad en enucleación prostática con Láser Holmium en nuestro centro.

Metodología: Estudio de cohortes retrospectivo. Se evaluaron todas las cirugías realizadas con este procedimiento desde el comienzo de su uso en agosto de 2023 hasta abril de 2025. Además de los datos demográficos y clínicos se evaluó el cambio de PSA e IPSS al mes. También se midió eficiencia: gramos resecados por minuto y gramos morcelados por minuto. Se evalúan datos respecto a peso prostático resecado como datos clínicos al mes de la cirugía y complicaciones.

Resultados: Se analizaron 131 pacientes con edad media de 65.9 años (de 8.2). El tamaño prostático promedio por ecografía fue de 94.9 g (de 32.9), PSA de 5.3 ng/ml (de 5.1), IPSS de 20.6 (de 6.6) y flujo urinario máximo de 11.3 ml/s (± 4) antes de la cirugía. El tiempo quirúrgico medio fue de 120.5 minutos (de 63.6) con una eficiencia de enucleación de 0.4 g/min y morcelación de 3.2 g/min. El tiempo promedio de morcelación fue de 21.3 minutos (de 9.2). El peso prostático resecado fue de 46.6 g (de 29.7), coincidente con los hallazgos de patología. Se reportó una sola complicación Clavien-Dindo III (0.8%) relacionada con sangrado postoperatorio. Al mes, el tamaño prostático fue de 23.6 g (± 6.8), con una reducción promedio de 71.3 g ($p < 0.0001$). El PSA descendió a 1.4 ng/ml (de 1.2), el IPSS a 2 (de 1.4) y el flujo urinario aumentó a 27.5 ml/s (de 6.7), todos con cambios estadísticamente significativos ($p < 0.0001$).

Conclusiones: Nuestra primera experiencia muestra a la enucleación prostática por Láser Holmium como una técnica segura y efectiva para su realización en centros de Centro América.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TENDENCIA EN 21 AÑOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN LATINOAMÉRICA

Vertanessian, J⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Cristallo, C⁽¹⁾; Santillan, D⁽¹⁾; Tirapegui, F⁽¹⁾; Montelli Yanzi, G⁽¹⁾; Gonzalez, MS⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología - Endourología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivo: La prevalencia de hiperplasia prostática benigna ha experimentado notable aumento en las últimas dos décadas, marcada por importantes avances tecnológicos y cambios en los enfoques quirúrgicos. El objetivo de este trabajo es describir la tendencia en tratamiento quirúrgico por hiperplasia prostática benigna.

Método: Estudio de tendencia temporal donde se incluyeron todos los pacientes operados por hiperplasia prostática benigna desde el 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2024. Los datos se recolectaron de la lista de programación quirúrgica. Se recopiló información relacionada con el procedimiento y el tipo de cirugía realizada para cada paciente en cada año. Las tendencias temporales se identificaron mediante análisis de regresión lineal y prueba de correlación.

Resultados: Se realizaron un total de 8222 cirugías por hiperplasia prostática benigna en nuestra institución durante el periodo estudiado. El número de procedimientos por año aumentó de 166 en el 2003 a 869 en el 2024, estimándose un aumento de 29.9 pacientes por año (sd 2.2, p 0.0001, R 0.901). El aumento relativo de cirugías/año fue de 4.2% (sd 0.1, p 0.0001, R 0.618). El porcentaje de cirugías abiertas en el 2003 era de 42.2% con un 0.0% en el 2024 con una caída estimada por año de 2.5% (sd 0.01, p 0.0001, R -0.463). La Resección transuretral monopolar cayó de 45.2% en el 2003 a 0.1% en el 2024, siendo el descenso estimado por año de 1.9% (sd 0.01, p 0.0001, R -0.397). En contraste, la cirugía con láser Holmio representaba un 12.7% en el 2003, y en el 2024 representa un 98.5%, siendo el aumento estimado de 4.3% por año (sd 0.01, p 0.0001, R 0.620). Ni la cirugía de resección transuretral bipolar ni la cirugía laparoscópica tuvieron correlación con el tiempo (R 0.027 y 0.002, respectivamente). El REZUM no fue evaluado por haberse realizado solamente los últimos dos años. Desde el año 2014 el incremento estimado fue de 54 pacientes/año (sd 8.4).

Conclusión: la tendencia en tratamiento quirúrgico por hiperplasia prostática benigna presentó un aumento constante del láser en contraste con una disminución permanente del resto de los procedimientos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia inicial del tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna con sistema Rezum en una Institución de alto volumen de Centro América.

Gonzalez, M⁽¹⁾

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

Introducción: El tratamiento con sistema REZUM se ha establecido como un método seguro y efectivo para el tratamiento de la Hiperplasia prostática Benigna (HPB). Existe escasa información sobre su utilización en Centro América.

Objetivos: Describir la experiencia inicial en cuanto a seguridad y efectividad en tratamiento de HPB con sistema Rezum en nuestro centro.

Metodología: Estudio de cohortes retrospectivo. Se evaluaron todas las cirugías realizadas con este procedimiento desde el comienzo de su uso en diciembre de 2020 hasta febrero de 2025. Además de los datos demográficos y clínicos se evaluó el cambio de volumen, flujo máximo e IPSS preoperatorios y al mes. Se evalúan datos respecto a ocurrencia de retención aguda de orina, tiempo de sonda y complicaciones.

Resultados: En total se han realizado 440 casos de 2020 a 2025. De estos se analizaron 388 (con datos completos en el expediente clínico) pacientes con edad media de 63.7 años (de 8.7). El volumen prostático promedio por ecografía fue de 47.2 gramos (de 13.7), IPSS de 16.3 (de 6.2) y flujo urinario máximo de 12.5 ml/s (de 4.2) antes de la cirugía. El número de aplicaciones promedio fue 6,5 (de 2.1). El tiempo promedio de sonda vesical fue 6.8 días (de 6.5). No hubo complicaciones Clavien 2 o mayores, Un paciente (0,2%) relató dolor pelviano y 4 (1%) urgencia miccional. Al mes, el tamaño prostático fue de 25.4 g (de 8.6), con una reducción promedio de 21.8 g, el IPSS de 2.7 (de 2.5) con un descenso promedio de a 13.6 y el flujo urinario aumentó a 20.7 ml/s (de 5.7), con un aumento promedio de 8.2 ml/s (todos con cambios estadísticamente significativos ($p < 0.0001$)).

Conclusiones: Nuestra primera experiencia muestra al tratamiento con sistema REZUM como una técnica segura y efectiva para su realización en centros de Centro América.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM: EXPERIENCIA INICIAL.

Cañas, R⁽¹⁾; Gil, A⁽¹⁾; Gurovich, J⁽¹⁾; Mohr, E⁽¹⁾; Ledezma, R⁽²⁾

⁽¹⁾Residente urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es el tratamiento de elección para próstatas de gran volumen (>80 cc). Este requiere el uso de grandes volúmenes de solución de irrigación, siendo la solución salina fisiológica la más usada. Sin embargo, pese a que el suero Ringer Lactato (SRL) presenta una composición hidroelectrolítica más similar al plasma humano, lo que podría conferir ventajas fisiológicas, a la fecha no existen estudios que evalúen su uso en el HoLEP. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad del uso de SRL como medio de irrigación en la cirugía HoLEP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico entre enero y junio de 2025. Se incluyeron pacientes con crecimiento prostático complicado, sometidos a HoLEP con irrigación exclusiva mediante SRL. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. Todas las cirugías fueron realizadas por un único urólogo con experiencia en más de 500 procedimientos HoLEP. Se evaluaron parámetros hidroelectrolíticos y gases venosos antes y después de la cirugía, además de registrar complicaciones intra y postoperatorias inmediatas.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes. La edad media fue de 68,5 años (DE $\pm 9,32$), con una mediana de antígeno prostático específico de 2,24 ng/ml (RIQ 2,39) y un volumen prostático medio de 92 ml (DE $\pm 44,8$). El tiempo quirúrgico promedio fue de 41,5 minutos para la enucleación (DE $\pm 22,8$) y 16,3 minutos para la morcelación (DE $\pm 9,8$). Se utilizaron en promedio 29,6 litros (DE $\pm 13,7$) de SRL como solución de irrigación. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo I, todas por obstrucción transitoria de la sonda por coágulos. En el análisis de parámetros bioquímicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores pre y postoperatorios de electrolitos plasmáticos ni de gases venosos.

Conclusiones: El uso de SRL como medio de irrigación durante el HoLEP demostró ser seguro, sin evidencias de complicaciones intraoperatorias significativas ni alteraciones en el balance hidroelectrolítico. Los resultados sugieren que la SRL es una alternativa segura y fisiológicamente adecuada para la irrigación durante el HoLEP, sin comprometer la seguridad del paciente ni la eficacia del procedimiento.

Características de los pacientes

	Media	Desviación estandar
Edad (años)	68,6	9,3
APE (mg/dL)	3	2,3
Tamaño prostático (ml)	92	44,8
Variables operatorias		
Tiempo de enucleación (min)	41,5	15,6
Tiempo de morcelación (min)	16,3	9,8
Litros de suero (L)	29,6	13,7

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evaluación del comportamiento fisiológico de pacientes sometidos a enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) mediante análisis de hemogasometría

del Pozo, FA⁽¹⁾; Pereira Ferreira, L⁽²⁾; Orcine, G⁽³⁾; Batista, L⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, HUPES - Universidad Federal de Bahia. Salvador, Brasil. ⁽²⁾Residente Urología, HUPES - Universidad Federal de Bahia. Salvador, Brasil. ⁽³⁾Estudiante Medicina, HUPES - Universidad Federal de Bahia. Salvador, Brasil.

⁽⁴⁾Coordinador Urología, HUPES - Universidad Federal de Bahia. Salvador, Brasil.

Introducción y objetivo:

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una condición prevalente en hombres mayores de 50 años, frecuentemente asociada a síntomas del tracto urinario inferior que impactan negativamente en la calidad de vida. Aunque la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica quirúrgica moderna y eficaz para el tratamiento de la HPB, existe debate sobre las posibles alteraciones fisiológicas y complicaciones derivadas de la absorción del fluido de irrigación durante el procedimiento.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los cambios en parámetros fisiológicos mediante análisis hemogasométrico antes y después del HoLEP, con énfasis en las variaciones de pH, osmolaridad, sodio, potasio y lactato.

Método:

Estudio observacional, prospectivo y exploratorio. Se recolectaron gasometrías venosas pre y postoperatorias de pacientes sometidos al procedimiento por un cirujano experto en la técnica. El análisis de los datos pareados (pre vs. postoperatorio) se realizó en Python utilizando la prueba de Wilcoxon, con nivel de significancia ajustado mediante corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones ($\alpha=0,05$). El poder estadístico fue evaluado a posteriori con base en la variación de la osmolaridad, desenlace primario, para estimar la sensibilidad de la muestra. Los resultados se presentaron en tablas ordenadas y se visualizaron mediante gráficos de pares conectados, ilustrando trayectorias individuales y grupales.

Resultados:

Se analizaron prospectivamente los datos de 65 pacientes. En la comparación pre y postoperatoria no se observaron cambios clínicamente significativos en los desenlaces primarios: la mediana del pH fue de 7,36 a 7,34 ($p=0,69$), y la osmolaridad de 282,8 a 283,2 ($p=0,013$). La mediana del sodio permaneció estable en 139 ($p=0,185$). Tras la corrección de Bonferroni, sólo se mantuvieron como estadísticamente significativas la reducción en los niveles de bicarbonato (27,1 a 26,6; $p<0,001$) y TCO₂ (28,6 a 28,3; $p=0,003$), así como el aumento en la glucosa sérica (92 a 99; $p<0,001$).

Conclusión:

El comportamiento fisiológico de los parámetros hemogasométricos durante el HoLEP se mostró seguro para el tratamiento de la HPB. Estos hallazgos respaldan la continuidad de esta práctica quirúrgica y fomentan futuras investigaciones, incluyendo comparaciones entre técnicas endoscópicas.

Palabras clave: HPB, HoLEP, Gasometría.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evaluación a largo plazo del GreenLEP: estudio de 157 pacientes con seguimiento superior a 12 mesesPizzarello, J⁽¹⁾; Marquez, MJ⁽¹⁾; Soldano, JM⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Lopez, F⁽¹⁾; Villasante, N⁽¹⁾⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.**Introducción:**

Actualmente, la enucleación prostática endoscópica (EPE) se considera el tratamiento de referencia para la hiperplasia prostática benigna (HPB). Entre las diferentes fuentes de energía utilizadas para este procedimiento, el láser verde (GreenLight™) se destaca como una opción segura y eficaz.

Materiales y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a GreenLEP desde 2021 hasta la actualidad, con un seguimiento postoperatorio mayor a 12 meses.

Se evaluaron variables demográficas, el IPSS(International Prostate Symptom Score), el flujo urinario máximo(Qmax), el flujo urinario promedio(Qprom), el residuo postmiccional(RPM), así como las complicaciones (escala de Clavien-Dindo).

Resultados:

Se realizaron un total de 157 procedimientos de GreenLEP. La edad media fue de 70 años(IQR 64-75) y el volumen prostático promedio fue 106 gramos(IQR 49-186). El tiempo operatorio fue de 150 minutos (IQR 120-182) y la energía utilizada 78kJ(IQR 48.5-102.5). La estancia hospitalaria fue de 1.63 días(1-22) y el tiempo promedio de sonda vesical fue de 2.03 días(1-15).

Se obtuvo una media de seguimiento de 17 meses(12-48). Se observaron mejoras significativas en los parámetros funcionales al comparar valores preoperatorios y a más de 12 meses postoperatorios: el IPSS disminuyó de 22(IQR 21-24) a 3(IQR 1-4); el Qmax aumentó de 9.2ml/s(IQR 6.8-12) a 25 ml/s (IQR 19-34); el Qprom mejoró de 4.4ml/s(IQR 2.9-5.4) a 14.5ml/s(IQR 7.4-17.6); y el RPM se redujo de 38%(IQR 30-51) a 9%(IQR 3-12). Además, se evidenció una disminución del antígeno prostático específico de 6.5ng/dl(IQR 3.6-8.2) a 1.8ng/dl(IQR 0.9-2.6).

En cuanto a las complicaciones, según la clasificación de Clavien-Dindo, el 81.6% de los pacientes (128/157) no presentó complicaciones. Solo cuatro pacientes presentaron complicaciones clasificadas como grado 4. Respecto a la incontinencia urinaria durante el periodo evaluado, se registró un 2.5% de incontinencia de esfuerzo y un 1.9% de urgencia.

Conclusión:El GreenLEP para el tratamiento de adenomas prostáticos ha demostrado ser una técnica segura y eficaz, con resultados funcionales excelentes y baja tasa de complicaciones a largo plazo, especialmente cuando es realizada por cirujanos con experiencia. La inclusión de un mayor número de casos y un seguimiento prolongado permitirá profundizar en la evaluación de las ventajas y limitaciones de esta técnica.

Datos postoperatorios

Resultados Funcionales	Preoperatorio	Postoperatorio > 12 m	p
IPSS	22 (21-24)	3 (1.5-4.5)	<0.001
Qmax ml/seg (IQR)	9.2 (6.8-12)	25.2 (17.5-36)	<0.001
Qprom ml/seg (IQR)	4.4 (2.9-5.4)	14.5 (7.4-17.6)	<0.001
RPM % (IQR)	38 (IQR 30-51)	9 (3-12)	<0.001
PSA mg/dl (IQR)	6.5 (3.6-8.2)	1.8 (0.9-2.6)	<0.001
Complicaciones CD 1-4 (%)	-	29 (18.4)	
IOE (%)	-	4 (2.5)	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARACTERISTICAS INTRAOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS EN PROSTATAS GIGANTES (> 150CC) SOMETIDAS A ENUCLEACION DE PROSTATA CON LASER HOLMIUM Y THULIUM PULSADO

Llanos Poma, EW^(1,2); Escalante Alvaro, A^(1,3); Guevara Yanqui, GR⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Clínica Urosur. Arequipa, Peru. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital III Yanahuara - Essalud. Arequipa, Peru. ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Arequipa, Peru.

Introducción:

El manejo de una próstata gigante, es decir, de más de 150 cc, generalmente requiere un enfoque individualizado y puede incluir varias opciones. La cirugía, como la prostatectomía convencional, suele ser una opción principal para aliviar los síntomas y reducir el tamaño de la próstata. Con el advenimiento de la tecnología se pueden considerar tratamientos mínimamente invasivos como lo es la enucleación de próstata con laser Holmium y Thulium pulsado, ya que esta tecnología nos permite realizar procedimientos precisos y efectivos. El presente trabajo tiene por objetivo mostrar nuestra experiencia en cuanto al manejo de estos volúmenes de próstata detallando: características intraoperatorias y características postoperatorias además del seguimiento.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo entre enero del 2020 a enero del 2025. Se hizo uso de resectoscopio 22 fr y 26 fr con apoyo de consola de laser Holmium y Thulium pulsado. Todas las cirugías fueron realizadas en la Clínica Urosur. La recolección de datos y el seguimiento de pacientes se hizo con apoyo de encuestas y las historias clínicas electrónicas. La técnica de enucleación realizada fue enucleación en bloque, tras la enucleación se realizó coagulación con equipo bipolar y se morceló con equipo versacut y/o hawk.

Resultados:

Se registraron pacientes sometidos a enucleación de próstata con laser Holmium: 20 paciente con laser Thulium pulsado y 20 pacientes con laser Holmium. En nuestro estudio se tomaron datos intraoperatorios como: peso de pieza tras enucleación, tiempo de enucleación, tiempo de resección y tiempo de morcelación. Además también se tomaron datos postoperatorios como: tiempo de hospitalización, tiempo de sondaje vesical, incontinencia de esfuerzo, infección urinaria y hematuria.

Conclusión:

El manejo quirúrgico de prostatas gigantes puede realizarse mediante enucleación de próstata con laser holmium o thulium pulsado sin afectar la efectividad del procedimiento y con mínimas complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Ablación Prostática Laser Transperineal Experiencia en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires

Caradonti, M⁽¹⁾; Vazquez, SC⁽¹⁾; Dib, M⁽¹⁾; andrade, f⁽¹⁾; Toledo, E⁽¹⁾; Acosta, M⁽¹⁾; Del Re, N⁽¹⁾

⁽¹⁾servicio de urología, Hospital Donacion Francisco Santojanni. CABA, Argentina.

La ablación láser transperineal tiene como objetivo inducir necrosis coagulativa local del tejido prostático. El abordaje es transperineal, y, mediante una configuración multifibra, permite áreas de tratamiento extensas e individualizadas. Objetivo: exponer el procedimiento, los resultados funcionales del método y las complicaciones en pacientes de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y métodos

Estudio de cohorte prospectivo incluyendo pacientes masculinos a quienes se les practicó ablación prostática láser transperineal mediante dispositivo echolaser entre diciembre 2024 y la actualidad en el servicio de urología de H Santojanni.

Resultados

Fueron intervenidos 10 pacientes de una media de edad de 66.2 años. 6 de ellos poseían catéter uretral. La mediana de tamaño prostático por ecografía transrectal fue de 36.4 gs. La mediana del PSA fue de 0.85.

En pacientes portadores de sonda vesical, actualmente 4 de 6 presentan diuresis espontánea. El ipss disminuyó de 20 a 14.5 entre el primer y tercer mes. El residuo postmiccional (rpm) disminuyó de 27% al primer mes a 12% al tercer mes. El flujo máximo medido por flujometría (Qmax) aumento desde 12 al primer mes a 27 al tercer mes.

4 pacientes tenían diuresis espontánea previo al procedimiento. El peso prostático expresado en mediana era 53.5 previo al procedimiento, con disminución al primer mes a 38.7 y estable al tercer mes. El rpm expresado en mediana previo al procedimiento era de 35%, 8% al primer mes y nulo al tercer mes. El IPSS quirúrgico era de 25, 19 al primer mes y al tercer mes 16. El flujo máximo era 8 previo al procedimiento, ascendiendo a 15 al primer mes y a 19 al tercer mes. 100% de los pacientes intervenidos preservaron la eyaculación.

Como complicaciones se hallaron: disuria, dolor perineal, retención aguda de orina, hematoma, prostatitis.

Luego de cumplidos los 3 meses postquirúrgicos, dos de ellos permanecieron con sonda vesical por pruebas miccionales negativas.

Conclusiones

La ablacion laser prostática es un método prometedor. Obtuvimos buenos resultados y baja tasa de complicaciones menores. Nuestra casuística es pequeña al igual que el tiempo de seguimiento. Requerimos de un mayor N para obtener mejores conclusiones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Inmunomodulación adyuvante para la prevención de infecciones urinarias recurrentes. (Estudio piloto AIPIRUTI)

Trujillo Santamaría, H^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital D´Maria. Veracruz, México. ⁽²⁾Urología, Urología Santamaría. Veracruz, México.

Introducción y Objetivos

Las infecciones urinarias recurrentes (IUR) representan un desafío clínico frecuente, que a menudo requiere el uso repetido de antibióticos y afecta significativamente la calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de añadir inmunomodulación con una formulación oral de lisados bacterianos inactivados (que contiene lisados inactivados de 14 tipos de bacterias) al tratamiento antibiótico estándar y terapias adyuvantes en pacientes con IUR, analizando la reducción de recurrencias, mejoría sintomática y calidad de vida.

Material y Métodos

Este estudio de cohorte ambispectivo incluyó a 25 pacientes (87.5% mujeres; edad entre 38 y 78 años) con IUR documentadas. Todos habían recibido previamente tratamiento antibiótico repetido más D-manosa (2100 mg/día), y un régimen de fitonutrientes, simbióticos e inmunonutrientes durante un periodo de 18 meses. En marzo de 2024, se inició inmunomodulación con lisados bacterianos inactivados.

Los pacientes fueron hospitalizados durante dos días para iniciar tratamiento antibiótico intravenoso, seguido de 5 días de terapia oral, para luego continuar en régimen ambulatorio con inmunomodulación y terapia adyuvante. Las evaluaciones antes y después de la inmunomodulación incluyeron: frecuencia de ITU, disuria, síntomas del tracto urinario inferior (STUI), examen general de orina (nitritos, leucocituria, bacteriuria), resultados de urocultivo, hospitalizaciones y calidad de vida (ICIQ-UI SF). El análisis estadístico incluyó pruebas de McNemar para variables categóricas y pruebas t pareadas para variables continuas.

Resultados

Después de 5 meses de inmunomodulación:

- El promedio de episodios de ITU disminuyó de 4 a 0.5 por paciente ($p < 0.001$)
- La disuria se redujo del 80% al 20% ($p = 0.004$)
- Los STUI disminuyeron del 85% al 15%
- La positividad del urocultivo bajó del 88% al 16% ($p < 0.0001$), E. coli (68%) y K. pneumoniae (20%)
- La alteración del EGO se redujo del 76% al 24%
- La calidad de vida mejoró en 80% (vs. 28% antes; $p < 0.001$)
- Las hospitalizaciones descendieron del 32% al 4%

Conclusión

La introducción de inmunomodulación redujo episodios de IUR, mejoró la sintomatología y la calidad de vida. Estos hallazgos sugieren que la terapia inmunomoduladora podría representar un cambio en el paradigma terapéutico de las IUR.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Experiencia Inicial con Cien Cirugías Robóticas en Urología: Resultados, Aprendizajes y Beneficios de la Cirugía Mínimamente Invasiva Asistida por Robot

Escobar-Pabón, GE^(1, 2, 3)

⁽¹⁾Líder del Servicio de Urología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador. ⁽³⁾Urología, Novaclínica Santa Cecilia. Quito, Ecuador.

Introducción:

La cirugía robótica ha revolucionado la urología al ofrecer una alternativa mínimamente invasiva con resultados funcionales y oncológicos comparables o superiores a las técnicas abiertas y laparoscópicas. El objetivo del presente estudio es evaluar y presentar mi experiencia inicial con las primeras 100 cirugías urológicas robóticas realizadas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, con un enfoque en los beneficios clínicos, la curva de aprendizaje quirúrgica y los resultados perioperatorios obtenidos, con el propósito de proporcionar información relevante y detallada.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 100 procedimientos robóticos consecutivos realizados entre 2020 - 2023 y 2024 - 2025 con sistema Da Vinci. Se incluyeron prostatectomías radicales, nefrectomías parciales, pieloplastias, cistectomías y otras. Se evaluaron variables como tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, estancia hospitalaria, tasas de conversión y complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo).

Resultados:

Distribución de procedimientos: 21 prostatectomías radicales, 27 nefrectomías radicales y parciales, 18 pieloplastias, 8 cistectomías con derivación 1, cirugía reconstructiva 12 entre otras, para cada uno de los procedimientos se valora: Tiempo quirúrgico promedio Pérdida sanguínea media Estancia hospitalaria Tasa de conversión a cirugía abierta Complicaciones menores (Clavien < II)

Discusión:

Los resultados confirman que la cirugía robótica ofrece múltiples beneficios en urología: mejor visión tridimensional, precisión milimétrica y ergonomía operatoria, que se traducen en menor morbilidad, recuperación más rápida y resultados funcionales prometedores. La curva de aprendizaje mostró estabilización técnica a partir del caso 30-40, con mejoras progresivas en tiempo quirúrgico y eficiencia.

Conclusión:

Se ha demostrado que la implementación de cirugía robótica en nuestra práctica ha sido segura y efectiva, con beneficios evidentes para el paciente y el cirujano, se ha demostrado que la curva de aprendizaje es más corta que la de cirugía laparoscópica y el tiempo quirúrgico mejora paulatinamente. Esta experiencia inicial refuerza el rol de la tecnología robótica como estándar emergente en procedimientos urológicos complejos.

Palabras clave:

cirugía robótica, urología, cirugía mínimamente invasiva, prostatectomía, nefrectomía, Da Vinci

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PRIMERA EXPERIENCIA CON ROBOT TOUMAI EN AMÉRICA: UNA SERIE URO ONCOLÓGICA INICIAL PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA

Andrusco, A⁽¹⁾; Eltit, I⁽²⁾; Rojas, A⁽¹⁾; Sovino, F⁽¹⁾; Otaola-Arca, H⁽²⁾; Vera, Á⁽¹⁾; Valenzuela, R⁽¹⁾; Orvieto, M⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital de La Serena. La Serena, Chile. ⁽²⁾Departamento de Urología, Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

Introducción:

Se presenta la primera experiencia uro oncológica prospectiva multicéntrica en América utilizando el sistema robótico Toumai®, incluyendo prostatectomías radicales y nefrectomías parciales robóticas, realizadas en 2 centros pioneros. El estudio describe resultados perioperatorios, anatomopatológicos y complicaciones iniciales.

Métodos:

Se recopilaron datos prospectivos de pacientes sometidos a prostatectomía radical (n=35) y nefrectomía parcial (n=14) robóticas. Se analizaron variables clínicas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias, incluyendo características oncológicas, tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones, estadía hospitalaria y márgenes quirúrgicos.

Resultados:

En prostatectomía radical, el 17,2% de los pacientes tenía un ISUP 4 o 5 pre operatorio. El 17,2% presentó un tacto rectal sospechoso. Se realizó linfadenectomía extendida en un 62,9%, según puntaje de Briganti. Las medianas fueron: tiempo de docking: 7 min; tiempo de consola: 160 min; tiempo operatorio total: 185 min; sangrado estimado: 200 ml; tiempo de hospitalización: 1 día; tiempo de sonda vesical: 7 días. Hubo complicaciones intraoperatorias en un 5.7%. Un 22,8% fueron pT3, y hubo márgenes quirúrgicos positivos en 25.7%. Se registró una complicación postoperatorias, que además requirió reintervención en solo un caso. La mediana de APE post operatorio fue 0,01 ng/ml.

En Nefrectomía Parcial el 64,3 % tenía un RENAL Score de 7 o mayor, con un tamaño pre operatorio (mediana) de 2,9 mm. Las medianas fueron: tiempo de docking: 7 min; tiempo de consola: 95 min; tiempo operatorio total: 123 min; sangrado estimado: 150 ml; tiempo de isquemia caliente: 20 min; tiempo de hospitalización: 1 día. Hubo márgenes quirúrgicos positivos en solo un caso. No hubo complicaciones intra o post operatorias, variación significativa en la creatinina, ni reintervenciones.

En el total de la serie no hubo ninguna transfusión de hemoderivados, conversiones a cirugía laparoscópica o abierta, ni reingresos.

Conclusión:

La implementación del robot Toumai ha demostrado ser segura y comparable, para la realización de prostatectomías radicales y nefrectomías parciales. Los resultados iniciales muestran tiempos operatorios adecuados, bajo sangrado, baja tasa de complicaciones y márgenes quirúrgicos comparables con la literatura y con otras plataformas tradicionales. Se requieren estudios con mayor seguimiento para evaluar resultados oncológicos y funcionales a largo plazo.

Palabras clave:

Cirugía robótica, toumai, urooncología

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía parcial robótica y trifecta: estandarización de resultados en cirugía renal mínimamente invasiva

Hidalgo Ricaldy, J⁽¹⁾; Garcia Marchiñena, P⁽¹⁾; Zimmermann, D⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Jurado Navarro, A⁽¹⁾

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

Introducción: La nefrectomía parcial mínimamente invasiva es actualmente el estándar de tratamiento para el carcinoma renal localizado, permitiendo la preservación del parénquima renal sin comprometer los resultados oncológicos. Su eficiencia se mide con el concepto de trifecta que combina tres criterios: márgenes negativos, tiempo de isquemia inferior a 25 minutos y ausencia de complicaciones mayores postoperatorias. La cirugía robótica se plantea como una alternativa de mínima invasividad innovadora. El presente estudio tiene como objetivo analizar el cumplimiento de trifecta en pacientes sometidos a nefrectomía parcial robótica en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2010 y 2024. Se incluyeron pacientes a quienes se les realizó nefrectomía parcial asistida por robot. Se evaluaron variables como sexo, edad, estadio tumoral clínico, localización, puntaje RENAL, tiempo de isquemia, histología, márgenes quirúrgicos y complicaciones postoperatorias. Se definió trifecta exitosa a márgenes negativos, tiempo de isquemia inferior a 25 minutos y ausencia de complicaciones mayores postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron un total de 103 pacientes. Los estadios clínicos fueron 64 T1a (62.1%), 38 T1b (36.9%), y 1 T2 (1%). Se observó una tasa exitosa de trifecta de 62.1% (64 pacientes). De los pacientes, el 97.1% presentó márgenes quirúrgicos negativos, la mediana de tiempo de isquemia fue 22 minutos (IQR 17-30) y solo un paciente experimentó complicaciones postoperatorias mayores (Clavien \geq III; pseudoaneurisma que requirió embolización selectiva). El análisis univariado mostró como factores predictores de lograr trifecta, el sexo masculino (OR 2.4; IC95% 1-6), mientras que el aumento del RENAL score (OR 0.7; IC95% 0.6-0.9) y el estadio clínico $>$ T1a (0.3; IC95% 0.1-0.7) actúan como factores de riesgo para no lograrla. En análisis multivariado permanecen como factores el sexo (OR 3; IC95% 1.1-8.2), y estadio clínico $>$ T1a (0.3; IC95% 0.1-0.9).

Conclusión: La nefrectomía parcial robótica es una opción segura y efectiva para tumores renales localizados. Su aplicación, junto con el análisis sistemático de la trifecta, permite estandarizar resultados y mejorar continuamente la calidad en cirugía renal mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Utilización de ecógrafo intracorpóreo en nefrectomía parcial por tumor intrarrenal. Caso clínico y resultados.

Gasparotti, JC^(1, 2); Amado, J⁽¹⁾; Santinelli, F⁽¹⁾; Mias, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Interzonal General de Agudos Evita Pueblo de Berazategui. Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

Los tumores renales representan un 3-5% del total de las neoplasias. La mayoría de diagnóstico incidental, ya que suelen ser asintomáticos.

La nefrectomía parcial es la técnica quirúrgica de elección en el caso de tumores renales de menos de 7 cm (T1). Esta técnica ha demostrado resultados oncológicos similares a la cirugía radical con menor impacto sobre la función renal.

Para el abordaje de tumores complejos (intrarrenales o hiliares) se plantea como estrategia quirúrgica la utilización de un ecógrafo intraoperatorio para lograr mejor ubicación del tumor y evitar resecciones innecesarias.

Material y Métodos:

Paciente masculino de 60 años, sin antecedentes patológicos, asintomático, con incidentaloma renal izquierdo de 1,5 cm de diámetro, ubicado en polo inferior, con un renal score de 7, con función renal conservada. Al que se le realizó una nefrectomía parcial izquierda con utilización de ecógrafo intra laparoscópico, durante la cirugía el transductor es introducido a través del trócar de 12 mm para explorar la superficie renal y poder delimitar tanto el flujo doppler como los márgenes de la tumoración.

Resultados:

Se realizó una nefrectomía parcial con el fin de obtener como resultados: ausencia de márgenes positivos, mínimo daño renal (sin repercusión en la función renal) y ausencia de complicaciones urológicas.

Tiempo quirúrgico 122 minutos, tiempo de isquemia 17 minutos, sangrado 50 cc, anatomía patológica: tumor de células claras con márgenes 100% negativos. Sin complicaciones y preservación de la función renal normal.

Conclusiones:

La utilización de la ecografía intraoperatoria para la localización de masas intrarrenales durante la nefrectomía parcial laparoscópica facilita la ubicación de tumores renales de ubicación compleja en la cirugía. Esta herramienta amplía la indicación quirúrgica para estos tumores como alternativa a una nefrectomía radical.

Dada la complejidad de esta cirugía mini-invasiva y de la realización e interpretación de la ecografía intraoperatoria se precisa de una importante experiencia quirúrgica previa para ser llevada a cabo asegurando buenos resultados (trifecta) en este procedimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía simple laparoscópica: experiencia 255 casos, resultados funcionales y curva de aprendizaje

Tirapegui, SG⁽¹⁾; Tobia González, I⁽¹⁾; Romeo, A⁽¹⁾; Spezzi Roncero, LG⁽¹⁾; Rodriguez, T⁽¹⁾; Burioni, A⁽²⁾; Liyo, JC⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, ARGENTINA. ⁽²⁾Urología, Sanatorio San Jorge. Ushuaia, Argentina.

Introducción:

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una condición prevalente que afecta la calidad de vida de los pacientes. Entre las opciones quirúrgicas mínimamente invasivas, la prostatectomía simple laparoscópica (PSL) se presenta como una alternativa eficaz, especialmente en casos de gran volumen prostático. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad, eficacia, resultados funcionales y curva de aprendizaje de la PSL.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo de cohortes incluyendo 255 pacientes sometidos a PSL entre octubre de 2017 y diciembre de 2024 en el Hospital Italiano (Argentina). Los procedimientos fueron realizados por urólogos con formación en cirugía laparoscópica. Se evaluaron variables perioperatorias, funcionales y de calidad de vida, con seguimiento a 1, 3 y 6 meses, incluyendo entrevistas presenciales y uroflujometría. Las complicaciones se clasificaron según Clavien-Dindo. Se utilizaron cuestionarios validados al español, como el IPSS (International Prostate Symptom Score). Los datos cuantitativos se expresaron como media \pm desvío estándar.

Resultados:

La edad media fue 69,87 años (\pm 8,05) y el volumen prostático promedio 144,48 cc (\pm 51,81). El Qmax aumentó de 6,22 ml/s (\pm 5,72) a 30,06 ml/s (\pm 12,93) a los 6 meses ($p < 0,001$). El sangrado intraoperatorio medio fue 179,78 ml (\pm 109,84), el tiempo quirúrgico medio 136,49 min (\pm 40,88) y la estadía hospitalaria 1,15 días (\pm 0,63). La tasa global de complicaciones fue 17% (grado I-II: 13,4%; grado IIIb: 3,6%). El IPSS se redujo de 28,89 (\pm 5,96) a 3,11 (\pm 2,60) ($p < 0,001$), y el CLV de 4,96 (\pm 1,04) a 0,88 (\pm 0,82) ($p < 0,001$). La estranguria persistente al mes se reportó en el 6,7% de los pacientes. Se observó estabilización del tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio tras los primeros 50 casos, sin diferencias relevantes en los resultados clínicos posteriores.

Conclusiones:

La PSL es una técnica segura y eficaz para tratar la HPB de gran volumen, con beneficios funcionales sostenidos. La curva de aprendizaje se estabiliza tras aproximadamente 50 procedimientos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Anastomosis Vesico Uretral laparoscópica en 2025, Técnica de Bordeaux (R. Gastón), nuestros resultados y conclusiones.

Gasparotti, JC^(1, 2); Amado, J⁽¹⁾; Mias, F⁽¹⁾; Santinelli, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Interzonal General de Agudos Evita Pueblo de Berazategui. Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La prostatectomía radical (PR) como técnica quirúrgica para tratar el cáncer de próstata localizado cuenta dos etapas, durante la primera (resectiva), se reseca la glándula prostática junto a las vesículas seminales. Posteriormente se continúa con la reconstructiva, en que se anastomosa la Vejiga con la Uretra.

En las últimas décadas, la laparoscopia ha incrementado su rol en el tratamiento de esta patología.

Durante la etapa reconstructiva, utilizamos la técnica de Bordeaux, desarrollada por Richard Gastón.

Material y Métodos:

Utilizamos, dos portaagujas para realizar el punto de Rocco con multifilamento 2.0, aguja de 26 mm. Se realiza punto en región de retrocuello vesical y se toma músculo recto urethralis, se anuda. Para la anastomosis vesico uretral utilizamos monofilamento reabsorbible 2.0. Aguja UR 6 de 26 mm. Para identificar la uretra utilizamos Beniqué.

Técnica: Surget circular en sentido horario comenzando desde hora 3 en vejiga a uretra y los siguientes puntos, en igual sentido, se colocan en hora 5, 6, 7, 9, 11, 12 y 1. Anudando una vez dada la vuelta completa al cabo de inicio para finalizar. Todos los puntos en vejiga son de afuera a adentro y los uretrales de adentro a afuera.

Realizado el plato posterior colocamos sonda vesical doble vía 20 Fr. Posteriormente, efectuamos una prueba hidráulica con 180 cc de suero fisiológico. Colocamos drenaje.

Resultados:

Tiempo de anastomosis: promedio 29 minutos. Prueba hidráulica intraoperatoria sin fuga. Drenaje con débito menor a 100 cc en postoperatorio. Permanencia de Sonda 10 días. Tasa de incontinencia: 12% a 90 días, un apósito/día.

Tasa de fuga de orina 3,33 % con resolución percutánea de colección. Contractura de cuello 3,33% tratada con tamsulosina por 7 días y sondaje vesical. No registramos en los últimos 60 casos estenosis de anastomosis.

Utilizamos la técnica para 2 reanastomosis post PR abierta, con evolución favorable.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, la técnica de Bordeaux es segura, provee hermetismo a la anastomosis, con baja fuga urinaria (asociado a mejor cicatrización anastomótica y bajo porcentaje de estenosis). Favorece un alta hospitalaria temprana y tiempo abreviado de sondaje vesical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía abierta vs laparoscópica en pacientes con pielonefritis Xantogranulomatosa

Fernandez Venegas, A⁽¹⁾; Jimenez Cisneros, E⁽¹⁾; Tena Gonzalez-Mendez, G⁽²⁾; Garcia Escobar, JC⁽¹⁾; Hernandez Mendez, R⁽¹⁾; Jaspersen Gastelum, J⁽¹⁾; Corona Montes, VE⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Moreno Cabrera, JC⁽¹⁾; Almanza Gonzalez, MS⁽¹⁾; Rosas Ramirez, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Urología, Instituto Nacional de Nutrición. Ciudad de México, México.

Objetivo: Se describen los resultados perioperatorios de nefrectomía abierta y laparoscópica en casos con pielonefritis Xantogranulomatosa (PXG), con ello se compararon ambos resultados y los mismos resultados con lo reportado en la literatura mundial acerca de las series comparativas de abordaje abierto vs laparoscópico en el tratamiento de esta entidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, observacional y transversal de los expedientes clínicos con diagnóstico histopatológico de PXG tratados con nefrectomía abierta y laparoscópica entre enero 2010 a julio 2022. Se compararon resultados perioperatorios del grupo de cirugía laparoscópica con los de cirugía abierta.

Resultados: Del 2010 al 2022 se realizaron 60 nefrectomías con resultado histopatológico de PXG de las cuales 44 se realizaron con abordaje abierto y 16 de manera laparoscópica. El tiempo transoperatorio promedio en abordaje abierto fue de 156.4 minutos y en abordaje laparoscópico de 151.2 min con una p de 0.7 no significativa; el sangrado transoperatorio fue de 872 ml en abordaje abierto vs 127 ml en laparoscópico sin requerimiento de transfusión sanguínea con una p de 0.001 estadísticamente significativa. No hubo diferencia significativa en tasa de complicaciones mayores siendo 27.3% en grupo abierto y en el grupo de cirugía laparoscópica de 6.3%. La estancia hospitalaria fue menor en el grupo laparoscópico con promedio de 2.3 días vs 6.3 días en abierta con una p 0.004 estadísticamente significativa.

Conclusiones: La PXG, representa un reto debido a las características inflamatorias de la misma, sin embargo, se beneficia del abordaje laparoscópico, comparado con el manejo abierto demostrándose un 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.

Características distributivas el paciente

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Minimally Invasive Technique for Vaginoplasty: Outcomes from a 28-Case Series

de Souza Britto, AF⁽¹⁾; Machado Tavares, P⁽¹⁾; Altenburger Neuhauser, M⁽¹⁾; Timoteo de Oliveira, R⁽¹⁾; Rebello Horta Görden, A⁽¹⁾; Elias Rosito, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil.

Introduction:

Minimally invasive vaginoplasty, either laparoscopic or robotic, has proven to be a safe and effective technique for genital reconstruction in various clinical settings. This study aimed to evaluate preoperative and postoperative outcomes of patients undergoing this approach at a specialized center in southern Brazil, within both the public healthcare system (SUS) and private insurance. Included were transgender patients undergoing gender-affirming surgery, cisgender women with congenital syndromes associated with distal vaginal development, and patients requiring reconstruction due to loss of vaginal canal or neovagina.

Methods:

This is a retrospective observational study based on a clinical database of 28 patients who underwent surgery between 2023 and 2025. The surgical technique combined a peritoneal flap (Davydov technique) with inverted penile skin in gender-affirming cases. In patients with loss of the vaginal canal, skin grafts were used for the distal segment. In cases of congenital anomalies, reconstruction was performed from the existing distal vaginal remnant. Variables analyzed included age, BMI, ASA score, operative time, intraoperative complications, postoperative complications (Clavien-Dindo classification) and intraoperative vaginal canal length.

Results:

The mean age was 33.4 years and the average BMI was 25.1 kg/m². Most patients were classified as ASA I or II. The mean operative time was 324 minutes. No intraoperative complications occurred in 85.7% of cases. Most postoperative complications were classified as grade I. However, four patients (14.3%) experienced major complications, including rectal perforation and bladder injury during dissection, all managed intraoperatively without significant clinical impact. The intraoperative vaginal canal length was ≥15 cm in all cases. At three months, 16 patients had been evaluated, all presenting with a functional canal longer than 12 cm and preserved clitoral sensitivity. Only one patient developed introital narrowing.

Discussion:

The minimally invasive approach demonstrated favorable anatomical and functional outcomes, with a low complication rate. The combination of peritoneal flap and inverted penile skin proved effective for creating an adequate vaginal canal. Graft-based cases also showed good outcomes, with no significant impact on operative time. This technique appears feasible for both transgender patients and women with genital anomalies, including in the context of public healthcare and private insurance systems.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Comparación entre cirugía robótica versus cirugía laparoscópica en enfermedades urológicas: una revisión general de revisiones sistemáticas y metaanálisis

Mendoza Chuctaya, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Sociedad Peruana de Urología. Lima, Perú.

Introducción:

La comparación entre cirugía robótica (CR) y cirugía laparoscópica (CL) en urología, especialmente en procedimientos como la prostatectomía radical, cistectomía y nefrectomía, demuestra que la CR ofrece ventajas en cuanto a menor sangrado, reducción de la estancia hospitalaria y una menor tasa de conversión a cirugía abierta. Sin embargo, las diferencias en complicaciones mayores y en los resultados oncológicos o funcionales a mediano plazo son marginales. A pesar de estos beneficios, el costo de la CR sigue siendo significativamente superior. En países en desarrollo, el acceso a la cirugía robótica está limitado por los elevados costos iniciales, el mantenimiento y la necesidad de capacitación especializada. **Objetivo:** comparar la CR versus CL en las distintas enfermedades urológicas.

Material y métodos:

Se realizaron búsquedas en PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library. Se incluyeron ensayos clínicos (EC) que compararon la cirugía robótica con la laparoscópica en distintas enfermedades urológicas. Dos revisores seleccionaron los estudios de forma independiente. Se realizaron metaanálisis utilizando RevMan 5.4 y se empleó el enfoque GRADE para evaluar la certeza de la evidencia.

Resultados: Se identificaron 34 metaanálisis con un total de 1,336 participantes. Los estudios incluidos analizaron diversas enfermedades urológicas sin encontrar diferencias significativas de relevancia clínica entre la cirugía robótica y la laparoscópica. El riesgo de sesgo fue bajo.

Conclusión: no hay diferencia significativa en la comparación entre CR y CL en enfermedades urológicas. En países en desarrollo, el acceso a la cirugía robótica está limitado por los elevados costos iniciales, el mantenimiento y la necesidad de capacitación especializada. Las proyecciones sugieren que, mientras no se reduzcan los costos de adquisición y operación de las plataformas robóticas, la CL continuará siendo el estándar de mínima invasión fuera de los centros de alto volumen y recursos.

Palabras clave:

Cirugía robótica, cirugía laparoscópica, próstata, riñón, vejiga

Financiamiento / conflicto de intereses: No

IMPACTO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS POSTERIOR A PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA

Moreira Del Pino, ED⁽¹⁾; Paz, S⁽¹⁾; Aguilar, A⁽¹⁾; Moreira Castro, E⁽¹⁾; Leon, R⁽¹⁾; Rodriguez, V⁽¹⁾; Guedez, C⁽¹⁾; Granado, W⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología Oncológica, Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti. Caracas, Venezuela.

Introducción y objetivos: El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en hombre; su mayor incidencia ocurre en países desarrollados, donde el diagnóstico oportuno permite ofrecer, como alternativa curativa, la prostatectomía radical; sin embargo, la evolución hacia la recurrencia bioquímica, sin asociación demostrada hasta la fecha con el riesgo inicial de enfermedad o presencia de bordes positivos del espécimen, motivan a determinar la existencia de relación entre márgenes quirúrgicos positivos, riesgo inicial de enfermedad e ISUP (especimen) con recurrencia bioquímica, posterior a prostatectomía radical abierta. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, descriptivo, en pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta del Instituto Oncológico Luis Razetti con histología de adenocarcinoma prostático, desde el 2009 hasta 2020. Población: 246 historias clínicas. **Resultados:** 59 historias incluidas, hombres mestizos, edad promedio de 62 años. El riesgo inicial de estratificación fue muy alto riesgo en 21 pacientes (35,6%). ISUP I en 13 pacientes (22%), II en 12 pacientes (20,3%), III en 22 pacientes (37,3%), IV en 5 pacientes (8,5%), V en 6 pacientes (10,2%). De los 59 especímenes, 33 (55,9%) márgenes libres, 26 (44,1%) márgenes positivos. Recaída bioquímica en 39 pacientes (66,1%). **Conclusiones:** Existe relación de márgenes positivos y recaída bioquímica de 52,9%; relación de recaída bioquímica y alto/muy alto riesgo igual a 47,1%; sin embargo, estadísticamente no son significativos para establecer una relación directa; se debe seguir investigando hasta encontrar un factor de riesgo sensible para evitar sobretratar a los pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLINICO-PATOLÓGICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO LUIS RAZETTI

Grupo de riesgo	n (%)
Muy bajo	0 (0.0)
Bajo	5 (8.5)
Intermedio favorable	13 (22.0)
Intermedio desfavorable	16 (27.1)
Alto	4 (6.8)
Muy alto	21 (35.6)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Salvage high dose rate brachytherapy for local recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy.

Solodkii, V⁽¹⁾; Pavlov, A⁽²⁾; Dzidzaria, A⁽³⁾; Tsibulskii, A⁽⁴⁾

⁽¹⁾Director of the scientific center, Russian Scientific Center for Radiology. Moscow, Russia. ⁽²⁾Chief physician, Russian Scientific Center for Radiology. Moscow, Russia. ⁽³⁾Head of the Urology Department, Russian Scientific Center for Radiology. Moscow, Russia. ⁽⁴⁾Leading Researcher, Russian Scientific Center for Radiology. Moscow, Россия.

Objective of the study: The need to search for optimization of salvage methods of treatment today is dictated by the growing expansion of indications for radical prostatectomy in many centers in the developed countries of the world. With the expansion of indications for surgical treatment, the number of cases of local recurrence of prostate cancer is growing.

Materials and methods. Between January 2015 and December 2023, salvage high dose-rate brachytherapy was performed in 58 patients at the Russian Research Center for Roentgen Radiology of the Russian Ministry of Health for local recurrence of prostate cancer (PCa) after radical prostatectomy (RP). All patients underwent mpMRI and PET-CT PSMA. All patients included in the study underwent perineal biopsy of the prostate bed and seminal vesicles using the developed technique.

Results. Median follow-up in the main group was 55.7 months. (24-120 months). Overall survival was 98%. Biochemical relapse was detected in 7 patients (87.9%). Local relapse was detected in 2 patients (3.4%).

Based on the analysis, it was found that in patients with local recurrence of prostate cancer, significant predictors of treatment failure were: the presence of a clinically extremely high risk of progression at the initial diagnosis ($p=0.003$), the development of biochemical relapse up to 24 months after the main treatment ($p=0.001$) and an increase in the level of PSA in the blood above 10 ng / ml when registering a biochemical relapse ($p = 0.002$). Radiation toxic reactions of grades III and IV were detected in 1 patient (1.7%).

Conclusion. High dose rate brachytherapy is a safe and effective treatment for local recurrence of PCa after RP. In addition to the brachytherapy technique, the diagnostic stage is also of great importance, providing visualization of the exact localization of tumor recurrence.

Key words: relapse; prostate cancer; salvage brachytherapy;

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Desempeño Diagnóstico de un Inmunoensayo Rápido tipo LFAI para la Detección de Antígeno Prostático Específico: Comparación con Quimioluminiscencia

Ramírez García, JM⁽¹⁾; Bautista Ángeles, Z⁽²⁾; Cortez Sánchez, JL^(3, 4); Coyotl Zahuantla, K⁽⁵⁾; Bautista Rodríguez, E^(3, 5)

⁽¹⁾Servicio de urología, Hospital Regional ISSSTE Puebla. Puebla, México. ⁽²⁾Facultad de medicina, Universidad Politécnica de Pachuca. Pachuca, México. ⁽³⁾Ciencias de la salud, Universidad de las Américas Puebla. Puebla, México. ⁽⁴⁾Ciencias químico biológicas, Universidad Autónoma de Campeche. Campeche, México. ⁽⁵⁾Ciencias de la salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tlaxcala, México.

Introducción:

El antígeno prostático específico (PSA) es un biomarcador ampliamente utilizado para el tamizaje de enfermedades prostáticas. Los inmunoensayos tipo LFAI (Inmunocromatografía de flujo lateral) representan una alternativa rápida y accesible, sin embargo, su precisión diagnóstica frente a métodos cuantitativos como la quimioluminiscencia requiere evaluación.

Material y metodos:

Evaluar la concordancia, sensibilidad y especificidad del método LFAI para PSA, en comparación con quimioluminiscencia, en hombres adultos mayores atendidos en un centro clínico de tamizaje.

Se analizaron datos de 78 pacientes con mediciones simultáneas de PSA por LFAI (clasificación ordinal: 0–3) y quimioluminiscencia (ng/mL). Se aplicaron análisis de varianza (ANOVA), correlación de Spearman, regresión lineal y curva ROC para determinar la relación entre ambos métodos y su rendimiento diagnóstico (PSA elevado definido como >4 ng/mL).

Resultados:

La media de edad fue de 69 años. El análisis ANOVA mostró diferencias significativas en los niveles de PSA por quimioluminiscencia según categoría LFAI ($p < 0.0001$). La correlación de Spearman fue moderada ($\rho = 0.51$, $p < 0.0001$). El modelo de regresión lineal mostró que cada aumento en categoría LFAI se asoció con un incremento promedio de 5.05 ng/mL en PSA ($R^2 = 0.43$, $p < 0.001$). El inmunoensayo LFAI mostró: sensibilidad 61.5%, especificidad 92.2%, VPP 66.7%, VPN 90.4%, precisión global 85.9% y AUC de 0.83.

Conclusiones:

El test rápido tipo LFAI muestra buena concordancia con el método estándar y alto valor predictivo negativo, por lo que puede ser útil como herramienta de tamizaje prostático en contextos con acceso limitado a pruebas cuantitativas. Los resultados positivos deben confirmarse con métodos de laboratorio de mayor sensibilidad.

Palabras clave: Antígeno prostático Específico, Prueba LFAI, Tamizaje.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Longitud de uretra membranosa previo a prostatectomía radical como predictor de incontinencia urinaria postquirúrgica.

Ávila, C⁽¹⁾; Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Vilches, R⁽²⁾; Miranda, M⁽³⁾; Olmedo, T^(1, 4)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile. ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Servicio de Urología, Hospital San José. Santiago, Chile.

Introducción:

La incontinencia urinaria (IU) es la principal complicación tras una prostatectomía radical (PR), independientemente al abordaje utilizado. Entre los factores asociados con IU post PR, se ha descrito la longitud de la uretra membranosa (LUM). La masificación de la resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp) ha permitido evaluar mejor el riesgo de desarrollar IU tras la intervención quirúrgica.

Objetivo:

Establecer una asociación entre LUM por RNMmp e IU en pacientes sometidos a PR en 3 centros de Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, analítico, retrospectivo, en pacientes con cáncer de próstata (CaP) sometidos a PR con RNMmp preoperatoria entre Julio 2020 y Junio 2024. Se registraron características clínicas basales. Se registró la LUM medida por un único radiólogo experto y se comparó la asociación con IU en el seguimiento postquirúrgico.

Resultados:

Se analizaron 46 pacientes sometidos a PR, 20 laparoscópicos y 26 abiertos. La mediana de LUM fue de 15 mm (rango 7-20mm). Se realizó una curva ROC que mostró que la LUM medida por RNMmp predice continencia a un año con un AUC de 0.645. El punto de corte óptimo fue de 12.5 mm, con sensibilidad del 82.6% y especificidad del 53.8%. El análisis de tablas de contingencia mostró una asociación significativa entre una LUM \geq 12.5 mm y la continencia a un año ($\chi^2=4.19$, $p=0.041$). El 76% de los pacientes con LUM \geq 12.5 mm fueron continentes, en comparación con el 41.7% de aquellos con LUM $<$ 12.5 mm. No se encontró asociación entre la LUM y la continencia a los 3 y 6 meses. Al comparar continencia según vía de abordaje, no se encontró diferencia entre cirugía abierta versus laparoscópica ($p=0.2$).

Discusión:

Según nuestra experiencia, la medición de LUM previo a PR se relaciona con la incidencia de IU postoperatoria, siendo un predictor de la continencia a los 12 meses independiente de la vía de abordaje quirúrgico. La medición de esta variable previo a la cirugía puede ser una herramienta relevante al momento de la toma de decisión del tipo de manejo del CaP localizado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía Radical Robótica, experiencia inicial y resultados.

Amado, J⁽¹⁾; Gasparotti, JC⁽¹⁾; Santinelli, F⁽¹⁾; Mias, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Interzonal General De Agudos Evita Pueblo. Berazategui, Argentina.

Introducción:

El cáncer de próstata es la patología oncológica más prevalente en hombres. En 2020, se diagnosticaron más de 1.4 millones de casos nuevos, representando el 14% de los cánceres masculinos. En América Latina, su incidencia aumento debido al uso extendido del tamizaje con antígeno prostático específico.

La prostatectomía radical es el tratamiento quirúrgico estándar para el cáncer de próstata localizado en pacientes con buena expectativa de vida. En los últimos años, la cirugía robótica asistida por el sistema Da Vinci ha surgido como una técnica mínimamente invasiva superior a los métodos tradicionales (abierto y laparoscópico).

Esta tecnología permite una disección más exacta de la próstata, preservación de estructuras neurovasculares, menor sangrado y una recuperación más rápida, con mejores resultados funcionales.

Material y Métodos:

Presentamos nuestra experiencia con 20 casos consecutivos de prostatectomía radical robótica sistema Da Vinci, realizados en el Sanatorio Finochietto (Buenos Aires, Argentina) en los últimos 2 años. Todos los pacientes con adenocarcinoma prostático (riesgo bajo, intermedio favorable o desfavorable) recibieron preservación neurovascular unilateral o bilateral. Se evaluaron resultados perioperatorios y funcionales, destacando la asociación con linfadenectomía en algunos casos.

Resultados:

Nuestra serie de 20 pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica con sistema Da Vinci, obtuvimos los siguientes resultados: Edad promedio de 62 años, el tiempo operatorio promedio fue de 220 minutos, con una pérdida sanguínea estimada en 600 mL.

Realizamos linfadenectomía en 80% de los casos. La preservación neurovascular fue bilateral en el 90% de los casos y unilateral en el 10% restante. El análisis anatomopatológico reveló márgenes quirúrgicos negativos en todos los casos. La serie demostró resultados funcionales ideales, con el 100% de los pacientes recuperando continencia urinaria y función sexual en todos los pacientes con tadalafilo, estos resultados demuestran que la prostatectomía radical robótica con preservación neurovascular ofrece excelentes resultados funcionales.

Conclusiones.

La prostatectomía radical robótica con sistema Da Vinci demostró ser segura y efectiva en nuestra serie de 20 casos, con márgenes negativos, baja pérdida sanguínea y preservación neurovascular exitosa. Todos los pacientes recuperaron continencia urinaria y función sexual con tadalafilo, destacando los beneficios funcionales de esta técnica mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Vigilancia activa en pacientes con cáncer de próstata. Primer reporte de serie de casos en el Instituto Oncológico Nacional

Salado, Y⁽¹⁾; De Gracia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología Oncológica, Instituto Oncológico Nacional. Panamá, Panamá.

Introducción:

La vigilancia activa es una estrategia segura y efectiva para el manejo del cáncer de próstata de bajo riesgo, ya que evita el sobretratamiento y mantiene la calidad de vida sin comprometer los resultados oncológicos. En Panamá, su uso ha sido limitado y no existen reportes institucionales previos. Este estudio presenta el primer análisis preliminar de pacientes manejados con vigilancia activa en el Instituto Oncológico Nacional (ION).

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, tipo serie de casos, que incluyó pacientes con adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo según los criterios de Epstein: PSA ≤ 10 ng/mL, Gleason 6 (ISUP 1), estadio clínico $\leq T2a$ y menos del 50% de afectación tumoral por biopsia. Se analizaron 16 pacientes que ingresaron a vigilancia activa entre Agosto de 2017 y Junio de 2025. Se evaluaron variables clínicas, PSA inicial y su velocidad, factores de riesgo, uso de resonancia multiparamétrica, hallazgos en biopsias de seguimiento, progresión de enfermedad y decisiones terapéuticas. El seguimiento promedio fue de 23,3 meses (rango: 5,1–92,4).

Resultados:

La edad promedio fue de 70.6 años (rango: 58–78). Los principales factores de riesgo fueron etnia afrodescendiente, edad avanzada y antecedentes familiares. El PSA inicial promedio fue de 8.51 ng/mL. Solo un paciente tuvo resonancia multiparamétrica al diagnóstico. El 75% eran cT1c y el 25% cT2a. La velocidad promedio de PSA fue 0.65 ng/mL/año; en el 56.25% fue < 0.35 , lo que indica estabilidad bioquímica. Tres pacientes tuvieron biopsias sin progresión histológica; dos se realizaron resonancia sin nuevas lesiones y dos recibieron terapia hormonal (uno por decisión personal y otro por síntomas obstructivos). Todos mantuvieron buena adherencia al seguimiento.

Conclusiones:

La vigilancia activa es una estrategia factible y segura en la población panameña, con buena adherencia, estabilidad bioquímica y sin progresión histológica. La baja utilización de resonancia multiparamétrica representa una oportunidad de mejora. Este estudio representa la primera serie institucional panameña y establece las bases para futuros estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

Palabras clave:

Cáncer de próstata, vigilancia activa, Panamá.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Estudios genéticos en pacientes con Cáncer de Próstata Resistente a la Castración y experiencia inicial en el tratamiento con Olaparib en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Vázquez Hernández, JdJ⁽¹⁾; Yaber Gómez, EK⁽¹⁾; Alcántara Morales, MF⁽¹⁾; Pérez Espinoza, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, CMN 20 de Noviembre. CDMX, México.

El cáncer de próstata es el segundo cáncer con mayor incidencia en México y este se diagnostica aproximadamente en un 50-60% en etapa metastásica. De estos pacientes el 50% llegará a la etapa de Resistencia a la Castración. Actualmente se encuentran tratamientos dirigidos a mutaciones genéticas específicamente inhibidores PARP como Olaparib. Por esta razón es de importancia conocer los tratamientos en etapas de Resistencia a la Castración.

En nuestro hospital realizamos estudio genético a pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración, actualmente hemos realizado el estudio en 50 pacientes de los cuales ha resultado con alguna mutación clínicamente significativa en 6 de ellos y 4 variantes de significado incierto. Se trataron con Olaparib 2 pacientes con diagnóstico de Ca de Próstata Metastásico Resistente a la Castración.

Paciente 1: Masculino de 52 años con diagnóstico de Ca de Próstata Gleason 10 (5+5) T3BNN1M1C con Resistencia a la castración posterior a terapia de primera línea con Abiraterona y Docetaxel. Se realizó estudio genético siendo positivo para mutación en BRCA2.

Paciente 2: Masculino de 45 años con diagnóstico de Ca de Próstata Gleason 9 (5+4) T2BN1M1C Resistente a la Castración posterior a terapia de primera línea con Enzalutamida. Se realizó estudio genético siendo positivo para mutación en CDK12.

Ambos pacientes inician Olaparib 400 mg cada 12 horas y se realizan estudios de imagen de control al tercer mes de tratamiento.

Ambos pacientes presentaron respuesta radiológica parcial, con mejoría en estudios de control y descenso de APE, también presentaron alteraciones a nivel de médula ósea presentando en el Paciente 1 neutropenia y Paciente 2 anemia con necesidad de transfusión de hemoderivados.

Conclusión:

El tratamiento con Olaparib es un tratamiento efectivo en etapas de Resistencia a la Castración con disminución en el número de metástasis. Se necesitan aún estudios en México en mayor cantidad de pacientes para definir factibilidad de tratamiento y perfil de seguridad en nuestra población. Las limitantes en nuestro país de realizar estudios genéticos en pacientes en este estadio y diferentes tipos de mutaciones probablemente en nuestra población aumenta la necesidad de continuar con investigaciones en este tema.

Estudios Genéticos Positivos

Resultado Genético	Frecuencia	Porcentaje (%)
VUS CHEK2	2	4.3
CDK12	2	4.3
BRCA2	2	4.3
BRCA1	2	4.3
VUS BRIP1	1	2.2
VUS ATM	1	2.2
VUS PALB2	1	2.2

Financiamiento / conflicto de intereses: No

**CARCINOMA NEUROENDOCRINO PURO DE PROSTATA Una Variante Agresiva del cáncer de próstata
Presentación de casos y revisión de la literatura.**

Castro Bac, JF; Perez, S; Espinoza, G

El cáncer de próstata (CP) es el segundo cáncer diagnosticado en hombres, con una estimación de 1.4 millones de diagnósticos y 375 mil muertes en el mundo en 2020⁽¹⁾. El adenocarcinoma de próstata localizado y metastásico es bien tratado y existen varias opciones de tratamiento disponibles, sin embargo, otras variantes como la diferenciación neuroendocrina (CPNE) se han convertido en un desafío clínico. Esta variante agresiva se caracteriza por refractariedad hormonal, receptores de andrógenos bajos o ausentes y se asocia con niveles bajos de antígeno prostático, importante para realizar el diagnóstico.⁽⁴⁾ El CPNE es una enfermedad extremadamente agresiva, la mayoría de los casos presentan lesiones metastáticas y una gran masa en el momento del diagnóstico^(5,6).

Nuestro Objetivo es presentar dos casos de pacientes con Carcinoma Neuroendocrino puro de Novo de próstata, considerando que la incidencia en forma pura ha sido reportada en menos del 1% de las neoplasias de próstata, además revisión de la bibliografía reciente.

En conclusión, el cáncer de próstata neuroendocrino es una variante altamente agresiva que se caracteriza por su rápida progresión y metástasis. Puede encontrarse en forma pura (-1%) de los casos, en conjunto con adenocarcinoma y relacionada al tratamiento anti androgénico (2 a 3 años de tratamiento, 17 – 20% de CPmRC). Actualmente no hay opciones de tratamiento estándar. Múltiples ensayos clínicos están en curso evaluando la eficacia de nuevas terapias dirigidas que han mostrado potenciales beneficios⁽¹²⁾.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía Radical Retzius-Sparing Laparoscópica: Primera Descripción de un Abordaje Laparoscópico Puro en Centroamérica

González, A⁽¹⁾; García Escobar, JC⁽¹⁾; Cárdenas, P⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾; Anna, R⁽¹⁾; Lia, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Gustavo Nelson Collado. Chitré, Herrera, Panamá.

Introducción:

La prostatectomía radical Retzius Sparing (RS) ha mostrado ventajas en la recuperación de la continencia urinaria, ya que preserva el espacio de Retzius. Sin embargo, su realización es técnicamente desafiante, incluso con asistencia robótica y no existen reportes previos de su ejecución con laparoscopia pura. Este estudio presenta la primera descripción en Centroamérica de RS-LARP, evaluando su viabilidad y sus resultados oncológicos y también funcionales.

Metodología:

Se realizó un estudio prosectivo y descriptivo en 11 pacientes sometidos a RS-LARP en el Hospital Gustavo Nelson Collado entre agosto de 2024 y abril de 2025. Se analizaron variables perioperatorias: tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias y recuperación funcional (continencia urinaria medida con ICIQ-SF y función eréctil con IEEF-5). También se evaluaron márgenes quirúrgicos, PSA postoperatorio y resultado histopatológico.

Resultados:

La técnica RS-LARP se realizó sin necesidad de conversión a cirugía abierta ni asistencia robótica. La edad promedio fue de 55 años y el volumen prostático promedio de 26 ml. Basado en la clasificación D'Amico se reportó un solo paciente de alto riesgo, mientras que los demás fueron bajo riesgo. El PSA preoperatorio promedio fue de 6.86 ng/ml. El tiempo quirúrgico medio fue de 180 minutos y la pérdida sanguínea media de aproximadamente 40 ml. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. La estancia hospitalaria promedio fue de 2 días. La continencia urinaria fue inmediata tras el retiro de la sonda uretral en todos los casos, y en 6 pacientes se preservó la función eréctil (IEEF-5 > 20). En términos oncológicos, todos presentaron márgenes quirúrgicos negativos, PSA postoperatorios menores a 0.008 ng/ml y estadificación pT2b.

Conclusiones:

Este reporte representa la primera experiencia en Centroamérica con RS-LARP. A pesar de su alta complejidad técnica, los resultados sugieren que es una alternativa segura y factible, con resultados funcionales y oncológicos comparables a los reportados en cirugía asistida por robot. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

Palabras Clave:

Prostatectomía Laparoscópica, Retzius Sparing, Centroamérica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evolución en el Diagnóstico del Cáncer de Próstata (2004-2021): Tendencias en Incidencia, Tasas Estandarizadas y Factores Pronósticos

Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Cabrera Chamba, AE⁽¹⁾; Dorado Valentín, M⁽¹⁾; Páez Borda, Á⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Introducción y Objetivos

Un objetivo clave para los sistemas públicos de salud es lograr diagnósticos tumorales tempranos. Este estudio analiza la tendencia secular del cáncer de próstata (CP) durante 18 años en un área de salud que atiende a 200,000 habitantes con un único hospital público.

Material y Métodos

Se analizaron la incidencia y estadificación de 1,299 casos de CP diagnosticados entre 2004 y 2021, clasificándolos en bajo, intermedio y alto riesgo según las guías de la Asociación Europea de Urología (EAU), incluyendo los pacientes metastásicos en el grupo de alto riesgo. Se calcularon las tasas crudas y estandarizadas, empleando modelos de cambio porcentual anual (APC) y análisis de joinpoint para identificar tendencias. Se comparó la incidencia de tumores sintomáticos vs asintomáticos mediante la prueba estadística de chi-cuadrado (χ^2), y la edad al diagnóstico con ANOVA.

Resultados

La incidencia global de CP aumentó significativamente (**APC 7.97**, IC 95% 4.35-11.73, $p<0.001$). Las tasas crudas y estandarizadas mostraron una disminución en la incidencia de casos de bajo y riesgo intermedio, mientras que las tasas crudas de los tumores de alto riesgo aumentaron y se mantuvieron estables en la tasa estandarizada.

La **presentación clínica** mostró un cambio significativo ($p<0.001$), con un aumento progresivo en casos asintomáticos. Además, se identificó una tendencia significativa hacia diagnósticos a **edades** más avanzadas ($p<0.05$).

Conclusiones

Los esfuerzos preventivos y la accesibilidad universal del Sistema Nacional de Salud no parecen correlacionarse con diagnósticos más tempranos de CP, aunque si observamos un diagnóstico en estadios asintomáticos y a edades más avanzadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Eficacia diagnóstica de la biopsia prostática dirigida por resonancia magnética en Iberoamérica: Estudio multicéntrico.

Camean, JJ⁽¹⁾; Ringa, M⁽²⁾; López Silva, M⁽³⁾; Olmedo, T⁽⁴⁾; Gurovich, J⁽⁴⁾; Bravo Castro, El⁽⁵⁾; Catalá, V⁽⁶⁾; Contreras, P⁽²⁾; Paesano, N⁽⁷⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. ⁽³⁾Urología, Centro Argentino de Urología. Buenos Aires, Argentina. ⁽⁴⁾Urología, Hospital Cínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Central Militar. México, México. ⁽⁶⁾Radiodiagnóstico, Clínica Creu Blanca. Barcelona, España. ⁽⁷⁾Urología, Clínica Creu Blanca. Barcelona, España.

Introducción:

La biopsia dirigida por resonancia magnética (MRI-TB) ha transformado el diagnóstico del cáncer de próstata (PCa), al ofrecer mayor especificidad y sensibilidad para detectar cáncer clínicamente significativo (csPCa) en comparación con la biopsia sistemática convencional. El objetivo fue evaluar la eficacia de la MRI-TB mediante distintos abordajes en una cohorte iberoamericana. Se trata del primer estudio sobre esta temática en la región.

Materiales y métodos:

Estudio multicéntrico retrospectivo realizado en cinco centros de referencia de Argentina, Chile y España, incluyendo pacientes sometidos a MRI-TB por sospecha de PCa. Se analizaron variables clínico-demográficas, imagenológicas, características de la biopsia y hallazgos patológicos. Se definió csPCa como aquel con grado ≥ 2 según la clasificación de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP). Se utilizaron media/desviación estándar, mediana/rango intercuartílico y pruebas estadísticas según el tipo de variable (Chi-cuadrado, t-test o U de Mann-Whitney). Se evaluaron las tasas de detección de PCa y csPCa.

Resultados:

Se incluyeron 1095 pacientes con indicación de biopsia prostática guiada por resonancia magnética. La edad media fue de 66 años, con un valor promedio de PSA de 9,32 ng/ml. Al momento de la biopsia, el 17,35 % de los pacientes presentaban un tacto rectal sospechoso y el 8,6 % referían antecedentes familiares de PCa. El 99,1 % de las biopsias se realizaron por vía transperineal. El volumen prostático medio fue de 57,18 cc, y la densidad de PSA promedio, de 0,18. La tasa global de detección de PCa fue del 69,5 %, mientras que la de csPCa alcanzó el 55,9 %. Se detectó csPCa exclusivamente en la biopsia dirigida en el 22,7 %, y en el 2,28 % únicamente en la sistemática. La tasa de detección de csPCa según la categoría PI-RADS fue del 26,7 % para PI-RADS 3, del 59,5 % para PI-RADS 4 y del 81,3 % para PI-RADS 5.

Conclusiones:

Los resultados preliminares de este primer estudio multicéntrico iberoamericano demuestran que la MRI-TB presenta alta eficacia para detectar csPCa, comparable con series internacionales. Esta cohorte regional permitirá, en futuros análisis, optimizar la precisión diagnóstica según factores técnicos y de riesgo específicos en la región.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Correlación entre la biopsia fusión (dirigida y sistemática) guiada por RMN, y los hallazgos de la prostatectomía radical: enfoque en la concordancia histológica y las características patológicas clínicamente relevantes.

Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Niakani, S⁽¹⁾; Olazabal, A⁽¹⁾; Alshamsi, H⁽¹⁾; Rompré-Brodeur, A⁽¹⁾; Sánchez Salas, R⁽¹⁾
⁽¹⁾Urology, McGill University. Montreal, Canada.

Introducción:

La biopsia prostática por fusión (sistemática y dirigida) guiada por resonancia magnética nuclear (RMN), ha mejorado significativamente la localización de lesiones y la estratificación del riesgo. Sin embargo, la concordancia con la anatomía patológica tras la prostatectomía radical (PR) sigue siendo variable, especialmente en lo relativo al grado tumoral y a los subtipos histológicos agresivos.

El objetivo de este estudio fue evaluar las tasas de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs) mediante biopsia fusión transperineal (TP), y analizar la concordancia con la PR en cuanto al Grupo de Grado de Gleason (GGG) y el subtipo histológico.

Métodos:

Se incluyeron pacientes sometidos a biopsia fusión TP guiada por RMN y a PR entre enero de 2023 y abril de 2025. Todas las biopsias se realizaron con el sistema Koelis Trinity™. Se recopilaron datos clínicos, radiológicos y patológicos. La concordancia histológica se evaluó para los patrones acinar, ductal y cribiforme.

Resultados:

Un total de 55 pacientes fueron sometidos a biopsia prostática TP y posterior PR.

La concordancia global entre el GGG de la biopsia y el de la PR fue del 58.1% (32/55). Se observó sobrestadificación en el 16.3% de los casos (9/55) y subestadificación en el 25.4% (14/55).

En cuanto a los subtipos histológicos, el adenocarcinoma acinar se identificó en el 93% de las biopsias frente al 68.4% en la PR; el ductal en el 7% frente al 29.8%; y el cribiforme en el 8.8% frente al 36.8%.

Conclusión:

La biopsia guiada por fusión mostró altas tasas de detección de CPcs; sin embargo, la concordancia con las piezas de PR fue solo moderada, con una subestadificación en más del 25% de los casos, lo que pone de manifiesto sus limitaciones preoperatorias. Además, subtipos histológicos agresivos como el ductal y el cribiforme pasaron desapercibidos en aproximadamente el 30% de las ocasiones. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar las estrategias diagnósticas, incluyendo herramientas avanzadas de localización y caracterización tumoral, para optimizar la planificación terapéutica.

Correlación Histopatológica Biopsia-Prostatectomía Radical

GGG	Biopsia (%)	Prostatectomía Radical (%)
GGG 1	7%	1.8%
GGG 2	57.9%	73.7%
GGG ≥3	31.6%	24.6%

Financiamiento / conflicto de intereses: No

La resonancia biparamétrica (bpMRI) vs resonancia multiparamétrica (mpMRI) en la detección de cáncer clínicamente significativo: nuestra experiencia.

Eguia, C⁽¹⁾; Martínez, E⁽²⁾; Nazar, M⁽²⁾; Ríos Pita, H⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Imágenes, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La resonancia multiparamétrica (mpMRI) es el estándar actual para la detección del cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa), aunque implica mayores costos y menor accesibilidad para la población general. La resonancia biparamétrica (bpMRI), que excluye el uso de contraste omitiendo así la secuencia DCE, podría representar una alternativa diagnóstica más accesible. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la sensibilidad y especificidad de la bpMRI en comparación con la mpMRI en la detección de csPCa, y analizar su utilidad clínica y potencial para reducir costos.

Materiales y métodos:

Realizamos un estudio prospectivo y comparativo junto al servicio de imágenes del Hospital Alemán, de 220 pacientes que fueron sometidos al análisis de las lesiones que presentaban por mpMRI, evaluando las mismas previo a la administración de contraste es decir, en secuencia ponderada en T2 (T2W) y la secuencia ponderada en difusión (DWI) utilizadas solo en la bpMRI. Los dos radiólogos que participaron usaron la clasificación PI-RADS, considerando las lesiones PIRADS >3 positivas para la detección de cáncer clínicamente significativo.

Resultados:

La concordancia global entre bpMRI y mpMRI, es decir tanto para resultados de resonancias positivas como negativas fue del 95,45%. Ambas resonancias coincidieron como positivas en el 40,90% de los casos y como negativas en el 54,54%. Solo el 4,55% de los resultados fueron discordantes. Omitiendo la secuencia de contraste (DCE), el tiempo de un solo estudio se reduce a la mitad. La sensibilidad estimada de bpMRI fue del 81,8% y la especificidad del 54,54%. No se hallaron diferencias significativas entre la correlación bpMRI-histología y mpMRI-histología.

Conclusión:

La bpMRI mostró una alta concordancia con la mpMRI para la detección de csPCa, junto con una sensibilidad elevada y una especificidad aceptable. Estos hallazgos sugieren que la bpMRI podría ser una alternativa válida y costo-efectiva para los pacientes, evitando el uso de contraste, disminuyendo los tiempos del estudio y optimizando los gastos administrativos. Se requiere completar el análisis histológico para confirmar estos resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Comparación de diagnóstico de cáncer de próstata clínicamente significativo en biopsia target y peri-target guiada por imagen

filgueira, g⁽¹⁾; soldano, jm⁽¹⁾; sabeih hamdan, p⁽¹⁾; rios pita, h⁽¹⁾; vitagliano, gj⁽¹⁾; ameri, c⁽¹⁾; ringa, m⁽¹⁾
(¹)urología, alemán. buenos aires, argentina.

Introducción:

La resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) ha transformado el diagnóstico del cáncer de próstata (PCa), permitiendo una localización precisa de las lesiones sospechosas mediante el sistema PIRADS. Sin embargo, la correlación entre estos hallazgos y los resultados histopatológicos, especialmente en lesiones PIRADS 3, aún requiere validación adicional. A su vez, estudios recientes han sugerido que el abordaje transperineal mejora la precisión diagnóstica del adenocarcinoma prostático. El objetivo de este trabajo es evaluar la concordancia entre los hallazgos de la mpMRI y los resultados de la biopsia prostática transperineal (BxTP) dirigida en pacientes con lesiones PIRADS ≥ 3 , comparando los hallazgos en el área objetivo (Target) y en la región perilesional (Peri-target).

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo de 309 pacientes consecutivos con sospecha clínica de PCa y lesiones PIRADS 3, 4 o 5 detectadas por mpMRI, a quienes se les realizó una BxTP guiada por imagen (fusión cognitiva o software), obteniendo muestras tanto del Target como del Peri-target. Se analizaron las tasas de detección de PCa y cáncer clínicamente significativo (csPCa), así como variables clínico-patológicas asociadas.

Resultados:

La edad media fue de 68 años. El 17.8% presentó lesiones PIRADS 3, el 46.6% PIRADS 4 y el 35.6% PIRADS 5. La mediana de PSA fue de 9.6 ng/ml. La biopsia Target identificó csPCa en el 73% de los casos. 33% de los pacientes con lesiones PIRADS 3 presentaron csPCa. Las muestras Peri-target revelaron csPCa en el 32%. Se observó discordancia Target positivo / Peri-target negativo en el 50%, y concordancia Target positivo/Peri-target positivo en el otro 50%. En 3 pacientes se detectó csPCa exclusivamente en Peri-target, y en 4 pacientes lesión Gleason 6 (ISUP 1) únicamente en Peritarget.

Conclusión:

La BxTP guiada por imagen demostró una tasa de detección de csPCa de los pacientes con sospecha de enfermedad superior a otras series reportadas. La inclusión de la biopsia Peri-target permitió un incremento diagnóstico sólo del 1.3% de csPCa, con un aumento similar de hallazgos clínicamente no significativos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Is Systematic Biopsy Still Necessary in Patients with PIRADS 5 Lesions? Evidence from a Transperineal MRI/US Fusion Biopsy Cohort

Rodríguez-Carlin, A⁽¹⁾; Mogollón, J⁽¹⁾; Herquiñigo, D⁽²⁾; Van Cauwelaert, R⁽¹⁾; Castillo, O⁽¹⁾; Campos, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Radiología, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introduction and Objectives: Systematic biopsy (SB) is routinely performed alongside targeted biopsy (TB) in men with suspicious multiparametric MRI (mpMRI) findings, including those with PIRADS 5 lesions. However, its value in this high-risk group remains controversial. This study aimed to assess the added diagnostic value of SB in detecting clinically significant prostate cancer (csPCa) in patients with PIRADS 5 lesions undergoing transperineal MRI/US fusion biopsy.

Materials and Methods: Between July 2019 and June 2025, 687 men underwent transperineal MRI/US fusion prostate biopsy using the bk3000 system. MRI findings were reported according to PI-RADS v2. Targeted biopsies (3–5 cores per lesion) were performed under general anesthesia and complemented by systematic biopsies based on the 5-mm Ginsburg template. This retrospective analysis included 130 patients with PIRADS 5 lesions who received both TB and SB. Clinically significant prostate cancer (csPCa) was defined as Gleason score $\geq 3+4$. Detection rates were analyzed by biopsy type, and the incremental yield of SB over TB was evaluated.

Results: The mean patient age was 67.2 years; median PSA was 7.7 ng/mL and prostate volume 50.0 mL. csPCa was diagnosed in 97 of 130 patients (74.6%). TB detected csPCa in 94 patients (72.3%) and SB in 90 (69.2%). Concordant csPCa detection by both TB and SB occurred in 87 patients (89.7% of csPCa cases). Only 3 patients (3.1%) had csPCa detected exclusively by SB, indicating limited incremental diagnostic value. Among csPCa cases identified by TB, 92.6% were also found by SB. **The high concordance between TB and SB suggests diagnostic overlap, indicating limited added value of systematic biopsy in this setting.**

Conclusions: In patients with PIRADS 5 lesions, TB alone detected the vast majority of clinically significant prostate cancers. SB offered minimal additional yield, supporting the selective omission of SB when high-quality imaging and fusion-guided TB are available. Prospective studies are needed to confirm these findings before implementing TB-only strategies in clinical practice.

Keywords: prostate cancer; targeted biopsy; transperineal fusion prostate biopsy

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Updated Analysis of an Enlarged Cohort Undergoing Multiparametric MRI/Ultrasound Fusion Transperineal Prostate Biopsy: Detection Rates and Predictive Factors for Clinically Significant Prostate Cancer

Rodriguez-Carlin, A⁽¹⁾; Mogollón, J⁽¹⁾; Campos, D⁽¹⁾; Herquiñigo, D⁽²⁾; Van Cauwelaert, R⁽¹⁾; Castillo, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Radiología, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introduction and Objectives: This study presents an updated analysis of an enlarged patient cohort to further evaluate our transperineal MRI/ultrasound (MRI/US) fusion biopsy technique. The aim is to report current detection rates for prostate cancer (PCa) and clinically significant prostate cancer (csPCa), and to identify independent predictive factors using a combined targeted and template systematic biopsy approach.

Materials and Methods: Between July 2019 and June 2025, 687 men underwent transperineal MRI/US fusion biopsy at our institution using the bk3000 system (BK Ultrasound, Denmark). Patients with PI-RADS 1 or 2 lesions or pre-biopsy PSA >30 ng/mL were excluded, resulting in a final cohort of 613 patients. Targeted biopsies (3–5 cores per lesion) were performed under general anesthesia and supplemented by systematic biopsies using a 5-mm template according to the Ginsburg protocol. MRI findings were reported according to PI-RADS v2. Clinically significant PCa was defined as Gleason score $\geq 3+4$. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify predictors of csPCa.

Results: The mean age was 64.8 years, median PSA was 6.25 ng/mL, median PSA density 0.14, and median prostate volume 54.7 mL. PCa was diagnosed in 62.2% (381/613) and csPCa in 46.7%. csPCa detection rates were 15.4% for PI-RADS 3, 45.6% for PI-RADS 4, and 74.6% for PI-RADS 5. In multivariate analysis, age (OR 1.08), PI-RADS 5 (OR 4.57), and lower prostate volume (OR 0.98) were independently associated with csPCa. PSA density and digital rectal examination were not statistically significant.

Conclusions: MRI/US fusion-guided transperineal prostate biopsy remains a valuable method for detecting csPCa. In this enlarged cohort, PI-RADS 5, increasing age, and smaller prostate volume were independent predictors of csPCa. PSA density and DRE were not significant in multivariate analysis. These findings contribute to risk stratification strategies and support the diagnostic value of MRI-guided biopsy protocols.

Keywords: clinically significant prostate cancer; MRI/ultrasound fusion biopsy; transperineal prostate biopsy

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Safety of Transperineal MRI/Ultrasound Fusion-Guided Prostate Biopsy with Single-Dose Antibiotic Prophylaxis: Updated Analysis from a Cohort of 687 Patients

Rodríguez-Carlin, A⁽¹⁾; Mogollón, J⁽¹⁾; Campos, D⁽¹⁾; Van Cauwelaert, R⁽¹⁾; Castillo, O

⁽¹⁾Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Introduction and Objectives: Transperineal prostate biopsy (TPFB) has emerged as a safer alternative to the transrectal approach, significantly reducing the risk of infectious complications. The aim of this study is to evaluate the perioperative safety and adverse event rate of transperineal MRI/ultrasound (MRI/US) fusion-guided targeted and systematic prostate biopsy using single-dose antibiotic prophylaxis. A secondary objective was to assess whether the number of biopsy cores correlates with complication rates.

Materials and Methods: Between July 2019 and June 2025, 687 consecutive patients underwent TPFB at our institution using the bk3000 fusion system (BK Ultrasound, Herlev, Denmark). All procedures were performed under general anesthesia, with patients receiving a single 2 g intravenous dose of cefazolin at induction. Each patient underwent 3–5 targeted biopsies per MRI-suspicious lesion, complemented by a 5-mm grid-based systematic biopsy according to the Ginsburg protocol. Data collected included age, PSA level, prostate volume, prior medical history, procedure duration, number of cores, and postoperative complications. Binary logistic regression was used to identify predictors of adverse events.

Results: The average number of biopsy cores per patient was 28 (SD \pm 6.2). The overall complication rate was 1.2% (9/700), with all events classified as Clavien-Dindo grade II or lower. Eight patients (1.1%) experienced acute urinary retention requiring Foley catheterization, and one patient (0.14%) developed a perineal hematoma. No cases of fever, urinary tract infection, or sepsis were reported. There was no statistically significant association between the number of cores taken and the occurrence of complications.

Conclusions: MRI/US fusion-guided TPFB with single-dose antibiotic prophylaxis is a safe procedure with a very low complication rate and no severe infectious events. The number of biopsy cores did not increase the risk of adverse outcomes. These findings support TPFB as a safe and effective alternative to transrectal biopsy in routine clinical practice.

Keywords: transperineal prostate biopsy, complications, MRI/Ultrasound Fusion biopsy

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Biopsia prostática transperineal ecodirigida a mano alzada. Descripción de técnica quirúrgica

sabeh hamdan, p⁽¹⁾; filgueira, g⁽¹⁾; diaz zorita, v⁽¹⁾; rios pita, h⁽¹⁾; vitagliano, g⁽¹⁾; ameri, c⁽¹⁾; ringa, m⁽¹⁾

⁽¹⁾urología, alemán. buenos aires, argentina.

Introducción:

La biopsia prostática es un procedimiento necesario para el diagnóstico de cáncer de próstata. La vía de abordaje para el muestreo, puede ser tanto trasrectal como transperineal. Las ventajas tanto en seguridad como en tasa de diagnóstico de la biopsia prostática transperineal fueron detalladas en múltiples estudios. El objetivo de este estudio es describir en detalle la técnica para la correcta realización de la biopsia prostática transperineal a mano alzada y ecodirigida.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo donde se analizó en detalle a 309 pacientes quienes fueron expuestos a biopsias prostáticas transperineales ecodirigidas a mano alzada. Se utilizó un equipo de ecografías con transductor biplanar, aguja coaxial introductora, aguja de biopsia y disprador automático.

Resultados:

La edad media fue de 68 años. Todos los pacientes estudiados cumplieron con el protocolo de estudios prequirúrgicos de nuestra institución. Los pacientes se colocan en posición de litotomía, con reparo escrotal para exponer la región perineal. Se realiza punción transperineal ecodirigida con aguja coaxial. Sobre la misma, progresión de aguja retractil hasta alcanzar el sitio de interés. Realización de muestreo.

Conclusión:

La Biopsia prostática transperineal ecodirigida es un método de diagnóstico eficaz y seguro de cáncer de próstata. El conocimiento detallado de su realización, permite disminuir la tasa de falsos negativos, como así también sus complicaciones, por lo que amerita su práctica continua.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Recurrencia y Progresión del tumor no músculo invasivo de vejiga

Sarrhy, LS^(1, 2); De Araujo Lima, NPB⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez. ⁽²⁾Urología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez.

En la actualidad, el tumor urotelial no músculo invasivo se trata teniendo en cuenta el grupo de riesgo de recurrencia y progresión de la enfermedad al momento del diagnóstico. Objetivo: Describir la recurrencia y progresión de los tumores uroteliales no músculo invasivos de vejiga, según el riesgo encontrado al momento del diagnóstico al año de ser tratados en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán", en La Habana, Cuba, período octubre 2017 a septiembre 2023. Método: Se realizó un estudio de 194 pacientes con diagnóstico de tumor urotelial no músculo invasivo de vejiga. Resultados: El tumor predominó en el sexo masculino (73%). Se estudiaron 36 (18,5%) pacientes con bajo riesgo, 124 (63.9%) con riesgo intermedio y los 34 casos restantes (17.6%), de alto riesgo. Se presentó una recurrencia del 13,3% y una progresión de la enfermedad en el 1,7% de los casos de bajo riesgo. En los casos de grado intermedio de la muestra se encontró un 26.3% de recurrencia y un 14.2% de progresión y en los de alto riesgo un 52% de recurrencia y 16 % de progresión al año del tratamiento. Conclusiones: El porcentaje de recurrencia al año del tratamiento del tumor urotelial no músculo invasivo de vejiga en dependencia del riesgo bajo se mantuvo dentro del porcentaje establecido por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), mientras que el porcentaje de progresión de la enfermedad se encontró por encima del establecido por dicha agrupación en los casos de riesgo intermedio y alto riesgo.

Palabras clave: Tumor urotelial no músculo invasivo de vejiga, Factores de riesgo de Recurrencia y Progresión.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evolución en el Diagnóstico del Cáncer de Vejiga (2004-2021): Tendencias en Incidencia, Tasas Estandarizadas y Factores Pronósticos

Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Cabrera Chamba, AE⁽¹⁾; Dorado Valentín, M⁽¹⁾; Páez Borda, Á⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Introducción y Objetivos

Un objetivo clave para los sistemas públicos de salud es lograr diagnósticos tumorales tempranos. Este estudio analiza la tendencia secular del cáncer de vejiga (CV) durante 18 años en un área de salud que atiende a 200,000 habitantes con un único hospital público.

Materiales y Métodos

Se analizaron 996 casos de CV diagnosticados entre 2004 y 2021, y se clasificaron según el estadio al diagnóstico: cáncer de vejiga no músculo-invasivo (CVNMI, incluyendo Ta, T1 y Tis) y cáncer músculo-invasivo (CVMI, incluyendo T2, T3, T4 y metastásicos). Se calcularon las tasas crudas y estandarizadas, empleando modelos de cambio porcentual anual (APC) y análisis de joinpoint para identificar tendencias. Se comparó el modo de presentación clínica (sintomáticos vs asintomáticos) mediante la prueba estadística de chi-cuadrado (χ^2), y la edad al diagnóstico con ANOVA.

Resultados

La incidencia global del CV mostró un aumento significativo (**APC 8.58**, IC 95% 3.79-13.58, $p < 0.001$). Durante la primera década de los 2000, los diagnósticos de CVNMI experimentaron un incremento notable. Aunque la incidencia bruta de este tipo de tumor parece haberse estabilizado para el CVNMI, no así para el CVMI, que persiste con una tendencia ascendente. En contraste, las tasas estandarizadas indican que existe una tendencia estable para ambos estadios tumorales.

La **presentación clínica** permaneció estable (χ^2 no significativo), pero se observó un diagnóstico a **edades más avanzadas**, de forma global, y especialmente en hombres ($p < 0.01$ y $p < 0.001$).

Conclusiones

Los esfuerzos preventivos y la accesibilidad universal del Sistema Nacional de Salud no parecen correlacionarse con diagnósticos más tempranos o asintomáticos de cáncer de vejiga. No obstante, existe una tendencia hacia diagnósticos en edades más avanzadas, particularmente en hombres.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Seguridad y efectividad del tratamiento conservador del tumor del tracto urinario superior (UTUC): Nuestra experiencia de 4 años de seguimiento.

Rico, L⁽¹⁾; Banda Ramos, L⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Contreras, P⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

Introducción

El tratamiento conservador de los tumores de urotelio alto (UTUC) es una opción terapéutica de gran interés en la actualidad. Si bien está indicado en tumores de bajo grado, existen algunas indicaciones especiales sin importar el grado tumoral (monorrenos, insuficiencia renal aguda/crónica). El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de este abordaje conservador.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo entre Junio 2021 y Junio 2025 en el Hospital Alemán de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes que cumplían criterios de inclusión a la opción conservadora y se excluyeron pacientes con tumores uroteliales de alto grado que puedan ser sometidos a un tratamiento radical. Se evaluaron variables demográficas pre e intraoperatorias. Se evaluó la recurrencia y la supervivencia y a su vez, las complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo. Por último, se comparó la funcionalidad renal preoperatoria y en el último control del seguimiento.

Resultados

51 pacientes fueron incluidos en el estudio donde el 84.4% eran tumores uroteliales de bajo-riesgo. 8 pacientes fueron incluidos a pesar de ser de alto riesgo: 3 pacientes monorrenos y 5 pacientes con insuficiencia renal crónica severa. La media del tamaño tumoral fue de 12mm (5-30mm) y el 76.5% presentó una lesión única. Nueve pacientes (18%) presentaron una recurrencia con una media de tiempo a la recurrencia de 4 meses (2-8 meses). La media de seguimiento fue de 16 meses (6-48 meses). Un 13.7% presentaron complicaciones postoperatorias y no hubo diferencia significativa en la funcionalidad renal en el último seguimiento ($p=0.55$).

Conclusión

En nuestra serie, el tratamiento conservador de UTUC es efectivo y seguro en pacientes con diagnóstico de tumor urotelial de bajo grado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

IN MEDIO STAT VIRTUS: EXPLORING THE POTENTIAL OF THE PULSED Tm:YAG LASER IN THE ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF UTUC

Hernandez-Gaytán, CA^(1, 2); Proietti, S⁽¹⁾; De Leonardis, F⁽¹⁾; Giusti, G⁽¹⁾; Mongelli, L⁽¹⁾; Gisone, S⁽¹⁾; Scalia, R⁽¹⁾; Gaboardi, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology, San Raffaele Hospital. Milan, Italy. ⁽²⁾Urology, INCMNSZ. Mexico City, Mexico.

Introduction: The pulsed Thulium:YAG (p-Tm:YAG) laser has shown encouraging results in the management of stone disease and BPH; however, its application in the endoscopic management of upper tract urothelial carcinoma (UTUC) has not yet been clinically investigated.

The aim of this study is to evaluate the effectiveness and safety of the p-Tm:YAG laser in the endoscopic management of UTUC.

Materials & Methods: Retrospective data were collected from all patients who underwent endoscopic treatment for UTUC between January and April 2024. Eligible patients were those diagnosed with UTUC and deemed suitable for endoscopic management. Both low-grade and high-grade cases were included. All patients underwent a second-look procedure two months after the initial surgery, followed by endoscopic surveillance at 6 and 12 months postoperatively. The laser source used for UTUC ablation and coagulation was the p-Tm:YAG (Dornier Thulio, Dornier MedTech Systems, Germany).

The UTUC ablation was achieved using the laser settings of 1 J, 10 Hz, Long Pulse Duration; the diameter of the laser fiber used was 200 mm in the core (Thulio Performance Fiber, single-use).

Results: A total of 20 patients were included in the study. Among them, 12 patients (60%) were included in the low-risk UTUC conservative treatment group, while 8 patients (40%) were categorized into the high-risk group. At the time of the second procedure, histopathological analysis revealed no evidence of tumor in 16 cases (80%), while tumor was identified in 4 patients (20%).

No intraoperative complications were recorded. Postoperatively, 10 out of 75 procedures (13.3%) were associated with Clavien-Dindo Grade I–II complications. No major complications occurred.

Conclusions: In the short-term follow-up, the use of the p-Tm:YAG laser (Dornier Thulio) for endoscopic UTUC treatment has proven to be safe and effective.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Características Clínicas e histológicas del cáncer de vejiga en el Complejo Hospitalario Metropolitano - Panamá del 2020 al 2025

Cárdenas, C⁽¹⁾; Crespo, D⁽¹⁾; Bernal, B⁽¹⁾; Moreno, L⁽¹⁾; Perez Trucco, JF⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá.

Introducción: El cáncer de vejiga ocupa la novena posición entre los diagnósticos más comunes de neoplasias a nivel mundial. Para el año 2021 en Panamá se registró 1 defunción por cada 150 000 habitantes atribuible a cáncer de vejiga.

Objetivo: Caracterizar el cáncer vesical en adultos según variables clínica e histopatológicas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo, para caracterizar el cáncer vesical en adultos, según variables clínicas, epidemiológicas y de servicio de los pacientes atendidos en el servicio de Urología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá) en el periodo comprendido de enero 2020 a mayo 2025. Población del estudio: 86 pacientes diagnosticados con cáncer vesical confirmado histológicamente.

Resultados: La edad media de la muestra fue de $72,8 \pm 10,7$ años. La distribución anual mostró un pico en 2021 y 2022 (ambos con 19 casos; 21,6 %), El 27,3 % presentó invasión del músculo detrusor (24/88). En cuanto a la histología, el carcinoma urotelial papilar de alto grado predominó con 15 casos (17,0 %), seguido por el papilar de bajo grado con aproximadamente 14 casos (16,0 %) y el infiltrante de alto grado en 12 casos (13,6 %). Se identificaron además variantes poco frecuentes (sarcomatoide, glandular, papiloma invertido y adenocarcinoma) en un total aproximado de 14 pacientes (16,0 %).

Conclusiones: Los tumores vesicales en esta serie son predominantemente uroteliales y asociados a edades avanzadas como esperado en la literatura, destacable que más de una cuarta parte de los tumores son músculo-invasores (27,3 %), lo que implica un riesgo incrementado de recurrencia y progresión.

Palabras clave: Cáncer, Vejiga, Urotelial

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cistectomía Radical Laparoscópica versus Abierta: Análisis Comparativo de Resultados Perioperatorios y de Rendimiento Oncológico en un Centro Único

Barrios Muñoz, GA^(1, 2); Arias Orellana, E⁽¹⁾; Herrera Canales, L⁽¹⁾; Quintana Lacoste, E⁽¹⁾; Bustamante Basso, C⁽¹⁾; Saez Galaz, G⁽¹⁾; Torrado Rico, K⁽¹⁾; Manzanares Sánchez, V⁽¹⁾; Bezama Urriola, P⁽¹⁾; Ramirez Espinoza, J⁽¹⁾; Lobos Fredes, R^(1, 2); Lopez Moya, P^(1, 2)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. ⁽²⁾Departamento de urología, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción

La cistectomía radical es el tratamiento estándar en cáncer músculo invasor, aunque implica alta morbilidad y recuperación prolongada. El desarrollo de la laparoscopia ha permitido una alternativa menos invasiva con los beneficios que esto podría conllevar. Este trabajo compara la cistectomía radical laparoscópica con la abierta para evaluar sus resultados perioperatorios y rendimiento oncológico en nuestro centro.

Material y métodos

Se efectuó un estudio retrospectivo de 29 pacientes intervenidos en un período de treinta meses: 13 vía laparoscópica y 16 mediante laparotomía. Se analizaron variables perioperatorias como edad, tiempo quirúrgico, sangrado, estancia hospitalaria, necesidad de transfusión y complicaciones. Asimismo, se analizaron variables con implicancia en el pronóstico oncológico como número de ganglios y positividad de los márgenes quirúrgicos de la muestra.

Resultados

La edad media no difirió entre grupos (68.6 ± 10.5 vs 69.3 ± 6.3 años; $p=0.85$). El tiempo quirúrgico fue mayor en la vía laparoscópica (335 ± 63 min) que en la abierta (297 ± 46 min), alcanzando significación ($p=0.004$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en sangrado intraoperatorio (mediana 270 ml vs 500 ml; $p=0.43$), estancia hospitalaria, días en unidad de paciente crítico, número de ganglios resecados (14 vs 16; $p=0.29$) ni positividad de los márgenes quirúrgicos de la pieza quirúrgica. Las tasas de transfusión (46 % vs 44 %; $p=1.00$), reoperación (7.7 % vs 18.8 %; $p=0.61$) y complicaciones Clavien Dindo I-III (23 % vs 6 %; $p=0.30$) fueron similares entre abordajes.

Conclusiones

La cistectomía laparoscópica ofrece resultados perioperatorios comparables a la técnica abierta, con la desventaja de un incremento moderado del tiempo operatorio. Se observaron tendencias a menor sangrado y número de reoperaciones en el grupo laparoscópico, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos respaldan la viabilidad de la laparoscopia como alternativa mínimamente invasiva, si bien se requieren series mayores y análisis multivariados para confirmar estos resultados.

Palabras clave: cistectomía radical, laparoscopía, resultados perioperatorios

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Intraoperative Ultrasound Navigation in the Treatment of Renal Cell Carcinoma of a Solitary Kidney

Isaev, T⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Medvedev, P⁽¹⁾; Kolesnikov, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, State Budgetary Healthcare Institution "City Clinical Hospital No. 52, Moscow Department of Health,". Moscow, Russia.

INTRODUCTION / OBJECTIVE

Renal cell carcinoma ranks second in the structure of malignant genitourinary diseases among the population of the Russian Federation, accounting for 4.7% of all detected malignant neoplasms in men and 3.1% in women. The development of modern imaging methods aims to create optimal intraoperative conditions to reduce the risk of losing the only functioning kidney.

Study objective: To improve the effectiveness of treatment for patients with malignant tumors of a solitary kidney.

MATERIALS AND METHODS

A single-center retrospective observational uncontrolled study conducted between 2014 and 2024 at City Clinical Hospital No. 52. The study included 47 patients with renal cell carcinoma of a solitary native kidney. All patients underwent laparoscopic partial nephrectomy. In 25 cases, intraoperative ultrasound navigation was used to localize the tumor, while in 22 cases, the tumors were visualized without additional intraoperative imaging. There were no statistically significant differences in the "R.E.N.A.L." nephrometry scores between the groups, with an average score of 7.1.

RESULTS

Analysis of the average tumor size showed: in the ultrasound navigation group – 21.34 mm; in the group without additional imaging – 32.17 mm. No statistically significant differences in operative time were found between the groups ($p > 0.05$). The average operative time in the ultrasound navigation group was 115 minutes, compared to 123 minutes in the group without additional imaging.

Assessment of warm ischemia time revealed: in the ultrasound group – 20.7 minutes, vs. 30.15 minutes in the group without additional imaging ($p < 0.05$). These results suggest a correlation between smaller tumor size and reduced ischemia time, with statistically similar operative durations. This pattern is likely due to fewer intracorporeal laparoscopic sutures being required with smaller resection planes.

CONCLUSION

Intraoperative ultrasound can play an important role in managing intraparenchymal renal masses in the era of nephron-sparing treatment for solitary kidney cancer. Although the technique is not standardized and requires coordination and experience from the surgical team, the results of this study demonstrate the safety and feasibility of using intraoperative ultrasound navigation in the treatment of renal cell carcinoma in a solitary kidney.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE MASAS RENALES PEQUEÑAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dorsemaine, MG⁽¹⁾; Garcia Marchiñena, PA⁽¹⁾; Tobia Gonzalez, IP⁽¹⁾; Jurado, AM⁽¹⁾

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

Introducción:

Las masas renales pequeñas (MRP), definidas como lesiones de ≤ 4 cm, representan un desafío terapéutico, especialmente en pacientes añosos o frágiles. La vigilancia activa (VA) ha emergido como una estrategia válida, segura y con bajo riesgo de progresión metastásica en casos seleccionados.

Objetivo:

Analizar los resultados a mediano plazo de pacientes con MRP en VA tratados en el Hospital Italiano de Buenos Aires como único centro.

Métodos:

Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con MRP (≤ 4 cm) sin metástasis, enrolados entre marzo de 2013 y enero de 2023 atendidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires. La indicación de VA se basó en edad, comorbilidades, estabilidad tumoral y preferencia del paciente. Se realizó seguimiento imagenológico protocolizado. Se evaluaron tasas de crecimiento tumoral, causas de salida de VA, intervenciones realizadas y sobrevida libre de tratamiento activo (SLTA).

Resultados:

Se incluyeron 90 pacientes, con una mediana de edad de 74.5 años. El tamaño tumoral inicial fue de 20 mm (RIC: 14.3–26.2). La tasa de crecimiento anual fue de 1.6 mm/año. El análisis por subgrupos mostró tendencia a mayor tasa de intervención en tumores mayores al diagnóstico, sin significancia estadística. Durante el seguimiento (mediana: 42 meses), el 30% de los pacientes salieron de VA: 15 por progresión objetiva y 12 por decisión personal. La SLTA estimada a 36 meses fue de 72.8% (IC95%: 60.4–83.2%). Los pacientes con tasa de crecimiento anual >0.5 mm/año presentaron menor SLTA a 36 meses (68.1 % vs. 81.2% - p 0.018). No se registraron metástasis ni muertes por cáncer renal.

Conclusión:

La VA es una estrategia segura y efectiva a mediano plazo en el manejo de MRP. Más del 70% de los pacientes evitaron intervenciones invasivas sin presentar metástasis ni mortalidad relacionada con cáncer renal, durante nuestro seguimiento. La tasa de crecimiento tumoral se asoció con la necesidad de abandonar la VA, siendo un marcador útil para el seguimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Trombosis tumoral en masas renales. Cuando sospechar y evaluación de su extensión.

Saavedra, S⁽¹⁾; Byer, A⁽¹⁾; Pérez - Trucco, J⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾; Bernal, B⁽¹⁾; Cárdenas, C⁽¹⁾; Moreno, L⁽¹⁾; González, M⁽¹⁾; Vallarino, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá.

Introducción:

La extensión tumoral al sistema venoso está presente hasta en un 10 % los carcinomas renales. Menos frecuente se encuentra en el carcinoma urotelial, tumor de Wilms, angiomiolipomas y oncocitomas.

Los estudios de imagen, principalmente la tomografía computada y la resonancia magnética se utilizan para evaluar el grado de extensión en el sistema venoso. También se pueden evidenciar en la arteriografía, ecografía abdominal y en el ecocardiograma.

La extensión tumoral del carcinoma renal al sistema venoso se clasifica como estadio T3 en el manual de estadificación del AJCC. También podemos utilizar la clasificación de Neves Zincke:

Nivel 0: Trombo limitado a la vena renal.

Nivel 1: Extensión < 2 cm por encima de la vena renal.

Nivel 2: Extensión > 2 cm por encima de la vena renal.

Nivel 3: Encima de la confluencia de las venas hepáticas y debajo del diafragma.

Nivel 4: Extensión por encima del diafragma.

Material y métodos:

Paciente masculino de 49 años con antecedente de hipertensión arterial e historia de 8 meses de dolor en flanco derecho y hematuria macroscópica. Se le realizó ecografía renal y vesical en donde se evidencia lesión nodular, probable angiomiolipoma.

Resultados:

Se admite paciente y se complementa con tomografía computada con protocolo renal en donde se evidencia lesión renal derecha en la región interpolar con componente exofítico de más del 50 %, de bordes irregulares mal definidos, con realce heterogéneo y zona de necrosis central que mide aproximadamente 10.2 x 5.8 x 6.5 cm, que se extiende hasta la vena renal derecha con trombo tumoral que llega hasta la aurícula derecha. Nivel 4 según la clasificación de Neves Zincke.

Conclusiones:

Ante la presencia de una masa renal debemos considerar la posible extensión al sistema venoso. La tomografía computada al igual que la resonancia magnética son los estudios de elección para detectar y valorar la extensión del trombo tumoral. Estos tumores son estadio T3 según el manual de estadificación de la AJCC.

La clasificación de Neves Zincke que tiene más utilidad desde el enfoque técnico quirúrgico.

Palabras clave:

Tumor renal.

Invasión tumoral.

Tomografía computada.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evolución en el Diagnóstico del Cáncer de Riñón (2004-2021): Tendencias en Incidencia, Tasas Estandarizadas y Factores Pronósticos

Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Cabrera Chamba, AE⁽¹⁾; Dorado Valentín, M⁽¹⁾; Páez Borda, Á⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Introducción y Objetivos

Un objetivo clave para los sistemas públicos de salud es lograr diagnósticos tumorales tempranos. Este estudio analiza la tendencia secular del cáncer renal (CR) durante un periodo de 18 años en un área de salud que atiende a 200,000 habitantes con un único hospital público.

Materiales y Métodos

Se analizaron 348 casos de CR diagnosticados entre 2004-2021, y se clasificaron en localizados (T1-T2) o avanzados (T3-T4 y metastásicos). Se calcularon las tasas de incidencia crudas y estandarizadas, empleando modelos de cambio porcentual anual (APC) y análisis de joinpoint para identificar tendencias. Se comparó el modo de presentación clínica (sintomáticos vs asintomáticos) mediante la prueba estadística de chi-cuadrado (χ^2), y la edad al diagnóstico con el estadístico ANOVA.

Resultados

La incidencia global del CR aumentó significativamente durante el periodo de estudio (**APC 2.72**, IC 95% 1.62-3.83, $p < 0.001$). Las tasas crudas mostraron un aumento en todos los tipos tumorales (localizados y avanzados). En 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19, la proporción de tumores localizados cayó al nivel más bajo del período, mientras que aumentaron los casos avanzados. Las tasas estandarizadas confirmaron una estabilización en los diagnósticos de ambos tipos tumorales.

La **presentación clínica** (sintomática vs asintomática) se mantuvo estable (χ^2 no significativo), y **no** se observó una tendencia hacia diagnósticos a edades más **tempranas**.

Conclusiones

La implementación de medidas preventivas y la accesibilidad universal del Sistema Nacional de Salud no parecen asociarse con diagnósticos en estadios más tempranos ni en edades más jóvenes. Sin embargo, el aumento global de la incidencia podría estar relacionado con el incremento de pruebas de imagen, un aspecto que futuros estudios deberían explorar.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMORES RENALES EN RIÑONES EN HERRADURA: Tips de Planificación y Abordaje laparoscópico.

Eguia, C⁽¹⁾; Bujaldon, JM⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Ringa, M⁽²⁾; Vitagliano, G⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVO:

El riñón en herradura (RH) es una anomalía congénita renal poco frecuente, caracterizada por la fusión de ambos riñones en la línea media. Este artículo revisa las estrategias diagnósticas y las opciones terapéuticas actuales para los tumores renales en RH, destacando las particularidades anatómicas y los avances en el manejo quirúrgico.

Palabras clave: Riñón en herradura, tumores renales, carcinoma de células renales, carcinoma urotelial, nefrectomía parcial, laparoscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 3 pacientes intervenidos en el Hospital Alemán en los últimos diez años. Se incluyeron tres pacientes masculinos (51, 65 y 72 años), todos con diagnóstico de riñón en herradura y tumor renal localizado. En los tres casos se realizó tomografía computada con reconstrucción 3D para la evaluación anatómica y planificación quirúrgica. Se llevó a cabo nefrectomía parcial laparoscópica con clampeo arterial selectivo, registrando tiempos quirúrgicos, sangrado, tiempo de isquemia caliente y evolución postoperatoria.

RESULTADOS:

Los tumores variaron entre 4 y 7,4 cm (RENAL Score entre 4 y 9). El tiempo quirúrgico osciló entre 180 y 250 minutos, y la isquemia caliente entre 42 y 50 minutos. El sangrado intraoperatorio fue de 300 a 600 ml. Dos pacientes no presentaron complicaciones ni recidiva en el seguimiento. Un paciente (pT1b, G2) presentó recidiva a los 13 meses. En todos los casos se lograron márgenes negativos.

CONCLUSION:

La NPL laparoscópica en RH es técnicamente factible y ofrece resultados oncológicos satisfactorios si se realiza una planificación 3D exhaustiva del mapa vascular. Esta estrategia permite una disección precisa, minimiza complicaciones y preserva la función renal. El uso potencial de abordajes robóticos podría optimizar aún más los resultados en anatomías extremadamente complejas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Validation of the novel Retroperitoneal Vasculature Scoring System (ReVASC) for Small Renal Masses as a Predictor for Oncocytoma

Gorgen, ARH⁽¹⁾; Westphalen, S⁽²⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Costa, VL⁽¹⁾; Burtet, LM⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Silveira, RK⁽¹⁾; de Albuquerque, RR⁽¹⁾; Silva Neto, B⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Serviço de Radiologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction: Most urologists perform nephrectomy without biopsy even though small renal masses (SRM) are benign 20% of the cases. The Retroperitoneal Neovascularity Scoring System (ReVASC) has shown potential to differentiate oncocytoma from malignant tumors.

Methods: We retrospectively reviewed 134 SRM partial nephrectomy patients. A blinded radiologist graded the ReVASC to compare it to the specimen pathology. Analysis was performed for ReVASC scoring system and in a two-tier (yes/no) and three tier (none, one or multiple vessels) system

Results: There was a trend to significance for lower ReVASC score for oncocytoma compared to malignant tumors (1.79 vs. 2.44, $p = 0.101$). In the two-tier system, patients with a ReVASC = 0 had a significant higher proportion of oncocytoma compared to patients with a ReVASC 1-4 (30.8% vs 8.3%, $p = 0.031$); in the three-tier system, oncocytoma was more prevalent with a ReVASC = 0 than those with ReVASC 1-2, which was higher than ReVASC 3-4 (30.8% vs 11.4% vs 6.5%, $p = 0.029$).

Conclusion: ReVASC is associated with malignancy and may have clinical value in a stepwise approach prior to renal mass biopsy. Based on our results, we suggest to biopsy all SRM with ReVASC = 0.

Table 1. Retroperitoneal Vasculature Scoring System for predicting oncocytoma or malignant tumor in small renal masses.

	Oncocytoma	Clear cell	Papillary	Chromophobe
n	14	92	13	15
mean ReVASC	1.71	2.43	2.46	2.53
ReVASC = 0	30.8%	61.5%	7.7%	0%
ReVASC = 1	11.1%	69.4%	5.6%	13.9%
ReVASC = 2	12.5%	75.0%	12.5%	0%
ReVASC = 3	4.7%	60.5%	18.6%	16.3%
ReVASC = 4	8.8%	79.4%	2.9%	8.8%

Financiamiento / conflicto de intereses: CAPES

Metástasis infrecuente del Carcinoma renal de células claras

Araujo Lima, NPBd⁽¹⁾; Santana Sarrhy, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. Habana, Cuba.

El adenocarcinoma renal deriva de células epiteliales de éste órgano; representa el 3% de todas las neoplasias y ocupa el séptimo lugar entre las mismas. Se presenta en mayor frecuencia a varones, con máxima incidencia entre los 60-70 años. El número de casos nuevos de adenocarcinoma renal ha ido en ascenso en las últimas décadas; entre 2009 y 2018 . En el 2021 en Cuba, el adenocarcinoma renal fue la quinta causa de muerte por tumores malignos y la tasa de mortalidad fue de 9,3 x 100 000 habitantes, con un total de 1041 defunciones en el año. Entre el 25 y el 40% de los tumores renales se diagnostican como masas incidentales gracias a las mejoras en el diagnóstico por imagen, motivo por el cual también ha aumentado la tasa de incidencia en los últimos 30 años. La triada clásica de dolor en flanco, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable sólo se encuentra en el 6-10% de los casos; sin embargo, es frecuente encontrar la presencia de síndromes para neoplásicos (30%). Antecedentes relevantes El caso que se presenta es una paciente femenina de 78 años de edad, no fumadora, que no presenta antecedentes de enfermedad alguna y que es remitida a la especialidad de urología por el Servicio de Ginecología por la presencia de una tumoración en la uretra. Al examinarla comprobamos que dicha tumoración no tiene relación con la uretra, sino que es una lesión pediculada en la cara anterior de la vagina, muy cerca del meato uretral. Se realiza excéresis de la misma y el resultado histopatológico nos motiva a realizar estudios renales, con los que se evidencia la presencia de una tumoración renal izquierda. Se practica nefrectomía radical izquierda corroborándose el diagnóstico de Adenocarcinoma Renal de Células Claras. Posteriormente la paciente desarrolla otra lesión a nivel del labio menor derecho con infiltración en el mayor Estudios de laboratorios e Imágenes Se realiza Urotac, comprobándose la presencia de un tumor en el polo inferior del riñón izquierdo. Conclusiones. El Carcinoma renal de células claras puede desarrollar metástasis a cualquier nivel de la anatomía y en cualquier momento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Association of the Clear Cell Likelihood Score with Clear Cell Renal Cell Carcinoma after partial nephrectomy

Gorgen, ARH⁽¹⁾; Westphalen, S⁽²⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Costa, VL⁽¹⁾; Burttet, LM⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Silveira, RK⁽¹⁾; de Albuquerque, RR⁽¹⁾; Silva Neto, B⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Serviço de Radiologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction: Small renal masses are normally diagnosed incidentally in CT scans performed for other reasons. However, CT scan fails on differentiating renal tumor subtypes such as clear cell, papillary, chromophobe or oncocytoma. In this regard, in 2018 the Clear Cell Likelihood Score (ccLS) was developed using magnetic resonance imaging (MRI)

Methods: A retrospective review of all partial nephrectomy patients from 2013 to 2024 was performed at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We identified patients who had a solid mass with less than 4 cm who had done a MRI prior to the surgical resection to evaluate the ccLS on this patient.

Results: In our sample of 134 patients who underwent partial nephrectomy SRM, only 15 patients had done an MRI prior of the surgical reason. Due to this low number of cases, the score could only be analyzed in two subgroups of ccLS of 1-2 or ccLS 3-5, which was significant as all cases of clear cell RCC (n = 9) had a ccLS of 3-5, compared to only 2 out of 6 non-clear cells (p = 0.011). The ccLS was unable to differentiate between oncocytoma and papillary tumor in our small sample size.

Conclusion: The ccLS scoring system was associated with clear cell RCC, but not with oncocytoma. As the main focus would be identifying patients who should not undergo partial nephrectomy, a combination of ccLS with other predictors could have important clinical value.

Financiamiento / conflicto de intereses: CAPES

Neutrophile-lymphocyte ratio, platelet-lymphocyte ratio or the relative enhancement ratio of renal tumors are not good predictors of malignancy in small renal masses

Gorgen, ARH⁽¹⁾; Westphalen, S⁽²⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Costa, VL⁽¹⁾; Burttet, LM⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Silveira, RK⁽¹⁾; de Albuquerque, RR⁽¹⁾; Silva Neto, B⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil. ⁽²⁾Serviço de Radiologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction: Renal cell carcinoma represents 2% of all cancer diagnosis worldwide. Approximately 20% of small renal masses (SRM) in the United States are benign; however, up to 90% of urologist perform partial nephrectomy without preoperative histopathological diagnosis. This is worrisome, as partial nephrectomy has a 6% risk of major complications. In this sense, many scores were developed to attempt to differentiate between benign and malignant tumors.

Methods: A retrospective review of all partial nephrectomy patients from 2013 to 2024 was performed at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The final sample size included patients who had solid masses and had both preoperative laboratory exams and imaging available for review. In these patients, we graded the neutrophile-lymphocyte ratio (NLR), the platelet-lymphocyte ratio (PLR), and the relative enhancement ratio of renal tumors (RER) and compared to the final surgical pathology.

Results: Our final sample included 134 patients who underwent partial nephrectomy. Both NLR and PLR were not associated with malignancy either using it as a scale ($p = 0.92$ and $p = 0.26$) or dichotomous variable using the cutoff of a normal NLR of 1-3 ($p = 0.51$) and a normal PLR of 90-210 (0.21). The RER score was also not associated with malignancy in our cohort ($p = 0.68$).

Conclusion: Neither the NLR, the PLR or the RER score were associated with malignancy in our study.

Neutrophile-lymphocyte ratio (NLR) and the platelet-lymphocyte ratio (PLR) as predictor of malignancy

	Oncocytoma	Malignant	p
%	14	120	
NLR - mean (SD)	2.88 (1.2)	2.61 (1.8)	0.92
Normal NLR (1)	71.4% (10)	69.2% (83)	0.26
PLR - mean (SD)	117 (56)	141 (70)	0.51
Normal PLR (2)	35.7% (5)	62.5% (75)	0.21
RER - mean (SD)	0.66 (20)	0.68 (0.16)	0.65

Financiamiento / conflicto de intereses: CAPES

Renal Cell Carcinoma of the Transplanted Kidney: From Treatment to Origin

Isaev, T⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Medvedev, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52 of the Moscow Healthcare Department. Moscow, Russia.

Study Objective

To evaluate treatment efficacy and investigate the etiology of renal cell carcinoma (RCC) developing in transplanted kidneys, with focus on surgical outcomes and genetic analysis.

Materials and Methods

This single-center retrospective study (2013-2025) analyzed 3,270 kidney transplant recipients. RCC was confirmed in 38 patients (1.2% incidence). Treatment approaches included:

- Laparoscopic partial nephrectomy (35 cases)
- Radiofrequency ablation (3 cases)

Comprehensive genetic testing was performed on tumor samples from 11 patients, including:

- STR marker analysis (7 loci)
- VHL gene sequencing

Key Findings

1. Surgical Outcomes:

- Mean operative time: 152 minutes
- Average blood loss: 190 mL
- Warm ischemia time: 34 minutes
- Zero graft losses
- No cancer recurrences (2-10 year follow-up)

2. Histopathological Results:

- Clear-cell RCC: 58% (22 cases)
- Papillary RCC: 42% (16 cases)

3. Genetic Analysis:

- 100% donor-DNA match in tumor tissue
- VHL mutations detected in 71% of clear-cell RCCs
- No recipient-derived malignancies

Clinical Implications

1. Laparoscopic resection demonstrates excellent oncological control with graft preservation
2. RCC originates from donor kidney tissue
3. Immunosuppression likely accelerates tumorigenesis in genetically predisposed grafts

Conclusions

This study confirms:

1. The safety and efficacy of minimally invasive surgery for transplant kidney RCC
2. The donor-derived nature of these malignancies
3. The importance of genetic screening in transplant protocols

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Renal cell carcinoma incidence in kidney transplant patients

Costa, VL⁽¹⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Burtet, LM⁽¹⁾; Dini, LI⁽¹⁾; dos Santos, EB⁽¹⁾; Souza, PC⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Kessler, MSM⁽¹⁾; Silva Neto, B⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾; Gorgen, ARH⁽¹⁾; Berger, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introdução: Com o avanço da terapia de substituição renal e do transplante renal (TR) no mundo, houve um aumento significativo na expectativa de vida dos pacientes com doença renal dialítica e dos receptores de transplante renal (RTR). Todavia, nesse contexto, as neoplasias vêm representando uma causa importante de morbimortalidade. Sabe-se que a imunossupressão é um fator de risco para o desenvolvimento de diversas lesões tumorais, dentre as quais destaca-se a neoplasia renal como o tumor de órgão sólido de maior incidência. Diante disso, este estudo visa avaliar a incidência do carcinoma de células renais (CCR) em pacientes RTR do Hospital de Clínicas de Porto Alegre visando à caracterização epidemiológica do nosso meio e possíveis fatores de risco associados. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional retrospectivo através da revisão de prontuário eletrônico. Os pacientes elegíveis ao estudo foram selecionados a partir de queries. Incluíam-se todos os pacientes RTR diagnosticados com CCR entre 01 de janeiro de 2010 e de 2024. Dos pacientes incluídos, analisaram-se as variáveis: Gênero, idade, idade no transplante, tempo em diálise, uso de imunossupressores, tempo entre o transplante e o diagnóstico, presença de tumor no enxerto, grau histológico, estadiamento patológico, progressão de doença e óbito. Não foi realizada comparação entre subgrupos. **Resultados:** Dos 1600 RTR, 23 apresentavam o diagnóstico de CCR (1,3%), a maioria deles (n=18) após o transplante. Conforme esperado, a maioria apresentou um tempo longo em diálise previamente ao transplante (média: 50,9 meses), corroborando com os dados da literatura que indicam ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do CCR. A média de tempo entre o TR e o diagnóstico do CCR também foi bastante elevada (62,3 meses), convergente à literatura vigente em relação ao tempo de exposição a drogas imunossupressoras como fator de risco oncogênico. **Conclusão:** O estudo realizado evidencia o papel do período dialítico e da imunossupressão como fatores de risco expressivos para o desenvolvimento de CCR nos RTR. Novos estudos deverão ser realizados para avaliar o impacto de outras variáveis, bem como desenvolver estratégias para a prevenção da doença na população de doentes renais terminais e RTR.

Tabela 1. Características da amostra (n=23)

Masculino	78%
Idade no Transplante	48 anos
Tempo de Hemodiálise	50.9 meses
Diagnóstico Pós-Transplante	78%
Tempo até Diagnóstico	62.3 meses
Uso de Azatioprina	9%
Uso de Micofelonato	48%
Uso de Tacrolimus + Prednisona	100%

Financiamento / conflicto de intereses: CAPES

Five-Year Experience in Treating Prostatic Abscesses in Patients Undergoing Immunosuppressive Therapy After Kidney Transplantation

Isaev, T⁽¹⁾; Trushkin, R^(1, 2); Medvedev, P⁽¹⁾; Shcheglov, N⁽¹⁾; Andreev, S⁽¹⁾; Kho, L⁽²⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52. Moscow, Russia. ⁽²⁾Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Department of Urology and Operative Nephrology with Oncology Course. Moscow, Russia.

INTRODUCTION / STUDY OBJECTIVE

Prostatic abscesses (PA) are a rare but serious infectious complication, especially in patients after kidney transplantation who are receiving immunosuppressive therapy. A weakened immune response contributes to the development and progression of bacterial infections, increasing the risk of systemic infection, sepsis, and deterioration of transplant function. In such patients, PA diagnosis is complicated by the absence of pronounced clinical symptoms, often leading to late detection, significant disease progression, and poorer treatment outcomes.

Study Objective: To assess the clinical, laboratory, and instrumental characteristics of PA in patients after kidney transplantation, determine the impact of immunosuppression on disease progression, and develop optimal diagnostic and treatment algorithms to reduce complications and improve outcomes.

MATERIALS AND METHODS

A single-center retrospective uncontrolled study conducted between 2021 and 2025 at City Clinical Hospital No. 52. The study included 28 patients who had undergone kidney transplantation and were on immunosuppressive therapy, all diagnosed with PA.

RESULTS

The average patient age was 47.3 years (range: 26–66). The average duration from the start of dialysis to kidney transplantation was 73.6 months (range: 11–264), and the average time from transplantation to PA diagnosis was 11.5 months (range: 1–42). The most common symptom was fever, observed in 26 (92.8%) patients, while lower urinary tract symptoms were present in only 9 (33%) cases. Diagnosis was confirmed via transrectal ultrasound (TRUS) in all patients; in 6 cases (21.4%), MRI was additionally used. The mean abscess size was 29.9 mm (range: 21–50 mm), and 25 (89.3%) patients had a single abscess. Transperineal puncture drainage was performed in 24 (85.7%) patients, combined with percutaneous cystostomy in 13 (54.2%) of those cases. Three (14.3%) patients underwent percutaneous cystostomy alone. The average drainage duration was 6.7 days (range: 3–10). The most common pathogens were *Klebsiella pneumoniae* (35.7%) and *Escherichia coli* (25%).

CONCLUSION

PA in patients receiving immunosuppressive therapy after kidney transplantation lacks typical clinical presentation. Ultrasound-guided drainage is the safest and most effective treatment method. The findings highlight the importance of early diagnosis and an individualized treatment approach to minimize complications and improve outcomes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Application of manual planimetry to assess the dynamics of volume changes in polycystically altered kidneys following transarterial embolization

Medvedev, P⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Fettser, D⁽¹⁾; Isaev, T⁽¹⁾; Chumikov, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52, Moscow Healthcare Department. Moscow, Russia.

INTRODUCTION/RESEARCH OBJECTIVE

In 2016, the FDA qualified total kidney volume as a prognostic biomarker for the progression rate of renal failure in autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD). Based on DICOM images, kidney volume can be assessed using the ellipse test, stereology, or manual planimetry. Objective: To evaluate the measurement error in determining the volume of polycystic kidneys using the ellipse test and manual planimetry.

MATERIALS AND METHODS

A single-center prospective observational uncontrolled study was conducted at City Clinical Hospital No. 52 from January 17, 2025, to March 17, 2025. The study included 30 patients with end-stage chronic kidney disease (CKD) due to autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) and symptomatic polycystic disease. All patients underwent preoperative multislice computed tomography (MSCT) of the retroperitoneal organs to assess total kidney volume using the ellipse test and manual planimetry (Fig. 1). Three months after renal artery embolization, repeat assessment of total kidney volume was performed to evaluate the dynamics of renal mass reduction.

Results.

When assessing the measurement error in the volume of polycystic-altered kidneys using the ellipsoid test and manual planimetry, the absolute error was 350 mL (4350 mL – 4000 mL). The relative measurement error was 12.5%. The discrepancy in measuring the volume of polycystic kidneys is most likely due to the fact that the ellipsoid test has low accuracy when applied to significantly deformed organs and does not account for irregular or exophytic cysts. In contrast, the manual planimetry method accounts for kidney contours in each slice and sums the areas of all slices.

CONCLUSION

Three-dimensional modeling and AI-based automated data analysis are becoming key tools for improving accuracy and reducing time expenditures, which in turn opens new opportunities to enhance diagnostic precision and monitor the dynamics of volume changes in polycystic kidneys.

Financiamiento / conflicto de intereses: The work was performed using grant No. 0509-1/25

Evaluation of the Efficacy of Embolic Materials Used in Percutaneous Occlusion of Renal Arteries in Patients with a Complicated Course of Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease for Total Kidney Volume Reduction.

Medvedev, P⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Fettser, D⁽¹⁾; Isaev, T⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52, Moscow Healthcare Department. Moscow, Russia.

INTRODUCTION/RESEARCH OBJECTIVE

Transarterial embolization (TAE) of polycystic kidneys is used as part of a combined approach to optimize nephrectomy outcomes, including pretransplant preparation. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of various embolic materials have not been conducted.

Objective: To compare the effectiveness of embolic materials used for percutaneous renal artery occlusion in patients with complicated autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) and chronic kidney disease (CKD) to achieve total kidney volume reduction."

MATERIALS AND METHODS

Single-center prospective observational uncontrolled study conducted at the City Clinical Hospital No. 52 (Moscow Department of Health) from January 17, 2025, to March 17, 2025. The study included 15 patients with terminal chronic kidney disease (CKD) secondary to autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) and symptomatic polycystic kidney manifestations. All patients underwent bilateral transarterial renal embolization (TAE) (100%) to reduce kidney volume, alleviate compressive symptoms, and prevent hemorrhagic complications. Patients were randomized using the envelope method into three groups of 5 participants each: Group 1: Embolization with microembolic agents, Group 2: Embolization with vascular coils, Group 3: Combined embolization with microemboli and coils (Fig. 1).

Three months post-TAE, kidney volume reduction dynamics were assessed using imaging modalities (radiological methods) and histopathological analysis. TAE efficacy was evaluated based on combined endpoint criteria: Total kidney volume reduction to <5200 mL at 3 months post-TAE, reduction in pain severity or improvement in respiratory function (FEV1 >75% on spirometry).

Cases of embolization failure underwent analysis to identify causes of TAE inefficacy.

RESULTS

The effectiveness of embolization in patients of group (1) was 60% (3/5), in group (2) — 80% (4/5), and in group (3) — 100% (5/5). In group 1, the main causes of ineffective embolization were: (1/2) non-target embolization (detection of microemboli in the splenic artery and colonic vessels) and (1/2) missed accessory renal artery. In the patient from group 2, the primary reason for the ineffectiveness of embolization was recanalization of the renal arteries.

CONCLUSION

Combined embolization is the most preferable approach due to the reduced risk of non-target embolization and improved outcomes of subsequent nephrectomy resulting from decreased kidney volume.

Financiamiento / conflicto de intereses: The work was performed using grant No. 0509-1/25

Comparative Analysis of Laparoscopic Techniques in the Surgical Treatment of Non-functioning Kidney Transplants

Trushkin, R⁽¹⁾; Medvedev, P⁽¹⁾; Sheglov, N⁽¹⁾; Isaev, T⁽¹⁾; Andreev, S⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, State Clinical Hospital No. 52, Moscow Department of Health. Moscow, Russia.

INTRODUCTION / STUDY OBJECTIVE

Laparoscopic access is a minimally invasive alternative to open transplant nephrectomy (TN). This approach allows surgical treatment of patients with non-functioning kidney transplants while minimizing the risk of postoperative complications and reducing postoperative mortality. Depending on the technique of graft mobilization, laparoscopic nephrectomies are classified as total or subcapsular.

Study Objective: To evaluate the effectiveness of subcapsular laparoscopic transplant nephrectomy (LTN) in the surgical management of patients with non-functioning kidney transplants.

MATERIALS AND METHODS

A single-center retrospective study conducted from 2016 to 2024 at City Clinical Hospital No. 52. The study included 52 patients with non-functioning kidney transplants who underwent LTN. Two laparoscopic approaches were used: total LTN (n = 23) and subcapsular LTN (n = 29).

RESULTS

The average patient age was 50.8 years (range: 22–59). Intra- and postoperative parameters were compared between the total and subcapsular LTN groups.

Estimated blood loss in the total LTN group ranged from 50 to 100 mL (median: 60 [50; 70] mL), and in the subcapsular LTN group – from 50 to 70 mL (median: 50 [50; 57.5] mL). The use of the subcapsular laparoscopic approach was associated with lower intraoperative blood loss (p = 0.097).

Hospital stay after total LTN ranged from 3 to 30 days (median: 6.0 [4.5; 7.5] days), and after subcapsular LTN – from 3 to 7 days (median: 5 [3.0; 6.8] days), showing minimal difference between the two groups.

Surgery duration for total LTN was 120–245 minutes (median: 160 [128; 190] min), while for subcapsular LTN it was 80–150 minutes (median: 95 [85; 114] min). Retrospective analysis revealed significantly longer surgery time in the total LTN group compared to the subcapsular group (p = 0.000). No intra- or postoperative complications were observed in the subcapsular LTN group.

CONCLUSION

Subcapsular LTN is a modernized laparoscopic method for the surgical treatment of patients with non-functioning kidney grafts. It offers the benefits of minimally invasive surgery while also being more accessible for this patient population. This approach can improve transplant nephrectomy outcomes in patients who have lost graft function.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumor mamario y renal sincrónicos. A propósito de un caso.

Cameron Llanes, SE⁽¹⁾; Sautu Ferreira, GE⁽¹⁾; Recalde Lara, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay.

Caso clínico. Femenino de 54 años, acude en 2018 por cuadro de dolor lumbar de larga data. Al examen físico se constata masa sólida en cuadrante externo de mama izquierda por lo que se solicita estudios de extensión. En barrido tomográfico se constata lesión mamaria izquierda de 36 mm, hallazgo incidental de nódulo renal derecho de 20 x 19 mm y fractura y aplastamiento vertebral a nivel de L1; en centellografía ósea se informa imagen sugerente de secundarismo L1. Se realiza PAAF de mama izquierda que informa carcinoma invasivo de tipo no especial grado 2 con inmunohistoquímica hormono – sensible, y biopsia ósea el cual informa metástasis ósea compatible con primario conocido. Se realiza Artrodesis de columna lumbar + Anexectomía bilateral e inicio de terapia hormonal + Vigilancia expectante de nódulo renal.

En 2022 presenta estudio de TAC c/c donde se constata masa de 75 x 45 mm en mama izquierda, múltiples adenomegalias axilares y supraclaviculares y crecimiento del nódulo renal derecho a 25 x 26 mm. Se decide realizar mastectomía radical izquierda modificada + Quimioterapia + Vigilancia expectante.

En estudio de control contrastado en 2025 se constata crecimiento del tumor renal derecho y control sistémico del otro primario conocido. Masa renal de 37 x 31 x 30 mm en tercio renal derecho. Score renal 8a. T1aN0M0. Se realiza Nefrectomía parcial derecha por CVL. Informe de anatomía patológica: adenocarcinoma renal de células claras.

Discusión. La presencia de tumores sincrónicos es baja, con una prevalencia de 4,5 a 11,7%. Son tumores sincrónicos cuando el hallazgo diagnóstico es en simultáneo o hasta los 6 meses posteriores del primario ya conocido. Cada tumor primario tiene sus propias características y responden a diferentes terapias. Tienen múltiples etiologías (ambiental, genética, quimio/radioterapia). El tratamiento del carcinoma renal en estos casos debe valorarse conjuntamente con el estadio del otro primario conocido.

Conclusión. Gracias al enfoque multidisciplinario, ambos tumores fueron tratados adecuadamente. La intervención quirúrgica oportuna sobre el tumor renal puede mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. Este caso subraya la importancia del seguimiento oncológico exhaustivo y el abordaje integral del paciente con múltiples neoplasias primarias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CANCER TESTICULAR EN LATINOAMÉRICA : RESULTADOS DE ENCUESTA REALIZADA POR GRUPO DE TRABAJO CAU

Ebel, L^(1, 2); Autrán Gómez, AM^(1, 3); Rodríguez-Faba, Ó^(1, 4); Alcántara Quispe, C^(1, 5); García Marchiñena, P^(1, 6); Guevara Gómez, R^(1, 7); Pino, JM^(1, 8); Suaste Carmona, B^(1, 9)

⁽¹⁾Grupo de Trabajo, Cáncer Testicular. Confederación Americana de Urología, CAU. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽³⁾Instituto de Urología Latinoamericano (UroLatam), Universidad Veracruzana. Veracruz, México. ⁽⁴⁾Departamento de Urología, Fundació Puigvert. Barcelona, España. ⁽⁵⁾Departamento de Urooncología, Hospital de Amor de Barretos. Sao Paulo, Brasil. ⁽⁶⁾Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina. ⁽⁷⁾Servicio de Urología, Hospital General del Occidente. Jalisco, México. ⁽⁸⁾Servicio de Urología, Hospital de Especialidades Quirúrgicas del Instituto de Previsión Social-INGAVI. Departamento Central, Paraguay. ⁽⁹⁾Servicio de Urología, Hospital Central Militar. Ciudad de México, México.

Introducción. La realidad de cáncer testicular (CT) en Latinoamérica (LA) es disímil. Su tratamiento está garantizado por ley en algunos países; sólo dos tienen registros nacionales de CT y tanto incidencia como mortalidad son variables de un país a otro. Muchos aspectos globales de la enfermedad los desconocemos. Un desafío del Grupo de Trabajo de CT (GTCT) de CAU es aportar al conocimiento global de CT en LA. El objetivo es reportar resultados de encuesta realizada por GTCT-CAU sobre características y manejo de CT en LA. Material y métodos. Encuesta virtual de 21 preguntas diseñada en Google-Forms y enviada a residentes y urólogos(as) de 20 países LA a través de redes sociales de CAU entre 1-9-23 y 31-8-24. Resultados. Se obtuvo 272 respuestas de 18 países. 56 (21.0%), 37 (13.8%) y 31 (11.6%) fueron respondidas desde Chile, Brasil y México. 29 (10.7%) fueron por residentes y 44 (16.2%) por urólogos(as) con <5 años de experiencia; 89 (32.8%) con >20 años de experiencia. 117 (43%) respuestas son de residentes/urólogos(as) de centros docentes y 142 (52.2%) con interés principal en uro-oncología. 117 (65.1%) atiende 0-1 caso/mes, 88 (32.3%) 2-5 casos y >10 casos 7 (2.6%). 140 (51.5%) responde que en su país la atención de CT está garantizada y 84 (30.9%) que existe registro nacional de CT. 37 (13.6%) informa que en su país existe programa de detección precoz de CT. Presentación más frecuente es masa intratesticular indolora, 220 (80.9%). Métodos diagnósticos disponibles fueron sólo ultrasonido (US) 5 respuestas (1.8%), US + marcadores tumorales (MT) 27 (9.9%) y US + MT + tomografía computada (TC) 127 (46.8%). 93 (34.2%) no instala prótesis de testículo, mientras que 74 (27.2%) lo hace durante orquiectomía y 105 (38.6%) diferida. 156 (57.4%) centros no realiza conservación espermática. Etapa tumoral al diagnóstico son localizados, compromiso retroperitoneal (RTP) y metastásico en 228 (83.8%), 34 (12.5%) y 10 (3.7%). Terapias disponibles: 41 (15.1%) sólo realizan orquiectomía, 70 (25.7%) disponen de quimioterapia y radioterapia y en 161 centros (59.2%) se realiza linfadenectomía RTP. 106 centros (39%) no tienen comité multidisciplinario. Conclusiones. Resultados de la encuesta presentada son un aporte al conocimiento de las características y manejo de CT en LA. Palabras claves: cáncer testicular, encuesta, LATAM

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CÁNCER TESTICULAR EN AMÉRICA LATINA: ESTRATEGÍAS PARA UN ADECUADO DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN TEMPRANA

Ebel, L^(1, 2); Aufrán Gómez, AM^(1, 3); Rodríguez-Faba, O^(1, 4); Alcántara Quispe, C^(1, 5); García Marchiñena, P^(1, 6); Guevara Gómez, R^(1, 7); Pino, JM^(1, 8); Suaste Carmona, B^(1, 9)

⁽¹⁾Grupo de Trabajo, Cáncer Testicular. Confederación Americana de Urología, CAU. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽³⁾Instituto de Urología Latinoamericano (UroLatam), Universidad Veracruzana. Veracruz, México. ⁽⁴⁾Departamento de Urología, Fundació Puigvert. Barcelona, España. ⁽⁵⁾Departamento de Urooncología, Hospital de Amor de Barretos. Sao Paulo, Brasil. ⁽⁶⁾Servicio de Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina. ⁽⁷⁾Servicio de Urología, Hospital General de Occidente. Jalisco, México. ⁽⁸⁾Servicio de Urología, Hospital de Especialidades Quirúrgicas del Instituto de Previsión Social. INGAVI. Departamento Central, Paraguay. ⁽⁹⁾Servicio de Urología, Hospital Central Militar. Ciudad de México, México.

Introducción. Cáncer testicular (CT) es el tumor sólido más frecuente del hombre joven. 2/3 de los casos se diagnostican en etapa I, la mayoría en forma incidental por no producir inicialmente síntomas; en esta etapa su curación es casi completa, pero algunos requieren para ello terapias adyuvantes que producen efectos adversos a corto y a largo plazo, afectando la calidad de vida de grupo cada vez mayor de sobrevivientes de CT. CT es el cáncer con > incidencia en adolescentes y hombres jóvenes (AYA) en América Latina (LA) y aumenta anualmente; la mortalidad tiene las tasas más altas en LA. Detección temprana (DT) de CT permite evitar terapias adyuvantes, disminuir costos de tratamiento y mejorar la supervivencia. No obstante, la literatura no actualizada desaconseja realizar screening de CT en hombres asintomáticos mediante autoexamen genital (AG); actualmente múltiples publicaciones llaman a revisar dicha recomendación. Un desafío del Grupo de Trabajo de CT (GTCT) de CAU es aportar a la DT de CT en LA. El objetivo es reportar estrategias iniciales realizadas por GTCT-CAU y su proyección. Material y método. Estudio descriptivo de estrategias desarrolladas por GTCT-CAU desde 1-1-2024 al 31-5-2025 como iniciativas propias o como parte de proyectos previos en LA. Resultados. GTCT se sumó al Instituto de Urología Latinoamericano (UroLatam), Veracruz, México, participando en las III Jornadas con charlas virtuales sobre DT, generando lazos para seguir trabajando juntos. En Chile se desarrollaron actividades a nivel nacional y local, promoviendo DT basada en AG. En abril 2025, la Sociedad Chilena de Urología lideró campañas en medios de comunicación de alcance nacional, redes sociales propias e inauguró un sitio virtual para pacientes, iniciado con información sobre DT-CT. A nivel local y con patrocinio de CAU, se desarrollaron múltiples actividades en la Región De Los Ríos, región con mayor incidencia CT del país, culminado con actividad deportiva de alta convocatoria e impacto en la comunidad y medios de comunicación. Derivado de ello se generaron contactos con organizaciones de pacientes y autoridades políticas para avanzar en proyectos legales para DT-CT. Conclusiones. Son necesarias estrategias de DT-CT en LA. GTCT avanza con iniciativas desde México y Chile. El desafío es buscar canales que unan ambas iniciativas en un proyecto común para LA. Palabras clave: cáncer testicular, detección temprana, LATAM

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA EN CONTEXTO DE CÁNCER DE TESTÍCULO (CÉLULAS GERMINALES) AVANZADO

Gasparotti, JC^(1, 2); Amado, J⁽¹⁾; Santinelli, F⁽¹⁾; Mias, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Interzonal General de Agudos Evita Pueblo de Berazategui. Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

El cáncer testicular representa menos del 1% de los nuevos casos de cáncer, y la mayoría de los pacientes son diagnosticados entre los 20 y los 34 años.

Se han identificado varios factores de riesgo para el cáncer testicular, incluyendo antecedentes personales o familiares de cáncer testicular y criptorquidia.

Los tumores de células germinales (TCG) comprenden el 95% de los tumores malignos que surgen en los testículos y se clasifican en dos subtipos histológicos principales: seminoma y no seminoma.

En el caso de los tumores testiculares en estadio II, metastásicos a retroperitoneo se plantea como alternativa de tratamiento la linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica junto con la radioterapia y quimioterapia.

Material y Métodos:

Presentamos dos casos, el primero: paciente masculino de 18 años derivado a nuestro servicio con antecedente de Orquiectomía Radical Izquierda por Seminoma Testicular. Tamaño tumoral 3 cm, sin invasión rete testis. Estadío IIA: T2 N1 M0 S0. Marcadores: AFP: 2,7 ng/ml. hCG-B: 0,3 UI/L. LDH: 190 UI/L. El segundo: paciente masculino de 28 años, derivado con antecedentes de Orquiectomía Radical derecha por Tumor testicular no seminomatoso. Estadío IIA. T2 N1 M0 S1 post quimioterapia de BEP x 3. En ambos casos optamos por la realización de templates unilaterales.

Resultados:

Los pacientes presentaron evolución favorable, actualmente, en seguimiento con marcadores negativos e imágenes de control sin secundarismo. Uno de ellos realizó criopreservación. Las anatomías patológicas retroperitoneales en el caso del seminoma fue seminoma puro con áreas de necrosis y fibrosis, en el no seminomas fue tumor no seminomatoso mixto con áreas de inflamación y extensa fibrosis. Ambas muestras con márgenes negativos. Los pacientes presentan eyaculación anterógrada.

Conclusiones:

La linfadenectomía retroperitoneal en tumores testiculares avanzados es una técnica que puede realizarse para tratar las metástasis retroperitoneales en centros de alto volumen para evitar efectos tóxicos de la quimio y radioterapia en pacientes correctamente seleccionados. Así como también está indicada post quimioterapia en el caso del no seminoma como rescate de masa residual mayor a 1 cm.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ENDOSCÓPICA (VEIL) VS LINFADENECTOMÍA INGUINAL ABIERTA (OIL) EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PENE EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS DEL 2018-2022

Castillo, I⁽¹⁾; Castellero, A⁽¹⁾; Hernández, D⁽¹⁾; Espino, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Santo Tomás. Panamá, Panamá.

Introducción: El carcinoma de células escamosas de pene es poco frecuente, representa menos del 1 % en Latinoamérica. Puede desarrollarse en cualquier parte del pene, y se disemina por vía linfática siendo la linfadenectomía junto a la penectomía parcial o total un manejo de gran impacto en la sobrevida global del paciente; ya que, aunque no tengan nódulos palpables se estima que el 30 % tienen metástasis linfática al momento del diagnóstico.

Objetivos: Comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos de VEIL vs OIL en el tratamiento de adenopatías en pacientes con carcinoma de células escamosas de pene en nuestra institución en un periodo de 5 años.

Metodología: Estudio analítico, de cohorte retrospectivo que compara la viabilidad clínica, resultados perioperatorios y oncológicos de 14 pacientes con cáncer de pene, de los cuales 9 de ellos se les realizó linfadenectomía inguinal, 5 fueron sometidos a VEIL y 4 pacientes se les realizó OIL.

Resultados: En comparación con el grupo OIL, el grupo VEIL mostró una menor pérdida de sangre intraoperatoria (36.25 vs 133ml), menor estancia intrahospitalaria (4,75 vs 10 días), tasa reducida de complicaciones (25% vs 100%) y mejor supervivencia global (75 vs 33.3%). Sin embargo, el número de ganglios linfáticos disecados fue el doble en el grupo OIL (14.67 + 20.23 vs 8 + 1.83) y el drenaje se dejó por menos días (9.33 días vs 14.75 días).

Conclusiones: La VEIL resultó ser una técnica segura y factible en pacientes con carcinoma de pene que se ha reproducido en nuestra institución con buenos resultados, ya que permite la extirpación radical de los ganglios linfáticos inguinales y reduce potencialmente la morbilidad quirúrgica. Ambos procedimientos pueden lograr un control oncológico comparable a corto plazo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Estado actual del tratamiento y los recursos disponibles para el manejo del cáncer de pene en Iberoamérica: Encuesta Multinacional del Programa Académico de Jóvenes Urólogos (PRYUS-CAU).

Paesano, N^(1, 2); Castillo Familia, G^(2, 3); Martínez Domínguez, A^(2, 4); Hernández Méndez, EA^(2, 5); Rojas Cohen, A^(2, 6); Inzunza Navarro, JA^(2, 7); Alfaro Carvajal, A^(2, 8); Tobias-Machado, M^(2, 9)

⁽¹⁾Urología, ROC Clinic / HM Hospitales. Madrid, España. ⁽²⁾PRYUS. CAU. ⁽³⁾Urología, Clínica Gómez Patiño. Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁴⁾Urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México, México. ⁽⁶⁾Urología, Universidad Católica. Chile, Chile. ⁽⁷⁾Urología, Hospital de Villarrica. Chile, Chile. ⁽⁸⁾Urología, Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile, Chile. ⁽⁹⁾Urología, Instituto de Cáncer Arnaldo Vieira de Carvalho. San Pablo, Brasil.

Introducción

El cáncer de pene es una neoplasia de alto impacto físico, psicológico y social. En Latinoamérica, su incidencia supera la de otras regiones, influida por factores culturales y estructurales. Sin embargo, la evidencia clínica regional es limitada. Este es el primer estudio observacional con objetivo de describir la atención y los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles entre urólogos iberoamericanos para el manejo de esta patología.

Materiales y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo basado en una encuesta anónima difundida por PRYUS-CAU entre enero y mayo de 2025, centrada en estadificación, tratamientos y soporte. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados

Se analizaron 223 respuestas de urólogos de 18 países. El 86 % fueron hombres y el 14 %, mujeres. El 60,6 % tiene entre 6-14 años de experiencia, y el 87 % trabaja en centros sin unidades específicas para cáncer de pene. La mayoría atiende entre 1-10 casos anuales, predominando los estadios clínicos II (31 %) y III (27 %). El 42,5 % cuenta con PET-CT, mientras que el 62,5 % no tiene acceso a ganglio centinela. Más del 70 % de pacientes presenta demoras en diagnóstico y/o tratamiento. Para estratificación ganglionar se utilizan principalmente la clasificación de EAU (82,5 %) y el score de Cubilla (11,88 %). El 72,1 % de encuestados no tiene acceso a estudios moleculares. La penectomía parcial constituye el tratamiento primario más frecuente (71,69 %). Predomina la linfadenectomía radical convencional (47,29 %), y el 25,6 % utiliza técnicas video-laparoscópicas. La linfadenectomía pélvica se indica ante más de dos ganglios metastásicos (43,75 %) o captación en PET-CT (14,84 %). En casos de enfermedad ganglionar voluminosa, el 59,69 % opta por quimioterapia neoadyuvante, especialmente en masas irsecables (64,34 %). Predomina el uso de TIP (55,04 %). La radioterapia adyuvante se indica ante márgenes positivos (48,84 %) o infiltración extra-nodal (32,56 %). El colgajo más utilizado es fascia lata (72,87 %). El 67,74 % indica apoyo psicológico, y el 57,26 % realiza evaluación nutricional (Tabla).

Conclusión

Este estudio evidencia heterogeneidad en el manejo del cáncer de pene en Iberoamérica y destaca la necesidad de consensos regionales para mejorar la equidad y calidad asistencial.

Información complementaria de prácticas clínicas, disponibilidad de recursos y criterios terapéuticos en el manejo del cáncer de pene en Iberoamérica, según la encuesta PRYUS-CAU.

Categoría	Indicadores principales
Demora diagnóstica (síntomas → diagnóstico)	<30 días: 26,6 % 30-60 días: 42,1 % >60 días: 31,3 %
Demora terapéutica (diagnóstico → tratamiento)	<15 días: 33,4 % 15-30 días: 36,5 % >30 días: 30,1 %
Estadio al momento del diagnóstico	Estadio I: 26 % Estadio II: 31 % Estadio III: 27 % Estadio IV: 16 %
Incisión más usada en linfadenectomía radical	Subinguinal: 71,3 %
Acceso a técnicas mínimamente invasivas	Video-Laparoscópica: 25,6 % Robótica: 17,1 %
Acceso a inmunoterapia sistémica	No: 80,6 %

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en América Latina y el Caribe: Avances, Desigualdades y Retos Persistentes: Revisión del Programa PRYUS-CAU.

Inzunza Navarro, JA^(1, 2); Martínez Domínguez, A^(2, 3); Castillo Familia,, G^(2, 4); Hernández Méndez, EA^(2, 5); Rojas Cohen, A^(2, 6); Alfaro Carvajal, A^(2, 7); Paesano, N^(2, 8); Tobias-Machado, M^(2, 9)

⁽¹⁾Urología, Hospital de Villarrica. Chile, Chile. ⁽²⁾PRYUS. CAU. ⁽³⁾Urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay.

⁽⁴⁾Urología, Clínica Gómez Patiño. Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁵⁾Urología, Hospital Ángeles Pedregal.

Ciudad de México, México. ⁽⁶⁾Urología, Universidad Católica. Chile, Chile. ⁽⁷⁾Urología, Universidad de Santiago de

Chile. Santiago de Chile, Chile. ⁽⁸⁾Urología, ROC Clinic / HM hospitales. Madrid, España. ⁽⁹⁾Urología, Instituto de

Cáncer Arnaldo Vieira de Carvalho. San Pablo, Brasil.

Introducción:

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) es una herramienta clave en la prevención de cánceres relacionados con esta infección, incluidos el cervicouterino y el peneano. En América Latina y el Caribe (ALC), si bien muchos países han incorporado esta vacuna en sus programas nacionales, persisten desafíos en cobertura, equidad, inclusión de género y aceptación social. El objetivo de este estudio fue describir la situación actual de la vacunación contra el VPH en ALC, analizar la carga de enfermedad asociada y explorar barreras y oportunidades para una implementación más efectiva.

Material y métodos:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA. Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2010 y marzo de 2024 en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar. Se aplicaron criterios PICO enfocados en población infantil y adolescente de ALC vacunada con esquemas bivalente, tetravalente o noavalente. Se excluyeron revisiones, editoriales y estudios sin datos primarios. Tras el proceso de selección, se incluyeron 18 estudios, los cuales fueron analizados cualitativamente.

Resultados: Los hallazgos revelaron una implementación heterogénea de la vacunación en la región. Solo algunos países (Argentina, Brasil, Uruguay y Panamá) incluyen a los varones en sus esquemas, mientras que la mayoría continúa enfocando sus programas exclusivamente en niñas. Persisten países sin programas activos (Cuba, Haití, Nicaragua y Venezuela), y la cobertura es especialmente baja en áreas rurales o de escasos recursos. En Brasil, más del 50 % de los casos de cáncer de pene están asociados al VPH. La estrategia de dosis única recomendada recientemente por la OMS se perfila como una oportunidad para mejorar la cobertura.

Conclusiones:

A pesar de los avances, la vacunación contra el VPH en América Latina y el Caribe continúa enfrentando desigualdades estructurales. Es prioritario reforzar los programas nacionales mediante estrategias inclusivas, basadas en evidencia y con enfoque de equidad. La adopción de esquemas simplificados, la sensibilización comunitaria y la incorporación de varones en las campañas de vacunación constituyen medidas clave para reducir la carga de enfermedad y avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino y la disminución del cáncer de pene en la región.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Estado actual de la simulación y formación quirúrgica en los programas de residencia de Iberoamérica: Resultados de Encuesta Internacional PRYUS-CAU.

gentili, G⁽¹⁾; Barreto, M⁽²⁾; Castillo Familia, GO⁽³⁾; Mierzwa, T⁽⁴⁾; Hernandez Méndez, EA⁽⁵⁾; Falcioni, M⁽⁶⁾; Santomil, F⁽⁷⁾; Tobia González, I⁽⁸⁾; Paesano, N⁽⁹⁾

⁽¹⁾urología, hospital español. buenos aires, argentina. ⁽²⁾urología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. montevideo, uruguay. ⁽³⁾urología, Clínica Gómez Patiño. Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁴⁾urología, Hospital Nossa Senhora das Graças. Curitiba Paraná, Brasil. ⁽⁵⁾urología, Hospital Angeles Pedregal. La Magdalena, México. ⁽⁶⁾urología, Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. bahía blanca, argentina. ⁽⁷⁾urología, Hospital Privado de la Comunidad. mar del plata, argentina. ⁽⁸⁾urología, Hospital Italiano. la plata, argentina. ⁽⁹⁾urología, Roc Clinic / HM hospitales. madrid, españa.

Introducción: La formación quirúrgica en urología ha atravesado una transformación significativa, impulsada por la creciente complejidad de las intervenciones y la incorporación de tecnologías avanzadas. En este contexto, la educación basada en simulación se ha consolidado como un pilar esencial en los programas de residencia. Este es el primer estudio multinacional con el objetivo de evaluar el panorama actual de la formación quirúrgica y la disponibilidad de recursos de simulación dirigidos a residentes de urología y jóvenes urólogos en los países que integran la Confederación Americana de Urología.

Métodos: Se llevó a cabo una encuesta transversal de tipo descriptivo que contó con la participación de 402 profesionales provenientes de 19 países. El cuestionario incluyó preguntas de opción múltiple sobre datos demográficos, acceso a procedimientos quirúrgicos, disponibilidad de herramientas de simulación, métodos de evaluación, presencia de mentoría y el impacto de la pandemia por COVID-19.

Resultados: Los datos evidenciaron una notable heterogeneidad en la formación quirúrgica. Solo el 17,9% de los encuestados tenía acceso a cirugía robótica, y el 32,8% a enucleación prostática. Más del 80% indicó que sus instituciones carecían de laboratorios virtuales o simulación con tejidos. La formación se fundamentaba en el aprendizaje paso a paso (89,9%), con énfasis en laparoscopia (45%) y endoscopia (50,7%). No obstante, únicamente el 15,7% utilizaba simuladores para procedimientos quirúrgicos. Por otra parte, el 50,6% reportó la ausencia de evaluaciones formales o programas de mentoría. Un 84,7% manifestó su intención de realizar un fellowship. La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto negativo en la formación académica (50,3%) y quirúrgica (66,9%).

Conclusiones:

Los hallazgos destacan una variabilidad considerable en la formación quirúrgica, el acceso limitado a recursos de simulación y la ausencia generalizada de sistemas estandarizados de evaluación y mentoría. Estos resultados enfatizan la necesidad de implementar una formación estructurada y equitativa que incorpore la simulación, ya que esta ofrece un entorno seguro y eficaz para el desarrollo de habilidades quirúrgicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Curva de aprendizaje de HoLEP en un residente: nada es imposible

Iacobelli, A^(1, 2); Márquez, I⁽³⁾; Horn, C⁽²⁾; Saez, I⁽²⁾; Mandujano, F⁽²⁾; Coz, F⁽²⁾

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

⁽³⁾Escuela de medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) ha demostrado ser una técnica efectiva y mínimamente invasiva para tratar la hiperplasia prostática benigna (HPB). Sin embargo, su implementación se ve obstaculizada por una curva de aprendizaje desafiante, especialmente en urólogos en formación. Este estudio evalúa la experiencia de un residente sin experiencia significativa en cirugía endoscópica, durante sus primeros 30 casos de HoLEP.

Material y métodos: Se registraron prospectivamente 30 procedimientos HoLEP realizados por un residente. Se evaluaron variables clínicas pre y postoperatorias (edad, volumen prostático, flujo urinario, IPSS, APE), complicaciones, tiempos quirúrgicos y grado de participación del residente (observador, morcelación, desarrollo de planos, primer cirujano).

Resultados: La edad mediana fue 67,5 años, con volumen prostático promedio de 71,8 cc e IPSS promedio de 18,2. El residente tuvo una participación progresiva, hasta alcanzar el rol de primer cirujano en 4 casos, logrando completar 3 sin incidentes. La única complicación intraoperatoria fue una perforación capsular. El flujo máximo (Qmax) mejoró de una mediana de 13,5 ml/s a 23,5 ml/s. La principal complicación postoperatoria fue la infección urinaria (16,6%).

Conclusiones: La participación progresiva, junto con una adecuada preparación teórica, mentoría constante y cuidadosa selección de pacientes, permite a residentes sin experiencia previa realizar HoLEP de forma segura. Esta estrategia favorece el desarrollo de habilidades avanzadas desde etapas iniciales de la formación.

Palabras clave: residente, HoLEP, curva de aprendizaje.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

El factor invisible: detección de Comunidades Bacterianas Intracelulares (CBI) en orina en pacientes multitratados sintomáticos

Favotto Burgueño, CI⁽¹⁾; Zeballos Magni, J⁽¹⁾; Scavone, P⁽²⁾; Gonzalez, MJ⁽²⁾; Navarro, N⁽²⁾; Cruz, E⁽²⁾

⁽¹⁾Endourología, Safiro Clinic. Montevideo, Uruguay. ⁽²⁾Laboratorio de Biofilms Microbianos, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. Montevideo, Uruguay.

Objetivo:

Evaluar la presencia de Comunidades Bacterianas Intracelulares (CBI) en pacientes con síntomas urinarios persistentes o recurrentes, sometidos a múltiples tratamientos médicos y procedimientos urológicos.

Materiales y métodos:

Se incluyeron 18 pacientes con sintomatología urinaria crónica o recidivante. Se aplicaron dos estrategias de análisis para los microorganismos detectados mediante urocultivo expandido (EQUC): secuenciación genética (RNA r 16 S) y cultivo diferencial con medio Chromoagar Orientation. Además, se utilizaron técnicas complementarias como MALDI-TOF y microscopía confocal láser para la visualización directa de CBI.

Resultados:

Se evidenció la presencia de CBI en el 72 % de los casos (13/18). En el 11 % (2/18) no se detectó CBI, y en los 3 casos restantes la confirmación no fue posible debido a resistencia a gentamicina y ausencia de visualización mediante MLC. Se identificaron microorganismos no habituales del microbioma urinario, asociados a disbiosis y cuadros infecciosos recurrentes del tracto urinario.

Conclusiones:

La detección de CBI mediante técnicas moleculares y visuales avanzadas representa una herramienta diagnóstica subestimada en el abordaje de infecciones urinarias de difícil resolución. El urocultivo estándar se revela insuficiente para la detección de microorganismos intracelulares. En cambio, el urocultivo cuantitativo extendido (EQUC), junto con la microscopía confocal y la secuenciación genética, permite mejorar la sensibilidad diagnóstica y aumentar la evidencia clínica sobre la implicación de estos patógenos en la persistencia sintomática y en la falla de tratamientos convencionales.

Palabras clave: Comunidades Bacterianas Intracelulares, infección urinaria persistente, RNA r 16 S, MALDI-TOF, microscopía confocal, EQUC, microbioma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Curva de aprendizaje de la biopsia prostática transperineal. Resultados de un estudio retrospectivo

sabeh hamdan, p⁽¹⁾; filgueira, g⁽¹⁾; diaz zorita, v⁽¹⁾; soldano, j⁽¹⁾; rios pita, h⁽¹⁾; vitagliano, g⁽¹⁾; ringa, m⁽¹⁾

⁽¹⁾urología, alemán. buenos aires, argentina.

Introducción:

La biopsia prostática es un método indispensable para el diagnóstico de cáncer de próstata. Las ventajas de la realización de la misma por vía transperineal son conocidas y entre ellas se puede citar principalmente el aumento en la tasa de diagnóstico en lesiones que asientan sobre cara anterior y su seguridad. El objetivo de este estudio es analizar el número de procedimientos que necesita un urologo en formación para acreditar que se encuentra en condiciones competentes para la realización del procedimiento.

Materiales y métodos:

Estudio retrospectivo de 329 pacientes consecutivos con sospecha clínica de PCa y lesiones PIRADS 3, 4 o 5 detectadas por mpMRI, a quienes se les realizó una BxTP guiada por imagen. Se analizaron las tasas de detección de PCa luego de muestreo de lesiones target y peritarget, así como variables clínico-patológicas asociadas. Se analizó el número de pacientes necesarios para completar la curva de aprendizaje. El procedimiento fue realizado siempre por un urologo en formación supervisado por un profesional experto.

Resultados:

La edad media fue de 68.3 años. El 17 % presentó lesiones PIRADS 3, el 46.6% PIRADS 4 y el 35.6% PIRADS 5. La mediana de PSA fue de 9.6 ng/ml. La biopsia Target identificó csPCa en el 73% de los casos. 33% de los pacientes con lesiones PIRADS 3 presentaron csPCa. Las muestras Peri-target revelaron csPCa en el 32%. Los urologos en formación refirieron sentirse capacitados luego de la realización de procedimientos.

Conclusión:

La curva de aprendizaje de la Biopsia prostática TP guiada por ecografía se alcanza luego de un número menor de procedimientos, lo que motiva su difusión y puesta en práctica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Optimización de recursos en el diagnóstico del cáncer de próstata: utilización de la calculadora de riesgo SWOP-PRI

Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Cernuda Pereira, C⁽¹⁾; Dorado Valentín, M⁽¹⁾

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

Introducción: entre las aproximaciones más actuales al diagnóstico del cáncer de próstata (CP) se encuentran la utilización de calculadoras de riesgo y el empleo de la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp).

El presente estudio explora retrospectivamente la validez diagnóstica de la calculadora de riesgo SWOP-PRI versión 3 en la indicación de biopsia de próstata por elevación del PSA.

Objetivo: simular el número de RMmp evitables, y cuantificar el número de CP clínicamente significativos (CPcs) omitidos al aplicar la calculadora SWOP-PRI a pacientes con sospecha de CP (PSA >4ng/ml).

Material y métodos: se analizaron los 445 pacientes con sospecha de CP sometidos a RMmp en nuestro centro en el período 2022-2024. Adicionalmente, se valoró de forma retrospectiva el riesgo de CP mediante la calculadora SWOP-PRI. Toda lesión PIRADS 4 y 5 en la RMmp fue objeto de biopsia de próstata ecodirigida con fusión (lesión + biopsia sistemática). Tras la aplicación de la calculadora, se consideró indicación de biopsia un riesgo de CP indolente $\geq 10\%$ o un riesgo de CPcs $\geq 1\%$. El número de indicaciones de biopsia utilizando uno y otro método se comparó, actuando como patrón oro la RMmp. Acto seguido, se estimó el número de RMmp potencialmente evitables tras la utilización de la calculadora, y la sensibilidad, especificidad y área bajo la curva (AUC) utilizando ese método.

Resultados: La tabla muestra los principales resultados del estudio. La precisión de la calculadora (verdaderos positivos + verdaderos negativos) fue del 74,3% (331/445); su sensibilidad y especificidad alcanzaron el 85,3% y el 67,6%, respectivamente, con un AUC del 76,6% (IC 95%, 72,1-81,1%, $p < 0,001$). La calculadora evitaría el 47,4% (211/445) de las RMmp, omitiendo el diagnóstico de CPcs en 7 pacientes (7/445, 1,5%) y diagnosticando 8 tumores indolentes (8/445, 1,79%) cuyo diagnóstico hubiera obviado la RMmp.

Conclusión: la calculadora de riesgo SWOP-PRI versión 3 puede sustituir a la RMmp en la indicación de la biopsia de próstata sin comprometer sustancialmente los resultados oncológicos.

Comparación calculadora de riesgo SWOP - RMmp

		RMmp	
		Positivo (PIRADS 4, 5)	Negativo (PIRADS 1, 2, 3)
Calculadora SWOP	Positivo (riesgo CPcs $\geq 1\%$ o CP indolente $\geq 10\%$)	145/445 (32,6%)	89/445 (20%)
	Negativo (CPcs $< 1\%$ o CP indolente $< 10\%$)	25/445 (5,6%)	186/445 (41,8%)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Biopsias Transperineales por Fusión Artemis: Resultados de una Serie Prospectiva de 5 Años en Panamá

Ruiz, L^(1, 2); Castillo, S^(1, 2); Shaw, A⁽¹⁾; Garcia Escobar, J^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, The Panama Clinic. Panama, Panama. ⁽²⁾Urología, Hospital Punta Pacífica. Panama, Panama.

Introducción

La biopsia prostática por fusión de imágenes de resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) y ultrasonido ha demostrado mejorar la detección de cáncer clínicamente significativo (CCS). La vía transperineal ofrece menor riesgo de infecciones. Presentamos una serie prospectiva de biopsias por fusión Artemis realizadas en Panamá.

Material y Métodos

Estudio prospectivo intervencional de 133 pacientes sometidos a biopsia transperineal por fusión Artemis entre febrero de 2020 y junio de 2025. Todos contaban con RMmp previa. Se registraron variables clínicas: PSA, volumen prostático por RM, densidad de PSA, clasificación PIRADS e histología según ISUP. Se definió CCS como ISUP ≥ 2 . Se administró profilaxis antibiótica IV única; no se usaron antibióticos orales ni enemas.

Resultados

Edad mediana: 64 años (rango 45–82) PSA: mediana 6.8 ng/mL (rango 2.0–37.0) Volumen prostático: mediana 42.9 mL (rango 16.0–203.9) Densidad de PSA: mediana 0.15 ng/mL/cc (rango 0.02–0.88)

Distribución PIRADS:

PIRADS 2: 2% | 3: 15.8% | 4: 53.4% | 5: 27.8%

Tasa de positividad:

PIRADS 3: 42.9% | 4: 76.1% | 5: 89.2%

Cáncer clínicamente significativo (ISUP ≥ 2):

PIRADS 3: 19.0% PIRADS 4: 56.3% PIRADS 5: 78.4% Global: 39.9% del total de biopsias

Complicaciones:

Retención urinaria (Clavien I): 4% Infecciones post-biopsia: 0%

Conclusiones

La biopsia transperineal por fusión Artemis demostró alta efectividad diagnóstica, especialmente en lesiones PIRADS 4 y 5, con tasas de detección de CCS de 56.3% y 78.4%, respectivamente. El procedimiento fue seguro y bien tolerado, sin eventos infecciosos, respaldando su utilidad como estrategia diagnóstica precisa y segura en cáncer de próstata.

Positividad en base a PIRADS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Correlación entre el riesgo de extensión extraprostática informado por resonancia magnética y el grado ISUP en la biopsia prostática dirigida

Soldano, JM⁽¹⁾; Filgueira, G⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. CABA, Argentina.

Introducción

La resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) se ha consolidado como herramienta fundamental en el algoritmo diagnóstico del cáncer de próstata, permitiendo a su vez estimar el riesgo de extensión extraprostática (rEPE) de las lesiones, con potencial injerencia en las decisiones terapéuticas. Sin embargo, la correlación entre el rEPE informado por imagen y la agresividad tumoral evaluada por el grado ISUP en la biopsia dirigida, así como su concordancia con la extensión real evidenciada en la prostatectomía radical, continúa siendo motivo de estudio. El objetivo es analizar la correlación entre el rEPE reportado en la mpMRI y el grado ISUP obtenido en la biopsia transperineal dirigida por fusión.

Materiales y métodos

Análisis retrospectivo de 84 pacientes con sospecha de cáncer de próstata y mpMRI seguida de biopsia transperineal guiada por imágenes. Se obtuvieron muestras exclusivamente de zonas target y peri-target. El riesgo de EPE fue clasificado en una escala de 0 a 3 según criterios morfológicos definidos en la imagen. Las muestras fueron analizadas según el sistema ISUP. En los casos sometidos a prostatectomía radical, se evaluó la presencia de EPE en la pieza quirúrgica y se analizó su concordancia con la mpMRI.

Resultados

Se evaluaron a 84 pacientes, con una media de edad de 69 años. El 43% presentaban signos de rEPE en la mpMRI. Este grupo mostró un volumen prostático medio de 70cc y PSA medio de 12,3 ng/mL frente a 60cc y 7,3 ng/mL en el grupo sin rEPE. Las lesiones PIRADS 4/5 fueron más frecuentes en pacientes con rEPE (95% vs. 71%). La tasa de detección de cáncer clínicamente significativo fue de 89% vs. 75%, siendo ISUP 4/5 44% vs. 33% e ISUP 2/3 44% vs. 42%, para rEPE y sin rEPE, respectivamente.

Conclusión

La presencia de signos de rEPE en la mpMRI se asoció con mayor PSA, lesiones PIRADS de alto riesgo y tumores ISUP 4/5, lo que sugiere una correlación entre los hallazgos por imagen y la agresividad tumoral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

"One Single Visit": un modelo integrado y sostenible de atención urológica para reducir la huella de carbono y optimizar la evaluación y el manejo de las afecciones prostáticas.

Trujillo-Santamaría, H^(1, 2); Martínez-Liahot, DR^(1, 2); Rojas-Ramírez, DC^(1, 2); Santamaría-Romero, AN^(1, 2); Espinoza-Mora, K^(1, 2); Mendo, B^(1, 2); Rubí-López, B^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Urología Santamaría. Veracruz, México. ⁽²⁾Urología, Hospital D´Maria. Veracruz, México.

Introducción y Objetivos La atención urológica fragmentada conlleva mayores costos, abandono del tratamiento y un mayor impacto ambiental por traslados repetidos. Este estudio evaluó la implementación del modelo "Consulta Única", un protocolo integrado y sostenible para diagnosticar y tratar en un solo día afecciones prostáticas comunes, benignas y malignas, con el fin de mejorar la eficiencia, reducir costos y minimizar la huella de carbono.

Material y Métodos Se incluyeron 750 pacientes masculinos nuevos (edad media 66.3 años) durante 12 meses. Todos presentaban síntomas del tracto urinario inferior o niveles elevados de PSA. El protocolo incluyó:

Entrevista clínica inicial (15 min)

Estudios de laboratorio (sangre y orina, con resultados en 3 horas)

Evaluación dinámica: hidratación, uroflujometría y ultrasonido prostático pre y postmiccional (45 min)

Segunda consulta (15 min) para integración diagnóstica y definición terapéutica

Los pacientes con sospecha de hiperplasia prostática benigna (HPB) recibieron tratamiento farmacológico o fueron programados para cirugía mínimamente invasiva. Aquellos con sospecha de cáncer prostático fueron estratificados y preparados para biopsia.

Resultados Se diagnosticó HPB en 563 pacientes (75.1%) y sospecha de cáncer en 187 (24.9%).

De los casos benignos, 427 (75.8%) recibieron tratamiento médico y 136 (24.2%) fueron programados para cirugía (Rezum, GreenLight o enucleación).

Todos los pacientes con sospecha de cáncer fueron preparados para biopsia.

El modelo permitió un ahorro promedio de \$120 a \$280 USD por paciente, con una reducción total estimada de \$90,000 a \$210,000 USD en la cohorte. La huella de carbono disminuyó entre 3.1 kg y 93.2 kg de CO₂ por paciente, alcanzando un ahorro total estimado de 64,000 kg de CO₂ en el año.

El 93.7% de los pacientes calificó la experiencia como "muy buena" o "excelente".

Conclusión El modelo "Consulta Única" representa una estrategia eficaz, escalable y sustentable, que optimiza el diagnóstico urológico, reduce costos y mitiga el impacto ambiental, manteniendo altos niveles de satisfacción del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Características Clínicas, de Imagen y Anatomopatológicas de Masas Adrenales Operadas en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid Entre los Años 2020 y 2025: Estudio Descriptivo Retrospectivo

Moreno Pinzón, L⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾; Soto Troya, I⁽¹⁾; McNeil, R⁽²⁾; Pérez Trucco, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panama, Panamá. ⁽²⁾Urología, Clínica Hospital San Fernando. Panama, Panamá.

Introducción:

Las masas adrenales son hallazgos comúnmente detectados en estudios de imagen, con una prevalencia del 3 al 10 % en la población general. Se clasifican en benignas no funcionales, funcionales y malignas; entre las cuales los incidentalomas son los más prevalentes. Su presentación clínica puede ser variable y a menudo representa un reto diagnóstico y terapéutico. Este estudio busca describir las características clínicas, de imagen y anatomopatológicas de los pacientes con masas adrenales operados en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid entre los años 2020 y 2025.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se obtuvieron datos del registro del salón de operaciones de pacientes tratados con adrenalectomía laparoscópica y abierta entre enero de 2020 y mayo de 2025. Se recolectaron diagnósticos histopatológicos y se revisaron expedientes previos. Se analizaron variables como edad, sexo, lateralidad, tamaño tumoral, presentación clínica, tipo de imagen e histológico.

Resultados:

Se incluyeron un total de 24 pacientes, con una media de edad de 52 años (67% mujeres). Se presentaron masas bilaterales en dos (2) pacientes. La mayoría de ellas fueron masas no funcionales. Los diagnósticos más comunes fueron mielolipoma (23%), adenoma adrenocortical (19%) y carcinoma adrenocortical (19%). El 68% fueron incidentalomas. De estos, se identificaron 2 casos funcionales (ambos feocromocitomas) y 2 carcinomas adrenocorticales. El abordaje quirúrgico fue un caso abierto, laparoscópico en 25 casos de los cuales 3 ameritaron conversión. El tiempo quirúrgico promedio fue de 133 minutos.

Discusión:

Nuestros hallazgos demostraron predominio histológico de mielolipomas seguido de adenomas y carcinomas en igual proporción. Se reportaron resultados exitosos con abordaje laparoscópico, siendo pocos los casos que ameritaron conversión abierta por distintos factores. La identificación oportuna de hallazgos clínicos e imagenológicos es clave para el abordaje quirúrgico adecuado.

Conclusiones:

Las masas adrenales se están convirtiendo en una patología cada vez más frecuente con presentación y comportamiento heterogéneo. En su mayoría son patologías benignas, pero un subgrupo está compuesto por patologías malignas o hiperfuncionales y tienen indicaciones quirúrgicas. Este estudio muestra la incidencia y tipos de patologías manejados en nuestra institución.

Palabras clave:

Masas adrenales
Tumor adrenal
Adrenalectomía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Factibilidad y Seguridad de la Enucleación Prostática con Láser de Holmio como procedimiento de Corta Estancia Hospitalaria: Una Serie de Casos

Acuña, JI^(1, 2, 3); Ramírez, G^(1, 2); Rojas, I⁽¹⁾; Woolvett, F⁽⁴⁾; Cid, A⁽⁴⁾; Eltit, I⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile. ⁽²⁾Postgrado Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. ⁽³⁾Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽⁴⁾Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se ha consolidado como procedimiento de referencia para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB). Su eficacia es comparable a la cirugía abierta y la resección transuretral, pero ofrece ventajas significativas como menor riesgo de sangrado y estancia hospitalaria reducida (1), siendo aplicable a cualquier volumen prostático (2). Estas características han impulsado su implementación de corta estancia. El éxito de este abordaje requiere una hemostasia meticulosa y una selección cuidadosa de los pacientes para ser seguro (3). El objetivo de este estudio es describir los resultados de nuestra experiencia en cirugía de HoLEP de corta estancia, definido como menor de 24 horas.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos. Revisión de casos tratados con enucleación prostática con láser entre noviembre-2022 y junio-2025. Se consideran de corta estancia hospitalaria los casos que desde su ingreso a su egreso hospitalario transcurren menos de 24 horas.

Resultados

Se realizaron 171 HoLEP. 57 con estancia menor a 24 horas, dentro de una unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA). De éstos, 9 tuvieron solo estancia diurna con alta el mismo día. La mediana de antígeno prostático específico (APE) fue 3,17 ng/ml (0,31-47,9) y la mediana de IPSS fue de 18 puntos (4-35). El volumen prostático tuvo una mediana de 93 cc (51-178). Las medianas de enucleación y morcelación fueron de 60 y 8 minutos. Un 18% de los casos eran usuarios de un catéter urinario. La mediana de estadía fue 20 horas (4-23). 52 Pacientes (91,2%) no tuvieron complicaciones postoperatorias. 2 tuvieron prueba miccional frustra (Clavien-Dindo I), 2 presentaron infección del tracto urinario (Clavien-Dindo I). 1 reconsultó al servicio de urgencias, con reingreso y reinstalación de sonda (Clavien-Dindo II).

Conclusiones

En nuestra experiencia, la HoLEP demostró ser un procedimiento seguro y factible en un régimen de corta estancia (menor a 24 horas) para pacientes debidamente seleccionados, particularmente aquellos con volúmenes prostáticos moderados. Este enfoque representa un avance significativo en la eficiencia del tratamiento de la HPB, optimizando los recursos, en especial en centros que cuentan con unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Pielonefritis Xantogranulomatosa: Una entidad rara en la practica clínica. Serie de 5 casos de en dos años y revisión de la evidencia.

Barría, A⁽¹⁾; De León, S⁽¹⁾; Veroy, E⁽¹⁾; De León, S⁽¹⁾; Guerra, A⁽¹⁾; Arias, K⁽¹⁾; Sanchez, M⁽¹⁾; Ross, R; Marcucci, M; Goad, K⁽¹⁾; Sanchiz, S⁽¹⁾; De Lora, D⁽¹⁾; Osorio, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, HRRHL. David, Panamá.

Introducción: La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una enfermedad poco usual en donde una infección subaguda del riñón junto con una obstrucción crónica desencadena de manera poco común una respuesta inmune incompleta, produciendo destrucción crónica del parénquima renal y en ocasiones exclusión funcional. es una condición rara con una incidencia del 0,6 al 1% de todos los casos de infecciones renales.

PXG es una condición difícil de diagnosticar, ya que los síntomas no son específicos en relación con el carcinoma de células renales u otras infecciones renales comunes.

Se presentan las características clínicas, de laboratorio e imagen de pacientes sometidos a nefrectomía simple con diagnóstico histopatológico de PXG.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes sometidos a nefrectomía simple, enfocándola en aquellos con diagnóstico histopatológico de PXG en el periodo comprendido del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2024. Se excluyeron aquellos pacientes que en el reporte histopatológico no presentaron este diagnóstico.

Resultados: Se revisaron 32 expedientes de pacientes sometidos a nefrectomía simple. Cinco pacientes (15.6%) tuvieron confirmación histológica de PXG, la edad media de presentación fue de 48.3 años, con un rango de 41 a 50 años. De los 5 pacientes con PXG, 4 (80%) tuvieron algún grado de hidronefrosis, y en 5 pacientes (100 %) su presentación inicial fue sepsis urinaria. Tres pacientes tuvieron asociación a nefrolitiasis en su presentación (60%). El género más frecuente fue el femenino (80%). Cinco pacientes (100%) presentaron hemoglobina menor de 10mg/dl, hubo asociación de absceso renal y PXG en 4 pacientes (80%). Cinco pacientes tuvieron asociación a Diabetes Mellitus (100%) con hemoglobina glicosilada mayor de 6.5%. Germen más comun fue Escherichia coli (60%). El 100% de pacientes fue sometido a nefrectomia simple posterior al manejo de sepsis urinaria con un promedio de 24.3 días luego del diagnóstico.

Conclusiones: La PXG es una entidad cuya etiología es de origen multifactorial. Obstrucción, infección, género y enfermedad litiásica son los factores más comúnmente asociados con esta entidad. Su manejo requiere tratamiento antibiótico y manejo quirúrgico urgente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Emphysematous Pyelonephritis in a Multidisciplinary Hospital: A Single-Center Experience

Andreev, S⁽¹⁾; Isaev, T⁽²⁾; Trushkin, R⁽²⁾; Medvedev, P⁽²⁾; Kuznetsova, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Department of Clinical Pharmacology, state Clinical Hospital No. 52, Moscow. Moscow, Russia. ⁽²⁾Department of Urology, State Clinical Hospital No. 52, Moscow. Moscow, Russia.

Background: Emphysematous pyelonephritis (EPN) is a rare, life-threatening, necrotizing renal infection characterized by gas formation within renal and perirenal structures. The condition is strongly associated with uncontrolled diabetes mellitus and urinary tract obstruction.

Objective: To analyze clinical characteristics, microbiology, and treatment outcomes in patients with EPN treated in a multidisciplinary hospital.

Materials and Methods:

This retrospective, uncontrolled, single-center study included 13 patients treated for EPN between 2018 and 2025. Diagnosis was based on clinical data and radiologic imaging. Microbiological analysis and molecular typing of pathogens were performed. The classification by Huang and Tseng (2000) was used to categorize disease severity.

Results: Among the 13 patients (mean age 56.8 years, range 34–71), 92.3% were female and 92.3% had decompensated diabetes. Urinary tract obstruction was identified in 38.5% of cases. According to the Huang-Tseng classification, class IV was most common (38.5%) and was associated with all observed deaths (2 patients, 40% mortality in this subgroup).

Escherichia coli was the leading pathogen (69.2%), with Klebsiella pneumoniae and Proteus mirabilis identified in isolated cases. ESBL-producing strains were found in 38.5% of patients, confirmed by PCR detection of **blaTEM**, **blaSHV**, and **blaCTX-M**. Pathogen resistance was not correlated with disease severity or outcome.

All patients underwent surgical management: 61.5% had percutaneous nephrostomy (PCN), 15.4% underwent nephrectomy, and 23.1% required both. Despite treatment, mortality was 23.1%.

Conclusion: EPN primarily affects diabetic women and is often caused by Enterobacteriales, including multidrug-resistant strains. ESBL production did not influence mortality or severity. Timely surgical intervention and adequate antimicrobial therapy are critical. The observed mortality aligns with international data, highlighting the need for early recognition and multidisciplinary care.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Resultados de los primeros 75 casos de Litotripsia extracorpórea por ondas de choque en el Hospital Santo Tomás, Características generales de la población y resultados. 2024-2025

Espino, G⁽¹⁾; Hernandez, D⁽¹⁾; Arrocha, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Santo Tomás. Panamá, Panamá.

· Palabras clave: Litotripsia extracorpórea, litiasis renal, LEOC.

Introducción

La litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es una técnica no invasiva utilizada en el tratamiento de litiasis renal y ureteral. A pesar de su amplia utilización internacional, contamos con la reciente adquisición de esta tecnología en nuestra institución. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia inicial con LEOC en el Hospital Santo Tomás, abordando características demográficas, clínicas y los resultados terapéuticos de los primeros 75 casos tratados entre sept 2024 y junio 2025.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 75 pacientes sometidos a LEOC por litiasis renal o ureteral en el Hospital Santo Tomás durante el periodo de septiembre de 2024 a junio de 2025. Se recopilaron datos demográficos, localización y tamaño de los cálculos, número de sesiones requeridas, tasa de éxito definida como ausencia de fragmentos clínicamente significativos, y se registraron las complicaciones asociadas al procedimiento.

Resultados

La población analizada presentó una edad media de 45 años, con predominio masculino (60%). El 70% de los cálculos eran de localización renal, y el 30% ureteral. El tamaño promedio de los cálculos fue de 12 mm. La tasa fragmentación total fue de 76%, Fragmentación parcial 24%, alcanzando mayor efectividad en cálculos menores de 15 mm. El 10.2% de los pacientes requirió una segunda sesión, y sólo un 3% presentó complicaciones leves, principalmente hematuria transitoria y dolor lumbar post-procedimiento.

Conclusiones

La LEOC demostró ser un método eficaz y seguro para el tratamiento de la litiasis en la población estudiada. La mayoría de los pacientes experimentó resolución exitosa con baja tasa de complicaciones, consolidando esta técnica como primera opción para cálculos menores de 15 mm en nuestro hospital.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Is there a correlation between clinical and tomographic data with quality of life of patients with nephrolithiasis?

Leal, G⁽¹⁾; Danilovic, A⁽¹⁾; Brasil, E⁽¹⁾; Marchini, G⁽¹⁾; Torricelli, F⁽¹⁾; Batagello, C⁽¹⁾; Vicentini, F⁽¹⁾; Perrela, R⁽¹⁾; Nahas, W⁽¹⁾; Mazzucchi, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Urologia, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Introduction and Objectives:

Nephrolithiasis is a chronic condition with acute manifestations, often impacting patients' health-related quality of life (HRQoL). While clinician and patient perspectives on HRQoL may diverge, few studies have identified consistent predictors, with most findings limited to demographic factors. This study analyzes the correlation between clinical and tomographic variables with domains or total score of both a general and a specific patient-reported outcome measure (PROM) for nephrolithiasis.

Material and Methods:

A total of 59 consecutive adult patients with kidney stones confirmed by non-contrast computed tomography (NCCT) from December 2022 to January 2024 completed the Short Form Health Survey (SF-12) and the Cambridge Renal Stone PROM (CReSP) to evaluate HRQoL. Clinical data collected included age, sex, education, marital status, race, occupation, recent stone events, BMI, creatinine clearance, comorbidities (hypertension, diabetes, obesity), and number of prior interventions. NCCT parameters assessed were stone number, location, total stone volume, and presence of pelvicalyceal dilation. Statistical analyses, notably linear regression models, were used to evaluate the impact of all covariates on PROMs.

Results:

Mean age was 53 years; 51% were male. Most were caucasian and employed (63%). Recent stone events occurred at 52.54%. Patients had a mean of 4.1 stones and 2.7 prior interventions. Mean stone volume was 818 mm³ and 17% had pelvicalyceal dilation. Non-white race and recent stone events were significantly associated with poorer HRQoL across multiple CReSP domains, including the total score, and with lower SF-12 physical component summary (PCS) scores. In multivariable regression, both factors independently predicted the total CReSP score, while stone events also independently predicted the pain domain. The number of previous interventions predicted increased pain and total CReSP scores in univariable regression, but not in multivariable analysis. Stone events and hypertension independently predicted lower SF-12 PCS scores in both univariable and multivariable analyses. BMI, creatinine clearance, diabetes and tomographic variables were not significantly associated with quality of life measures.

Conclusions:

Stone events and non-white race were primary predictors of HRQoL. Computed tomography kidney stone features were not associated with HRQoL.

Keywords:

Computed tomography; Kidney stones; Nephrolithiasis; Quality of life

Multivariate linear regression analysis of predictors of Total CReSP and PCS of SF-12.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Magneto Holmium Laser versus Laser de Fibra de Tulio en el tratamiento de litiasis renales con vainas de acceso ureteral flexible y navegable

Rico, L⁽¹⁾; Banda Ramos, L; Blas, L; Filgueira, G; Soldano, J; Contreras, P

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

Introducción

Los avances en la tecnología láser para la litotricia endoscópica han revolucionado la Endourología. Con el fin de lograr un polvo cada vez más fino, se han desarrollado intentos de lograr opciones con el menor 'peak power' como lo son el láser de fibra de tulio (TFL) y la nueva modalidad de pulso 'Magento' del láser de Holmium (M-Ho:YAG). El objetivo de este trabajo es comparar los resultados intraoperatorios entre estas dos novedosas tecnologías.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a ureteroscopias flexibles (RIRS) para litiasis renales no complejas. Se dividieron los grupos acorde a la tecnología láser utilizada: Grupo 1 = M-Ho:YAG y Grupo 2 = TFL. En todos los pacientes se utilizó una vaina flexible y navegable (FANS) 10/12Fr o 11/13Fr. Se definió la tasa libre de litiasis (SFR) como la ausencia total de fragmentos en una tomografía computada sin contraste endovenoso a las 4 semanas del procedimiento. Además, acorde a las nuevas definiciones de rendimiento ablativo del láser, se estimó la eficiencia ablativa como el volumen de litiasis por unidad de energía ($\text{mm}^3/\text{Joules}$), la eficacia de la litotricia como el volumen por unidad de tiempo operativo (mm^3/min) y el consumo de energía del láser como la energía consumida por unidad de volumen ($\text{Joules}/\text{mm}^3$).

Resultados

Un total de 127 pacientes fueron incluidos (Grupo 1=51 y Grupo 2=76). No hubo diferencias significativas en variables demográficas como el sexo, edad, índice de masa corporal y lateralidad del procedimiento. No existió diferencias significativas en el volumen litíásico y en la densidad de la litiasis. Tanto la eficacia ablativa (25.7 vs 24.7 $p=0.49$), la eficiencia (0.18 vs 0.16 $p=0.76$) y el consumo de energía (11.5 vs 11.1 $p=0.68$) fueron significativamente comparables entre ambos grupos, así como la SFR (98% vs 94.7% $p=0.35$).

Conclusión

En esta primera comparación clínica entre ambas tecnologías no se evidenciaron diferencias significativas de los principales marcadores intra y postoperatorios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cirugía endourológica secuencial de la litiasis renoureteral bilateral.

Sánchez Tamaki, R⁽¹⁾; Márquez Ruiz, D⁽²⁾; Sánchez Mata, JJ⁽¹⁾; Rojas Fiel, I⁽¹⁾; Jiménez Roig, R⁽¹⁾; González León, T⁽³⁾; Reyes Arencibia, PR⁽¹⁾; Quelle Santana, L⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, Instituto de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”. La Habana, Cuba. ⁽²⁾Urología, Hospital Clínico Quirúrgico “Salvador Allende”. La Habana, Cuba. ⁽³⁾Urología, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ⁽⁴⁾Bioestadística, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Introducción: La elevada incidencia de la litiasis urinaria y el incremento de la afectación bilateral ha conllevado a la búsqueda de opciones terapéuticas eficientes. Objetivo: Describir la efectividad y la seguridad de la cirugía endourológica secuencial de la litiasis renoureteral bilateral. Material y Método: estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, en 35 pacientes con litiasis renoureteral bilateral, Instituto de Nefrología, La Habana, 2021-2024. Se empleó estadística descriptiva. Resultados: La edad media fue 48 años, 60% eran masculinos y 54,3% ASA II. El 17,1% de los pacientes tenía una derivación urinaria (nefrostomía o catéter JJ) y 4% se presentó con anuria. Predominó la litiasis ureteral (84,3%), 47,5% localizada en el uréter superior. El 80% de las litiasis tenían una alta complejidad según clasificación STONE. El 74,3% de los pacientes se trataron con la técnica secuencial URS-URS, y 20% recibieron URS-NLP. El tiempo quirúrgico promedio fue 81,7 minutos y la estancia hospitalaria de 6 días. El 65,8% resultó libre de litiasis, en el 17,1% la litiasis ureteral migró al riñón. La litiasis residual y la migrada al riñón requirió tratamiento en un segundo tiempo y la NLP fue el tratamiento más frecuente (66,7%). Hubo una recuperación progresiva del filtrado glomerular posterior a la cirugía, más evidente a los 3 meses. El 8,6% presentaron complicaciones intra y posoperatorias, respectivamente, y predominaron las Clavien-Dindo II (50%). Conclusiones: La cirugía endourológica secuencial en los pacientes con litiasis renoureteral bilateral es una opción terapéutica a considerar por su efectividad y seguridad.

Palabras clave: urolitiasis, nefrolitiasis, ureterolitiasis, nefrolitotomía percutánea, ureteroscopia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, IMAGENEOLÓGICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LAS MASAS SUPRARRENALES QUE AMERITARON MANEJO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS, AÑO 2020-2025.

Villalobos, Y⁽¹⁾; Hernadez, D⁽¹⁾; Castellero, A⁽¹⁾; Espino, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Santo Tomás. Panamá, Panamá.

Palabras claves: Glándula suprarrenal, adrenalectomía, adenoma suprarrenal.

Introducción: Las masas suprarrenales constituyen una patología infrecuente. Generalmente se detectan de forma incidental o debido a síntomas relacionados con su actividad funcional o aumento de tamaño. La mayor disponibilidad y uso de los estudios de imagen coincide con una incidencia en aumento.

Se denominan funcionales o no funcionales según su actividad secretora de hormonas. El 70-80% son benignas no funcionales. Los incidentalomas suprarrenales se pueden encontrar entre 0.14-1.5% de los estudios tomográficos realizados por otras causas. Por otro lado, entre los tumores funcionales el feocromocitoma se presenta 2-8 casos/año/millón y el carcinoma suprarrenal 1-2 casos/año/millón.

Aun en centros de referencia, la adrenalectomía representa un desafío no sólo por las consideraciones técnicas de la cirugía sino también por los aspectos endocrinológicos que conlleva.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de las masas suprarrenales resecadas quirúrgicamente en nuestra institución.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de los expedientes clínicos de aquellos pacientes sometidos a adrenalectomía en el Hospital Santo Tomás, años 2020-2025. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, imagenológicos, perfil hormonal e informes histopatológicos. Los datos fueron extraídos de los registros médicos, protocolos quirúrgicos y reportes del departamento de anatomía patológica.

Resultados: En un periodo de 5 años, que incluye una pandemia mundial, se realizaron en total 7 adrenalectomías. El 100% de estos pacientes fueron mujeres con media de edad 49.7 años. Se operaron 3 adenomas funcionales, 1 feocromocitoma, 1 adenoma no funcional de 12 cm debido a su efecto de masa y 2 masas sólidas con hallazgos radiológicos subjetivos de malignidad. Sólo se realizó una adrenalectomía abierta y en el resto se utilizó abordaje laparoscópico.

Conclusiones: La incidencia de las masas suprarrenales que ameritan manejo quirúrgico es baja. Estas constituyen entidades clínicas heterogéneas que ameritan manejo multidisciplinario. Este análisis retrospectivo permite sentar bases para protocolos de manejo y seguimiento de esta patología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

HEMATURIA EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS: EXPERIENCIA EN CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK.

Cuevas Seguel, P⁽¹⁾; Troncoso Jara, F⁽¹⁾; Sabugo Aguilar, F⁽¹⁾; Salinas Laval, JE^(1, 2); Foneron Burgos, A⁽³⁾; Troncoso Schifferli, LA^(1, 3); Foneron Villarroel, A^(1, 3); Oyanedel Farías, F^(1, 3); Toledo Jaureguberry, H^(1, 3); Flores Torres, F^(1, 3); Navarrete Lara, M⁽¹⁾; Gárate Ortega, S⁽¹⁾; Ebel, L^(1, 3)

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. ⁽²⁾Servicio de Medicina, Unidad de Hematología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile.

Introducción. Cistitis hemorrágica por virus BK (CH-VBK) es una complicación frecuente en pacientes inmunodeprimidos, particularmente en trasplantados de médula ósea o progenitores hematopoyéticos, alcanzando hasta 40% de los casos. No existe manejo estandarizado dado los escasos datos clínicos. Sin embargo, habitualmente el manejo es escalonado desde lo conservador (sintomático, hidratación, reducción de inmunosupresión, antimuscarínicos, entre otros) a lo invasivo (irrigación vesical, Cidofovir intravesical, Aluminio, electro fulguración endoscópica, embolización, etc), o terapias combinadas. Material y método. Análisis retrospectivo de 51 pacientes trasplantados de medula ósea entre junio 2022 hasta junio 2025 en el Hospital Base de Valdivia, Chile. Se seleccionan aquellos que presentan CH-VBK o Virus JC positivo en orina y hematuria, obteniendo 15 casos. De ellos se analizan variables clínicas, tiempo de inicio del cuadro desde el trasplante, factores de riesgo descritos en literatura y conductas terapéuticas. Se comparan los desenlaces clínicos como duración del cuadro, hospitalización y tipos de manejo. Resultados. Mediana de edad fue 28 años, con 47% de mujeres. La carga viral urinaria fue elevada en el 93% y el 60% tuvo una historia de reactivación por Citomegalovirus (CMV) y 33% clínica de Enfermedad Injerto Contra Huésped (GVHD). La media de tiempo desde el trasplante hasta el desarrollo de síntomas fue de 1,5 meses. Hematuria, disuria, polaquiuria estuvieron presentes en un 67%, 100% y un 27%, respectivamente. El 80% de los pacientes se resolvieron sin necesidad de manejo invasivo, independiente de su hospitalización. La tasa de hospitalización fue 46% y 43% de ellos debió ser manejado con terapia combinada. La duración del cuadro fue mayor en el grupo con terapia combinada (63 días vs 16,7 días). Conclusión. No existe un tratamiento estandarizado para manejo de CH-VBK. La mayoría de los casos son autolimitados o respondedores a terapia conservadora y manejo invasivo no es necesario. En nuestra serie no se identifican datos estadísticamente significativos, pero hay una tendencia a manejo invasivo en los casos con antecedentes de GVHD e historia de infección por CMV. Palabras Claves: Virus BK, Cistitis hemorrágica, inmunosupresión

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Planificación preoperatoria de nefrectomía parcial laparoscópica en pacientes con tumor renal. Impacto y ventajas en el uso de la reconstrucción 3D vs TAC.

Diaz Zorita, V⁽¹⁾; Vitagliano, G⁽¹⁾; Sabeh Hamdan, P⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Blas, L⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Jurado, A⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. CABA, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Italiano. CABA, Argentina.

Introducción y objetivos:

La nefrectomía parcial es el tratamiento estándar para tumores renales, priorizando la seguridad oncológica y la preservación renal. El score R.E.N.A.L. es crucial en la planificación quirúrgica, reflejando la dificultad técnica y desafío quirúrgico. Para ello se suele utilizar tomografía computada (TC) y recientemente se incorporó también el uso de modelos tridimensionales (3D) basados en TC. Debido a limitaciones y falta de estandarización de informes de dichas imágenes, el cirujano debe analizar cada caso para identificar y anticipar qué características anatómicas y tumorales deben ser consideradas en el intraoperatorio.

El objetivo de este trabajo es analizar la diversidad de interpretación del score R.E.N.A.L. en TC vs reconstrucciones 3D interobservadores y determinar si la preparación preoperatoria con el uso de modelos de reconstrucción 3D genera un impacto intra y postoperatorio significativo respecto a la planificación con TC.

Materiales y métodos:

Se incluyeron 55 pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica evaluados con tomografía computarizada y reconstrucción 3D, excluyendo aquellos con anomalías estructurales renales. Tres urólogos evaluaron las reconstrucciones 3D y TC para calcular el score R.E.N.A.L., y se compararon los resultados obtenidos entre el cálculo entre ambos tipos de imágenes y entre urólogos.

Posteriormente se analizaron variables intraoperatorias y postoperatorias para determinar la utilidad que brinda la reconstrucción 3D en la planificación quirúrgica.

Resultados:

Se observó una consistencia entre los urólogos en la interpretación del score R.E.N.A.L. en las reconstrucciones 3D, sin presentar diferencias significativas entre observadores para dicho método mientras que hubo una discordancia de 32% en cuanto a la interpretación de las TAC. Entre ambos métodos de estudios hubo una discordancia intraevaluador del 25%, subestimando el tumor por TC dando menor Score que en la reconstrucción 3D. Esto se vio reflejado en los resultados intra principalmente en cuanto a tiempo operatorio y tiempo de isquemia.

Conclusiones:

La reconstrucción 3D es una herramienta confiable para analizar el score R.E.N.A.L. en la planificación de la nefrectomía parcial ofreciendo una perspectiva adicional no siempre capturada en la tomografía convencional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-01

Propuesta de una escala anatómica para el pronóstico de la gangrena de Fournier.

Díaz Fuentes, H⁽¹⁾; Mijangos Carpentí, M⁽¹⁾; Espinosa Rubiales, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, IMSS Hospital Regional No.1. Mérida, Yucatán.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Fournier es una fascitis necrosante de etiología polimicrobiana que afecta principalmente la región perineal. Su incidencia global es de 0,4-1,4/100.000, con una tasa de mortalidad del 20-30 %.

OBJETIVO:

El objetivo es describir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con síndrome de Fournier sometidos a cirugía reconstructiva en tres etapas y su pronóstico según la afectación anatómica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El siguiente estudio descriptivo y retrospectivo se realizó en 58 pacientes sometidos a cirugía por síndrome de Fournier mediante la técnica reconstructiva en tres etapas.

Consiste en lo siguiente:

Análisis y limitación de la lesión tisular. Disección bilateral de testículos y cordón espermático.

Formación de colgajos cutáneos y neocavidad inguinal bilateral.

Reconstrucción perineoescretal con cara fascial y colgajos cutáneos.

Se identificaron variables como edad, comorbilidades, días de estancia hospitalaria y mortalidad.

Se propuso una escala anatómica según la zona afectada, la cual se correlacionó (Pearson) con escalas pronósticas; y su relación se verificó (prueba de Fisher) con los días de estancia hospitalaria.

RESULTADOS:

Se atendieron 58 pacientes con una edad promedio de 63.9 ± 8.3 años; todos los casos fueron hombres.

La comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus en el 93% (N= 54). La estancia hospitalaria promedio fue de 13.5 días (rango), cuatro pacientes requirieron derivaciones urinarias temporales durante el seguimiento y la mortalidad fue del 6.8% (N= 4).

Se clasificaron cuatro grados según la afectación anatómica inicial, siendo el escroto el sitio más frecuente (70% [N = 44]) y se correlacionaron con la puntuación media de Apache III para cada uno, obteniendo una correlación de 0,94 mediante análisis estadístico de Pearson. Se aplicó el test de Fisher en dos grandes grupos totales para comprobar su dependencia de los días de estancia hospitalaria (menor y mayor de 7 días), obteniendo una p bilateral de 0,01.

CONCLUSIONES:

Este estudio constituye una de las series de casos más extensas reportadas hasta la fecha en nuestro país. En pacientes que completan la técnica reconstructiva en tres etapas, el pronóstico es prometedor: bajas complicaciones urológicas, menor estancia hospitalaria y menor mortalidad que la reportada en otros estudios.

PROPUESTA DE UNA ESCALA ANATÓMICA

Grado I: (Ubicado subcutáneamente)	IA: Hemiescroto IB: Saco escrotal o prepucio
Grado II: (Fascia profunda)	IIA: Escroto profundo IIB: Perine sin afectación anal
Grado III (afectación inguinal)	IIIA: Unilateral IIIB: Bilateral
Grado IV (afectación abdominal y necesidad de derivación urinaria)	IVA: Región abdominal IVB: Lesión uretral IVC: Lesión perianal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-02

Fractura de pene: Serie de tres casos con evolución clínica favorable en hospital de segundo nivel.

González Arredondo, A⁽¹⁾; García Díaz, C⁽¹⁾; José Manuel, RG⁽¹⁾; Cortes Cruz, EA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Cholula. Puebla, México.

Palabras Clave: Fractura de pene – Trauma Genital – Cuerpo cavernoso

Introducción:

La fractura de pene es una urgencia urológica infrecuente, donde la incidencia es de 1 caso por cada 175,000 casos con mayor afección a pacientes jóvenes. Se relaciona con la lesión de la túnica albugínea con ruptura de cuerpo cavernoso y en algunas ocasiones la ruptura del cuerpo esponjoso y uretra. Las principales complicaciones a largo plazo son la disfunción eréctil o enfermedad de Peyrone.

Material y métodos:

Se trata de un estudio retrospectivo de serie de casos, en el Hospital General De Cholula, Puebla, México. En el periodo de Mayo 2024 a abril 2025 donde se presentaron tres casos de fractura de pene, de pacientes de la quinta década de la vida, con vida sexual activa, previamente sanos, los cuales se manejaron oportunamente de manera quirúrgica y se obtuvo éxito considerable en su calidad de vida funcional y sexual.

Conclusiones:

La fractura de pene es un padecimiento poco común en la práctica clínica sin embargo de fácil diagnóstico. En los casos presentados el manejo quirúrgico inmediato permitió preservar la función eréctil sin secuelas. La literatura refiere que la intervención en las primeras 24 horas, reduce significativamente complicaciones como la disfunción eréctil. Con el manejo realizado en este hospital de segundo nivel se puede concluir que es posible tratarlos en dicho nivel de atención, acompañado de un diagnóstico y manejo quirúrgico temprano son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir lo más posible las complicaciones y secuelas funcionales.

RESULTADOS

	CASO 1 (43 Años)	CASO 2 (46 años)	CASO 3 (47 años)
Mecanismo de Lesión	Coito	Coito	Coito
Hallazgo quirúrgico	Trauma de Cuerpo Cavernoso + Hematoma	Trauma de Cuerpo Cavernoso + Hematoma	Trauma de Cuerpo Cavernoso + Hematoma
Abordaje Qx	Saubcoronal	Saubcoronal	Saubcoronal
Complicaciones a los 3 meses	Ninguna	Ninguna	Ninguna
IIEF-5 a los 3 meses	14 pts	10 pts	13 pts
USG Doppler a los 3 meses (Flujo Arterial)	30 cm/s	28 cm/s	30 cm/s

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Herniación Ureteral Torácica: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Moreno Pinzón, L⁽¹⁾; Morales Fletcher, M⁽²⁾; Pérez-Herrera, C⁽²⁾; Cárdenas Q., C⁽¹⁾; McNeil, R⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panama, Panamá. ⁽²⁾Urología, Hospital Paitilla. Panama, Panamá.

Introducción

Las herniaciones ureterales son eventos raros, detectados de forma incidental mediante estudios de imagen. Pueden localizarse en la región inguinal, femoral, ciática, obturatriz o torácica, siendo esta última la más rara, con aproximadamente 14 casos reportados desde 1958. Su presentación clínica es variable, desde un hallazgo asintomático hasta cuadros de obstrucción urinaria con pielonefritis o urosepsis. El manejo depende del compromiso funcional y puede ser conservador, endourológico o quirúrgico.

Materiales y Métodos

Se presenta el caso de una paciente femenina de 66 años que acudió al servicio de urgencias con dolor cólico en flanco derecho. Se recopilaron datos clínicos, quirúrgicos e imagenológicos, y se documentó el abordaje diagnóstico y terapéutico. Realizamos una revisión de la literatura utilizando bases de datos biomédicas con los términos “urethral herniation”, “diaphragmatic hernia” y “thoracic ureter”.

Resultados

La paciente tenía antecedentes quirúrgicos de colecistectomía abierta en abril de 2025 y dos cesáreas previas. El ultrasonido renal reveló hidronefrosis moderada derecha y ectasia renal izquierda sin causa aparente. Por estos hallazgos y persistencia del dolor se solicitó una tomografía computarizada contrastada abdominal, que evidenció una herniación del uréter derecho hacia la cavidad torácica. Se indicó centelleo renal que reportó patrón obstructivo. No se evidenció deterioro de la función renal ni signos de infección. Se decidió ofrecer manejo conservador con seguimiento ambulatorio, dada la estabilidad clínica.

Conclusiones

La herniación ureteral torácica es una entidad extremadamente rara, cuya sospecha debe mantenerse en pacientes con hidronefrosis inexplicada. La tomografía contrastada es fundamental para su diagnóstico. El abordaje debe ser individualizado, y en ausencia de complicaciones, puede optarse por un manejo conservador. Este caso contribuye a la limitada literatura existente sobre esta condición inusual.

Palabras clave

- Hernia ureteral
- Hernia diafragmática
- Uréter torácico

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Proyección a 10 años de medidas de frecuencia de cánceres urológicos en Latinoamérica. Análisis y descripción

Inzunza Navarro, JA⁽¹⁾; Inostroza Aqueveque, CG⁽²⁾; Umaña Rodríguez, J⁽³⁾; Valenzuela Viale, R⁽³⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología, Hospital de Villarrica. Villarrica, Chile. ⁽²⁾Departamento de Salud, Municipalidad de Villarrica. Villarrica, Chile. ⁽³⁾Unidad de Urología, Hospital Dr. Hernan Henriquez A. Temuco, Chile.

Introducción:

La patología oncológica es una de las más frecuentes a nivel mundial, y los cánceres del tracto genitourinario (GU) figuran entre los más comunes. Impactan significativamente por las secuelas en los pacientes y los recursos que demandan a los sistemas de salud. Debido al aumento poblacional y la mayor esperanza de vida, es importante estimar la proyección de incidencia y mortalidad de estos cánceres para prever su impacto sanitario. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS realiza proyecciones a través del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN). El objetivo fue conocer la proyección de incidencia y mortalidad de los principales cánceres GU en Latinoamérica en los próximos 10 años (2025 a 2035) en adultos.

Material y método:

Estudio observacional, descriptivo. Datos extraídos de GLOBOCAN 2020. Se identificaron los cánceres GU: riñón/pelvis renal, vejiga, próstata, testículo y pene.

Resultados:

Incidencia total proyectada año 2025: 331.866 casos (239.224 próstata, 36.894 riñón, 37.400 vejiga, 13.061 testículo, 5.287 pene); en año 2030: 386.492 casos (280.633 próstata, 42.160 riñón, 44.026 vejiga, 13.539 testículo, 6.134 pene); en año 2035: 445.641 casos (325.561 próstata, 47.658 riñón, 51.437 vejiga, 13.891 testículo, 7.094 pene). Mortalidad estimada en año 2025: 95.477 muertes (61.079 próstata, 16.308 riñón, 14.258 vejiga, 2.104 testículo, 1.728 pene); en año 2030: 114.257 muertes (74.026 próstata, 18.975 riñón, 17.061 vejiga, 2.202 testículo, 1.993 pene); en año 2035: 136.570 muertes (89.753 próstata, 21.873 riñón, 20.368 vejiga, 2.287 testículo, 2.289 pene). La mayor incidencia en hombres corresponde al cáncer de próstata (845.418 casos) y en mujeres al cáncer renal (44.729 casos). La mayor mortalidad en hombres fue cáncer de próstata (224.858 muertes) y en mujeres cáncer renal (20.327 muertes). El país con mayor incidencia y mortalidad proyectada fue Brasil (503.672 casos / 115.209 muertes) seguido por México (156.805 casos / 51.074 muertes).

Conclusiones:

Se estima un aumento relevante en la incidencia y mortalidad de los cánceres GU en Latinoamérica durante el período estudiado. Conocer estos datos permite prever su impacto y planificar recursos sanitarios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-06

Embolización Arterial Selectiva Preoperatoria en Angiomiolipoma Renal Gigante.

Castro Bac, JF⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, IGSS. Guatemala, Guatemala.

El Angiomiolipoma, es un tumor mesenquimal benigno, compuesto por vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo ^(1,2,4). El diagnóstico puede ser por US, TAC o RMN ⁽²⁾. Su manejo debe ser individualizado, según presentación, síntomas y riesgo de hemorragia: Vigilancia Activa, Embolización Arterial Selectiva o Cirugía ⁽⁴⁾. La VA es la opción más apropiada para la mayoría de pacientes. La asociación de tamaño tumoral y el riesgo de sangrado permanece poco claro, por lo que el punto de corte de 4 cm utilizado tradicionalmente no debería ser indicación per se de tratamiento activo ^(2,4,5,10). La EAS, tiene la desventaja de recurrencias o necesidad de retratamiento 31%^(2,7) a 46%⁽⁶⁾ y complicaciones como el Síndrome Post Angioembolización que puede presentarse de 47%⁽¹⁰⁾ hasta 86% de los casos ^(6,8). La mayoría de reportes describen resultados con lesiones promedio de 8.79cm ⁽¹⁰⁾. No hay datos en lesiones de mayor tamaño.

Objetivo: Presentar un caso de Angiomiolipoma gigante (19 x 8 x 8 cm) que fue tratado con EAS preoperatoria.

Conclusión: La Embolización Arterial Selectiva preoperatoria es una opción viable en el tratamiento de AML gigante, minimizando el riesgo de hemorragia durante la cirugía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Evaluating the efficacy of continuous antibiotic prophylaxis in patients with Double-J stents

Lorenzi Daniel, B⁽¹⁾; Miranda Andrade, G⁽²⁾; Kirche Duarte, I⁽²⁾; Moraes d’Avila Minatti, A⁽¹⁾; Bianco, B⁽²⁾; Caserta Lemos, G⁽²⁾; Carneiro, A⁽²⁾

⁽¹⁾School of Medical Sciences, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil. ⁽²⁾Department of Urology, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

Introduction: Double-J (DJ) stents are widely used in urology to ensure ureteral patency and urine drainage. However, their use increases the risk of urinary tract infections (UTIs), elevating patient’s morbidity and healthcare costs. Continuous low-dose antibiotic prophylaxis during the indwelling period of DJ stents has been proposed as a preventive strategy. This study aimed to evaluate whether continuous antibiotic use throughout the use of DJ stents is more effective in reducing UTI incidence than peri-interventional prophylaxis alone. Secondary objectives included assessing the impact of these prophylactic strategies on stent-related symptoms (SRS) and on the occurrence of antibiotic-associated adverse effects.

Materials and methods: This systematic review and meta-analysis followed PRISMA guidelines and was registered in PROSPERO (CRD42024567039). A comprehensive search of PubMed, CENTRAL, Embase, and LILACS included articles published until August 12, 2024. Eligible studies were randomized controlled trials (RCTs) comparing continuous low-dose antibiotic prophylaxis during DJ stent use with peri-interventional prophylaxis alone. UTIs were defined as symptomatic infections with positive urine culture. Exclusion criteria included patients under 18, absence of peri-interventional prophylaxis, and unclear UTI definition. Two independent reviewers performed data extraction and bias assessment using Cochrane’s RoB2 tool. Statistical analysis was conducted using R and RevMan, with significance set at $p < 0.05$.

Results: Of 409 records screened, three RCTs totaling 343 patients met the inclusion criteria. Meta-analysis showed no significant difference in UTI incidence between groups (RR 0.98, 95% CI 0.47–2.05, $p=0.95$). SRS were common in both groups, with no statistical difference (RR 1.01, 95% CI 0.95–1.07, $p=0.77$). Adverse events, mainly gastrointestinal and dermatologic, were more frequent in the continuous prophylaxis group but were generally not severe. Risk of bias varied: one study had high risk, and two had some concern.

Conclusion: Continuous low-dose antibiotic prophylaxis did not significantly reduce UTI or SRS incidence in patients with DJ stents compared to peri-interventional prophylaxis. Given the absence of demonstrated benefit and potential adverse effects, its routine use is not currently supported. However, few studies were included, therefore further research is needed to confirm these findings and guide clinical practice.

Synthesis of outcome results – UTI incidence per time of diagnosis.

Outcome	No Antibiotics	Continuous Antibiotics	RR (95% CI)	p-value
UTI incidence, n (%)	12 (7.3)	14 (7.9)	0.98 (0.47 - 2.05)	0.95
Time of Diagnosis, n				
1st-2nd week	8	8		
3rd-4th week	3	3		
5th-6th week	1	3		
SRS incidence, n (%)	154 (93.33)	165 (92.70)	1.01 (0.95-1.07)	0.538

Financiamento / conflicto de intereses: No

HoLEP en la Seguridad Social de Panamá: consideraciones técnicas y resultados iniciales

Agreda Castañeda, F⁽¹⁾; Arosemena, J; Castro, J; Bodden, E

⁽¹⁾Urología, Ciudad de la Salud. Panama, Panama.

INTRODUCCIÓN: la enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) se ha convertido en el gold-standard del tratamiento endoscópico del crecimiento prostático obstructivo; no depende del volumen prostático, es seguro, garantiza la desobstrucción y ha demostrado eficacia a largo plazo. En la Ciudad de Salud hemos iniciado un programa de HoLEP en agosto de 2024.

OBJETIVO: describir aspectos técnicos de la cirugía y nuestros resultados iniciales.

MATERIALES Y MÉTODOS: se recogieron datos de todos los pacientes sometidos a HoLEP de manera prospectiva. Los datos incluyen variables demográficas, clínicas, intraoperatorias y postoperatorias. Se analizó la edad, PSA, volumen prostático, presencia de sonda vesical, incontinencia urinaria, técnica de enucleación, tiempo de cirugía (de enucleación y de morcelación), energía utilizada en la cirugía, tiempo de sonda post-cirugía, tiempo hasta el alta y complicaciones post-operatorias. Las variables continuas se resumen en mediana y las categóricas en porcentaje.

RESULTADOS: en total se incluyeron 76 pacientes. En todos los casos se realizó enucleación en bloque con disección esfinteriana primaria (sf-HoLEP). Las medias obtenidas fueron: edad 72 años; PSA de 7,1ng/dL; volumen glandular de 124,mL; el 45% de los pacientes era portadores de sonda permanente; los tiempos medios de enucleación, morcelación y total fueron de 51, 12 y 65 minutos respectivamente. Se resecoó una media de 76 gramos. El 88,7% de los pacientes fueron altados sin sonda en menos de 24 horas. Al mes de la cirugía, no tuvimos complicaciones Clavien 3a (necesidad de reintervención) o mayores, ni se ha necesitado de transfusión sanguínea. **CONCLUSIONES:** el sf-HoLEP es una técnica segura y eficaz. Nuestros resultados se corresponden con los mejores publicados a nivel internacional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-10

HoLEP en pacientes con más de un año de sonda vesical permanente. Experiencia en nuestro centro.

Agreda Castaneda, F⁽¹⁾; Arosemena, J; Montagne, V; Figueroa, E; Bodden, E

⁽¹⁾Urología, Ciudad de la Salud. Panama, Panamá.

INTRODUCCIÓN: la enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) se ha convertido en el gold-standard del tratamiento endoscópico del crecimiento prostático obstructivo; no depende del volumen prostático, es seguro, garantiza la desobstrucción y ha demostrado eficacia a largo plazo. Como consecuencia de la pandemia COVID 2019, algunos pacientes se alejaron del sistema de salud y han permanecido con sonda vesical permanente por períodos muy prolongados

OBJETIVO: describir los resultados del HoLEP en este grupo de pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS: se recogieron de manera prospectiva datos de todos los pacientes sometidos a HoLEP que en el momento de la cirugía tuvieron más de UN año de sonda permanente. Los datos incluyen variables demográficas, clínicas, intraoperatorias y postoperatorias. Se analizó la edad, PSA, volumen prostático, técnica de enucleación, tiempo de cirugía (de enucleación y de morcelación), energía utilizada en la cirugía, tiempo de sonda post-cirugía, tiempo hasta el alta, complicaciones post-operatoria al mes y grado de continencia al mes. Las variables continuas se resumen en mediana y las categóricas en porcentaje.

RESULTADOS: en total se incluyeron 13 pacientes. En todos los casos se realizó enucleación en bloque con disección esfinteriana primaria (sf-HoLEP). Las medias obtenidas fueron: edad 71 años; PSA de 8,5ng/dL; volumen glandular de 139 mL; los tiempos medios de enucleación, morcelación y total fueron de 61, 14 y 77 minutos respectivamente. Se resecó una media de 83 gramos. El 69% de los pacientes fueron altados sin sonda en menos de 24 horas. Al mes de la cirugía, no tuvimos complicaciones Clavien 3a (necesidad de reintervención), ni hemos tenido fallo miccional. Solo el 15% de los pacientes fueron continentes al mes del procedimiento.

CONCLUSIONES: HoLEP puede ser realizado con seguridad en pacientes con más de un año de sonda. Las tasas de continencia al mes son bajas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Síndrome de Kabuki, Manifestaciones Urológicas: Reporte de caso en centro hospitalario de Referencia en la Ciudad de México

Chiwo Quintana, LG⁽¹⁾; Flores Guadarrama, LM⁽¹⁾; Vargas Rangel, X⁽¹⁾; Alías Melgar, A⁽¹⁾; García Sánchez, GL⁽¹⁾; Garibo Rodríguez, A⁽²⁾

⁽¹⁾Departamento Urología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Departamento Urología, Hospital General Tacuba. Ciudad de México, México.

El síndrome de Kabuki es raro padecimiento genético que involucra alteraciones neurológicas, gastrointestinales, Otolaringológicas, Craniofaciales, Oftalmológicas, Oncológicas y Nefro-urológicas.

El síndrome de Kabuki es consecuencia de alteraciones molecular de novo o hereditarias por variantes patológicas en el gen KMT2D que es la causante principal, presente en aproximadamente el 75% de los pacientes. Sin embargo también se encuentran variante asociadas al gen KMD6A, responsable de aproximadamente el 5% de los casos. La etiología se desconoce en un aproximadamente el 20% de los casos

En nuestro caso. Se trata de un paciente masculino de 18 años, producto de la segunda gesta. que cuenta con Diagnóstico confirmado por muestra genética. La alteración presente es en el Gen KMT2D

Es un paciente cumple con el fenotipo clásico de este síndrome: talla baja, raíz nasal ancha, punta nasal rectificada, alas nasales hipoplásicas, pabellones auriculares grandes, telecanto, eversión del tercio lateral del párpado inferior, micrognatia, paladar ojival, hipogonadismo, etc. Cumpliendo con criterios establecidos por Makrythanasis et al.

En cuanto al padecimiento urológico. paciente desde temprana edad muestra infecciones urinarias de repetición a lo cual se de manejo sintomático, sin profundizar más en el tema. Paciente que es referido en Octubre 2024 a la consulta de Urología por parte del servicio de Genética médica dentro de este mismo centro hospitalario por la presencia de Infección de vías Urinarias y Examen General de Orina Patológico.

En el abordaje se Realiza UroTomografía con fase arterial, venosa y de eliminación, en la que se documenta presencia de absceso en la base del pene de aproximadamente 2x2 bien delimitada, un colección a nivel del músculo psoas izquierdo y un Absceso a nivel de Unidad renal izquierda de aproximadamente 5 x 5 cm. unidades renales de adecuada tomografía y morfología. Trayectos ureterales libres de forma bilateral y en vejiga no se documenta la presencia de imágenes hiperdensas, hipodensas, defectos de llenado. Por parte del servicio de Urología se procede a realizar derivación urinaria mediante colocación de catéter JJ pediátrico y realizar esquema de impregnación antibiótica guiada por urocultivo y asistida por el servicio de Infectología de nuestro centro hospitalario.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cistitis Xantogranulomatosa y Leucoplaquia vesical simulando un tumor vesical: reporte de caso con manejo conservador exitoso.

Bernal Montemayor, B⁽¹⁾; Soto Troya, I⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá.

Introducción

La leucoplaquia vesical y la cistitis xantogranulomatosa son patologías inflamatorias crónicas poco frecuentes, vinculadas a infecciones bacterianas recurrentes y asociadas a un estado de inmunosupresión. Estas entidades pueden imitar enfermedades infecciosas, inflamatorias e incluso malignas, tanto clínica como radiológicamente, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico. Se han documentado menos de 40 casos en la literatura médica. Debido a su baja prevalencia, no existe un consenso claro sobre el tratamiento óptimo. Las opciones terapéuticas descritas en los casos reportados incluyen desde resecciones simples o transuretrales hasta cistectomías parciales o radicales, así como antibioticoterapia.

En este reporte, se describe un caso inusual con coexistencia de ambas patologías, que fue tratado exitosamente mediante un abordaje conservador.

Material y métodos

Femenina de 62 años, con antecedentes de artritis reumatoide, hipertensión arterial y hematuria macroscópica no anemizante de seis meses de evolución, asociada a infecciones urinarias por *Escherichia coli* y ecografía con engrosamiento difuso de la vejiga e hidronefrosis izquierda. La cistoscopia reveló lesiones polipoides, friables, base eritematosa, sospechosas de neoplasia que invadían en trigono vesical, sin visualizarse meatos ureterales. Se realizó resección transuretral y se colocó stent ureteral izquierdo. El histopatológico reportó cistitis xantogranulomatosa y leucoplaquia. Se inició tratamiento con gentamicina intravesical 80 mg en 50 ml solución salina normal; una dosis día por medio durante 6 semanas (inducción), luego semanalmente por 6 semanas y mensualmente por 3 meses.

Resultados

A 8 meses de seguimiento, la cistoscopia control mostró regresión de las lesiones vesicales. Clínicamente, la paciente permanece asintomática, sin recurrencia de hematuria, infecciones urinarias y sin repercusión hidrostática.

Conclusiones

El presente caso pone de manifiesto que, en pacientes seleccionados, el manejo conservador mediante resección transuretral e instilaciones intravesicales con antibióticos constituye una alternativa efectiva a la cistectomía. Esta estrategia permite alcanzar altas concentraciones locales del fármaco, reduciendo la exposición sistémica y el riesgo de efectos adversos. Consideramos que este caso aporta evidencia útil al cuerpo de literatura existente, respaldando enfoques menos invasivos en escenarios clínicos similares.

Palabras clave:

Cistitis xantogranulomatosa; leucoplaquia vesical; hematuria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tratamiento endoscópico de la esclerosis del cuello vesical: resultados de un único centro

Fontanet Soler, S⁽¹⁾; Calderón Cortés, J⁽¹⁾; Suquilanda, E⁽¹⁾; Gaona, F⁽¹⁾; Garcia Navarro, A⁽¹⁾; Piqueras, M⁽¹⁾

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

Objetivo: describir las diferentes técnicas quirúrgicas y fuentes de energía utilizadas en nuestro centro, reportar los resultados para detectar diferencias entre ellas y observar los factores de riesgo de fracaso del tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de esclerosis del cuello vesical que requirieron tratamiento quirúrgico entre 2000 y 2024, con un seguimiento mínimo de 6 meses. La base de datos incluyó las características preoperatorias, operatorias y postoperatorias. Al final del seguimiento, los pacientes se encontraban asintomáticos, con dilatación uretral o sonda permanente. Se utilizó el programa SPSS versión 23 para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. La edad media fue de 71,1 años (DE 8,95). La cirugía urológica previa fue prostatectomía radical abierta (33,3%), resección transuretral de próstata (31,7%), vaporización prostática láser (16,7%), adenomectomía prostática abierta (6,7%), prostatectomía radical laparoscópica (6,7%) y resección transuretral de tumor vesical (5%). Se detectó estenosis uretral concomitante en el 21,3%. Se utilizó resección de cuello vesical en el 41,7% e incisiones de cuello vesical a las 12, 5 y 7 horas en el 58,3%. El instrumento fue asa monopolar (31,7%), Collins (41,7%), bisturí frío (11,7%), asa bipolar (8,3%) y láser Holmium (6,7%). Se detectaron complicaciones postoperatorias en el 18,3%. En 13 (21,7%) pacientes se realizó un segundo tratamiento endoscópico con una mediana de 13,9 meses (RIC: 4,0-18,0). Nueve de trece (69,2%) presentaron éxito. La mediana de seguimiento fue de 63 meses (RIC: 25-100). El 71,1% de los pacientes presentaban asintomáticos de BNC, el 25% presentaban dilataciones periódicas y el 3,3% presentaban catéter permanente. El único factor de riesgo para las dilataciones periódicas fue la estenosis uretral concomitante.

Conclusiones: No se detectaron diferencias en la tasa de éxito entre cirugías de próstata previas ni entre resección o incisión de la contractura del cuello vesical. En un seguimiento medio de 5 años, la tasa de éxito se mantuvo en un 71%. El 88% de los pacientes que presentaron fracaso del tratamiento se sometieron a dilataciones periódicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Integrating Quality of Life into Comprehensive Cancer Survivorship Care for Patients with Urinary Diversion Post-Radiation Therapy

Vazquez-Rodriguez, J⁽¹⁾; Morales-Lopez, R⁽¹⁾; Bernaschina-Rivera, C⁽¹⁾; Cordero-Pacheco, J⁽¹⁾

⁽¹⁾Division of Urology, University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Introduction & Objectives:

Radiation therapy is a commonly employed treatment modality for various genitourinary malignancies. While it can be effective in controlling or eradicating cancer, it is not without long-term consequences. One of the major concerns is the development of significant genitourinary toxicity, which can lead to considerable morbidity and adversely affect the quality of life for survivors. This study aims to evaluate the quality of life in patients who have undergone urinary diversion following radiation therapy-induced devastation of the lower urinary tract.

Materials & Methods:

Patients who underwent supratrigonal cystectomy with ileal conduit were identified from a single surgeon database. Patients were interviewed using a questionnaire focusing on quality of life with urostomy status. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, mean, and standard deviations were employed to characterize patients.

Results:

Average age of patients who underwent the procedure was 65 years. Four patients were female and five were male. Average time from procedure to questionnaire was 284 days. 55% of patients denied pain that interfered with daily activities. 67% of patients did not report limitations in work, daily activities, strenuous activities, and/or leisurely activities. Negative aspects of urostomy status reported by patients include embarrassment (44%), feeling physically less attractive (33%), and dependence on others for urostomy care (67%). Minimal reported complications due to urostomy include urine leakage, 33%, and mild skin irritation around urostomy, 44%. Poor sexual function reported by the majority of male patients; nonetheless, 78% of patients reported a lack of sexual desire. On a scale of 1 (very poor) to 7 (excellent), patients' average self-reported overall health and quality of life was 5.8 and 5.6, respectively. Preoperative comorbidities that may confound and affect the patient's overall postoperative health and quality of life include prior wheelchair dependence due to quadriplegia (observed in 2 patients) and pre-existing recurrent osteomyelitis of the pubic area (observed in 2 patients). All patients, except for one, indicated they would choose to undergo the procedure again.

Conclusions:

Urinary diversion is an effective alternative for improving quality of life in patients with severe post-radiation urologic complications.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Adenoma suprarrenal ectópico simulando tumor renal. A propósito de un caso en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Pérez Espinoza, JA⁽¹⁾; Cortez Betancourt, R⁽¹⁾; Vázquez Hernández, JdJ⁽¹⁾; Botello Gómez, PJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE. Ciudad de México, México.

Los tumores de la glándula suprarrenal pueden presentarse de diversas formas en función de su tamaño, naturaleza secretora, potencial maligno o no maligno y localización (uni o bilateral)¹. El riñón es un sitio raro de localización de adenoma suprarrenal ectópico. Reportamos el caso de un adenoma suprarrenal ectópico en el polo renal inferior izquierdo, en un masculino de 74 años con antecedente de Cáncer de próstata Gleason 7 (3+4) T2CN0M0 en adecuado control oncológico con radioterapia, a quien se realizó TC abdominopélvica con contraste intravenoso como parte de los estudios de extensión de seguimiento oncológico, misma que evidenció un tumor renal en polo inferior izquierdo de 30 x 37 mm, sin comprometer el seno renal. Posterior al tratamiento quirúrgico del tumor renal, tras llevar a cabo el estudio histopatológico, se confirmó el diagnóstico de tejido suprarrenal ectópico en relación con probable adenoma suprarrenal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

FEOCROMOCITOMA BILATERAL: REPORTE DE CASO

Amarillas Gastélum, C^{A(1)}; González González, CA⁽¹⁾; Sánchez Villaseñor, G⁽¹⁾; Sandoval Tamayo, JL⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, México.

Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos raros que se originan en las células cromafines de la médula suprarrenal y se caracterizan por la secreción de catecolaminas, lo que puede provocar hipertensión, palpitaciones y cefalea. Los casos bilaterales suelen asociarse a síndromes hereditarios como la Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2 (MEN 2), la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL) y la neurofibromatosis tipo 1 (NF1). En estos pacientes, las mutaciones en el protooncogén RET son una causa común, especialmente en MEN 2A y 2B, y conllevan diagnóstico a edades más tempranas y mayor riesgo de bilateralidad. El seguimiento a largo plazo es esencial por el riesgo de recurrencia y aparición de otros tumores endocrinos.

Se presenta el caso de un varón de 19 años, sin antecedentes familiares relevantes, con diagnóstico de hipertensión arterial desde 2021, en tratamiento con prazosina. Desde hace cinco años refiere palpitaciones y sudoración excesiva, acompañadas de dolor abdominal intermitente en los últimos dos años. A la exploración física no se encontraron alteraciones significativas. La bioquímica general y estudios de función renal fueron normales. Los niveles de metanefrinas en orina estuvieron marcadamente elevados (metanefrinas totales: 6893 mcg/24 h). La TAC abdominopélvica reveló masas en ambas glándulas suprarrenales, con características compatibles con feocromocitomas.

Se realizó suprarrenalectomía bilateral abierta mediante abordaje de Chevron. Se encontraron masas de bordes irregulares y consistencia pétreo, con inestabilidad hemodinámica durante la manipulación. El estudio histopatológico confirmó feocromocitoma bilateral con PASS Score de 4, debido a mitosis atípicas y necrosis.

El feocromocitoma bilateral es poco frecuente en adultos (7%) pero más común en jóvenes (37.5%), y en la mayoría de los casos se asocia a una enfermedad genética subyacente. La adrenalectomía bilateral suele ser curativa, aunque en algunos casos se considera preservar corteza suprarrenal para evitar insuficiencia. En este caso, se optó por la resección completa por riesgo de recurrencia. El paciente continúa en seguimiento por Urología y Endocrinología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cáncer de próstata y Cáncer de pulmón, un doble primario inusual, a propósito de un caso.

Veroy, E⁽¹⁾; Sanchez, M⁽¹⁾; Arias, k⁽¹⁾; Ross, R⁽¹⁾; Marcucci, M⁽¹⁾; Sanchiz, S⁽¹⁾; De Lora, D⁽¹⁾; Goad, K⁽¹⁾; Osorio, J⁽¹⁾; Barria, A⁽¹⁾; de Leon, S⁽¹⁾; De Leon, S⁽¹⁾; Guerra, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Regional Rafael Hernandez L. David, Panamá.

Introducción: La presencia de neoplasias malignas con un segundo primario es un hallazgo poco frecuente, en general solo se manifiestan en el 6%, entre los cuales no se encuentra al cáncer de próstata como uno de los más comunes, sin embargo, la incidencia global ha aumentado en la última década. El objetivo de esta presentación es documentar la presencia de estas entidades y revisar un caso clínico asociado que muestra un cáncer de próstata ISUP4 T1c N0 M0 sincrónico con cáncer de pulmón de células pequeñas. Un paciente masculino de 64 años, fumador, con diagnóstico reciente de cáncer de próstata, acude con cuadro de episodio de convulsivo, con hallazgo en tomografía cerebral simple de una lesión tumoral en lóbulo frontal, se realizan estudios de extensión torácico con hallazgos sugestivos de metástasis pulmonares, se realiza broncoscopia y biopsia que reporta cáncer de pulmón como un primario sincrónico.

Se inicia terapia de deprivación androgénica inicialmente como tratamiento del ACAP e inicia ciclos de radioterapia y quimioterapia (Carboplatino + paclitaxel, Etopósido y atezolizumab) para el manejo del cáncer de pulmón; cursando con disminución de PSA de 8 ng/ml hasta 0.24 ng/ml, en buen estado general con ECOG 1.

El presente caso, hasta donde sabemos es el único caso reportado en Panamá, con estudios de imagen e histopatología que confirman los diagnósticos.

La obtención de la información se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos y de literatura médica actualizada en torno a este tópico y se comparó con el caso clínico.

Conclusión: La presencia de cáncer sincrónicos va en ascenso y el reto diagnóstico temprano se hace cada vez más importante, la historia clínica, los antecedentes patológicos, el análisis de los estudios de imagen en relación con el comportamiento de la enfermedad ayudan a crear la duda entre la presencia de una lesión metastásica o un segundo tumor primario y así permitir un manejo temprano e individualizado.

Palabras clave: Ca de próstata, sincrónico, metástasis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Adenocarcinoma uretral: a propósito de un caso

Acosta, MJ⁽¹⁾; Vazquez, S⁽¹⁾; Guerricagoitia, A⁽¹⁾; Saldaño, J⁽¹⁾; Caradonti, M⁽¹⁾; Del Re, N⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN

Los tumores de uretra son poco frecuentes, representan menos del 1% de las neoplasias. Es más común en los hombres (3:1) con un pico de incidencia en mayores de 75 años.

El tipo más frecuente es el carcinoma transicional, seguido del carcinoma escamoso y en tercer lugar el adenocarcinoma (10-16%). Este último es más frecuente en las mujeres. Es histológicamente idéntico al del colon, por lo que siempre se debe descartar un origen extrauretral.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de adenocarcinoma uretral de tipo intestinal en una paciente femenina, con el fin de destacar la importancia del enfoque diagnóstico y la necesidad de un tratamiento quirúrgico radical en estadios localmente avanzados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente femenina de 64 años consulta por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical de 6 meses de evolución. Acude con estudio de resonancia magnética que informa formación nodular sólida que ocupa todo el trayecto uretral que mide 36x27x30 mm que desplaza en sentido posterior la vagina. Además, adjunta biopsia realizada en otro centro que informa mucosa uretral con infiltrado inflamatorio y epitelio mucinoso de tipo intestinal.

Se realiza uretrrocistofibroscopia que evidencia tejido friable a nivel uretral. Estudios de estadificación sin lesión a distancia y videocolonoscopia sin particularidades.

RESULTADOS

Se realiza resección transvaginal de masa parauretral, cuya anatomía patológica informó adenocarcinoma bien diferenciado del tipo intestinal que infiltra músculo detrusor.

Por su extensión se decide una segunda intervención quirúrgica, realizando anexohisterectomía total + cistectomía + ureterostomía bilateral. Paciente evoluciona favorablemente. Actualmente libre de enfermedad.

CONCLUSIÓN

En este caso resultó de especial relevancia la sospecha clínica e imagenológica de la patología, por encima de la anatomía patológica adjuntada por la paciente.

El adenocarcinoma de uretra es una neoplasia excepcional y de presentación clínica inespecífica, lo que con frecuencia retrasa su diagnóstico. En el momento de la detección, una proporción considerable de pacientes (45–57%) ya presentan enfermedad localmente avanzada (estadios T3/T4). Dado su comportamiento agresivo y su baja incidencia, las formas localmente avanzadas requieren intervenciones más radicales como la exenteración pélvica anterior para lograr un adecuado control oncológico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Carcinoma renal con trombo tumoral nivel III y IV: reporte de dos casos

Santomil, F⁽¹⁾; Guevara, G⁽¹⁾; Zucchi, J⁽¹⁾; Muñoz, G⁽¹⁾; Capponi, N⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar Del Plata, Argentina.

Introducción:

El carcinoma de células renales (CCR) representa el 70-80% de las neoplasias renales primarias. La invasión del sistema venoso con formación de trombo tumoral constituye una característica patognomónica del CCR, presentándose en aproximadamente 10% de los casos. La extensión trombótica hacia la vena cava inferior y estructuras cardíacas define estadios avanzados que requieren abordajes quirúrgicos complejos y estratificación pronóstica específica.

Objetivo:

Describir dos casos de cáncer renal asociado a trombo tumoral diagnosticados y tratados en nuestro Hospital.

Casos clínicos:

Caso 1: Masculino, 49 años. Masa renal derecha 128x90mm con trombo Neves IV extendiéndose hasta ventrículo derecho. IMDC riesgo intermedio. RENAL score 11. Se realiza nefrectomía radical derecha con requerimiento de circulación extracorpórea. Se realiza ecocardiogramatransesofagico de seguridad intraoperatorio. Evolución compleja con TEP, derrame pleural, hepatectomía derecha por hepatitis isquémica y múltiples drenajes. Internación prolongada (54 días).

Caso 2: Masculino, 46 años. Masa renal derecha 126x70mm con trombo Neves III hasta vena cava infra-diafragmática. IMDC riesgo intermedio. RENAL score 11. Nefrectomía radical derecha sin requerimiento de circulación extracorpórea. Complicación con TEP bilateral. Evolución favorable con internación de 9 días.

Ambos casos recibieron inmunoterapia adyuvante combinada: Nivolumab + Ipilimumab 21 días por 4 ciclos.

Discusión:

El abordaje quirúrgico de estos casos representa un desafío técnico y requiere una evaluación preoperatoria detallada. La clasificación de Neves permite una estratificación precisa del trombo, facilitando la elección del abordaje quirúrgico más adecuado. Los trombos nivel III-IV requieren técnicas reconstructivas vasculares especializadas y equipos multidisciplinarios.

Conclusión:

Estos casos evidencian la importancia de una estratificación precisa del trombo y una planificación quirúrgica individual, además de la formación de un equipo interdisciplinario para mejorar los resultados, y disminuir las complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Análisis de la tendencia de mortalidad en cáncer del sistema genitourinario en Perú 2012 a 2023

Mendoza Chuctaya, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Sociedad Peruana de Urología. Lima, Perú.

Introducción:

La mortalidad por cánceres genitourinarios, especialmente de próstata, vejiga y riñón, varía significativamente según regiones y países. En América Latina, Perú presenta una de las tasas más altas de mortalidad por cáncer de próstata, aunque recientes políticas públicas, como el “Plan Esperanza”, han logrado una reducción significativa en los últimos años, principalmente en la región costera, favorecida por mejor acceso a servicios de salud y diagnóstico temprano, por tal razón se realiza un análisis de la tendencia de mortalidad en cáncer del sistema genitourinario en Perú 2012 a 2023.

Material y métodos:

Este estudio transversal donde se utilizó datos sobre el número de muertes atribuidas a cánceres genitourinarios registradas e Perú entre los años 2012 y 2023 mediante el sistema de registro y clasificación de causas de defunción del sistema Nacional de Salud, a través de del registro CIE-10 para cada enfermedad. Posteriormente, se calcularon las tasas brutas y estandarizadas por edad, así como las tendencias de los cánceres genitourinarios.

Resultados:

Las tasas brutas y estandarizadas por edad de los cánceres genitourinarios aumentaron a partir del año 2017. El cáncer de próstata presentó un APC de 29.72, el cáncer de testículo un APC de 46.5, el cáncer de riñón un APC de 4.5, el cáncer de pene un APC de 40.8 y el cáncer de vejiga un APC de 3.45. Se adjuntan imágenes de las figuras correspondientes según el análisis realizado con Joinpoint.

Conclusión: La tasa y la tendencia estandarizadas por edad de los cánceres genitourinarios están aumentando. Por consiguiente, este estudio enfatiza la importancia de la prevención mediante programas de detección, la concientización y el uso de métodos de diagnóstico adecuados.

Palabras clave:

Mortalidad, próstata, riñón, vejiga, pene, cáncer

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Fuga de la anastomosis en la prostatectomía radical laparoscópica: ¿Que hacer previo al manejo invasivo?

Montesinos-Ramírez, S⁽¹⁾; Castrejon - Garcia, JD⁽¹⁾; Alcacio- Mendoza, JA⁽¹⁾; Rodriguez - Gonzalez Cobian, JM⁽¹⁾; Hernandez - Remess, H⁽¹⁾; Corona - Montes, VE⁽¹⁾; Rosas - Nava, JE⁽¹⁾

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

Introducción

El cáncer de próstata es el cáncer más común en hombres, con 26,575 nuevos diagnósticos y 7,358 muertes durante 2022 en México. En nuestro centro se realizan 120 prostatectomías radicales anualmente. Las complicaciones graves son raras, sin embargo confieren estancia hospitalaria prolongada, incremento significativo en morbilidad y costos en su manejo.

Presentación del caso

Masculino de 63 años, obeso, con antecedente de RTU-P diagnosticado con adenocarcinoma de próstata, riesgo intermedio (T1bN0M0, ISUP 1, PSA <20 ng/ml). Se le realizó una PRL con abordaje transperitoneal anterior. Durante la cirugía se observó que los meatos estaban cerca de la línea de anastomosis. En el postoperatorio, el paciente desarrolló uroperitoneo, íleo y LRA debido a fuga significativa a través del drenaje. En la UROTAC reveló fuga de contraste en la anastomosis vesicouretral que se extendía a la cavidad peritoneal. El séptimo día postoperatorio, se cambió la sonda transuretral por una sonda 20Fr con una fenestración proximal, 3 mm por debajo del globo de la sonda. Tras esta intervención, el paciente mostró mejoría en las primeras 24 h con reducción del gasto del drenaje, mejor tolerancia a la vía oral y mejoría en las cifras de creatinina.

Discusión

La FAVU puede ser el factor inicial para complicaciones más graves como infección urinaria, contractura del cuello vesical e incontinencia urinaria. La FAVU en los casos con abordaje transperitoneal, se asocia a uroperitoneo con íleo secundario en el 55% de los pacientes. Los factores de riesgo para esta entidad son la obesidad, cirugía prostática previa, infección urinaria, sangrado transoperatorio abundante, eversión de la mucosa y proximidad de los meatos a la anastomosis. Nuestra técnica consiste en una fenestra oval de 3mm a 1 cm del balón realizada con tijera de metzebaum, lo que resulta en un incremento de la capacidad de drenaje. El uso de esta maniobra de manera profiláctica presenta una reducción en la incidencia de FAVU del 12% al 4.6 %.

Conclusión

El manejo conservador de la FAVU con cambio de sonda transuretral con fenestra es una alternativa económica, simple y eficaz previo a realizar procedimientos invasivos.

Imagen 3. Relacion del gasto del penrose y STU.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Biopsias prostáticas trans-perineales guiadas por Micro-Ultrasonido. Experiencia inicial

Agreda Castaneda, F⁽¹⁾; Salas, K; Rodriguez Lay, R; Bodden, E

⁽¹⁾Urología, Ciudad de la Salud. Panama, Panamá.

INTRODUCCIÓN: la biopsia de próstata guiadas por Micro-Ultrasonido (MU) ha demostrado tasas de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) similares a las biopsias guiadas por imágenes de Resonancia Magnética (RM).

OBJETIVO: describir la tasa de detección de CPCS y las complicaciones en la experiencia inicial con MU en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS: se recogieron datos de todos los pacientes sometidos a biopsia prostática trans-perineal por MU de manera prospectiva. Las lesiones en MU fueron documentadas según protocolo PRIMUS. En todos los pacientes se realizó biopsia sistemática. Se analizó la edad, PSA, volumen prostático, tacto prostático transrectal, antecedente de biopsias prostáticas, antecedente de RM previa y resultado, detección de lesiones sospechosas mediante MU (PRIMUS 3 o +), realización de biopsias sistemáticas, tasa de detección de CPCS y complicaciones post-operatorias. Las variables continuas se resumen en mediana y las categóricas en porcentaje

RESULTADOS: en total se incluyeron 32 pacientes. Las medianas fueron: 68 años, PSA de 9.8 , volumen prostático de 43.8mL. De los 32 pacientes en total, se diagnosticó CPCS en 19 sujetos (59%). En 17 (89%) de los pacientes con CPCS, se identificó una lesión con el MU. En los 13 sujetos sin CPCS, el MU fue negativo en 4 de ellos (31%). De esta manera, obtuvimos sensibilidad y valor predictivo negativo de 92 y 67 respectivamente. No tuvimos episodios de infección febril, retención de orina o necesidad de ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES: con el MU se obtiene una alta tasa de diagnóstico de CPCS. Además, el MU es un procedimiento seguro, demostrando muy baja tasa de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prevalencia de incontinencia urinaria asociada a prostatectomía radical: análisis clínico-quirúrgico retrospectivo en un hospital de referencia en México

Nicanor Sánchez, SI^(1, 2); Ávila Herrera, P^(1, 2); González Domínguez, M^(1, 2); Guaní Toledo, F^(1, 2); Ocadíz Márquez, JC^(1, 2); Fajardo Yamamoto, LA^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital General Centro Medico Nacional La Raza. Ciudad de Mexico, Mexico. ⁽²⁾ANUER, ANUER. Ciudad de Mexico, México.

Introducción: El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente entre hombres adultos y una de las principales causas de morbilidad. La prostatectomía radical representa el tratamiento curativo de elección en estadios localizados; sin embargo, la incontinencia urinaria posoperatoria es una complicación frecuente que afecta la calidad de vida del paciente. Diversos factores quirúrgicos, anatómicos y funcionales pueden influir en su aparición y persistencia, existiendo amplia variabilidad reportada en su prevalencia.

Objetivo: Determinar la prevalencia y evolución de la incontinencia urinaria en pacientes sometidos a prostatectomía radical, así como su asociación con el tipo de abordaje quirúrgico (abierto vs. laparoscópico), técnica de anastomosis, volumen prostático y disfunción neuromuscular.

Metodología: Estudio de cohorte observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN La Raza (IMSS), registro R-2025-3502-073. Se incluyeron pacientes operados entre marzo de 2018 y diciembre de 2023. Se evaluó la incontinencia urinaria (definida como cualquier pérdida involuntaria de orina) con la escala ICIQ-SF a los 3, 6 y 12 meses. El análisis estadístico (SPSS v.26) incluyó Chi² y Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron 294 pacientes: 157 con abordaje abierto y 137 laparoscópico. La prevalencia global fue de 93.54% (3m), 57.82% (6m) y 19.05% (12m).

- Laparoscópico: 89.78% (3m), 49.64% (6m), 13.87% (12m).
- Abierto: 96.82% (3m), 64.97% (6m), 23.57% (12m). Incontinencia de esfuerzo:
- Laparoscópico: 89.39%, 47.73%, 10.61%.
- Abierto: 96.62%, 62.84%, 18.92%. De urgencia (ambos): 93.01%, 55.29%, 14.77%. Anastomosis:
- Puntos separados: 96.79%, 65.38%, 23.72%.
- Sutura continua: 89.78%, 49.64%, 13.87%.

Se halló diferencia significativa entre abordajes (p = 0.034; OR: 0.52; IC 95%: 0.28–0.95), indicando 48% menos riesgo con laparoscopia. La sutura continua se asoció a menor prevalencia. No hubo relación con el volumen prostático. La disfunción neuromuscular sí mostró asociación significativa (p < 0.001).

Conclusión: La incontinencia postoperatoria es frecuente y disminuye a 12 meses, con mejores resultados en abordaje laparoscópico y sutura continua. La disfunción neuromuscular debe evaluarse sistemáticamente.

Comparación por tipo de abordaje quirúrgico a los 12 meses

Abordaje	Con IU	Sin IU
Laparoscópico	19 pacientes (13.87%)	118 pacientes (86.13%)
Abierto	37 pacientes (23.57%)	120 pacientes (76.43%)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PET-CT/PSMA COMO PREDICTOR DE COMPROMISO GANGLIONAR EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Cañas, R⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Gurovich, J⁽¹⁾; Henríquez, D⁽²⁾; Vega, A⁽²⁾; Iñiguez, S⁽²⁾; Walton-Díaz, A⁽²⁾; Vilches, R⁽²⁾; Román, JC⁽²⁾

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

Introducción: La tomografía por emisión de positrones con antígeno de membrana próstata específico (PET-CT/PSMA) se ha convertido en la técnica de elección para la etapificación del cáncer de próstata (CaP) de riesgo intermedio y alto, dado su alta especificidad. Sin embargo, la linfadenectomía pélvica extendida sigue siendo el estándar de oro para la detección de compromiso linfonodal. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del PET-CT con 18F-PSMA como predictor de compromiso linfonodal en la prostatectomía radical con linfadenectomía extendida (PRR + LND), basándose en la experiencia de un centro único de referencia nacional.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente datos de pacientes diagnosticados con CaP sometidos a PRR + LND en un hospital público desde enero de 2016 hasta junio de 2024. Todos los pacientes contaban con un estudio preoperatorio utilizando PET-CT con 18F-PSMA. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica inicial o que habían recibido radioterapia y/o hormonoterapia previa.

Resultados: En el periodo estudiado, 26 pacientes fueron sometidos a PRR + LND y evaluación preoperatoria con PET-CT/PSMA. De estos, 15 (57,7%) presentaban CaP de riesgo intermedio y 11 (42,3%) de riesgo alto, según criterios de D'Amico. La edad media fue de 64,1 años (DE ±7,7) y la mediana de antígeno prostático específico (APE) fue 8,9 ng/ml (RIQ 7,5). De la cohorte, sólo 4 (15%) presentaron metástasis ganglionares en la biopsia quirúrgica. El PET-CT/PSMA mostró una sensibilidad del 25%, especificidad del 83,4%, VPP 25%, y VPN 86,4% para la detección de metástasis ganglionares. Adicionalmente, se estimó la correlación entre la localización de la lesión indicada en el PET y la localización definida en la biopsia quirúrgica, siendo esta no significativa, con un ρ de Spearman de 0,252 ($p=0,299$).

Conclusiones: El PET-CT/PSMA exhibió una sensibilidad baja y alta especificidad y VPN para la detección de compromiso linfonodal en pacientes con CaP de riesgo intermedio a alto. Alineado con estudios internacionales, el PET-CT tiene un rol en la toma de decisiones en el manejo del CaP, pero no debe usarse aisladamente como predictor de compromiso linfonodal. La linfadenectomía pélvica extendida permanece como el método diagnóstico de referencia.

Eficacia del PET-CT 18F-PSMA para evaluar compromiso linfonodal

	pN+	pN-
cN+	1	3
cN-	3	19

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Metástasis aislada a cartílago tiroides detectada con PET CT PSMA en paciente con Cáncer de Próstata Resistente a la Castración: reporte de caso.

Bernal Montemayor, B⁽¹⁾; Ureña, R⁽¹⁾; Araúz, R⁽²⁾; Rodríguez, B⁽³⁾; Gardelini, A⁽⁴⁾; Tapia, H⁽⁵⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá. ⁽²⁾Radio Oncología, Instituto Oncológico Nacional. Panamá, Panamá. ⁽³⁾Cirugía Oncológica, Instituto Oncológico Nacional. Panamá, Panamá. ⁽⁴⁾Medicina Nuclear, Instituto Oncológico Nacional. Panamá, Panamá. ⁽⁵⁾Radiología Intervencionista, Instituto Oncológico Nacional. Panamá, Panamá.

Introducción

El cáncer de próstata es una neoplasia maligna común, constituye la quinta causa de mortalidad a nivel mundial. Las metástasis en sitios inusuales, como el cartílago tiroides son raras, con el primer caso descrito en la literatura en 1954. En la actualidad, el desarrollo de técnicas de imagen, como la tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada utilizando ligando del antígeno prostático específico de membrana (PET CT PSMA), ha permitido detectar con mayor precisión metástasis en localizaciones atípicas gracias a su alta sensibilidad.

Reportamos el caso de un paciente con cáncer de próstata resistente a la castración, tratado mediante prostatectomía radical y radioterapia, que presenta una metástasis aislada a cartílago tiroides como única localización detectable con PET CT PSMA.

Material y métodos

Varón de 74 años con antecedente de adenocarcinoma de próstata, tratado en 2010 con prostatectomía radical. El histopatológico reportó Gleason 4+3, invasión de vesículas seminales, extensión extraprostatica y metástasis ganglionares. En 2011 recibió radioterapia pélvica de salvamento 3D por recaída bioquímica.

En el 2023, pese a estudios convencionales (tomografía tóraco-abdominopélvica, centelleo óseo) negativos, un PET-CT PSMA mostró captación en cartílago tiroides. Una ecografía cervical reveló nódulo sólido en lóbulo tiroideo izquierdo. La biopsia por aspiración fue positiva para células malignas. Se realizó hemitiroidectomía izquierda, con informe patológico benigno. Ante la sospecha de metástasis prostática aislada, se realizó radioterapia dirigida al cartílago tiroides.

Resultados

La metástasis prostática al cartílago tiroides es excepcional. Esta localización es inusual debido a la limitada vascularización del cartílago, lo que reduce la probabilidad de diseminación hematogena. Suele pasar inadvertida en estudios convencionales, lo que resalta la alta sensibilidad del PET-CT PSMA. El tratamiento incluyó resección parcial y radioterapia, con buen control del antígeno prostático específico y disfonía leve como efecto adverso.

Conclusión

Este caso destaca la importancia de considerar sitios inusuales de recaída en cáncer de próstata y el papel fundamental del PET-CT PSMA para guiar decisiones terapéuticas en escenarios clínicos atípicos.

Palabras clave:

PET-CT PSMA, Cartílago tiroides, Radioterapia dirigida.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Xanthogranulomatous Prostatitis Mimicking an Infiltrative Pelvic Mass

Rodríguez-Carlin, A⁽¹⁾; Mogollón, J⁽¹⁾; Campos, D⁽¹⁾; Van Cauwelaert, R⁽¹⁾; Castillo, O⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Background:

Granulomatous prostatitis (GP) is a rare benign inflammatory condition of the prostate, with a histological incidence between 0.65% and 1.5%. Clinically, it may mimic prostate cancer (PCa) due to overlapping symptoms, imaging findings, and PSA levels. The xanthogranulomatous subtype is particularly uncommon and poses a diagnostic challenge. Histological confirmation is essential, especially given the potential coexistence with PCa in up to 36% of cases.

Case Presentation:

We report the case of a 77-year-old male who received empirical treatment for a urinary tract infection several weeks earlier, with persistent urinary symptoms. An abdominal and pelvic MRI was performed as part of a gastrointestinal workup for chronic diarrhea, revealing a suspicious prostatic lesion. A subsequent multiparametric prostate MRI identified a 5×4 cm infiltrative pelvic mass involving the prostate, seminal vesicles, bladder, rectum, and pelvic musculature—highly suspicious for locally advanced malignancy. Despite a low PSA (1.5 ng/ml), a four-week course of ciprofloxacin was initiated without improvement. Digital rectal examination revealed a large, fixed mass displacing the prostate. MRI/ultrasound fusion-guided transperineal biopsy demonstrated chronic granulomatous inflammation with xanthohistiocytic features and no evidence of malignancy. Given the radiological findings, a second opinion from a pelvic tumor specialist at Harvard Medical School confirmed the diagnosis of idiopathic xanthogranulomatous prostatitis. Follow-up MRI at three months showed complete resolution of the lesion, supporting its benign inflammatory nature.

Conclusion:

This case initially mimicked a locally advanced malignancy, potentially requiring radical surgery. However, comprehensive assessment, expert pathological review, and targeted fusion-guided biopsy revealed a rare, self-limiting inflammatory condition. GP—particularly its xanthogranulomatous form—should be considered in the differential diagnosis of complex pelvic masses. Accurate diagnosis is crucial to prevent overdiagnosis and unnecessary treatment.

Keywords: xanthogranulomatous prostatitis, pelvic mass, prostate cancer mimic

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cáncer vesical intradiverticular

Flores Guadarrama, LM⁽¹⁾; Chiwo Quintana, LG⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Ciudad de México, México.

Introducción. Los tumores de vejiga intradiverticulares (IDBT) representan aproximadamente el 1% de todos los tumores vesicales. En los adultos, los divertículos vesicales casi siempre son adquiridos y se denominan "pseudodivertículos" porque carecen de capa muscular. Debido a la falta de una capa muscular, no existe una etapa T2 para IDBT; los IDBT no pueden clasificarse como cánceres de vejiga con invasión muscular.

Masculino de 55 años, sin antecedentes relevantes, a quien le realizan ultrasonido abdominal en centro de trabajo encontrando tumor vesical; se trata en su unidad regional con RTUV + mapeo vesical evidenciando tumor vesical intradiverticular con RHP de carcinoma vesical urotelial de bajo grado sin CIS, con infiltración a lamina propia sin invasión muscular. Se realiza revisión de laminillas con mismas características histológicas, sin alteraciones bioquímicas, tumor único intradiverticular, sin evidencia de CIS, de bajo grado, estudios de extensión sin dato de AT; Se estadia como carcinoma vesical urotelial T1N0M0 Bajo Grado y se realiza cistectomía parcial abierta con hallazgo de divertículo vesical con presencia de tumor de 2 x 2 cm, reporte histológico de carcinoma urotelial de tipo convencional de alto grado, en contacto con capa muscular de 2.5 cm x 2 cm y bordes libres de neoplasia. Se continúa vigilancia cistoscópica, al mes postquirúrgico sin datos de AT, se decide adyuvancia con inmunoterapia vesical a base de BCG durante 1 año.

La decisión sobre diverticulectomía, cistectomía parcial o cistectomía radical ; debería tomarse individualmente en función del número y tamaño de los tumores, la presencia de focos de carcinoma in situ concomitantes y los antecedentes previos. No hay datos sobre el beneficio clínico de la QT neoadyuvante o adyuvante, pero mediante la extrapolación de datos para los tumores de vejiga estándar, se puede suponer que tienen un beneficio clínico para una parte de los pacientes.

Los tumores vesicales intradiverticulares NO deberían clasificarse como musculo invasores. No existe evidencia para el manejo sistémico adyuvante. Los tumores <T1 pueden manejarse con RTUV ó cistectomía parcial. nuestro paciente iniciará su 1 ciclo de mantenimiento con BCG intravesical, sin datos clínicos ni radiográficos de progresión y recurrencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Lymphoepithelioma-like Carcinoma of the Distal Urethra: A Case Report and Management Strategies.

Paesano, N⁽¹⁾; Fonseca, R⁽¹⁾; Perez-Regetti, JI⁽²⁾; Ferreiro-Pareja, C⁽²⁾; Paganini, G⁽¹⁾; Berrios, M⁽¹⁾; Chechile, G⁽¹⁾
⁽¹⁾Urología, Instituto Médico Tecnológico. Barcelona, España. ⁽²⁾Urología, Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona, España.

Lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC) of the urethra is an exceptionally rare and aggressive neoplasm, with limited evidence available to inform optimal management. We present the case of a 63-year-old male diagnosed with high-grade urethral LELC, who presented with locally advanced disease. The patient underwent partial penectomy with bilateral inguinal and pelvic lymphadenectomy, followed by systemic chemotherapy and immunotherapy. This case underscores the importance of a multidisciplinary approach combining surgical resection with systemic therapy in the management of aggressive urethral malignancies. Given the paucity of literature on urethral LELC, additional case reports are critical to enhance our understanding and to develop evidence-based treatment strategies for this rare entity.

Keywords: Lymphoepithelioma like carcinoma of the urethra; rare genitourinary tumors; urethral cancer; HPV related carcinoma

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Absceso renal posterior a instilaciones intravesicales de BCG: reporte de caso

Márquez, MJ⁽¹⁾; Sosa, AM⁽¹⁾; Ringa, MD⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Aleman. buenos aires, Argentina.

Introducción:

La instilación intravesical con BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) es una terapia eficaz en tumores vesicales no músculo invasores, que ha demostrado reducir la recurrencia y progresión. Si bien la BCG posee un perfil de seguridad aceptable, pueden observarse efectos adversos infrecuentes pero graves, como la diseminación sistémica o infecciones granulomatosas por micobacterias. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de absceso renal en contexto de tratamiento intravesical con BCG cuyo diagnóstico requirió alto índice de sospecha.

Métodos:

Descripción de caso clínico considerando variables demográficas, antecedentes de enfermedad y estadificación, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Resultados:

Paciente masculino de 79 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia, consulta por hematuria macroscópica. La cistoscopia reveló una lesión sésil en cara lateral derecha que comprometía el meato ureteral derecho. Se realizó RTU, cuyo informe anatomopatológico informó carcinoma urotelial vesical no músculo invasor. En la re-RTU se colocó catéter doble J derecho por compromiso del meato, y se realizó ureteroscopia diagnóstica que descartó lesiones ureterales, permitiendo el retiro del catéter. Inició tratamiento con BCG intravesical y, tras la quinta dosis de inducción, presentó fiebre persistente y disuria. Se inició antibiótico empírico, y ante la falta de respuesta se decidió su internación. Se solicitaron urocultivos seriados que revelaron en dos de tres muestras Mycobacterium bovis. La tomografía mostró aumento del tamaño renal derecho con lesiones hipodensas corticomedulares y realce parietal pieloureteral, compatibles con absceso renal. Se realizó drenaje percutáneo. Los cultivos convencionales y para micobacterias fueron negativos, pero la anatomía patológica evidenció inflamación granulomatosa necrotizante compatible con micobacterias. El paciente evolucionó favorablemente sin requerir tratamiento antituberculoso, con seguimiento ambulatorio. A los dos meses se constató recurrencia tumoral multifocal, confirmada por RTU como carcinoma urotelial papilar de alto grado con infiltración del corion, por lo que se inició tratamiento intravesical con gemcitabina.

Conclusión:

El absceso renal es una complicación infrecuente pero potencialmente grave del tratamiento con BCG que puede presentarse con fiebre persistente incluso en ausencia de aislamiento microbiológico. El diagnóstico requiere alto índice de sospecha y permite ajustar la conducta terapéutica y evitar complicaciones mayores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Comparación de complicaciones perioperatorias en portadores de ureterostomías versus reservorio ileal en pacientes sometidos a cistectomía y cistoprostatectomía radical secundario a carcinoma urotelial musculoinvasor

Ortiz Michel, CJ⁽¹⁾; Rodriguez Valle, ED⁽¹⁾; Montiel Delgado, E⁽¹⁾; Manzanilla Garcia, HA⁽¹⁾; Tresgallo Godinez, KC⁽¹⁾; Infanzon Chacon, DS⁽²⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General de México. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Cirugía General, Hospital General de México. Ciudad de México, México.

En la literatura actual no se cuenta con ningún estudio en toda Latinoamérica ni en nuestro país que compare la evolución de estos pacientes dependiendo del tipo de derivación urinaria que tienen. Al identificar el tipo de derivación urinaria con menor riesgo de complicaciones y reingresos se traduciría en un ahorro de recursos económicos y humanos para el hospital y un mejor pronóstico para los pacientes. Existen varias técnicas de derivación, entre ellas se debe elegir según edad del paciente, estado general, extensión tumoral, función renal, las alteraciones psicológicas y la aceptación del tratamiento. Evaluar y comparar la media de complicaciones perioperatorias en portadores de ureterostomias versus reservorio ileal en pacientes sometidos a cistectomía y cistoprostatectomía radical secundario a carcinoma urotelial. Las complicaciones perioperatorias se evaluaron con la clasificación de Clavien-Dindo. Todos los pacientes sometidos a derivación tipo Bricker presentaron al menos una complicación transquirúrgica (100%), mientras que solo 5 de los 11 pacientes con ureterostomía presentaron complicaciones (45,5%). ($p = 0,015$, prueba de Mann-Whitney). El grupo de pacientes con derivación ileal tuvo tasa de transfusión del 100% vs 27% en el grupo de ureterostomías ($p = 0,015$, prueba de Mann-Whitney). En cuanto a estancia en UCI no hubo diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas el 100% de los pacientes con reservorio ileal presentaron al menos una complicación, con 4 pacientes presentando múltiples eventos Clavien Dindo >2 , comparado con 63,6% de pacientes con ureterostomía con solo dos pacientes presentando más de una complicación Clavien Dindo <2 . También se comparó el número de reingresos hospitalarios tras la cirugía entre ambos grupos. Se contó el total de reingresos no planeados de cada paciente. Aproximadamente la mitad de los pacientes Bricker (55,6%) experimentaron al menos un reingreso hospitalario durante el seguimiento, mientras que en el grupo ureterostomía esta proporción fue del 36,4%. Aunque numéricamente los pacientes con conducto ileal tuvieron más reingresos en promedio ($p = 0,40$). La derivación ileal mostró mayor riesgo de complicaciones intraoperatorias que ureterostomías, secundario a complejidad quirúrgica. En el postoperatorio ambas técnicas presentaron complicaciones frecuentes de manera comparable, al igual que tasas de reingreso similares.

Complicaciones transquirúrgicas por tipo de derivación

Tipo Derivación	# pacientes	Con > 1 complicacion	Prueba U de Mann-Whitney
Derivación ileal tipo Bricker	9	9 (100%)	$p = 0,015^*$
Derivacion por ureterostomias	11	5 (45,5%)	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LINFOMA RENAL PRIMARIO: UNA PATOLOGÍA RARA.

Díaz Fuentes, H⁽¹⁾; Sandoval Gómez, R⁽¹⁾; Cueto Vega, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, IMSS Hospital General Regional No.1. Mérida, México.

INTRODUCCIÓN:

El linfoma renal es una entidad muy rara, con mínimos reportes en la literatura.

El linfoma renal primario es infrecuente, representando menos del 1% de los linfomas extraganglionares. Por definición, el término de linfoma renal primario se aplica a los pacientes con enfermedad localizada en el riñón sin signos de patología en otro órgano.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Femenino de 48 años de edad, quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Hipertensión arterial sistémica de 1 año de diagnóstico en tratamiento. Niega alérgicos, traumáticos, transfusionales y antecedentes quirúrgicos. Niega tabaquismo.

Quien inicia su padecimiento actual en diciembre del 2023 con astenia, adinamia, pérdida de peso de más de 10 kg en 1 mes y sensación de masa palpable en flanco izquierdo acompañada de dolor intermitente en epigastrio, por lo que acude al servicio de urgencias de nuestra unidad, en donde se solicitan estudios de imagen y de laboratorio.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Hemoglobina 9.5 g/dL, Leucocitos 3400, Plaquetas 308,000, Sodio 143 mmol/L, Potasio 4.5 mmol/L, Cloro 113 mmol/L, Creatinina 0.7 mg/dL, AST 34 U/L, ALT 15U/L, Calcio 8.90 mg/dL, LDH 896 U/L, P.C.R. 23.7 mg/dL.

ESTUDIOS DE IMAGEN:

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA SIMPLE Y CONTRASTADA:

Riñón izquierdo con presencia de imagen irregular de aspecto hipodenso de 100 x 90 mm localizada a nivel de su polo superior, hipovascular con escaso realce a la administración de medio de contraste involucrando bazo y cola de páncreas. Riñón derecho sin alteraciones.

TRATAMIENTO:

Ante la sospecha de un tumor renal izquierdo T3A N1 M0 se decide realizar nefrectomía radical abierta izquierda, enviando pieza quirúrgica a estudio histopatológico con resultados inesperados.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO:

Linfoma no-Hodgkin difuso de células grandes estirpe B de alto grado, subtipo no centro-germinal con los siguientes resultados inmunohistoquímicos:

INMUNOHISTOQUÍMICA

MARCADOR	RESULTADO
CD-20	+
CD-20	+
CD-10	-
BCL2	+
BCL6	+
CD-3	-
KI-67	+

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Angiosarcoma Renal Primario, Reporte de Caso.

Gonzalez, F⁽¹⁾; Avila, P⁽¹⁾; Gonzalez, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital General Centro Medico Nacional La Raza. Ciudad de Mexico, Mexico.

El Angiosarcoma renal primario es un tipo raro y agresivo de cáncer que se origina del endotelio de los vasos sanguíneos del riñón, no cuenta con etiología directa, típicamente afecta a hombres de edad avanzada. La clínica es similar a la de otras estirpes de tumores renales. Constituyen el 2 % de todos los Angiosarcomas, representan menos del 1 % de todos los tumores renales y solo existen 113 casos reportados en la literatura a nivel mundial. La importancia de esta estirpe de tumor renal radica en su extremadamente alta mortalidad pues presenta un 58.7 % de mortalidad en el primer año posterior al diagnóstico. Además de la ausencia de tratamientos efectivos en pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RESULTADOS DE MASAS RENALES EN VIGILANCIA ACTIVA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL SUR DE CHILE. SERIE RETROSPECTIVA. FEBRERO 2018 A JUNIO 2025.

Navarrete Lara, MA⁽¹⁾; Foneron Villarroel, A; Steuer, A; Foneron Burgos, A; Ebel Sepúlveda, L; Troncoso, L; Oyanedel Farias, F; Toledo, H; Flores Torres, F; Cuevas, P⁽²⁾; Gárate, S; De la Fuente, M; Wagner, T

⁽¹⁾Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. ⁽²⁾valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer renal corresponde al tercer tumor urológico en frecuencia tan solo por detrás del cáncer de próstata y vejiga. Su diagnóstico es cada vez más precoz y el hallazgo de masas renales pequeñas (<4cm), asintomáticas es algo frecuente. En pacientes con comorbilidades importantes y/o edad avanzada es necesario evaluar el riesgo versus beneficio de un tratamiento quirúrgico, tomando en cuenta lo anterior, la vigilancia activa (VA) se presenta como una alternativa de manejo. El objetivo de este trabajo es describir nuestra serie de pacientes en protocolo VA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó 41 pacientes con masas renales con sospecha de cáncer renal en una prueba de imagen de un hospital de alta complejidad en Chile. Confección de base de datos en Microsoft Excel con pacientes ingresados al protocolo de vigilancia activa desde febrero 2018 a junio 2025.

RESULTADOS

Del total de pacientes un 51% (n=21) corresponde a hombres y 49% a mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de 80 años (rango 58- 99) y la mayoría de ellos con índice de comorbilidad elevado (Charlson 6 puntos). El tamaño tumoral promedio al ingreso fue de 27,1mm. El 90% de los pacientes se diagnosticó con masas sólidas y un 10% sólido-quísticas. El 90% (n=37) se pesquisó mediante TC y el resto a través de ecografía o RM. El 92% (n=38) de los pacientes reclutados cuenta con al menos un control posterior a la primera evaluación. Un 39% (n=16) experimentó crecimiento del tumor. Ocho pacientes fallecieron durante el seguimiento, de los cuales solo 1 falleció a causa del tumor renal. El seguimiento máximo fueron 46 meses. El seguimiento mínimo fue 1 mes. Ningún paciente fué a biopsia confirmatoria.

CONCLUSIÓN

La vigilancia activa en el cáncer renal es una alternativa en pacientes seleccionados. La confección de un protocolo de manejo es fundamental para el buen manejo de estos pacientes. Esta muestra inicial podría marcar sin duda un precedente en nuestra práctica clínica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Síndrome de Wunderlich secundario a tumores renales: Serie de casos.

Sosa, AM⁽¹⁾; Márquez, MJ⁽¹⁾; Rios Pita, H⁽¹⁾; Ringa, M⁽¹⁾; Ameri, C⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wunderlich es un cuadro causado por una hemorragia retroperitoneal espontánea. Dentro de las etiologías las más frecuente son los tumores renales con un 80% seguidos por vasculares y hematológicas, y con menor frecuencia los quistes renales. La presentación clínica, diagnóstico y tratamiento es muy variable. Nuestro objetivo es compartir una serie de casos que se presentaron en un hospital de la comunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sobre una base prospectiva de pacientes con diagnóstico de masa ocupante renal, se identificaron 6 casos entre 2005 y 2025. Se analizaron variables demográficas, forma de presentación, características imagenológicas, tratamiento, patología y resultados a largo plazo.

RESULTADOS

Las características demográficas de los pacientes y formas de presentación se observan en la tabla 1. En los casos 2, 3 y 5 se realizó tratamiento conservador inicial, y en todos los casos el tratamiento definitivo fue quirúrgico realizando cirugía conservadora de nefronas en cuatro de ellos. En el caso 1 a las 48 horas presentó fiebre que resolvió con antibioticoterapia. El caso 5 se debió reintervenir al 3er día debido a un hematoma adyacente al sitio quirúrgico. En el caso 2 la anatomía patológica informó un carcinoma papilar con sobrevida libre de recurrencia de 5 años. En el caso 6 se informó un carcinoma de células claras T3a libre de enfermedad a los 5 años. En el resto de los casos se informó angiomiolipoma. En el caso 3 se presentó un nuevo angiomiolipoma retroperitoneal a los 13 meses de la primera cirugía, por lo que fue intervenido.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Wunderlich es un cuadro poco frecuente pero potencialmente letal. No hay un algoritmo terapéutico debido a la baja incidencia del mismo. Según la condición del paciente y la forma de presentación se puede realizar tratamiento conservador expectante, embolización o nefrectomía parcial o radical.

Tabla 1

Sexo y Edad	Tratamiento Inicial	Tratamiento definitivo	Complicaciones	Anatomía Patológica
M 69	Quirúrgico	Nefrectomía Radical	II	Angiomiolipoma
M 64	Conservador	Nefrectomía Parcial	-	Carcinoma Papilar
F 50	Conservador	Nefrectomía Parcial	-	Angiomiolipoma
F 24	Quirúrgico	Nefrectomía Parcial	-	Angiomiolipoma
F 42	Conservador	Nefrectomía Parcial	IIIb	Angiomiolipoma
F 68	Quirúrgico	Nefrectomía Radical	-	Carcinoma de células claras

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Verruga de origen renal, presentación de un caso

Hernandez Grajeda, L⁽¹⁾; Sandoval, JL⁽¹⁾

⁽¹⁾CMNO Urología, IMSS. Guadalajara, Mexico.

El carcinoma de células renales es una neoplasia común del riñón, puede mostrar afectación de múltiples sitios distantes mediante diseminación hematológica. Se observa metástasis manifiesta en el momento de la presentación en 20%-30% de los pacientes. Los sitios más comunes de metástasis son el pulmón, el hígado, el riñón contralateral, los ganglios linfáticos o las glándulas suprarrenales.

Las metástasis cutáneas del carcinoma de células renales se observan muy raramente (1% - 3.3%) y generalmente ocurren como una manifestación tardía de la enfermedad.

Estas no se identifican fácilmente debido al bajo índice de sospecha de estas lesiones cutáneas, que generalmente imitan trastornos dermatológicos comunes. Se han observado con mayor frecuencia en hombres. Las metástasis cutáneas se producen principalmente en cabeza, cuello y tronco.

Los hallazgos del examen físico varían desde pequeños tumores de apariencia vascular hasta grandes lesiones ulcerosas. Son lesiones de crecimiento rápido, de forma redonda u ovalada, que pueden ser de varios colores, desde el color normal de la piel hasta un tono violáceo. La presentación puede confundirse con hemangioma, carcinoma de células basales, melanoma o granuloma piógeno.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Masculino de 58 años que debuta con verruga en región malar izquierda sangrante, sin otra sintomatología, valorado por dermatología quien por sospecha de malignidad se realiza biopsia con resultado de carcinoma de células claras de origen a determinar.

Posteriormente en tomografía se observa tumor renal derecho, que se trata con nefrectomía radical derecha, reportando carcinoma de células claras grado 4 con diferenciación sarcomatoide, pT4N0M1 EC IV, agregándose al diagnóstico metástasis a hueso. Se agrega tratamiento adyuvante con Sunitib.

CONCLUSIONES:

Se considera que las metástasis cutáneas tienen un mal pronóstico, que se asocia con metástasis viscerales sincrónicas hasta en el 90% de los casos, lo que resulta en la supervivencia específica del tumor, generalmente inferior a seis meses.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Síndrome de Wunderlich: características clínicas y manejo en una serie retrospectiva de 8 casos en un centro terciario.

Chacon Andrade, JS^(1, 2); Rivera Cabañas, JG⁽¹⁾; Medina Bucio, D⁽¹⁾; Morantes Rolon, RA⁽¹⁾; Jimenes Cisneros, E⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA". CIUDAD DE MEXICO, MEXICO.

⁽²⁾UROLOGIA, HOSPITAL MONTE SINAI. CUENCA, ECUADOR.

Introducción: El síndrome de Wunderlich (WS) se define como una hemorragia renal o perinéfrica espontánea no traumática. Su presentación clásica (tríada de Lenk) es infrecuente, observándose solo en un 20-25% de los casos. El dolor en flanco es el síntoma más común. Una de las causas más frecuentes es el angiomiolipoma renal.

Objetivo: Describir las características clínicas, etiológicas y terapéuticas del síndrome de Wunderlich en pacientes tratados en un centro terciario.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional, tipo serie de casos, que incluyó 8 pacientes diagnosticados con síndrome de Wunderlich entre 2022 y 2025.

Resultados:

Demografía: 5 mujeres y 3 hombres, mayoría entre 30 y 49 años.

Etiología: angiomiolipoma (3 casos), liposarcoma diferenciado (1), carcinoma de células claras (1).

Síntomas: dolor súbito (75%), hematuria (50%), masa palpable (50%).

Volumen del hematoma: >1000 cc en 4 pacientes.

Tratamiento: 7 pacientes requirieron cirugía; 5 con nefrectomía radical, 2 con drenaje.

Complicaciones: 2 casos de choque hipovolémico, 2 con lesión de vena cava, 3 sin complicaciones.

Conclusiones: El WS, aunque poco frecuente, puede presentarse a cualquier edad y suele asociarse a tumores renales. El diagnóstico se basa en la clínica y la imagen. El manejo es habitualmente quirúrgico, con riesgo de complicaciones relevantes, como hemorragias o daño vascular.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS DE TUMORES RENALES CROMÓFOBOS: SERIE DE CASOS RETROSPECTIVA DE 27 PACIENTES EN UN CENTRO TERCIARIO (2013–2023).

Chacon Andrade, JS^(1, 2); Morantes Rolon, RA⁽¹⁾; Medina Bucio, D⁽¹⁾; Rivera Cabañas, JG⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA". CIUDAD DE MEXICO, México.

⁽²⁾UROLOGIA, HOSPITAL MONTE SINAI. CUENCA, ECUADOR.

Introducción:

El carcinoma de células renales cromóforo (chRCC) representa cerca del 5% de los casos de carcinoma renal y se origina en las células intercaladas del túbulo colector. Es menos agresivo que el subtipo de células claras y presenta baja frecuencia de metástasis (<5%). El tratamiento principal es quirúrgico, aunque existen pocas terapias específicas.

Objetivo: Describir las características quirúrgicas y clínicas de pacientes con tumores renales cromóforos tratados en un centro terciario.

Resultados:

Pacientes: 27 casos entre 2013 y 2023. Edad promedio: 57,6 años.

Sexo: 51,85% hombres, 48,15% mujeres.

Tamaño tumoral: Promedio 8,4 cm, con varios casos menores de 5 cm.

Abordaje quirúrgico: 66,67% laparoscópico, 33,33% abierto.

Sangrado intraoperatorio: Alta variabilidad, con desviación estándar de ~459 ml.

Discusión: La mayoría de los pacientes se ubicaron en el rango de edad esperado (45–70 años). La decisión entre nefrectomía parcial y radical se basó principalmente en el tamaño tumoral. El abordaje laparoscópico fue más común, lo que refleja una preferencia creciente por técnicas mínimamente invasivas.

Conclusiones: El chRCC es un subtipo poco frecuente con buen pronóstico en general. Sin embargo, tumores mayores de 7 cm o con morfología sarcomatoide pueden asociarse a peor evolución. El tratamiento continúa extrapolándose del manejo para carcinoma de células claras debido a la escasez de guías específicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Sarcoma Mieloide con Infiltración Testicular: Presentación Atípica de una Neoplasia Hematológica

González, M⁽¹⁾; Cárdenas, C⁽¹⁾; Moreno, L⁽¹⁾; Saavedra, S⁽¹⁾; Bernal, B⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Complejo Hospitalario Doctor Arnulfo Arias Madrid. Panama, Panamá.

Introducción: El sarcoma mieloides es un tumor extramedular de células mieloides inmaduras que infiltran y afectan la arquitectura normal del tejido en el que se encuentran. Puede ocurrir en los tejidos blandos de múltiples órganos, como la cabeza, el cuello, el mediastino, el retroperitoneo, testículos y extremidades. Es una afección poco frecuente, usualmente asociada con la leucemia mieloides aguda (LMA), constituyendo menos del 1% de todos los diagnósticos de LMA. La infiltración testicular, también conocida como sarcoma mieloides testicular es extremadamente rara con una incidencia del 4 al 6.5% de los sarcomas mieloides. Dada su infrecuencia y su desafío diagnóstico reportamos este caso atípico.

Un paciente masculino de 69 años con antecedente de leucemia mieloides aguda post- trasplante de médula ósea con historia de aumento de volumen testicular derecho, asociado a eritema y dolor por lo que acude a atención de urgencia. La examinación física revela edema en hemiescrotos derecho, doloroso a la palpación. Sin masas palpables en escroto. Se realiza ultrasonido escrotal para descartar orquiepididimitis derecha, con hallazgo incidental de lesión testicular izquierda de aprox. 2cm. Se complementa con estudio tomográfico con hallazgos compatibles con neoplasia testicular, sin poder definir el tipo de tumor testicular.

Material y Métodos: Este es un reporte de caso que describe la presentación atípica de un sarcoma mieloides. Los datos clínicos y diagnósticos se obtuvieron mediante revisión detallada de la historia clínica del paciente, incluyendo resultados de laboratorios, estudios de imagen y reporte histopatológico.

Resultados: El paciente se sometió a orquiectomía radical izquierda por vía inguinal, sin complicaciones. Hallazgos histopatológicos postoperatorios confirmaron sarcoma mieloides. Se inicia tratamiento con esquema de quimioterapia FLAG y radioterapia.

Conclusiones: El sarcoma mieloides testicular representa una manifestación rara de una neoplasia hematológica. A pesar de su infrecuencia, el sarcoma mieloides debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas testiculares, particularmente en pacientes con historial de leucemia.

Palabras Claves: Tumor testicular; sarcoma mieloides; sarcoma extramedular

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Características histopatológicas de tumores testiculares en la Catedra de Urología del Hospital de Clínicas de Paraguay del 2017 al 2024

Martinez, A⁽¹⁾; Gimenez, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio y Catedra de Urologia, Hospital de Clinicas. Asuncion, Paraguay.

Introducción: Los tumores testiculares son patologías de presentación clínica y morfológica diversa, siendo la neoplasia maligna más frecuente entre los 14 y 44 años de edad, cuya incidencia va en aumento en los últimos años.

El diagnóstico de cáncer testicular se basa en 3 pilares; el examen físico con presencia de una masa en bolsa escrotal, el ultrasonido testicular y marcadores testiculares

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal. Se tomaron en cuenta todos los pacientes con diagnóstico de tumor testicular desde el año 2017 hasta el 2024, en el Servicio de Urología del Hospital de clínicas de San Lorenzo- Paraguay

Resultados: La casuística del tumor testicular en los últimos 8 años fue de 90 casos, el promedio de edad fue de 32,4 +/- 7,3 años, siendo la cohorte de mayor edad 68 años y la de menor 15 años; en cuanto a los tipos de tumores el más prevalente fue la presentación mixta de células germinales 56,41% (n=50) (variando entre Seminoma clásico, Carcinoma embrionario, Teratoma maduro, Coriocarcinoma, Tumor del Saco Vitelino), luego el Seminoma clásico puro 28,20% (n=26), Teratoma maduro e inmaduro 6,41% (n=6) , tumor quemado del testículo (Burn out tumor) 3,34% (n=3) , coriocarcinoma puro 3,34% (n=3) , tumor de Leydig 1,28% (n=1) cistoadenoma papilífero del epididimo 1,28% (n=1)

Conclusión: La importancia de la exposición de estos casos, radica en el aumento de la presentación de cáncer testicular en nuestro país coincidiendo como lo ocurrido en Latinoamérica y el mundo.

A partir del 2020 hubo un aumento exponencial de casos registrados en nuestro nosocomio, sin precisar las razones exactas del mismo y en coincidencia con el inicio de la pandemia del SARS-CoV-2

Palabras claves: Tumor, testicular , seminoma

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Pseudotumor Fibroso Paratesticular: Diagnóstico Diferencial de Masa Escrotal en Adulto Mayor

Adriana, G; Kayan, A; Marta, S; Reynaldo, R; Miguel, M; Danitzel, DL; Kevin, G; Sergio, S; Juan, O; Antony, B; Siviardo, DL; Elvis, V; Sintya, DL

INTRODUCCIÓN

Los tumores paratesticulares son neoplasias infrecuentes originadas en estructuras adyacentes al testículo como el epidídimo, el cordón espermático y la túnica vaginal. El pseudotumor fibroso paratesticular es una lesión benigna poco común que no corresponde a una neoplasia, sino a una hiperplasia fibrosa inflamatoria reactiva. Presentamos el caso de un paciente masculino de 61 años con diagnóstico histopatológico de pseudotumor fibroso paratesticular derecho tratado mediante orquiectomía radical.

REPORTE DE CASO

Paciente de 61 años que consultó por aumento progresivo de volumen inguinoescrotal derecho, asociado a hernia inguinal recurrente. Durante el acto quirúrgico se evidenció una tumoración paratesticular proximal al cordón espermático. La ecografía transoperatoria mostró flujo conservado en el testículo derecho. Se realizó orquiectomía radical derecha. Los marcadores tumorales fueron normales. El estudio histopatológico reveló tejido fibroso con expresión de vimentina, sin positividad para CD34, HMB-45 ni EMA, hallazgos compatibles con pseudotumor fibroso paratesticular derecho.

DISCUSIÓN

El pseudotumor fibroso paratesticular se observa con más frecuencia en hombres jóvenes, pero puede presentarse en un amplio rango etario. Su etiología no se comprende completamente, aunque se ha relacionado con procesos inflamatorios o traumáticos crónicos. Estudios recientes proponen su posible asociación con enfermedad relacionada con IgG4, dada la identificación de células plasmáticas IgG4 positivas en algunas lesiones. Histológicamente, se caracteriza por proliferación de colágeno en haces paralelos con infiltrado de linfocitos y células plasmáticas, lo que puede dificultar su distinción de otras lesiones inflamatorias. La ecografía escrotal es la principal herramienta diagnóstica, pudiendo mostrar nódulos sólidos bien delimitados o engrosamiento difuso de la túnica testicular con calcificaciones. La resección quirúrgica local es el tratamiento de elección. Sin embargo, su aspecto macroscópico puede simular neoplasias malignas, lo que conduce con frecuencia a la realización de orquiectomías.

CONCLUSIÓN

El pseudotumor fibroso paratesticular es una entidad benigna que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas escrotales. La confirmación histopatológica es fundamental para evitar tratamientos radicales innecesarios. El pronóstico es excelente, con baja tasa de recurrencia.

Palabras claves: masa paratesticular, pseudotumor fibroso, orquiectomía radical

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ESPECTRO DE LA TRANSFORMACIÓN SOMÁTICA MALIGNA DE LOS TUMORES DE CELULAS GERMINALES DE TESTICULO EN MÉXICO.

Díaz Fuentes, H⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología Oncológica, H.O C.M.N Siglo XXI. D.F, México.

Introducción: Los tumores de células germinales (TCG) son la neoplasia testicular más común en hombres jóvenes. Estos tumores responden muy bien a la quimioterapia; sin embargo, desarrollan resistencia a la terapia convencional cuando se desarrolla una transformación somática maligna (TSM) lo que ocurre en el 3 a 6% de los casos.

Materiales y Métodos: Revisamos el perfil histológico de todos los casos de TCG testicular/retroperitoneal con TSM, diagnosticados durante un período de 5 años en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se realizó la correlación del perfil histológico con el resultado clínico.

Resultados: Se identificaron para revisión un total de 6 casos de TCG testicular/retroperitoneal con TSM. El espectro histológico de las TSM incluyó tumor neuroectodérmico de tipo embrionario (n = 3), adenocarcinoma (n = 1), sarcoma sinovial (n = 1) y condrosarcoma (n = 1). Las TSM se observaron en un 50% (n = 3) en el retroperitoneo y 50% en el testículo (n=3).

5 casos fueron tratados con quimioterapia inicial por la actividad ganglionar retroperitoneal al momento del diagnóstico y solo 1 caso se le ofreció tumorectomía retroperitoneal de manera inicial debido a la quimio resistencia de la estirpe histológica del tumor primario (condrosarcoma).

Los 5 casos que tuvieron tratamiento con quimioterapia inicial tuvieron una recaída temprana (menos de 2 años de la presentación inicial) y fueron tratados con resección quirúrgica por masa residual. 3 de ellos ameritando una segunda línea de quimioterapia.

Los pacientes con TSM limitada al testículo y aquellos tratados con un enfoque multimodal tuvieron un resultado relativamente mejor.

Conclusión: Los TCG con TSM son un grupo de tumores muy heterogéneo con diferentes tipos histológicos y estrategias de manejo. El estricto cumplimiento de los criterios de diagnóstico histológico, diferenciando estos tumores de imitadores cercanos como los tumores de saco vitelino glandulares y sarcomatoides, el sobrecrecimiento teratomatoso y un nuevo segundo tumor somático primario son importantes debido a las implicaciones en el manejo y el pronóstico. Es necesario conocer que esta patología puede estar presente cuando tratamos un TCG.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cuerno cutáneo presentación de un caso

Hernandez Grajeda, L⁽¹⁾; Sandoval, JI⁽¹⁾

⁽¹⁾CMNO Urología, Imss. Guadalajara, Mexico.

El cuerno cutáneo en pene es una lesión relativamente poco frecuente.

Consiste en un nódulo hiperqueratósico, denso, cónico y en proyectil, asemejando al cuerno de un animal, normalmente se presenta en partes expuesta al sol, pero puede presentar también en pene, aunque poco común, existen <100 casos reportados en todo el mundo

Son frecuentes en varones a partir de los 50 años y probablemente coincidan con el grupo de edad de aparición del cáncer de pene.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Masculino de 55 años, que inicia padecimiento con cuadros de balanitis de repetición, con antecedente de fimosis, por la cual se realiza circuncisión, sin embargo, presenta aumento de volumen de macula blanquecina en glande, de características exofíticas tipo verrucosa.

Se realiza biopsia de lesión, reportando carcinoma epidermoide de pene verrucoso.

Se otorga tratamiento con glandectomía + toma de injerto libre de piel región inguinal, reportando cuerno cutáneo con carcinoma de células escamosas bien diferenciado con bordes negativos, pT1a N0M0. Se evalúa el injerto en el seguimiento a los 3 y 6 y 12 meses con adecuada epitelización, sin presentar dehiscencia ni obstrucción del meato uretral.

CONCLUSIONES:

- La asociación con malignidad en el pene requiere una adecuada identificación de la lesión, ya que puede ser benigno en 42 a 56% de los casos, premaligno en 22 a 37% o francamente maligno en 20 a 22%.

- Se debe tratar mediante escisión quirúrgica y en caso de presencia de malignidad tratamiento quirúrgico complementario con penectomía parcial con o sin disección de ganglios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-47

Melanoma primario de pene: reporte de caso

de León, S⁽¹⁾; Goad, K⁽²⁾; Arias, k⁽²⁾; Sanchez, M⁽²⁾; Marcucci, M⁽²⁾; Ross, R⁽²⁾; De Lora, D⁽²⁾; Sanchiz, S⁽²⁾; Osorio, j⁽²⁾; Barria, A⁽¹⁾; Veroy, E⁽¹⁾

⁽¹⁾MR. urología, Hospital regional Rafael Hernandez. Chiriquí, Panamá. ⁽²⁾MF. urología, Hospital regional Rafael Hernandez. Chiriquí, Panamá.

Antecedentes: El melanoma primario de pene es extremadamente raro representando el 2% de las neoplasias malignas de pene, con pocos casos reportados en la literatura. Su diagnóstico y manejo representan un reto clínico.

Objetivo: revisión de la literatura entorno de una patología no frecuente

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años sin antecedentes de importancia, el paciente presentó lesión pigmentada en el glande de rápido crecimiento sugestiva de alta sospecha de malignidad con compromiso del glande y cuerpo del pene indurada verrugiforme y palpación de adenopatías inguinales bilaterales. Se realizó penectomía total con uretrotomía perineal con linfadenectomía inguinal bilateral abierta. El reporte histopatológico confirmó melanoma primario con compromiso de uretra y márgenes libres de tumor. Se encontró diseminación ganglionar a región inguinal. Estudios de imágenes negativos por metastasis a distancia.

Conclusiones: El melanoma primario de pene, aunque infrecuente, dado que es más frecuente en áreas de la piel expuestas principalmente, debe ser considerado ante lesiones pigmentadas atípicas. El tratamiento se basa en resección quirúrgica, y debe hacerse vigilancia a largo plazo para detectar posibles recurrencias o metástasis

Palabras claves:

Cáncer de pene, lesión en pene, melanoma, glande, lesión primaria

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Incidencia y mortalidad por cáncer de pene en Latinoamérica: análisis y proyección a 20 años. Revisión PRYUS-CAU.

Inzunza Navarro, JA^(1, 2); Paesano, N^(2, 3); Martínez Domínguez, A^(2, 4); Castillo Familia, G^(2, 5); Hernández Méndez, E^(2, 6); Rojas Cohen, A^(2, 7); Alfaro Carvajal, A^(2, 8); Tobias-Machado, M^(2, 9)

⁽¹⁾Urología, Hospital de Villarrica. Villarrica, Chile. ⁽²⁾PRYUS, CAU. ⁽³⁾Urología, ROC Clinic / HM Hospitales. Madrid, España. ⁽⁴⁾Urología, Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. ⁽⁵⁾Urología, Clínica Gómez Patiño. Santo Domingo, República Dominicana. ⁽⁶⁾Urología, Hospital Angeles Pedregal. México, México. ⁽⁷⁾Urología, Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. ⁽⁸⁾Urología, Universidad de Santiago. Santiago, Chile. ⁽⁹⁾Urología, Instituto de Cáncer Arnaldo Vieira de Carvalho. San Pablo, Brasil.

Introducción:

El cáncer de pene presenta medidas de frecuencia elevadas en Latinoamérica, generando una carga importante sobre los sistemas de salud y un alto impacto biopsicosocial en los pacientes. Ante el aumento de la esperanza de vida en la región, resulta crucial estimar su proyección en términos de incidencia y mortalidad para anticipar su impacto. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS proporciona proyecciones mediante el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN). El objetivo de este estudio es analizar y proyectar la incidencia y mortalidad por cáncer de pene en el periodo 2025–2045, identificando los países más afectados.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, descriptivo, basado en datos del Observatorio GLOBOCAN 2020, que se nutre del registro Cancer Incidence in Five Continents. Se recopilaron proyecciones de incidencia y mortalidad para los años 2025, 2030, 2035, 2040 y 2045.

Resultados:

La incidencia total estimada de cáncer de pene en Latinoamérica para 2025 es de 5.287 casos, con un aumento progresivo hasta alcanzar los 9.240 casos en 2045 (incremento del 78,9%). La mortalidad estimada es de 1.728 muertes en 2025, aumentando a 2.940 muertes en 2045 (incremento del 75,6%). Los países con mayor carga proyectada durante el periodo son Brasil, con un total acumulado de 11.260 casos y 3.227 muertes (de 1.675 casos y 566 muertes en 2025 a 2.734 casos y 931 muertes en 2045); México, con 5.736 casos y 1.734 muertes (de 830 casos y 262 muertes en 2025 a 1.492 casos y 436 muertes en 2045); y Colombia, con 3.758 casos y 1.103 muertes (de 524 casos y 161 muertes en 2025 a 1.013 casos y 282 muertes en 2045).

Conclusiones:

Se proyecta un aumento significativo en la incidencia y mortalidad por cáncer de pene en Latinoamérica en las próximas dos décadas. Esta información permite anticipar su impacto sobre los sistemas de salud y refuerza la necesidad de establecer estrategias regionales de prevención, diagnóstico temprano y atención integral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Sarcoma de Kaposi Primario en Pene: Caso VIH Negativo

Guerra, A⁽¹⁾; Kayan, A; Marta, S; Reynaldo, R; Miguel, M; Danitzel, DL; Kevin, G; Sergio, S; Juan, O; Anthony, B; Siviardo, DL; Elvis, V; Sintya, DL

⁽¹⁾Urología.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi es un tumor vascular maligno originado por proliferación anormal de células endoteliales, asociado principalmente con la infección por el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8). Aunque su forma epidémica es frecuente en pacientes con VIH/SIDA, la presentación primaria en pene en individuos seronegativos es extremadamente rara. Suele manifestarse como lesiones violáceas multifocales, predominando en extremidades y mucosa oral, mientras que el compromiso peniano aislado en pacientes inmunocompetentes representa un hallazgo poco documentado.

REPORTE DE CASO

Se presenta un paciente masculino de 30 años, sin antecedentes patológicos, que consultó por lesión nodular de dos meses de evolución localizada en el frenillo, asociada a edema que dificultaba la retracción del prepucio. Al examen físico se observó un nódulo violáceo, no doloroso. La serología para VIH resultó negativa. Se realizó circuncisión y el estudio histopatológico evidenció proliferación nodular e irregular de pequeños vasos con patrón en hendidura y células fusiformes. La inmunohistoquímica mostró positividad nuclear para HHV-8 y CD34, confirmando el diagnóstico de sarcoma de Kaposi. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, con resolución completa de la lesión y sin recurrencia durante el seguimiento inicial.

DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia descrita por Moritz Kaposi en 1872. La forma clásica predomina en adultos mayores de origen mediterráneo y su variante epidémica se asocia a VIH con manifestaciones agresivas y diseminadas. La afectación primaria del pene en pacientes VIH negativos es excepcional y requiere alto grado de sospecha. El diagnóstico definitivo depende de la confirmación histológica e inmunohistoquímica, que permite diferenciarlo de otras lesiones vasculares o neoplasias malignas. La resección quirúrgica mediante circuncisión es el tratamiento de elección en casos localizados, con tasas elevadas de control local y buen pronóstico.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de incluir el sarcoma de Kaposi en el diagnóstico diferencial de lesiones penianas nodulares, aun en pacientes jóvenes seronegativos e inmunocompetentes. La confirmación histopatológica resulta indispensable y la resección quirúrgica es una alternativa eficaz que puede lograr resolución completa. El seguimiento clínico estrecho es fundamental para detectar recurrencias tempranas.

Palabras claves: tumor vascular, HHV-8, nódulo

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Estenosis de uretra bulbar tratada con uretroplastia con balón recubierto de paclitaxel: Una innovación terapéutica

Ramírez García, JM⁽¹⁾; Arellano Romero, I⁽¹⁾; Ávila Ruíz, T⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Regional ISSSTE, Puebla. Puebla, México. ⁽²⁾Facultad de medicina, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Puebla, México.

Introducción:

La estenosis de uretra estima una incidencia de 229 a 627 casos por cada 100,000 hombres, siendo la uretra anterior la más afectada (92.2%). Aunque el tratamiento clásico de esta patología incluye dilatación, uretrotomía interna, las altas recurrencias en este tipo de procedimientos mínimamente invasivos han motivado a la búsqueda de alternativas.

En este contexto el balón recubierto con paclitaxel ha surgido como una opción innovadora, combinando la dilatación mecánica con la liberación local de un agente antiproliferativo, lo que busca reducir la fibrosis cicatricial y prolongar la permeabilidad uretral.

Material y métodos:

Se realizó un video descriptivo que ilustra de manera detallada la técnica paso a paso de la uretroplastia con balón recubierto con paclitaxel como alternativa mínimamente invasiva y altamente resolutive.

Todo el procedimiento se documentó paso a paso, incluyendo consideraciones técnicas, preparación del equipo, elección del balón, control del tiempo de insuflación y recomendaciones postoperatorias.

El video enfatiza en la simplicidad de la técnica, la baja tasa de complicaciones y la posibilidad de preservar la anatomía y funcionalidad uretral sin recurrir a la cirugía abierta.

Resultados:

El procedimiento se realizó en un masculino de 89 años con diagnóstico de estenosis de uretra bulbar recurrente tratada en múltiples ocasiones de forma endoscópico, el uretrocistograma evidencio una estenosis de uretra bulbar de 2cm de longitud, la uroflujometría con un Qmax de 5.2ml/s, por ultrasonido: volumen prostático de 30cm³, volumen premiccional de 320ml y volumen postmiccional de 280ml. Debido al fracaso con tratamiento quirúrgico convencional, se realizó una uretroplastia con balón medicado con paclitaxel, Se reportó una tasa de éxito del 90% a las 24 horas postratamiento con IPSS de 2 puntos. Se realizo un seguimiento mensual por 3 meses. Obteniendo una alta tasa de éxito funcional, clínico y anatómico, según valores de Qmax, IPSS y permeabilidad uretral respectivamente.

Conclusiones:

El tratamiento de estenosis uretral con balón recubierto de paclitaxel representa una opción innovadora y prometedora en el manejo de esta patología, disminuyendo el riesgo de recurrencia, ofreciendo una alternativa mínimamente invasiva frente a opciones quirúrgicas más agresivas.

Palabras clave: Uretroplastia, estenosis uretral, balón con paclitaxel.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-02

La pesadilla de los stent uretrales

Angeloni, B⁽¹⁾; Collavini, M⁽¹⁾; Marrugat, M⁽¹⁾; Rodriguez Olivieri, M⁽¹⁾; Gregorio Beruti, M⁽¹⁾; Percovich, F⁽¹⁾; Capiel, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urologia, CEMIC. CABA, ARGENTINA.

Se presenta un video de una serie de casos a cerca la incorrecta utilizacion de stents uretrales y del peligro que estos pueden ocasionar en los pacientes, generando calcificaciones, estrecheces uretrales e inclusive infecciones de gravedad que ponen en riesgo la salud de los mismos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Primer dilatación con balón recubierto con drogas en válvula de uretra posterior

Zeballos, J⁽¹⁾; Villasante, N⁽²⁾; Pizzarello, J⁽²⁾; Filgueira, G⁽²⁾; Fiandria, D⁽³⁾; Musetti, J⁽³⁾

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

⁽³⁾Hemodinamia, Uroplastia Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Las válvulas de uretra posterior (VUP) son la causa más frecuente de obstrucción infravesical congénita en varones, generando daño progresivo en el tracto urinario inferior y superior. El tratamiento habitual incluye descompresión y resección endoscópica, pero la recurrencia uretral representa un desafío terapéutico.

Caso clínico y procedimiento: Presentamos el caso de un paciente masculino de 3 años con mega vejiga y ureterohidronefrosis bilateral secundaria a obstrucción infravesical severa por VUP, con múltiples intervenciones previas, incluida resección endoscópica y remodelación vesical. Ante la recurrencia de estenosis uretral, se decidió una alternativa mínimamente invasiva: dilatación con balón recubierto con drogas (dextrán/paclitaxel) para inhibir la fibrosis.

Bajo sedación y control fluoroscópico, se realizó uretrocistografía para caracterizar la estenosis, seguida de dilatación mecánica con cutting balloon de 4 mm, y posteriormente con balón recubierto con drogas (dextrán/paclitaxel) de 4.5 mm. La presión se mantuvo en 10 atm durante 5 minutos y en 12 atm durante 2 minutos en ambas fases. Se confirmó adecuada dilatación uretral y buen paso de contraste.

A los 6 meses, el paciente presenta buena evolución clínica, mejoría significativa en el flujo urinario máximo y disminución del residuo postmiccional, sin necesidad de catéter suprapúbico.

Conclusión:

La dilatación con balón recubierto con drogas (dextrán/paclitaxel) podría constituir una alternativa innovadora, de baja morbilidad y con potencial para preservar la función miccional en estenosis uretral recurrente en pacientes pediátricos con válvulas de uretra posterior.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Corrección de estenosis de uretra peneana en paciente con hipospadias: utilización de injerto prepucial según técnica de Asopa

Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Rendón Sanchez, JD⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Virasoro, R⁽²⁾; Dorado Valentín, D⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, España. ⁽²⁾Urology, Department Of Veterans Affairs, Colorado Spring. Colorado, Estados Unidos.

Introducción: La uretroplastia de ampliación en uno o varios tiempos es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis de uretra peneana mayor de 1 centímetro. Existen variedad de tejidos que pueden utilizarse a modo de injerto, entre los que destacan la mucosa oral, la piel retroauricular y la del prepucio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 33 años con antecedentes de VIH con carga viral indetectable. El paciente consulta por síntomas obstructivos y nicturia de larga data.

A la exploración, presenta hipospadias balanoprepucial y estenosis del meato uretral. Como pruebas complementarias, se realiza una flujometría (curva plana) y una cistouretrografía, siendo diagnosticado de estenosis peneana distal de 2 centímetros, aproximadamente.

Se realiza un primer tiempo quirúrgico con uretroplastia dorsal e injerto de mucosa oral según técnica de Bracka. Seis meses más tarde, el injerto presenta muy buen aspecto, y el paciente disfruta de una micción confortable con chorro adecuado, por lo que se programa para segundo tiempo.

El vídeo muestra esta intervención donde se realiza la uretroplastia de ampliación con injerto prepucial en posición dorsal. La piel de prepucio redundante es utilizada tanto para el injerto como para la obtención del colgajo de dartos, que se traspone a nivel uretral ventral para proteger la sutura y evitar complicaciones como fístulas.

Resultados: El paciente fue dado de alta el primer día postoperatorio sin complicaciones. A la semana, se retiró el drenaje uretral, y al mes (previa cistouretrografía que mostraba resolución de la estenosis) la cistostomía. Actualmente, presenta micción confortable, con meato eutópico.

Conclusiones: En pacientes no circuncidados con hipospadias, el prepucio nos ofrece una excelente fuente, tanto de piel para el injerto, como de dartos para interponer con la sutura a modo de protección. La uretroplastia con injerto prepucial es una técnica adecuada para la corrección de estenosis peneana, ofreciendo buenos resultados funcionales y estéticos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Balón Endovascular de Paclitaxel : Una alternativa factible y costo efectiva en estenosis de uretra

Sanhueza, J^(1, 2); Villanueva, M⁽¹⁾; Andriola, M⁽¹⁾; Benitez, A⁽¹⁾; Avila, C⁽¹⁾; Frenk, C⁽¹⁾; Olmedo, T⁽¹⁾; Diaz, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Santiago.

Introducción: La estenosis de uretra posterior representa una patología compleja dado la poca efectividad de los tratamientos endoscópicos, y la dificultad para emprender cirugías reconstructivas. En este contexto, la dilatación con balón recubierto de paclitaxel ha surgido como una alternativa prometedora para reducir la tasa de recurrencia. Si bien el balón Optilume® ha sido diseñado específicamente para esta indicación, su alto costo puede limitar su disponibilidad. En este video, presentamos una experiencia inicial utilizando un balón de paclitaxel de uso vascular para el tratamiento de una estenosis de uretra posterior.

Materiales y método: Se presenta el caso de un paciente de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, operado hace 20 años de adenomectomía prostática transvesical por crecimiento prostático benigno. Presenta cuadro de larga data de síntomas del tracto urinario inferior, asociado a episodio de retención aguda de orina, con imposibilidad de sondeo uretrovesical en servicio de urgencias, por lo que se instala cistostomía. Es evaluado en urología donde destaca cistoscopia con estenosis infranqueable en uretra membranosa. Se solicita uretrocistografía que muestra estenosis de 12 mm que compromete la uretra prostática y parte de la uretra membranosa. Se decide uretrotomía interna + dilatación con balón de paclitaxel de uso vascular. Se presenta en este video la técnica para realizar la dilatación con un balón de uso vascular.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente tras la dilatación con balón, y se va de alta al día siguiente con sonda uretrovesical, sin cistostomía. Se retira sonda uretrovesical al 5to día post operatorio, logrando diuresis espontánea. Se realiza control a las 6 semanas post dilatación, donde se evidencia que paciente mantiene diuresis espontánea sin uso de sonda.

Conclusiones: La dilatación con balón medicado con paclitaxel es una técnica eficaz en distintos escenarios de estrechez uretral. Si bien la evidencia disponible en esta técnica está basada en la experiencia de Optilume®, la utilización de un balón medicado alternativo de uso vascular, ampliamente disponible en centros hospitalarios, mostró un rendimiento comparable a los balones uretrales, lo que podría fomentar su uso en un futuro, especialmente en centros sin acceso a estos últimos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Desafíos en la Reconstrucción Perineal: Seguimiento de un Paciente con Antecedentes de Cáncer de Pene y Estenosis Recurrente de Uretrostomía Perineal.

Roldán Testillano, R⁽¹⁾; Alonso Grandes, M⁽¹⁾; Herranz Yagüe, JA⁽¹⁾; Márquez Negro, AM⁽¹⁾; Cabrera Chamba, AE⁽¹⁾; Rendón Sánchez, JD⁽¹⁾; Dorado Valentín, M⁽¹⁾; Virasoro, R⁽²⁾; Páez Borda, Á⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España. ⁽²⁾Urology, Department of Veterans Affairs. Colorado, United States.

Introducción:

El cáncer de pene es una patología infrecuente, pero con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes debido a las intervenciones quirúrgicas necesarias para su manejo. Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de penectomía total por cáncer de pene, y uretrostomía perineal, con estenosis recurrente de la misma y necesidad de múltiples cirugías como parte de su manejo reconstructivo.

Material y Métodos:

Se trata de un varón de 71 años, exfumador, diabético y dislipémico, diagnosticado en el año 2008 de carcinoma epidermoide de pene y sometido a penectomía parcial. Seis años más tarde sufre una recidiva y es sometido a una penectomía total con uretrostomía perineal y linfadenectomía inguinal bilateral modificada. Se realizó como derivación urinaria un meato perineal. A lo largo del seguimiento, el paciente presentó estenosis del meato en dos ocasiones. El vídeo muestra la corrección de esta complicación mediante ampliación de la uretrostomía con injerto de mucosa yugal según técnica de Jordan.

Discusión:

La creación de un meato perineal es una opción reconstructiva válida para pacientes sometidos a penectomía, especialmente cuando la preservación funcional y el control oncológico son prioritarios. Sin embargo, la estenosis es una complicación frecuente (20-30%), y requiere de múltiples intervenciones para garantizar un calibre uretral y una función urinaria adecuadas.

Conclusión:

En definitiva, este caso ilustra la importancia de crear un meato perineal amplio como medio de evitar estenosis meatales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Midline Submuscular Reservoir Placement for Inflatable Penile Prosthesis Through the Penoscrotal Approach

Valenzuela, R⁽¹⁾; Saverio-Rodriguez, F⁽²⁾; Torres, C⁽¹⁾

⁽¹⁾Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA. ⁽²⁾Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Introduction

The placement of a three-piece inflatable penile prosthesis (IPP) requires precise reservoir positioning to minimize complications such as hernia, erosion, or reservoir migration. This video demonstrates a midline submuscular reservoir placement technique through a penoscrotal approach, ensuring optimal function and long-term prosthesis stability.

Materials and Methods

A penoscrotal incision is made, followed by careful dissection through dartos and Buck's fascia to expose the corpora cavernosa. Stay sutures are placed on the tunica albuginea for stabilization. A corporotomy is performed bilaterally, and corporal dilation is carried out. Measurements of proximal and distal corporal lengths are taken to ensure proper cylinder sizing. The Furlow insertion tool is used to pass the distal portion of the cylinders through the glans. Once positioned, the pump is placed in the posterior scrotum for optimal accessibility.

For reservoir placement, a sub-rectus pocket is created by blunt dissection through the same penoscrotal incision, positioning the reservoir between the rectus muscles and the fascia transversalis. This technique avoids inguinal canal entry, reducing the risk of hernia or erosion. The reservoir is filled with saline, and all components are connected. A drain is placed to prevent hematoma, and the wound is closed in layers, leaving the prosthesis partially inflated.

Results

The submuscular reservoir placement provides enhanced stability, minimizes the risk of reservoir-related complications, and improves patient comfort. The penoscrotal approach allows for efficient access to all prosthesis components while reducing additional surgical trauma.

Conclusions

Midline submuscular reservoir placement is a safe and effective alternative to standard reservoir positioning. This technique reduces complications related to inguinal placement while maintaining optimal prosthesis functionality and patient satisfaction. The penoscrotal approach simplifies the procedure, allowing for streamlined implantation with reduced morbidity.

Keywords

Inflatable penile prosthesis, submuscular reservoir, penoscrotal approach

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Inflatable Penile Prosthesis Insertion & Hydrocelectomy via Penoscrotal approach

Valenzuela, R⁽¹⁾; Saverio-Rodriguez, F⁽²⁾

⁽¹⁾Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York, USA. ⁽²⁾Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Introduction

Erectile dysfunction and scrotal pathology such as hydrocele may coexist, requiring tailored surgical management. Performing a hydrocelectomy alongside inflatable penile prosthesis (IPP) implantation presents technical challenges, particularly regarding sterility and compartmental separation. This video demonstrates a streamlined and effective technique for the simultaneous placement of a three-piece IPP and right-sided hydrocelectomy through a single penoscrotal incision.

Materials and Methods

A single penoscrotal incision is used for both IPP placement and hydrocelectomy. Corporotomies are performed bilaterally, and cylinder length is determined using the Furlow introducer. The pump is placed in a left subdartos pouch, and the reservoir is positioned in a midline subrectus space. A drain is inserted and the left dartos is closed to isolate the prosthesis. The right dartos is then opened through the same incision to access the tunica vaginalis. A hydrocelectomy is performed using Jaboulay's technique, avoiding contamination of the prosthetic compartment. The wound is closed in layers with the prosthesis left partially inflated.

Results

The combined procedure was performed successfully without intraoperative complications. A single incision allowed access to all components while maintaining compartmental isolation. There was no communication between the hydrocele and prosthesis spaces, and the structural integrity of the implant was preserved throughout the case.

Conclusions

A single-incision approach to simultaneous IPP implantation and hydrocelectomy is both technically feasible and safe when appropriate compartmentalization is maintained. This technique minimizes surgical morbidity, optimizes operative efficiency, and avoids the need for staged procedures. It offers a practical solution for urologists managing dual pathology in prosthetic candidates.

Keywords

Inflatable penile prosthesis, hydrocelectomy, penoscrotal, erectile dysfunction

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Plaque Incision and Grafting for Peyronie's Disease

Valenzuela, R⁽¹⁾; Saverio-Rodriguez, F⁽²⁾; García-Arteaga, P⁽³⁾

⁽¹⁾Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA. ⁽²⁾Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. ⁽³⁾Hospital de la Policía Nacional N°2, Guayaquil, Ecuador.

Introduction

Peyronie's disease (PD) causes penile deformity, curvature, and shortening, significantly affecting sexual function and quality of life. Surgical correction using plaque incision and grafting (PIG) is a well-established technique to restore penile straightness and improve girth. This video demonstrates a step-by-step approach utilizing Evarest and Kerecis grafts for tunical reconstruction and girth enhancement.

Materials and Methods

A subcoronal circumferential incision is performed, followed by penile degloving and careful dissection of Buck's fascia. Bilateral incisions parallel to the urethra allow neurovascular bundle mobilization, minimizing the risk of nerve injury. An artificial erection is induced, confirming the maximum point of curvature. A double-Y transverse incision is made at the plaque's thickest portion, expanding laterally while preserving tunical integrity.

The Evarest patch is tailored and sutured to cover the tunical defect, ensuring smooth integration with the surrounding tissue. A Kerecis graft is placed dorsally on Buck's fascia for additional girth enhancement.

Results

This approach allows complete correction of penile curvature, restores anatomical alignment, and improves penile circumference. The use of biocompatible grafts facilitates natural tissue integration, reduces postoperative fibrosis, and enhances both structural and functional outcomes.

Conclusions

Plaque incision and grafting is an effective surgical option for correcting severe Peyronie's disease deformities. The combination of Evarest and Kerecis grafts offers enhanced tunical support and penile girth restoration, providing functional, aesthetic, and long-term durability for patients undergoing reconstructive surgery.

Keywords

Peyronie's disease, plaque incision, grafting

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Scrotal Tunica Expansion Procedure for Penile Length and Girth RestorationValenzuela, R⁽¹⁾; Saverio-Rodriguez, F⁽²⁾⁽¹⁾Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York, USA. ⁽²⁾Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.**Introduction**

Penile shortening and curvature due to Peyronie's disease and erectile dysfunction significantly impact patients' quality of life. The Scrotal Tunica Expansion Procedure (STEP) is an advanced surgical technique that restores penile length and girth while addressing penile curvature. This method, developed by Dr. Robert Valenzuela, integrates tunical expansion with inflatable penile prosthesis (IPP) implantation through a single scrotal incision, minimizing surgical trauma and optimizing functional outcomes.

Materials and Methods

A midline scrotal incision is used to access the tunica albuginea. Buck's fascia and the neurovascular bundle are mobilized to allow for controlled tunical expansion. Staggered geometric tunical incisions facilitate uniform expansion, increasing penile dimensions without grafting. A Furlow measuring tool assesses pre- and post-expansion lengths. The IPP is then inserted, and the prosthetic reservoir is placed in the midline sub-rectus space, ensuring optimal function.

Results

The technique results in an average penile length increase of 2.5–4 cm while preserving structural integrity. Simultaneous curvature correction and erectile restoration provide significant functional improvements. The single-incision approach reduces morbidity, shortens surgical time, and enhances postoperative recovery compared to traditional multi-incision techniques.

Conclusions

The Scrotal Tunica Expansion Procedure (STEP) is a safe and effective technique for penile length and girth restoration. By combining tunical expansion and IPP implantation in a single surgery, this method improves both structural and functional outcomes, reducing surgical complexity while optimizing penile aesthetics. It is particularly beneficial for patients with Peyronie's disease and erectile dysfunction, offering a minimally invasive alternative to grafting procedures.

Keywords

Penile prosthesis, tunica expansion, Peyronie's disease

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Dermolipectomía púbica con injerto de piel parcial en pene. Reconstrucción del pene enterrado secundario a liquen escleroso.

Contreras García, R⁽¹⁾; Funes Béjar, M⁽¹⁾; Vantman Luft, D⁽¹⁾; Arrus Soldi, J⁽¹⁾; López Fernández, S⁽²⁾; D Guillio, G⁽²⁾; Sánchez Curbelo, J⁽¹⁾; Dumas Castro, S⁽¹⁾; Adalid Loma, G⁽¹⁾; Ruiz-Castañé, E⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Andrología, Fundación Puigvert. barcelona, españa. ⁽²⁾Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. barcelona, españa.

INTRODUCCIÓN:

El liquen escleroso es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar la piel genital masculina y contribuir al desarrollo de un pene enterrado. El tratamiento quirúrgico incluye la resección del tejido enfermo así como la exéresis del panículo adiposo suprapúbico.

OBJETIVO: Describir el abordaje quirúrgico de un paciente con pene enterrado secundario a liquen escleroso en pene y escroto.

MÉTODO

Describimos el manejo quirúrgico de un paciente de 64 años de edad con antecedentes médicos de diabetes mellitus, hipertensión y obesidad grado III, que acude a consulta por STUI de predominio obstructivo, disminución en la rigidez de las erecciones y cambios inflamatorios crónicos en la piel del pene y el escroto de 10 años de evolución. Ha sido intervenido de postectomía y plastia prepucial con injerto libre de piel. Se decide, ante nueva recidiva y progresión del pene enterrado la realización de dermolipectomía púbica con injerto de piel parcial en pene en conjunto con el servicio de cirugía plástica.

RESULTADOS:

Se realizan dos abordajes. Uno: liberación de adherencias peneanas y otro en región púbica, lugar desde donde se toma el injerto de piel. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, realizando en primer lugar una disección cuidadosa del pene desde tejidos circundantes hasta su liberación completa seguido de una adherenciólisis roma y

cortante de la grasa púbica. La incisión suprapúbica se realiza en "W", realizándose exéresis del excedente de tejido dermograso. Se obtiene injerto de piel del faldón púbico resecaado y se realiza la cobertura de la totalidad del pene con injerto de

piel parcial. Se realiza cierre por planos, se coloca un drenaje aspirativo y un apósito sobre el injerto para mejorar su adhesión.

No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio. A los 3 meses existe una adecuada satisfacción

estética y una fijación adecuada del injerto.

CONCLUSIÓN: La dermolipectomía púbica con injerto de piel parcial en pene es un procedimiento quirúrgico procedente donde la pérdida de peso no ha sido suficiente para conseguir una mejor visualización de los genitales, permitiendo

además la resección de tejido inflamatorio crónico que acompaña habitualmente este tipo de condiciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PROSTATECTOMÍA SIMPLE ROBÓTICA.

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Banda Martinez, EA⁽¹⁾; Coronel Godoy, FX⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la prostatectomía robot asistida en el año 2000, en muchos países del mundo se ha convertido en una de los estándares de tratamiento en cáncer de próstata , menos utilizada en Hiperplasia prostática benigna (HPB), pero muy eficaz en pacientes con glándulas prostáticas de gran tamaño.

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL FILMADO

Presentamos este video con la descripción de un paciente de 80 años de edad con hipertensión arterial y uso de anticoagulantes orales por arritmia cardiaca, en el que se realiza prostatectomía simple transperitoneal con incisión longitudinal y acceso transvesical prostático.

OBJETIVO

Describir la técnica de Prostatectomía simple en paciente con gran volumen prostático , litiasis vesical múltiple, anticoagulación,estrechez uretral

CONCLUSIÓN

La técnica descrita es una alternativa eficiente en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía Radical Laparoscópica por Puerto Único: La Expresión Más Pura de la Cirugía Mínimamente Invasiva

Trujillo-Santamaría, H^(1, 2); Martínez-Liaht, DR^(1, 2); Rojas-Ramírez, DC^(1, 2); Hernández-Cruz, ME^(3, 4); Blanca, M^(1, 2)
⁽¹⁾Urología, Urología Santamaría. Veracruz, México. ⁽²⁾Urología, Hospital D´María. Veracruz, México.
⁽³⁾Anestesiología, Urología Santamaría. Veracruz, México. ⁽⁴⁾Anestesiología, Hospital D´María. Veracruz, México.

Introducción y Objetivos La prostatectomía radical laparoscópica por puerto único (PRLPU) representa un verdadero avance en la cirugía mínimamente invasiva. Presentamos un video de 7 minutos que demuestra una técnica simplificada y reproducible utilizando instrumentos laparoscópicos convencionales, destacando su viabilidad, seguridad y resultados funcionales en pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo e intermedio favorable.

Material y Métodos El procedimiento se realiza por vía transperitoneal, a través de una incisión infraumbilical transversal, utilizando un solo puerto con dos canales de 10 mm y dos de 5 mm. Se emplea una óptica de 5 mm y 30°. Instrumentos curvos de puerto único mejoran la maniobrabilidad intracorpórea. Durante la mayor parte de la disección no se utilizan clips Hem-o-lok, engrapadoras ni suturas sintéticas.

Se emplea energía híbrida (bipolar y armónica) para el control tisular, con disección en frío en el cuello vesical y la uretra para preservar la integridad oncológica y funcional. Un punto suprapúbico pasado con aguja se utiliza para retraer la sonda Foley y exponer las vesículas seminales. La anastomosis vesicouretral se realiza únicamente cuando es necesaria, típicamente cuando el cuello vesical es amplio, utilizando V-Loc™ 2-0 (15 cm).

La técnica se aplicó en pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo e intermedio favorable. Los pacientes con riesgo alto fueron tratados con una técnica estándar de 3 puertos.

Resultados Todos los pacientes fueron manejados bajo protocolos ERAS. El egreso hospitalario a las 24 horas se logró en todos los casos. No se reportaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. La sonda fue retirada el día 10 postoperatorio sin incidentes. La incontinencia transitoria duró entre 4 y 6 semanas, con una recuperación de continencia del 90–95% tras rehabilitación del piso pélvico. El control oncológico fue satisfactorio en todos los casos, con una patología final concordante con la evaluación preoperatoria.

Conclusión Este video demuestra una técnica laparoscópica por puerto único, rentable, de baja tecnología y altamente reproducible para prostatectomía radical. Preserva los resultados funcionales sin comprometer el control oncológico. Este abordaje es ideal para centros que buscan democratizar la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de próstata, sin necesidad de sistemas robóticos ni tecnologías de engrapado avanzadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

DETALLANDO LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBOT ASISTIDA: COMO LO HACEMOS.

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Coronel Godoy, FX⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la prostatectomía robot asistida en el año 2000, en muchos países del mundo se ha convertido en una de los estándares de tratamiento. Esta modalidad adaptó una mejoría en los aspectos quirúrgicos, la libertad de manipulación de los instrumentos, la visión 3D estereoscópica, la precisión en los movimientos reducidos a la escala adecuada, los sistemas de complementos como el Firefly y los filtros anti temblor permiten mejorar la destreza quirúrgica y lograr una experiencia reproducible y cómoda para el urólogo. Estas características permiten que los resultados quirúrgicos sean mejores que las técnicas convencionales

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL FILMADO

Presentamos este video con la descripción de un paciente de 49 años de edad, ISUP 1 con score D Amico bajo riesgo y score SHIM de 19, en el que se realiza Prostatectomía radical con abordaje anterior robot asistido, preservación de la fascia endopélvica en plano intrafascial, conservación de ligamentos pubo prostáticos y plexo dorsal, y reconstrucción anatómica total uretro vesical

OBJETIVO

Describir la técnica de Prostatectomía radical en un equipo entrenado con intención de reflejar máximos resultados oncológicos y funcionales.

Evaluar el impacto de la técnica usada por el equipo en la permanencia de la función sexual temprana en pacientes jóvenes sometidos a cirugía robot asistida con preservación máxima de bandeletas neurovasculares.

CONCLUSIÓN

La técnica descrita es actualmente la más utilizada, avalando que es comparable con mejores resultados funcionales reportados en varias series de pacientes.

El uso de esta técnica puede ser aprovechada para pacientes jóvenes en el mantenimiento de la función sexual temprana y sin cambios importantes en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Dovey ZS, Tewari AK. Anatomical robotic prostatectomy: technical factors to achieve superb continence and erectile function. *Transl Androl Urol* 2020;9(2):887-897. doi: 10.21037/tau.2020.01.15

Financiamiento / conflicto de intereses: No

DE LA TRADICIÓN AL PRESENTE. DERRIBANDO MITOS DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES CASI IMPOSIBLES.

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Coronel Godoy, FX⁽¹⁾; Banda Martinez, EA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El advenimiento de la tecnología robótica ha potenciado de manera superlativa la resolución mínimamente invasiva de casos complejos en la urología, en esta serie de videos, demostramos la capacidad que tiene este tipo de procedimientos en pacientes con comorbilidades y cirugías previas en los cuales generalmente la opción quirúrgica no es la primera elección.

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

Se describe abordaje de prostatectomías radicales robóticas en casos de difícil manejo de pacientes con laparotomías previas, trasplantes renales, y resolución de lóbulo medio.

OBJETIVO

Demostrar que el uso de la tecnología robótica puede fomentar la resolución de procedimientos en los que generalmente la cirugía no es la primera elección.

CONCLUSIONES

La robótica en cirugía representa un avance que no solo optimiza procedimientos, sino que también redefine las posibilidades de atención médica en beneficio de los pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Prostatectomía Radical Laparoscópica Preservadora de Retzius en el Hospital Gustavo Nelson Collado. Descripción de la Técnica.

González, A⁽¹⁾; García Escobar, JC⁽¹⁾; Cárdenas, P⁽¹⁾; Salado, Y⁽¹⁾; Anna, R⁽¹⁾; Araúz, L⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Gustavo Nelson Collado. Chitré, Herrera, Panamá.

Introducción:

La prostatectomía radical laparoscópica pura y asistida por robot se considera hoy en día la principal opción quirúrgica para el cáncer de próstata localizado. El desarrollo de la cirugía laparoscópica y robótica ha permitido un mejor conocimiento anatómico y mayor precisión en la realización de las mismas. Existen diversas técnicas que permiten la preservación de las estructuras neurovasculares periprostáticas. Bocciardi describe en 2010 el acceso a través de Douglas preservando completamente el espacio de Retzius y todas sus estructuras que guardan impacto en la continencia temprana. El objetivo es comunicar los aspectos técnicos y funcionales de la preservación de Retzius.

Materiales y Métodos:

Presentamos el video del caso de un varón de 53 años diagnosticado con Adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo. Estadio clínico cT1c. PSA: 4.37 ng/ml. RMmp: (Vol. 18cc) Hipointensidad difusa de la zona periférica, sin nódulos, que se interpreta PIRADS 2, con resultado patológico Gleason 3+3 isup:1 bilateral. Al cual se le realizó la primera prostatectomía radical con preservación del espacio Retzius por laparoscopia pura.

Resultados:

Se realiza una Prostatectomía radical laparoscópica pura con preservación de bandeletas neurovasculares en el plano intrafascial mediante abordaje con preservación de espacio de Retzius. El tiempo quirúrgico fue de 210 min. La estancia hospitalaria fue de 48 horas, con un retiro de sonda a los 10 días postoperatorios. Sin complicaciones en el posoperatorio inmediato. El resultado de la pieza evidenció un tumor cT2a Gleason 7 (3+4) / GG2 con márgenes quirúrgicos negativos. El paciente presentó adecuada continencia urinaria luego de retirar la sonda y mantiene función eréctil conservada (IIEF-5: 20, ICIQ-SF: 0 pts).

Conclusiones:

La preservación del espacio de Retzius representa una opción viable para conservar las estructuras neurovasculares en casos seleccionados, sin comprometer los resultados oncológicos. Respetar la anatomía, alcanzar una disección precisa de los planos y la adecuada exposición de las estructuras fueron claves para alcanzar este objetivo.

Palabras Clave:

Retzius Sparing, continencia urinaria, función eréctil

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Incidental pelvic schwannoma during robotic radical prostatectomy

Costa, VL⁽¹⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾; Gorgen, ARH⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction

Schwannomas are benign nerve sheath tumors originating from Schwann cells, typically arising in the head, neck, and extremities. Pelvic schwannomas are rare, accounting for a small fraction of retroperitoneal tumors, and may originate from peripheral nerves or autonomic plexuses, including the pelvic or rectal plexus. These tumors are often asymptomatic and discovered incidentally during imaging or surgical procedures. When located in the pelvis, they can mimic other soft tissue masses, posing diagnostic challenges. Reports of schwannomas identified during prostate cancer surgery are exceedingly uncommon, particularly those found posterior to Denonvilliers' fascia.

Case Summary

A 64-year-old man with no relevant medical history was diagnosed with prostate cancer in March 2025. Multiparametric MRI performed in February 2025 revealed a 40g prostate. In the peripheral zone, a suspicious lesion (1.7 × 0.8 cm) was identified in the right mid-gland, with extension to the apex, exhibiting low T2 signal, restricted diffusion, and early contrast enhancement (PIRADS 5). No signs of extracapsular extension or seminal vesicle invasion were observed. A second lesion at the right apex (2.1 × 1.2 cm), well-defined and protruding into the anterior rectal wall, was considered a PIRADS 2 prostatic cyst. Systematic and targeted biopsy confirmed prostate adenocarcinoma, Gleason score 4+4=8, in the right mid-gland to base.

The patient underwent robot-assisted radical prostatectomy. Intraoperatively, an isolated, well-encapsulated mass was visualized posterior to Denonvilliers' fascia, not contiguous with the prostate. It was carefully dissected and removed en bloc. Final pathology revealed pT3a prostate adenocarcinoma, negative margins, and absence of lymphovascular invasion. The incidental mass was confirmed to be a benign schwannoma, with typical histological features including Antoni A and B areas and positive S100 immunostaining.

Conclusion

This case highlights a rare intraoperative finding of a pelvic schwannoma during radical prostatectomy. Although benign, such tumors may pose diagnostic dilemmas due to their proximity to the prostate and rectum, and their potential to mimic locally advanced disease on imaging. Awareness of this possibility is important for urologists and pelvic surgeons to avoid misinterpretation and ensure appropriate surgical management.

Financiamento / conflicto de intereses: CAPES

Marcación de Próstatas para Biopsias por Fusión: El Ról del Urólogo frente a una necesidad

Sanhueza, J⁽¹⁾; Schaub, A⁽¹⁾; Benitez, A⁽¹⁾; Avila, C⁽¹⁾; Gurovich, J⁽¹⁾; Marchant, F⁽¹⁾; Olmedo, T⁽¹⁾; Acevedo, C⁽¹⁾

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

Introducción

En la actualidad, la biopsia prostática por fusión es la técnica de elección para guiar la toma de muestras de lesiones sospechosas. Esta técnica, requiere de una adecuada identificación y marcación para poder ser visualizadas al momento de realizar el procedimiento. Habitualmente, esto es realizado por el equipo de Radiología. Sin embargo, ocasionalmente errores se nos presentan con respecto a la marca, perdiendo el beneficio de la fusión. En este video, se presenta una modalidad de marcaje de lesiones sospechosas en plataforma WEASIS y su concordancia en ecógrafo Exact-Vu.

Método

Se presenta caso clínico de paciente de 71 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria, sin antecedentes familiares de cáncer prostático. En controles rutinarios con cardiología, se detecta PSA total alterado en 13,4 ng/mL (03/2025), confirmado en segunda toma con 17,9 ng/mL (04/2025). Al examen físico se palpa un nódulo prostático en el ápex derecho (T2a). La Resonancia multiparamétrica de próstata (RNM-MP) reveló una lesión PIRADS 4 en zona periférica posteromedial derecha del ápex y una lesión PIRADS 3 en zona periférica posteromedial del tercio medio izquierdo.

Resultados

Las imágenes fueron cargadas en la plataforma WEASIS y se realizó la marcación de ambas lesiones por el urólogo, guiado por el informe radiológico. Posteriormente, se integró esta información en el sistema ExactVu para realizar la fusión con ecografía de alta resolución. Ambas lesiones fueron correctamente visualizadas y biopsiadas. El resultado anatomopatológico confirmó adenocarcinoma prostático ISUP 4 en la lesión apical derecha (PIRADS 4).

Conclusión

La marcación de lesiones prostáticas en plataforma WEASIS es un procedimiento factible, reproducible y útil para el urólogo general, con correlato ecográfico preciso al momento de realizar el procedimiento. Requiere conocimientos básicos en interpretación de RMN MP bajo el sistema PIRADS, pero ofrece una alternativa práctica en contextos donde la marcación por radiología no está disponible o presenta limitaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA ROBOT ASISTIDA CON USO DE VERDE DE INDOCIANINA INTRAPROSTÁTICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA.

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Gracia Velandria, FA⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN AL TEMA

La linfadenectomía tiene es una excelente herramienta de estadificación, pero implica un mayor riesgo de complicaciones peri y postoperatorias, más tiempo tiempo operatorio y mayor morbilidad, pero con el uso de la cirugía robótica se ha aportado mayor seguridad en este tipo de procedimientos ya que la decisión de realizarla debe ser de forma individual por las características patológicas de cada paciente

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

En pacientes con cáncer de próstata con requerimiento de linfadenectomía extendida según nomogramas, exhibimos la técnica usada por nuestro equipo para perfeccionar la resección ganglionar, con aplicación previa de verde de indocianina intraprostática y posterior uso de sistemas complementarios del robot Da Vinci, los cuales mejoran exponencialmente los reparos anatómicos.

OBJETIVOS

Exponer la técnica de Inyección Intraprostática guiada por ecografía verde de indocianina para poder hacer uso del sistema Firefly en el desarrollo de la linfadenectomía pelviana para el cáncer de próstata de intermedio y alto riesgo. Sugerir la técnica de linfadenectomía pelviana robot asistida y la aplicación del sistema de complemento incorporado en la consola del robot denominado Firefly.

CONCLUSIONES

Pensamos que la linfadenectomía pelviana realizada con el robot Da Vinci, la aplicación intraprostática de verde de indocianina y el uso de los complementos robóticos como el sistema Firefly, permiten una disección más minuciosa y específica de las cadenas ganglionares, por lo que pueden aportar con mayor cantidad de ganglios linfáticos y disminuyendo complicaciones intraoperatorias.

BIBLIOGRAFÍA

Chennamsetty A, Zhumkhawala A, Tobis SB, Ruel N, Lau C, Yamzon J, Wilson TG, Yuh BE, Lymph Node Fluorescence during Robot-Assisted Radical Prostatectomy with Indocyanine Green - A Prospective Dosing Analysis, *Clinical Genitourinary Cancer* (2016), doi: 10.1016/j.clgc.2016.10.014.

Xu M, Li P, Wei J, Yan P, Zhang Y, Guo X, Liu C and Yang X (2024) Progress of fluorescence imaging in lymph node dissection surgery for prostate and bladder cancer. *Front. Oncol.* 14:1395284. doi: 10.3389/fonc.2024.1395284

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Heminefrectomía abierta transperitoneal para el manejo de tumor en riñón en herradura

Gonzalez, F⁽¹⁾; Avila, P⁽¹⁾; Gonzalez, M; Obeso, D

⁽¹⁾Urología, Hospital General Centro medico nacional la raza. Ciudad de Mexico, Mexico.

caso clinico

Femenina de 45 años de edad originaria del estado de Mexico, catolica y soltera

Como antecedentes personales patologicos, es Diabetica desde hace 5 años en tratamiento con merformina, niega alergias y tiene antecedente de 2 transfusiones de hemoderivados en febrero 2023, por anemia severa secundaria a hematuria.

como antecedentes quirurgicos refiere una cesarea en 2001, sin complicaciones.

Inicia su padecimiento en febrero 2023 con presencia de hematuria macroscopica formadora de coagulos amorfos en el total de la miccion condicionando cuadro de retencion guda de orina, lo que amerito colocacion de sonda transuretral con posterior resolucio, se realiza protocolo de hematuria documentando tumor en riñon en herradura.

a la exploracion fisica paciente presenta masa abdominal infurada en hemiabdomen izquierdo, no dolorosa, fija.

laboratorios con anemia grado 2 de la oms, pruebas de funcion hematica y electrolitos normales.

Tomografia abdomen contrastada

tumor de 15 cms en su diametro mayor dependiente del istmo del riñon en herradura , con multiples vasos de neofomacion con reforzamiento al paso de contraste desde 42 hasta 155 unidades haunsfield al paso de contraste. Se identifican dos hilios renales y dos ureteros con trayecto completo a vejiga.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumor Renal Derecho con Crecimiento Infrarenal de Trombo en Vena Cava Inferior.

Perez-Ayala, M; Camacho-Trejo, V

Introducción

Masculino, 54 años, sin antecedentes médicos relevantes. Exfumador (17 paquetes/año), dejó el hábito hace 15 años. Dos meses antes del ingreso presentó hematuria macroscópica total con coágulos filiformes, sin retención urinaria, además de pérdida de peso de 6 kg. Dos semanas antes de la hospitalización, desarrolló edema en la extremidad inferior izquierda acompañado de dolor leve.

EF: se encontraba en buen estado funcional (ECOG 0, Karnofsky 100%), con abdomen sin hallazgos relevantes. Se identificó edema en miembro pélvico izquierdo (++/++++) con signo de fóvea positivo.

Material y métodos

Los estudios de laboratorio revelaron anemia grado I y DHL elevada (321 mg/mL).

La resonancia magnética mostró una masa en el polo superior del riñón derecho (5.6 x 4.5 cm), isointensa en T1 e hipointensa en T2, con realce heterogéneo al contraste. La lesión se extendía a la vena renal derecha y a la vena cava inferior (VCI), alcanzando el nivel infradiafragmático, con trombosis en el segmento proximal de las venas ilíacas comunes. El ultrasonido Doppler confirmó invasión tumoral de la VCI, trombosis en la vena ilíaca común izquierda y desplazamiento medial de estructuras vasculares.

Clasificado como T3cN0M0 (Estadio III, NEVES II), se decidió manejo quirúrgico con nefrectomía radical derecha, tromboectomía y cavorrafia mediante incisión en hemichevron. El procedimiento se realizó sin complicaciones, con un sangrado total de 1600 cc. Intraoperatoriamente, se identificó un trombo tumoral que se extendía desde la vena renal hasta la confluencia de las venas ilíacas comunes, con implantes en el endotelio de la VCI.

El paciente tuvo evolución favorable y fue dado de alta al quinto día postquirúrgico. El análisis histopatológico confirmó carcinoma renal de células claras, grado 4 (OMS), con 10% de necrosis, invasión del seno, cápsula e hilio renales, así como invasión linfovascular.

Resultados

El patrón de crecimiento tumoral, con extensión cefálica y caudal, escapa a las clasificaciones convencionales. La cirugía radical fue esencial tanto para la resección como para resolver la trombosis y reestadificar el caso, con impacto positivo en la evolución del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Abordaje trans hiliar robótico para tumorectomía renal derecha

Rojas, I⁽¹⁾; Eltit, I⁽¹⁾; Domínguez, R⁽¹⁾; Hassi, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile.

Objetivo

Describir la experiencia con abordaje transhiliar asistido por robot para tumorectomía renal en un caso de tumor renal derecho con características complejas.

Introducción

La tumorectomía renal asistida por robot se considera una evolución de la nefrectomía parcial laparoscópica, ofreciendo ventajas en la exéresis y renorrafia en todo tipo de tumores renales, incluyendo endofíticos e hiliares. El abordaje transhiliar robótico facilita la localización precisa y la delimitación del tumor, permitiendo resecciones con márgenes negativos incluso en lesiones de mayor complejidad anatómica.

Material y métodos

Se presenta el caso de una paciente femenina de 65 años, a la cual se le realiza un TAC de abdomen durante el estudio de pielonefritis aguda, identificándose un tumor renal hiliar derecho de manera incidental. El TAC de tórax mostró pequeños nódulos cisurales izquierdos sin características sugestivas de metástasis. La creatinina preoperatoria fue de 0,76 mg/dL y el RENAL score fue 10xh, indicativo de mayor complejidad técnica. En comité oncológico se indicó tumorectomía renal asistida por robot. La cirugía empleó abordaje transhiliar con control vascular temprano. Posteriormente se realizó renorrafia con Vicryl 2-0.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, con tiempo de ischemia caliente de 30 minutos. El resultado anatomopatológico correspondió a tumor renal derecho, variedad células claras, tamaño 3 × 2,3 cm, grado ISUP 2, estadio pT1a, sin invasión vascular o perineural, con márgenes quirúrgicos negativos. La evolución postoperatoria fue favorable, con creatinina a 45 días de 0,86 mg/dL, sin complicaciones ni reintervenciones. La paciente fue dada de alta a las 48 horas.

Conclusiones

La tumorectomía renal asistida por robot mediante abordaje transhiliar permitió la resección segura y precisa de un tumor renal derecho complejo con márgenes negativos. Esta estrategia representa una alternativa mínimamente invasiva eficaz para el manejo conservador del parénquima en casos seleccionados con anatomía desafiante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía Parcial Laparoscópica compleja más litotomía derecha, presentación de un caso.

Amado, J⁽¹⁾; Gasparotti, JC⁽¹⁾; Santinelli, F⁽¹⁾; Mias, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Interzonal General De Agudos Evita Pueblo. Berazategui, Argentina.

Introducción:

El carcinoma de células renales representa el 3% de las neoplasias malignas en adultos, siendo más frecuente en hombres (relación 2:1) y en personas de entre 40 y 60 años. La variante más común es células claras, muchos tumores se diagnostican incidentalmente gracias a métodos de imagen como la ecografía y la tomografía computarizada.

La nefrectomía parcial es un tratamiento efectivo para tumores localizados. Esta técnica ofrece un buen control oncológico, preserva la función renal, reduce el dolor postoperatorio, acorta el tiempo de hospitalización y facilita una recuperación más rápida.

Por otro lado, la litiasis coraliforme, asociada a infecciones urinarias crónicas, genera un entorno inflamatorio que puede favorecer la aparición de carcinomas renales. Su persistencia puede provocar obstrucción urinaria, hidronefrosis y daño del parénquima renal, aumentando el riesgo de desarrollar carcinoma.

Material y Métodos:

Paciente femenina de 59 años, con antecedentes de catéter doble j bilateral por litiasis coraliforme bilateral, urostasis bilateral y cólico renal persistente.

Nefrolitotricia percutánea izquierda por lito de 32 mm y colocación de catéter doble j (13 septiembre 2024). Se evidencia de formación renal derecha de 4 cms, donde se decide realizar una nefrectomía parcial más litotomía derecha.

Resultados:

Se realizó una nefrectomía parcial teniendo como objetivo algunos criterios: ausencia de márgenes positivos, conservación de función renal y realizando una cirugía mínimamente invasiva,

Tiempo quirúrgico 160 minutos, tiempo de isquemia 32 minutos, sangrado 200 mililitros, resultado de biopsia quirúrgica: células claras con márgenes libres y tamaño 4.2 cms. Sin complicaciones y conservación de la función renal.

Conclusiones

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica quirúrgica compleja, incluso para expertos, con riesgos como sangrado, fístulas urinarias y márgenes positivos. Aunque tiene mayor tiempo operatorio y más complicaciones que la cirugía abierta, estas disminuyen con la experiencia. Su ventaja es ser mínimamente invasiva, preservando función renal, esta cirugía en manos experimentadas permite resolver casos complejos.

Los cálculos de gran tamaño son factor de riesgo para tumores renales, la técnica laparoscópica es una cirugía mínimamente invasiva que, en cirujanos experimentados, permite resolver tumores de mayor tamaño y casos más complejos preservando la función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

APLICACIÓN MÁXIMA DE TECNOLOGÍA ROBÓTICA EN TUMOR COMPLEJO RENAL.

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Banda Martinez, EA⁽¹⁾; Coronel Godoy, FX⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

Análisis descriptivo de un paciente de 32 con masa ocupante renal derecha, R.E.N.A.L score 10x en el cual se detalla el uso de los insumos tecnológicos al alcance del cirujano y sus ayudantes para el desarrollo de una cirugía conservadora de nefronas.

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL FILMADO

Video editado en el que se observa abordaje robótico del riñón derecho con uso de reconstrucción 3D que replica con precisión estructuras anatómicas complejas y mejora la planificación quirúrgica, además de evaluar la complejidad de las diferentes lesiones, uso de sonda endocavitaria de ultrasonido para la ubicación del tumor endofítico intrarenal, con aplicación del sistema Tailpro ,ubicación de tejido vascularizado con utilización de fluorescencia con verde de indocianina y sistema Firefly robótico que favorece reconocimiento vasos en forma selectiva con límites del tumor y útil también para valoración del grado de isquemia que se ha provocado con la renorrafia.

OBJETIVO

Demostrar el uso de la máxima tecnología que nos ofrece el sistema XI DAVINCI. con sus complementos (Tailpro, firefly), además de ecografía transoperatoria robótica y reconstrucción 3D en consola robótica

Demostrar el cumplimiento de la pentafecta en la nefrectomía parcial asistida por robot en casos complejos.

CONCLUSIONES

En nuestro país podemos replicar tecnología de alto nivel para realizar procedimientos complejos por profesionales entrenados en centros que dispongan de sistemas robóticos.

La nefrectomía parcial robot asistida puede avalar el cumplimiento de la pentafecta en pacientes que son sometidos a cirugía conservadora de nefronas.

BIBLIOGRAFÍA

<https://uroweb.org/guidelines/renal-cell-carcinoma/chapter/disease-management>

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Robotic-Assisted Retroperitoneal Lymphadenectomy

Calderón, J⁽¹⁾; Baccaglioni, W⁽¹⁾; Cunha, R⁽¹⁾; Costa, P⁽¹⁾; Simoes, G⁽¹⁾; Pérez, N⁽¹⁾; Teles, S⁽¹⁾; Kirche, I⁽¹⁾; Kayano, P⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

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

Materials and Methods

The purpose of this work is to illustrate the technique, safety profile, and clinical outcomes of robotic-assisted retroperitoneal lymph node dissection in a 28-year-old male with recurrent lymphadenopathy and cystic changes identified on MRI after completing chemotherapy for a non-seminomatous germ cell tumor (NSGCT) of the left testis. A 28-year-old man presented with a painless enlargement of the left testicle. Scrotal ultrasound identified a solid lesion suggestive of malignancy, and left radical orchiectomy confirmed NSGCT. Staging with abdominal MRI and chest CT found no metastatic spread. Baseline tumor markers showed: Beta-HCG within normal limits, AFP at 394 ng/mL, and LDH at 900 U/L. The patient underwent three standard chemotherapy cycles. Post-treatment, tumor markers normalized, and imaging showed no signs of residual disease. However, eight months later, follow-up MRI revealed new retroperitoneal lymphadenopathy with cystic transformation. A robotic-assisted retroperitoneal lymph node dissection was subsequently performed to excise the suspected nodes.

Results

The robotic surgery was completed without intraoperative or postoperative complications. The patient had a short hospitalization of 2 days and an uncomplicated recovery. Histopathological analysis confirmed metastatic germ cell tumor in 2 of the 33 excised lymph nodes, characterized as mature teratoma, with no evidence of extranodal extension. The robotic console time was 162 minutes, with a total operative time of 193 minutes. The patient was discharged in stable condition and scheduled for continued surveillance.

Conclusions

Robotic-assisted retroperitoneal lymph node dissection presents a safe and effective minimally invasive option for managing recurrent or residual retroperitoneal disease in patients with testicular NSGCT. The approach allows for precise dissection, reduced postoperative morbidity, and expedited recovery, supporting its use in appropriately selected cases.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Linfadenectomía pélvica e inguinal robótica por acceso único: PISA technique

Rojas, I⁽¹⁾; Domínguez, R⁽¹⁾; Loyola, M⁽¹⁾; Parada, F⁽¹⁾; Eltit, I⁽¹⁾; Hassi, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile.

Objetivo

Presentar la experiencia con la técnica PISA (Pelvic and Inguinal Single Access) en un caso de linfadenectomía inguinal y pélvica asistida por robot mediante un único acceso en un paciente con cáncer de pene localmente avanzado.

Material y métodos

Paciente masculino de 62 años con diagnóstico de carcinoma escamoso de pene T3cN1M0, previamente tratado con penectomía parcial. La resonancia magnética pélvica reveló una lesión cavernosa derecha con sospecha de compromiso ganglionar inguinal superficial izquierdo. La indicación oncológica definida en comité fue linfadenectomía inguinal y pélvica asistida por robot. Esta cirugía tradicionalmente se realiza con la técnica VEIL, la cual implica reposicionamiento de los puertos para realizar la linfadenectomía pélvica y puede aumentar la complejidad operatoria. En este caso se optó por la técnica PISA, que permite la disección inguinal y pélvica de manera secuencial, evitando cambios en la disposición de los trócares y nuevas incisiones. La cirugía se realizó asistida por robot, empleando incisiones inguinales únicas y abordaje pélvico consecutivo según la planificación oncológica y los hallazgos intraoperatorios.

Resultados

La intervención se completó sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico total fue de 160 minutos. La estancia hospitalaria fue de 7 días. Al alta hospitalaria, los drenajes inguinales derecho e izquierdo presentaban un débito inferior a 50 cc. Durante el seguimiento inicial de 90 días no se documentaron complicaciones postoperatorias, rehospitalizaciones ni reintervenciones. El informe histopatológico definitivo se encontraba pendiente al cierre del período reportado.

Conclusiones

La técnica PISA permitió efectuar la linfadenectomía inguinal y pélvica asistida por robot, sin necesidad de reposicionar puertos ni aumentar la invasividad. En este caso, se evidenció su viabilidad técnica y seguridad, con adecuada evolución postoperatoria y ausencia de complicaciones mayores en el seguimiento precoz. Esta estrategia quirúrgica mínimamente invasiva representa una alternativa al abordaje convencional, ofreciendo la posibilidad de optimizar tiempos quirúrgicos, reducir trauma tisular y mejorar los resultados perioperatorios en pacientes seleccionados con cáncer de pene localmente avanzado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Neovejiga tipo Hautmann con engrapadora

Hernandez Grajeda, L⁽¹⁾; Sandoval, JI⁽¹⁾

⁽¹⁾CMNO Urologia, Imss. Guadalajara, Mexico.

La sustitución ortotópica de la vejiga en la uretra nativa se usa comúnmente tanto en hombres como en mujeres, informándose la seguridad y fiabilidad a largo plazo del procedimiento

El íleon terminal es el segmento gastrointestinal más utilizado para la sustitución de la vejiga.

La recidiva uretral en pacientes con Neovejiga es de menos de 2%, lo que indica que la Neovejiga no compromete el resultado oncológico de la cistectomía.

Técnica: se inicia medición de intestino se aísla un segmento de 60 cm del íleon terminal a 25 cm de la válvula ileocecal, se coloca seda para referir zonas, se inicia corte y confección con apoyo de la transiluminación de retroiluminación del accesorio mesentérico para identificar las arcadas arteriales de los segmentos intestinales y posteriormente se restablece la continuidad del intestino con la anastomosis de extremo a extremo con el uso de engrapadoras de 75 mm.

El sitio previsto de la anastomosis ileo-uretral previamente marcada con una sutura, se realiza una incisión antimesentérica del íleon, para crear un colgajo en forma de U. Se dejan 4 tramos de íleo dispuestos en forma de "W" con chimeneas de 2-3 cm de largo a cada lado de la "W" las cuales se anastomosan con engrapadoras, dejando un puente entre las chimeneas de al menos 7-8 cm para garantizar que no obstruyan el sigmoide, los bordes se suturan manualmente con monocryl 3-0.

Se realiza remodelación de cuello de neovejiga y posterior a esto se continúa anastomosis de ambos ureteres a chimeneas

Conclusión

Representa una muy buena técnica con adecuada capacidad de reservorio, es de las más utilizadas cuando se decide realizar una derivación ortotópica, con baja tasa de complicaciones en general, requiere gran atención en la recuperación postquirúrgica para evitar fugas secundarias al taponamiento de la sonda transuretral y los drenajes por moco.

La RC y la formación de la neovesícula ileal representan una cirugía mayor con posibles complicaciones tempranas relevantes, incluso en las manos más experimentadas. Sin embargo, la tasa de complicaciones graves y letales es aceptablemente baja, con morbilidad temprana y tardía hasta en el 22% de los pacientes

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CONSERVATIVE UTUC TREATMENT USING PULSED-THULIUM YAG LASER

Hernandez-Gaytan, CA^(1,2); Proietti, S⁽¹⁾; De Leonardis, F⁽¹⁾; Gisone, S⁽¹⁾; Scalia, R⁽¹⁾; Gaboardi, F⁽¹⁾; Giusti, G⁽¹⁾
⁽¹⁾Urology, San Raffaele Hospital. Milan, Italy. ⁽²⁾Urology, INCMNSZ. Mexico City, Mexico.

Introduction

Historically, radical nephroureterectomy (RNU) was considered the standard of care for UTUC, however, over the past two decades, the endoscopic management of UTUC has gained popularity among urological community. For patients with a UTUC in a solitary kidney, bilateral disease, or impaired renal function, endoscopic treatment is often considered imperative. For these cases, European Association of Urology (EAU) Guidelines recommend endoscopic management for both low-grade and high grade disease due to the morbidity and mortality risks associated with dialysis. Herein, we present a case of conservative treatment for UTUC with pulsed Thulium:YAG laser (p-Tm:YAG).

Materials and Methods

A 84-year-old female with several comorbidities, underwent right RNU for pT2 low-grade UTUC in 2020. She also had a history of multiple TURBTs for NMIBC. Patient lost follow-up. In October 2024, she presented to the ER with gross hematuria. CT scan revealed multiple lesions in the left upper urinary tract. Initial management included RIRS with ureteral biopsy (low-grade UTUC), laser ablation of the tumor, TURBT (pTaLG), and placement of a double-J stent. As complete tumor eradication was not achieved and the patient refused left RNU, a second look was performed using a p-Tm:YAG.

Results:

The procedure went uneventful, with no intraoperative or postoperative complications. Laser ablation allowed excellent ablation of the neoforations with optimal hemostasis. The renal function was preserved. The patient was discharged in stable condition with stent in place. Histopathology confirmed a low-grade UTUC. Follow-up with CT scan and ureteroscopy has been scheduled in 6 months.

Conclusion

Endoscopic management of UTUC in patients with imperative indications is a feasible alternative to RNU. However, strict endoscopic follow-up is necessary due to the high risk of disease recurrence.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Masa suprarrenal compleja, claves del abordaje abierto

foneron, a^(1, 2, 3); ochoa, g^(3, 4); toledo, h^(1, 3); oyanedel, f^(1, 3); ebel, l^(1, 2, 3); foneron, a^(1, 3); troncoso, l^(1, 2, 3); flores, f^(1, 2, 3); navarrete, m^(1, 3); cuevas, p^(1, 3); gárate, s^(1, 3)

⁽¹⁾servicio de urología, hospital base valdivia. valdivia, chile. ⁽²⁾unidad de urología, clínica alemana valdivia. valdivia, chile. ⁽³⁾facultad de medicina, universidad austral de chile. valdivia, chile. ⁽⁴⁾servicio de cirugía, hospital base valdivia. valdivia, chile.

Introducción

En la actualidad, el abordaje laparoscópico es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico de las masas suprarrenales. Sin embargo, en masas de localización compleja, el abordaje abierto es una excelente alternativa.

Material y Método

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 60 años que consulta por cuadro de fatiga de 6 meses de evolución. Dentro del estudio se realiza una tomografía de tórax que informa una masa suprarrenal derecha de 8 cm.

La resonancia informa masa suprarrenal derecha de 8 cm sin características de adenoma. El estudio funcional resulta negativo.

En la tomografía podemos observar la relación de la masa con la vena cava, porta, arteria mesentérica superior, tronco Celíaco y vena renal izquierda.

Se planifica un abordaje abierto anterior y se solicita la asistencia del equipo de Cirugía digestiva alta para realizar la movilización hepática necesaria para la exposición de la masa y la cava.

Resultados

Realizamos una Laparotomía en Jota, utilizando un separador OMNITRAC para mejor exposición. Una vez que se accede a la cavidad abdominal, se realiza la liberación hepática seccionando los ligamentos del hígado. Se logra movilización completa del hígado derecho y se expone la cava infra hepática y la masa. Realizamos control vascular de la cava y el pedículo hepático y procedemos a liberar la masa en todas sus caras.

El tiempo operatorio fue de 130 minutos con un sangrado de 250 cc

La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio. La biopsia informó lesión fuso celular de estirpe neural compatible con Schwannoma suprarrenal.

Conclusiones

En las masas complejas, la participación de un equipo multidisciplinario es fundamental para el éxito del procedimiento.

Contar con un estudio imagenológico que nos informe detalladamente la anatomía, nos permite decidir cuál es la mejor vía de abordaje.

En el abordaje abierto se debe tener una excelente exposición intraoperatoria, con separadores e instrumental adecuados, con el fin de lograr un control vascular seguro para la resección de la masa.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Adrenalectomía Robótica y Laparoscópica en Tumores de Gran Tamaño

Zapata Gonzalez, JA⁽¹⁾; Sanchez Rendon, A⁽¹⁾; Vargas Magaña, LA⁽¹⁾

⁽¹⁾Cirugía Robotica y Minima Invasión Urológica, UANL. Monterrey, Mexico.

Introducción:

La adrenalectomía mini- invasiva (Laparoscópica y Robotica, ha sido ampliamente adoptada por la mejora en los resultados perioperatorios y disminución en la estancia hospitalaria en comparación con la cirugía abierta.

Se ha convertido en el tratamiento de referencia para masas suprarrenales pequeñas, aquellas <6 cm. Sin embargo, su utilidad en masas de gran tamaño (>6 cm) no esta bien definida.

objetivo:

Presentar la factibilidad del abordaje Laparoscópico y robotico en el manejo de tumores suprarrenales >6 cm.

Metodos:

Las indicaciones quirúrgicas de adrenalectomía se realizo de acuerdo a las directrices actuales.

incluyendo presencia de tumoración suprarrenal > 6 cm, Adenoma no funcionante, masa con crecimiento seriado.

Se realizo evaluación prequirúrgica la cual incluyo determinación hormonal completa (Cortisol serico, cortisol en orina de 24 horas, prueba de supresión con dexametasona, niveles sericos de aldosterona, metanefrinas en orina de 24 horas, metanefrinas libres en plasma, renina).

Durante la cirugía todos los pacientes fueron monitorizados (Cateterismo arterial), para prevenir la inestabilidad hemodinámica.

El abordaje en todos los casos se llevo a cabo via transperitoneal, 2 de estos utilizando el sistema quirúrgico Da Vinci Xi.

Resultados:

se realizaron 3 Adrenalectomías, en 2 de los casos identificados de manera incidental, 2 de lateralidad derecha y 1 izquierda, 2 de manera robotica (Izquierda y Derecha) y 1 Laparoscópica (Derecha), 2 pacientes del sexo masculino (66.6%) y 1 femenino (33.3%), la mediana de tamaño fue de 7 cm, el sangrado promedio fue de 90 ml, la estancia hospitalaria promedio fue de 2 dias, en ninguno de los casos se presentaron complicaciones trans o posquirúrgicas. En el resultado histopatológico se reporto Mielolipoma en 2 de los casos y 1 adenoma no funcionante.

Conclusion:

De acuerdo a los resultados, concluimos que el abordaje Laparoscópico o asistido por robot, es una vía que al igual que en otros campos al llevar una correcta selección de los casos puede ser factible para la resolución de tumores suprarrenales de gran tamaño.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RESECCIÓN ROBÓTICA DE MASA PÉLVICA COMPLEJA DE ORIGEN ENDOMETRIÓSICO CON COMPROMISO DE VÍA URINARIA EN MUJER DE 77 AÑOS

Soublett, Ó⁽¹⁾; López-Ponce de León, L⁽²⁾; Piñats, N⁽¹⁾; Fuentealba, C⁽¹⁾; Orellana, N⁽¹⁾; Kerkebe, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Paciente de 77 años, con antecedente de histerectomía y ooforectomía bilateral por masa pélvica, con hallazgo de leiomiomas, endometriosis ovárica y cistoadenoma seroso.

Consultó en agosto de 2024 por macrohematuria. UroTAC evidenció lesión de 60 mm en uréter distal derecho, con compromiso de la unión vesicoureteral y dilatación del sistema colector. Cistoscopia y ureteroscopia revelaron lesión protruyente en el meato ureteral derecho; biopsia confirmó endometriosis.

En marzo de 2025 fue hospitalizada por hematuria persistente tras perder seguimiento. La tomografía mostró crecimiento de la masa a 70 mm, infiltración de la cúpula vaginal y bolsa hidronefrótica derecha. Resonancia descartó compromiso rectal.

Se decidió manejo quirúrgico, realizado el 16 de abril de 2025, con enfoque combinado: laparoscopia manual para control renal y robótica para resección pélvica. La paciente fue posicionada en decúbito lateral derecho para abordaje laparoscópico, con liberación en bloque del riñón y disección del uréter. Se instaló catéter ureteral izquierdo por cistoscopia. Luego, en litotomía baja con Trendelenburg de 30° y quiebre pélvico, se colocaron trócares robóticos y se realizó el Docking.

Se disecaron cuidadosamente riñón y uréter derechos hasta exponer la masa. La arteria umbilical fue controlada con clips Hem-o-lok. La masa se disecó meticulosamente por su cercanía a recto, vagina y vejiga. Se logró separar del recto, preservándolo. Por invasión tumoral, se resecó parcialmente vejiga y cúpula vaginal, preservando el uréter izquierdo gracias al catéter.

La pieza fue extraída en bloque, con resección en manguito vesical alrededor del orificio ureteral derecho. Vejiga y cúpula vaginal fueron cerradas en dos planos con V-Loc; prueba de hermeticidad fue satisfactoria. La pieza fue embolsada y extraída por incisión mediana. Histopatología confirmó endometriosis de 60 mm.

La evolución postoperatoria fue favorable. Alta al séptimo día con sonda, retirada sin incidentes tras 21 días. Se adjunta tomografía de control de junio de 2025.

La cirugía robótica permitió resección segura en un contexto anatómico complejo, con baja morbilidad y rápida recuperación. El caso refuerza su inclusión como diagnóstico diferencial en mujeres postmenopáusicas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Paraganglioma retroperitoneal: Resultados en cirugía mínimamente invasiva

Hidalgo Ricaldy, J⁽¹⁾; Garcia Marchiñena, P⁽¹⁾; Zimmermann, D⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Jurado Navarro, A⁽¹⁾

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

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes, originados a partir de células cromafines. Se presentan en cabeza, cuello (parasimpático); tórax, abdomen y pelvis (simpático); los paragangliomas retroperitoneales representan entre el 21 y 87%. El diagnóstico incluye pruebas bioquímicas y tomografía con contraste. La resolución es quirúrgica, en los últimos años la elección es la mínima invasividad.

Objetivo: El objetivo de este video es describir la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento por sospecha de paraganglioma en este caso clínico.

Caso Clínico: Mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y tiroidectomía total por carcinoma papilar, se detecta un incidentaloma retroperitoneal izquierdo en un estudio de imagen rutinario. Refiere cefalea como único síntoma. Las pruebas bioquímicas muestran metanefrinas elevadas. Se inician alfabloqueantes y se extirpa el tumor retroperitoneal izquierdo mediante cirugía mínimamente invasiva.

Resultados: La cirugía duró 97 minutos, con una pérdida de sangre no cuantificable. No se registraron complicaciones durante el procedimiento. La hospitalización duró 48 horas. La histopatología informa Paraganglioma, la Inmunohistoquímica muestra cromogranina difusa positiva, SDHB positivo (conservado), Ki-67 (evaluación del índice proliferativo) inferior al 1%.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva de los paragangliomas es un abordaje seguro y eficaz que reduce el trauma quirúrgico, y el riesgo de crisis hipertensiva. Favorece una estancia postoperatoria y una recuperación más rápidas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Reintervención pélvica por vía laparoscópica: Cistectomía radical tras prostatectomía radical laparoscópica
Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Frenk, C⁽¹⁾; Aliaga, A⁽²⁾; Íñiguez, S⁽²⁾; Henríquez, D⁽²⁾; Vega, A⁽²⁾; Walton-Díaz, A⁽²⁾; Román, JC⁽²⁾; Vilches, R⁽²⁾

⁽¹⁾Departamento De Urología, Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile.

Introducción:

La cirugía de reintervención en una pelvis previamente operada implica un desafío técnico considerable, principalmente por la fibrosis y la alteración de los planos anatómicos. La cistectomía radical laparoscópica, aun en escenarios complejos, puede ofrecer ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, como menor pérdida sanguínea, recuperación más rápida y tasas reducidas de complicaciones, sin comprometer los principios oncológicos.

Materiales y Métodos:

Se presenta un video descriptivo con relato docente de una cistectomía radical más derivación urinaria intracorpórea por vía laparoscópica en un paciente masculino de 71 años, con antecedentes de prostatectomía radical laparoscópica, hipertensión arterial, cáncer esofágico tratado y tabaquismo (IPA 25, suspendido). El paciente presentó hematuria macroscópica en el seguimiento post prostatectomía; la cistoscopia evidenció un tumor de 5 cm en cúpula vesical. El UroTAC mostró engrosamiento vesical sin metástasis. Se realizó RTU-V que confirmó carcinoma urotelial de alto grado con invasión muscular. Recibió quimioterapia neoadyuvante y posteriormente se practicó la cistectomía radical laparoscópica más derivación urinaria intracorpórea.

Resultados:

La cirugía se llevó a cabo sin incidentes. El sangrado estimado fue de 500 cc y la estadía hospitalaria fue de 4 días. La biopsia definitiva informó ypT0, con márgenes quirúrgicos negativos. El video detalla consideraciones técnicas clave para la disección en pelvis operada y la reconstrucción intracorpórea.

Conclusión:

La cistectomía radical laparoscópica tras prostatectomía radical es factible y segura en centros con experiencia, demostrando que la reintervención pélvica por vía mínimamente invasiva puede realizarse con adecuados resultados oncológica y bajo riesgo de complicaciones, destacando la importancia de la planificación y la pericia quirúrgica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ROBOTIC BILATERAL URETEROILEAL REIMPLANTATION FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY: A TECHNICAL VIDEO DEMONSTRATION WITH INTRAOPERATIVE FLUORESCENCE GUIDANCE

Simões, G⁽¹⁾; Julio, C⁽¹⁾; Kayano, P⁽¹⁾; Carneiro, A⁽¹⁾

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

Introduction: Ureteroileal anastomotic strictures are a known complication following urinary diversion and remain a challenging reconstructive scenario, especially in patients with prior pelvic oncologic surgery. We present a video-based stepwise approach to robotic bilateral ureteroileal reimplantation, emphasizing surgical technique and intraoperative decision-making aided by fluorescence imaging.

Case Description: A 44-year-old female with a history of radical hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, and radical cystectomy for gynecologic malignancy developed progressive bilateral ureteroileal strictures. She underwent robotic bilateral reimplantation with the patient in lithotomy position and the robotic system docked between the legs. The procedure employed four robotic ports and one assistant port.

Surgical Technique: After extensive adhesiolysis, both ureters were carefully dissected with preservation of periureteral vasculature. Indocyanine green (ICG) fluorescence was used to evaluate distal ureteral perfusion and guide excision of poorly vascularized segments. Spatulated ureters were sequentially reimplanted into new ileal conduit sites using running 4-0 Vicryl sutures. Double-J stents were placed bilaterally.

Outcomes: The operative time was 180 minutes, and estimated blood loss was 150 mL. The patient had an uneventful recovery and was discharged on postoperative day two with stable renal function. Follow-up imaging showed patent, leak-free anastomoses. Pathology confirmed benign fibrotic stenosis with no malignancy.

Conclusion: Robotic bilateral ureteroileal reimplantation is a safe and effective option for complex ureteral strictures in post-cystectomy patients. Fluorescence-guided assessment of ureteral viability and meticulous surgical execution are critical for successful outcomes. This video highlights key technical steps and may serve as a reference for reconstructive urologists.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Monitorización de presión intrarrenal en Nefrolitotomía percutánea: De la teoría a la práctica

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Águila, F^(1, 2); Marchant, F⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José. Santiago, Chile.

Introducción

La presión intrarrenal es un factor relevante a monitorizar durante los procedimientos endourológicos ya que elevaciones de esta sobre 30 mmHg aumenta el riesgo de reflujo pielovenoso y por ende, mayor riesgo de complicaciones infecciosas, sin embargo, la monitorización en vivo de la presión intrarrenal es un desafío en la práctica habitual.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de un método de monitorización de presión intrarrenal continua durante la nefrolitotomía percutánea.

Resultados

Se realiza una revisión de la fisiología de la presión intrarrenal y sus determinantes en la cirugía endourológica. Los valores normales de presión intrarrenal se describen como <12-15 cmH₂O. El Reflujo pielovenoso se ha descrito a presiones sobre 40.8 cmH₂O. Se presenta además un método de monitorización utilizando insumos de uso habitual en la cirugía percutánea. Se muestra el caso de un paciente sometido a nefrolitotomía percutánea en prono con monitorización de presión intrarrenal. Se explica en forma docente como realizar las conexiones y la monitorización de presión intrarrenal en vivo con insumos ampliamente disponibles.

Conclusión

La monitorización de presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea es posible de realizar en tiempo real. Se presenta una técnica reproducible y accesible de medición de presión intrarrenal utilizando insumos ampliamente disponibles durante una cirugía percutánea convencional. La medición de la presión intrarrenal debiese realizarse de rutina en los procedimientos endourológicos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrolitotomía percutánea miniaturizada con equipo descartable REDPINE: Democratizando el acceso a Miniperc

Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Gil, A⁽¹⁾; Ávila, C⁽¹⁾; Punte, T⁽¹⁾; Barahona, J⁽²⁾; Abad, J⁽²⁾; Lucas, C⁽²⁾; De la Llera, JF⁽²⁾; Vizúete, E⁽²⁾; Marchant, F⁽¹⁾; Águila, F^(1, 2)

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José. Santiago, Chile.

Introducción:

La Nefrolitotomía percutánea miniaturizada (MiniPerc) es una modalidad de la cirugía percutánea que utiliza tractos de dilatación <20Fr. Esta técnica mínimamente invasiva ha demostrado una tasa de efectividad y stone free (SFR) similares a técnica estándar, disminuyendo la tasa de complicaciones. La gran limitante de la masificación de la MiniPerc es el elevado costo de acceso y mantención del mini-nefroscoPIO.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de una nefrolitotomía percutánea miniaturizada utilizando el equipo descartable REDPINE (Guangzhou REDPINE Medical Equipment Co.) de 15Fr, con un Amplatz de 18Fr con aspiración de la misma empresa. Se utilizó un láser Ho:YAG de alta potencia.

Resultados

Se describe cirugía de paciente femenina de 26 años sin antecedentes mórbidos relevantes, que presentó cuadro de pionesfrosis izquierda secundario a litiasis pélica de 21 mm de diámetro mayor con volumetría de 2489.8 mm³. Una vez completada terapia antibiótica ajustada por Urocultivo se decidió realizar nefrolitotomía percutánea miniaturizada con equipo descartable en hospital público de Santiago de Chile. Se realizó cirugía sin incidentes. Se deja a la paciente Tubeless. En el post operatorio se realiza pielotAC de control que evidencia sin litiasis residual con grado A de stone free. Completa 3 días de hospitalización con alta a domicilio sin complicaciones.

Conclusión

La MiniPerc es una técnica segura y eficaz para el manejo de la litiasis renal en forma percutánea. El uso de equipos descartables, como el descrito en el video, permite mantener resultados clínicos favorables con baja tasa de complicaciones, reduciendo costos y facilitando su implementación en centros con recursos limitados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Ureteroplastia con balón recubierto con paclitaxel en paciente monorrena derecha con estenosis ureteral compleja.

Ramírez García, JM⁽¹⁾; González Arredondo, A⁽²⁾; Cortez Cruz, EA⁽²⁾; Priego Niño, A⁽³⁾; García Díaz, C⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de urología, Hospital Regional ISSSTE Puebla. Puebla, México. ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital General de Cholula. Puebla, México. ⁽³⁾Urología, Hospital Christus Muguerza Betania. Puebla, México.

Introducción:

La estenosis ureteral en pacientes monorrenos constituye una condición de alto riesgo clínico, poniendo en peligro directo la función renal. Estas estenosis pueden ser secundarias a cirugía previa, radioterapia, instrumentación endourológica o procesos inflamatorios y su tratamiento representa verdadero reto.

El tratamiento convencional incluye la colocación de catéteres ureterales JJ, nefrostomías o procedimientos reconstructivos que en muchos casos presentan recurrencia y morbilidad considerable.

El uso de balones recubiertos con paclitaxel ha surgido como una opción terapéutica mínimamente invasiva con resultados prometedores, ofreciendo una alternativa eficaz y segura en paciente monorrenos funcionales.

Material y métodos:

Se realizó un video descriptivo el cual muestra de forma clara y estructurada la técnica de ureteroplastia con balón recubierto con paclitaxel como opción terapéutica mínimamente invasiva frente a estenosis ureterales complejas.

El video aborda cada etapa del procedimiento, destacando aspectos técnicos claves como la presión y duración de insuflación, así como criterios para evitar complicaciones.

Resultados:

Paciente femenino de 61 años con antecedentes de cáncer cervicouterino tratado con radioterapia pélvica en 2013. En 2024 se diagnóstica con estenosis ureteral bilateral tratada con catéter doble JJ. En enero de 2025 se intenta reimplante ureteral laparoscópico bilateral sin éxito, lo que deriva en nefrectomía izquierda y recambio de catéter JJ derecho. Tras retiro de catéter JJ derecho, presenta dolor lumbar derecho y mal estado general, identificándose persistencia de la estenosis en el uréter pélvico derecho, comprometiendo su único riñón funcional.

Se realiza ureteroplastia con balón recubierto con paclitaxel de forma ambulatoria. El seguimiento evidencia descenso progresivo de los niveles de creatinina, sin dilatación pielocaliceal por ultrasonido con filtrado glomerular adecuado por gammagrama renal con DTPA y pielografía de control a los tres meses sin evidencia de reestenosis.

Conclusión:

La ureteroplastia con balón recubierto con paclitaxel demostró ser una alternativa segura, efectiva y mínimamente invasiva para el tratamiento de estenosis ureteral compleja en paciente monorreno. Permitiendo preservar la función del riñón único, evitando cirugías mayores y logrando una evolución clínica, bioquímica e imagenológica favorable en el seguimiento a corto plazo.

Palabras clave: estenosis ureteral, Monorreno, Balón con paclitaxel.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Cálculos de cistina em cálices anteriores inaccesibles por via retrógrada: Panificación y tácticas quirúrgicas del Pozo, FA⁽¹⁾; Arcenio, A⁽²⁾; Cunha, T⁽³⁾; Sepúlveda, F⁽⁴⁾

⁽¹⁾Urología, HUPES - Universidade Federal de Bahia. Salvador, Brasil. ⁽²⁾Residente Urología, HUPES - Universidade Federal de Bahia. Salvador, Brasil. ⁽³⁾Nefrología, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. ⁽⁴⁾Urología, HUPES - Universidade Federal de Bahia. Salvador, Brasil.

Introducción

La cistinuria es una condición caracterizada por un trastorno en la reabsorción tubular de cistina y otros aminoácidos, lo que resulta en la formación recurrente de cálculos renales. Frecuentemente, estos cálculos son voluminosos y duros, requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas, resultando en anatomías renales alteradas. El objetivo de este video es demostrar el manejo quirúrgico mínimamente invasivo de cálculos duros localizados en cálices anteriores inaccesibles por vía retrógrada, enfocando en la preservación de la función renal.

Métodos

Se presenta el caso de una paciente de 38 años, con diagnóstico de cistinuria en tratamiento farmacológico y enfermedad renal crónica estadio 3B, secundaria a múltiples intervenciones previas, incluyendo una nefrolitotomía anatrófica. La tomografía computarizada reveló cálculos, con un volumen total de 5672 mm³, localizado en los cálices anteriores del riñón izquierdo. Se indicó una Mini-ECIRS guiada por ultrasonografía, con el objetivo de desobstruir uno de los cálices anteriores que estaba completamente ocupado. Durante el procedimiento se confirmó la inaccesibilidad por vía retrógrada. La punción percutánea se realizó bajo guía ecográfica, seguida de dilatación del trayecto hasta 18 Fr bajo radioscopia, y se utilizó un mini-nefroscopeco de 12 Fr. Se empleó azul de metileno para facilitar el acceso. La fragmentación del cálculo se realizó con fibra láser de 272 µm en modo de fragmentación.

Resultados

El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, con una duración inferior a 120 minutos. Se colocó un catéter doble J transfundibular mediante cistoscopia y renoscopia para mantener el trayecto abierto. La tomografía postoperatoria mostró limpieza completa del cáliz abordado, con una reducción del volumen total del cálculo en 1214 mm³. La paciente permaneció hospitalizada para vigilancia de la función renal por 3 días y el catéter fue mantenido durante cuatro semanas.

Conclusión

La ECIRS es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de cálculos complejos. El uso de ultrasonografía intraoperatoria y de instrumentos miniaturizados contribuye a reducir la exposición a radiación y preservar la función renal. Aspectos fundamentales para pacientes con litogénesis de origen genético.

Palabras Clave: Cistinúria; Mini-ECIRS, Ultrasonido

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ECIRS (CIRUGIA RENAL ENDOSCOPICA COMBINADA) PASO A PASO

Berber Deseusa, AD⁽¹⁾; Morena Cabrera, JC⁽¹⁾; Dominguez Sandoval, IS⁽¹⁾; Sanchez Gilbert, JE⁽¹⁾; Montesinos Ramirez, S⁽¹⁾; Flores García, LR⁽¹⁾; Jimenez Cisneros, E⁽¹⁾; Ortiz Martinez, D⁽¹⁾; Castrejón García, JC⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Corona Montes, VE⁽¹⁾; Fernández Venegas, A⁽¹⁾

⁽¹⁾urología, Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México.

Paciente femenino de 50 años Diagnóstico: Litiasis coraliforme izquierda completa (S.T.O.N.E. score 12 pts Guy store IV), estatus de cateter JJ izquierdo, Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus Tipo II.

Se realiza ECIRS en posicion de Valdivia Galdakao, realizando punción con técnica de 0-90 simplificada al primer intento, con dilatación de tracto standar 26 Fr, nefrolitotricia con sistema trilogy y ureteroscopia flexible con laser de holmio de 50 watts, de litiasis de colectores superiores, dejando libre de litiasis con revisión endsocopica y por fluoroscopia se coloca nefrostomia 18 fr y cateter JJ derecho. Tiempo de pución 38 seg, tiempo de fluoroscopia 1.5 min. Tiempo quirúrgico : 170 minutos Tiempo anestésico : 227min Egreso : 48 horas del porcedimiento con retiro de sonda de nefrostomia a los 7 días y retiro de cateter jj a las 3 semanas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Litiasis Renal Compleja: Resolución Total con ECIRS en Acceso Calicial Superior

Ruiz, L^(1, 2); García Escobar, J^(1, 2); Castillo, S^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital Punta Pacífica. Panamá, Panamá. ⁽²⁾Urología, The Panamá Clinic. Panamá, Panamá.

La litiasis renal coráliforme continúa siendo una entidad de alta complejidad quirúrgica, especialmente cuando el pronóstico de éxito endourológico es bajo según escalas validadas. Presentamos un caso clínico resuelto exitosamente mediante abordaje combinado ECIRS (Endoscopic Combined Intrarenal Surgery) en posición supina modificada de Valdivia-Galdakao.

La paciente presentó una litiasis coráliforme completa del lado derecho, con dimensiones de 5.0 × 3.4 × 2.8 cm y una densidad de 1280 UH. El cálculo fue clasificado con un **STONE score de 12 puntos**, que confiere una **probabilidad del 27% de lograr estado libre de litiasis (stone-free)** en un solo procedimiento. Se planificó un abordaje ECIRS para optimizar la eficacia quirúrgica en un solo tiempo.

El procedimiento, con una duración total de **105 minutos**, se realizó bajo anestesia general. Se efectuó una punción percutánea única dirigida al grupo calicial superior, mediante **técnica 0-90**, guiada por fluoroscopia, lo que permitió un trayecto óptimo hacia el sistema pielocalicial 26fr por acceso one shot. De forma simultánea, se realizó ureteroscopia retrógrada con asistencia láser, permitiendo un abordaje sincrónico de la litiasis. Se logró una **resolución completa** de la carga litiásica, sin complicaciones intraoperatorias.

Este caso ilustra el valor del abordaje ECIRS como estrategia resolutive, incluso en escenarios de litiasis de alta complejidad anatómica y con pronóstico adverso según escalas predictivas. La integración del acceso superior con técnica 0-90 resultó clave para alcanzar un resultado clínico óptimo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Slim HoLEP via uretrotomía perineal transitoria

Iacobelli, A^(1, 2); Sáenz, S⁽³⁾; Baeza, C⁽²⁾; Chacón, R⁽²⁾

⁽¹⁾Residente de Urología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Clínica Dávila. Santiago, Chile.

⁽³⁾Residente de Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica consolidada para tratar la hiperplasia prostática benigna (HPB). Sin embargo, su abordaje convencional puede verse limitado en pacientes con condiciones urológicas complejas, como la presencia de prótesis de pene. Se presenta un caso clínico en el que se realiza un HoLEP mediante uretrotomía perineal transitoria.

Material y métodos: Paciente de 76 años con diagnóstico de HPB en tratamiento farmacológico con escasa respuesta. Como antecedentes destacaba una prótesis de pene maleable. Se hospitaliza por falla renal aguda (creatinina 6,1 mg/dL). El estudio ecográfico mostró globo vesical, hidronefrosis bilateral y signos de nefropatía crónica. La resonancia magnética evidenció una próstata aumentada de volumen (145 cc) y signos de vejiga de lucha; PI-RADS 2. Dada la complejidad del abordaje transuretral, se decidió realizar un slim HoLEP mediante uretrotomía perineal transitoria.

Resultados: La cirugía tuvo una duración total de 3 horas, sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. La cistostomía fue retirada al cuarto día sin incidentes. A los 14 días, la pericateterografía mostró una logia prostática amplia y uretra indemne. La sonda Foley se retiró a las dos semanas, y el paciente no logró micción espontánea. Se encuentra pendiente estudio urodinámico para evaluar disfunción vesical.

Conclusiones: La enucleación endoscópica con láser por uretrotomía perineal transitoria es una alternativa viable y segura en pacientes con HPB y prótesis peneana, donde el acceso convencional está contraindicado o limitado. Esta técnica permite una enucleación completa sin complicaciones urológicas adicionales, preservando la anatomía uretral.

Palabras clave: Slim HoLEP; hiperplasia prostática benigna; uretrotomía perineal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

ABLACIÓN PROSTÁTICA LÁSER TRANSPERINEAL VIDEO “PASO A PASO”

caradonti, m⁽¹⁾; dib, m⁽¹⁾; vazquez, sc⁽¹⁾; andrade, f⁽¹⁾; acosta, m⁽¹⁾; toledo, e⁽¹⁾; del re, n⁽¹⁾

⁽¹⁾servicio de urología, hospital donacion francisco santojanni. caba, Argentina.

Se presentarán durante el video los pasos a seguir para la realización de la ablación prostática láser transperineal.

Estos son:

Posicion de litotomía

Disposición adecuada de los equipos a ambos lados del cirujano tratante

Colocación de sonda vesical 18fr triple lumen con irrigación continua.

Lidocaina jalea y líquida transrectal

Colocación del transductor endocavitario

Estudio ecografico anatomico de la prostata: medicion y planificacion de areas a tratar

Infiltración de superficial a profundo: piel, pico prostático, ángulo prostato seminal y cápsula prostática con lidocaína

1% + bupicaina con aguja chiba bajo guía ecografica

Se accede mediante punción transperineal con aguja 21g al sitio a tratar bajo guía ecografica

Planificación del área a tratar

Colocación de fibra láser 0.03 micras

Configuración de equipo ELESTA y energía a entregar

Inicio de tratamiento

Control de energía entregada en vivo y áreas a tratar, con preservación de estructuras vecinas

Retiro de equipo y revision de sonda vesical y diuresis.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Ejaculation-Sparing MiLEP: A Modified Anatomical Approach to Holmium Laser Enucleation of the Prostate
Rodríguez-Carlin, A⁽¹⁾; Jesús, M⁽¹⁾; Campos, D⁽¹⁾; Van Cauwelaert, R⁽¹⁾; Castillo, O

⁽¹⁾Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Objective

To present our anatomically based technique for minimally invasive Holmium laser enucleation of the prostate (MiLEP), specifically aimed at preserving ejaculatory function.

Patients and Surgical Approach

We report two cases of patients under 45 years of age (42 and 43 years old) with benign prostatic obstruction and median lobe hypertrophy—one with a 69 mL prostate and the other with a 75 mL prostate. Both patients expressed the desire to preserve ejaculation and were appropriately counseled.

MiLEPs were performed using a 22Ch (Slim) enucleoscope (RZ Medizintechnik, Tuttlingen, Germany) and a 150 W Holmium laser (Cyber-Ho, Quanta System, Milan, Italy) with a 550 µm end-fire fiber. The surgical technique is demonstrated step-by-step in the accompanying video.

Results

Enucleation times were 9 and 10 minutes, respectively. Both patients were catheterized for one day, and no perioperative complications occurred. At 6-month follow-up, both exhibited maximum urinary flow rates over 20 mL/s with negligible post-void residual volume. Ejaculatory function was preserved in both cases.

Conclusions

Our experience suggests that preservation of the ejaculatory duct orifices, surrounding deep adenomatous tissue, and the smooth muscle fibers of the genital sphincter enables effective relief of benign prostatic obstruction while maintaining ejaculatory function.

Keywords: MiLEP, HoLEP, Ejaculation sparing

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Partial renal allograft nephrectomy within intrarenal reconstruction of urinary tract

Isaev, T⁽¹⁾; Trushkin, R⁽¹⁾; Medvedev, P⁽¹⁾

⁽¹⁾Urology Department, City Clinical Hospital No. 52, Moscow Healthcare Department. Moscow, Russia.

Introduction and objection: kidney transplantation has emerged as the gold standard for patients with chronic renal failure. Patients who has undergone renal transplantation are at twofold increased risk of developing malignancy compared with general population. Even incidence of renal cell carcinoma in allogenic kidney transplant is low (0,5-1,0%) it's a complicated clinical case for urologists.

We would like to introduce interesting clinical case of big intra-sinus tumor of allograft kidney and our way of reconstruction intrarenal part of urinary tract.

Incidental allograft kidney tumor has been revealed in young female patient 33 years old with ultrasound. MRI had confirmed tumor 10,3 x 8,3 cm. There was no pelvic lymphadenopathy.

Method: We performed a laparoscopic partial nephrectomy with intrarenal reconstruction of urinary tract and reimplantation of ureter. Enucleoresection of tumor accompanied with clipping lower calyx followed by anastomosis of infundibulum and renal papilla. Also due to big size of tumor ureter was cut off and reimplantated in urinary bladder.

Results: postoperative period was unremarkable. On pod 2 CT-excretory urography was held on. Drainages were removed on pod 5. Creatinine level was 174 mcml/l before surgery and 130 on the day of discharge. Patient have discharged home after 10 days.

Conclusions: intrarenal reconstruction of urinary bladder can give a chance to save the kidney even size of tumor is big and renal score point out unresectable type of tumor and also can be provided in kidney transplant patients.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Nefrectomía Radical Izquierda Mínimamente Invasiva con Trombectomía de Vena Cava Inferior: Técnicas En Bloc y por Transección

García Marchiñena, P⁽¹⁾; Zimmermann, D⁽¹⁾; Hidalgo Ricaldy, J⁽¹⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Carrillo, M⁽¹⁾; Jurado, AM⁽¹⁾

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

Introducción:

La nefrectomía izquierda mínimamente invasiva con trombo en la vena cava inferior (VCI) de nivel 2 presenta diversos desafíos: el cruce de la arteria mesentérica superior sobre la vena renal izquierda, la necesidad de reposicionar al paciente y el manejo de la isquemia caliente renal derecha. Este procedimiento busca remover de manera efectiva el riñón junto con el trombo, utilizando técnicas en bloc o de transección. La elección del abordaje quirúrgico es clave para minimizar complicaciones y lograr una resección tumoral completa. El objetivo de este video es describir diferentes abordajes, incluyendo las técnicas en bloc y por transección, para tratar el carcinoma de células renales (CCR) izquierdo con trombo en VCI nivel II, y reportar los resultados quirúrgicos.

Métodos:

Se realizaron dos nefrectomías radicales izquierdas con trombectomía de VCI por vía laparoscópica pura. En el paciente 1 se utilizó técnica en bloc, mientras que en el paciente 2 se empleó técnica por transección.

Resultados:

Técnica en bloc (Paciente 1): Mujer de 62 años con CCR izquierdo de 10 cm y trombo nivel II (Neves y Zincke), con metástasis pulmonares. Tiempo quirúrgico: 420 min. Isquemia caliente: 35 min. Requirió una transfusión. Internación prolongada: 11 días (por hiponatremia farmacológica). Patología: CCR de células claras pT3bNxM1, grado 3. Creatinina pico: 6,47 mg/dL; al alta: 2,42 mg/dL. Recibió 4 ciclos de ipilimumab-nivolumab. A los 5 años, sin evidencia de enfermedad.

Técnica por transección (Paciente 2): Hombre de 71 años con CCR izquierdo de 7 cm y trombo nivel III, que descendió a nivel II tras tratamiento neoadyuvante con nivolumab y cabozantinib. Tiempo quirúrgico: 300 min. No se clameó la arteria renal (sin isquemia caliente). Clampaje VCI: 10 min. Requirió dos transfusiones. Internación: 3 días. Creatinina postoperatoria: 0,99 mg/dL (estable). Patología: CCR de células claras pT3aN0M0, grado 4, con necrosis; trombo fibrinoso en VCI y vena renal. A 1 año, libre de enfermedad.

Conclusiones:

Ambas técnicas, en bloc y por transección son factibles y seguras para la nefrectomía radical laparoscópica con trombo en VCI nivel 2.

La técnica por transección parece ofrecer ventajas en términos de tiempo operatorio.

Palabras claves

Técnica quirúrgica

Trombocavo

Laparoscópico

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TÉCNICA DE CLAMPEO EN ADRENALECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Toapanta, J⁽¹⁾; Garcia, P⁽¹⁾; Hidalgo, J⁽¹⁾; Marini, M⁽²⁾; Tobia, I⁽¹⁾; Jurado, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. ⁽²⁾Urología, Hospital Militar Central. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La adrenalectomía parcial laparoscópica (APL) es una técnica mínimamente invasiva que permite la resección selectiva del tejido tumoral adrenal, preservando tejido glandular funcional remanente. Esta estrategia cobra especial relevancia en pacientes con tumores asociados a síndromes de predisposición hereditaria (como Von Hippel-Lindau y neoplasia endocrina múltiple tipo 2), así como en casos de tumores bilaterales, glándula única funcional o lesiones benignas seleccionadas, siempre que la conservación de la función suprarrenal sea factible y segura desde el punto de vista oncológico y técnico. Su principal ventaja radica en evitar la insuficiencia adrenal crónica y la dependencia de terapia corticoidea sustitutiva.

Objetivo:

Describir la técnica de clampeo adrenal durante una APL por feocromocitoma, destacando su potencial impacto en el control hemodinámico intraoperatorio y en la preservación del tejido adrenal funcional.

Materiales y métodos:

Paciente femenina de 29 años, con antecedentes de hipotiroidismo y adrenalectomía izquierda vía convencional en 2011 por feocromocitoma. Consultó por cefalea de esfuerzo, dolor abdominal e hipertensión arterial. Los estudios hormonales mostraron normetanefrina urinaria elevada (255 mcg/24 h), y la tomografía computada evidenció una lesión adrenal derecha de 18 × 17 mm compatible con feocromocitoma. Se indicó APL transperitoneal con técnica de clampeo adrenal.

Resultados:

El tiempo operatorio fue 90 minutos. No hubo complicaciones ni necesidad de conversión a cirugía abierta. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 2 días. La paciente evolucionó favorablemente, con resolución de los síntomas (asintomática y normotensa), normalización de los niveles de normetanefrina y desaparición de la lesión en controles imagenológicos. A 6 meses postoperatorios, permanece sin signos de insuficiencia adrenal, con tratamiento de hidrocortisona a dosis bajas (10 mg/día), por debajo del umbral fisiológico de secreción basal, lo que sugiere función suprarrenal residual conservada.

Conclusión:

La APL con técnica de clampeo adrenal permitió, en este caso de feocromocitoma, una resección segura y eficaz, con estabilidad hemodinámica intraoperatoria, márgenes quirúrgicos negativos y preservación de tejido adrenal funcional. Esta estrategia representa una alternativa válida y conservadora en el manejo quirúrgico de tumores adrenales seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEAL EN TUMOR TECNICAMENTE COMPLEJO TRAS FRACASO DE TERAPIA ABLATIVA

Rojas Salas, A⁽¹⁾; Sovino Brown, F⁽¹⁾; Vera Veliz, A^(1, 2); Alvear Godoy, M⁽¹⁾; Valenzuela Grau, R⁽¹⁾; Araya Salcedo, F⁽¹⁾; Rojas Varas, J⁽¹⁾; Soler Soler, S⁽¹⁾; Andrusco Fidalgo, A⁽¹⁾

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

INTRODUCCION: Las técnicas ablativas son una alternativa terapéutica para el manejo de tumores renales organoconfinados menores de 3cm. En caso de fracaso, la cirugía mínimamente invasiva resurge como tratamiento definitivo potencialmente curativo.

CASO-CLINICO: Mujer 64años. HTA, Colecistectomía abierta. Antecedente de tumor renal 2,2cm con respuesta parcial tras radiofrecuencia. Seguimiento 6 años: crecimiento progresivo del tumor remanente. TAC-AP: persistencia de tumor renal derecho 4 cm, tercio medio/cara posterior (RENAL-SCORE 9PH), que contacta e "infiltra" cuadrado lumbar, pero posiblemente este hallazgo corresponda a una reacción inflamatoria post-radiofrecuencia, por lo mismo, se plantea tumorectomía renal laparoscópica abordaje transperitoneal.

TECNICA-QUIRÚRGICA: Decúbito lateral. Neumoperitoneo con veress en hipocondrio derecho. Tres trocares. Decolamiento por línea de Toldt. Sin retracción hepática. Maniobra de Kocher. Exposición del retroperitoneo, identificación uréter y vena gonadal. Disección del hilio renal, arteria y vena renal únicas. Apertura de fascia de Gerota. Liberación y luxación completa del riñón, exponiendo su cara posterior y tumor 4cm parcialmente exofítico, con fibrosis adherida a pared muscular, impresiona seguir el trayecto percutáneo de radiofrecuencia, se logra liberar con Voyant. Demarcación borde tumoral. Clampeo arterial (doble bulldog). Enucleodisección con tijera fría, reseca tumor y fibrosis adyacente en su totalidad. R0 macroscópico. Renografía en 1 plano (stratafix 3-0, hem-o-lock anclado). Surgicel sobre renografía. Cierre de Gerota. Extracción tumoral embolsado. Tiempo Laparoscópico: 60min. Tiempo Isquemia: 14min. Sangrado: 20cc.

RESULTADOS: Evolución satisfactoria. Alta 2º día Post-operatorio. Informe anatomopatológico: Tumor 2.9cm. Carcinoma renal células claras. Borde quirúrgico: negativo.

DISCUSION: La tasa de fracaso reportada de los tratamientos ablativos es baja. Sin embargo, frente a un tumor recidivado/residual debemos ofrecer, a pesar de la complejidad técnica que conllevaría, una estrategia terapéutica que conserve nefronas y tenga excelentes resultados oncológicos, como lo es la tumorectomía mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO

Andriola, M⁽¹⁾; Aliaga, A; Iñiguez, S; Vilches, R

⁽¹⁾Uro-oncología, Instituto Nacional Del Cancer. Santiago, Chile.

Introducción:

Los tumores renales completamente endofíticos representan un gran desafío quirúrgico al planificar una nefrectomía parcial laparoscópica, debido a los riesgos inherentes a esta vía de abordaje. Las tasas de complicaciones varían entre un 18 y un 25 %, con un 3-7 % de complicaciones graves. Existe una diferencia significativa en la tasa de márgenes quirúrgicos positivos en la nefrectomía parcial laparoscópica: aproximadamente un 13 % en tumores completamente endofíticos, en comparación con un 5 % en tumores exofíticos. Gracias a la utilización de técnicas de apoyo ecográfico intracavitario y reconstrucción 3D, esta brecha se ha logrado reducir.

Materias y métodos:

Video descriptivo con relato docente de la realización de una nefrectomía parcial laparoscópica izquierda, utilizando la técnica de skullcap descrita por el Dr. K. Badani, en un centro oncológico docente de referencia nacional.

Resultados:

Se describe la técnica en una paciente de sexo femenino de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo, en quien, en contexto de dolor abdominal inespecífico, se pesquisó mediante TAC abdominal un tumor renal izquierdo sospechoso de neoplasia, de 23 x 18 mm, 100 % endofítico y en contacto con el sistema colector (RENAL score 9x). El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, tiempo de isquemia 28 minutos, sangrado estimado 300 cc y hospitalización de 2 días, sin complicaciones. El estudio histopatológico informó un carcinoma de células renales, variante células claras, ISUP G III, sin compromiso de márgenes quirúrgicos (distancia de 0,5 cm), pT1a.

Conclusión:

La técnica de skullcap es segura y reproducible en el abordaje laparoscópico. Permite, mediante la resección del casquete tumoral, una visualización óptima del plano de clivaje y del lecho tumoral, facilitando la valoración de la profundidad del compromiso y la decisión oncológica entre cirugía parcial o radical. Asimismo, permite una reparación adecuada del plano profundo (hemostasia, vía urinaria) con un campo visual amplio, reduciendo el riesgo de complicaciones como sangrado o fístula. Se requieren estudios prospectivos para determinar con mayor precisión el impacto de esta técnica en la optimización de los resultados oncológicos y perioperatorios de la nefrectomía parcial.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

OLIGOMETASTASIS ADRENAL CONTRALATERAL EN CANCER RENAL : SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANS Y RETRO PERITONEAL.

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

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

INTRODUCCIÓN: En Cáncer Renal la metástasis suprarrenal (GSR) se presenta en 2-10% de los casos. La suprarrenalectomía es el tratamiento de elección sobre todo en pacientes oligometastásicos, cuyo abordaje laparoscópico (SRLap) es comparable a la cirugía abierta.

CASO1: Hombre 61 años. Nefrectomía radical laparoscópica (NRLap) derecha (tumor 11cm). Cáncer Renal Células Claras (CC) pT2b. Seguimiento 5 meses: metástasis única GSR izquierda 20x15mm y tumor renal ipsilateral (20mm). SRLap+tumorectomía transperitoneal (11 meses post-NRLap).

Posición lumbotomía. Aguja Veress (Punto Palmers), 4 trocares. Tras decolar se identifica ureter y psoas. Disección de vena renal y desembocadura de vena suprarrenal, seccionada entre hem-o-lock. Apertura de fascia Gerota e identificación GSR izquierda con nódulo tumoral. Resección in toto de GSR. Tiempo Lap: 110min/sangrado: 100cc.

Se continúa con tumorectomía renal (ubicación posterior/polo inferior). Movilización renal en bloque (exposición/medialización del tumor), isquemia caliente con desclampeo precoz (13 minutos), técnica enucleo-resección, renorrafia en 2 planos.

CASO2: Hombre 62 años. NRLap Derecha (Tumor 9,1cm). Cáncer Renal CC pT3a. Nódulo izquierdo GSR indeterminado, alcanzando 29x23mm, sugerente de metástasis única. SRLap retroperitoneal (3 meses post-NRLap).

Posición lumbotomía. Disección digito-instrumental triángulo Petit hasta acceso al retroperitoneo. Uso de balón de dilatación, 4 trocares. Disección rápida del hilio renal. Liberación del polo superior y apertura de fascia Zuckerkandl. Se identifica GSR izquierda con nódulo tumoral. Vasos suprarrenales seccionados entre hem-o-lock (incluyendo vena suprarrenal principal desembocando en vena renal). Resección in toto de GSR. Tiempo Lap: 110min/sangrado: 25cc.

CASO3: Mujer 74 años. Diagnóstico sincrónico de tumor renal izquierdo (4,9x3,7cm) y metástasis única en GSR contralateral (22mm). NRLap izquierda+SRLap derecha en el mismo acto quirúrgico.

Primer Tiempo: Posición Lumbotomía derecha. 3 Trocares (uno supraumbilical y otro Linea media para reutilizarlos posteriormente). NRLap izquierda de forma habitual. Sin incidentes. Con preservación de GSR izquierda. Se deja pieza quirúrgica en cavidad pélvica.

Segundo Tiempo: Reposición a lumbotomía izquierda. Utilización de misma ubicación de trocares+2 trocares extras. Tras decolar, maniobra de Kocher y retracción hepática hacia cefálico. Disección de Vena Cava. Se identifica Vena suprarrenal que se secciona entre hem-o-lock. Apertura de fascia Gerota e identificación GSR derecha con nódulo tumoral. Resección in toto de GSR. Extracción de riñón+GSR por fosaiiaca derecha. Tiempo Lap: 50min/sangrado: 5cc

RESULTADOS:

Cirugías sin complicaciones. Alta 1er día Post-Operatorio. Informes anatómo patológicos: GSR con metástasis Carcinoma Células Claras. A la fecha, sin recidiva locoregional/a distancia. Sin necesidad de tratamiento sustitutivo.

DISCUSIÓN: Los abordajes trans y retroperitoneal, son seguros y reproducibles en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la metástasis GSR en CRCC, independiente de la temporalidad de esta.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumorectomía Renal Robótica Bilateral en cáncer renal sincrónico, con plataforma Toumai

Sovino, F⁽¹⁾; Rojas, A⁽¹⁾; Vera, Á⁽¹⁾; Valenzuela, R⁽¹⁾; Araya, F⁽¹⁾; Soler, S⁽¹⁾; Rojas, J⁽¹⁾; Andrusco, A⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital de La Serena. La Serena, Chile.

Introducción:

El cáncer renal sincrónico bilateral representa un desafío quirúrgico significativo, especialmente en pacientes jóvenes donde la preservación de la función renal es prioritaria. La cirugía robótica es una alternativa precisa y segura para realizar tumorectomías complejas con mínimo daño al parénquima. Presentamos el caso de una paciente con tumores renales bilaterales sincrónicos, tratada mediante tumorectomía robótica bilateral utilizando la plataforma **Toumai®**.

Metodología:

Mujer de 52 años, sin comorbilidades relevantes, diagnosticada con masas renales bilaterales sospechosas por imágenes (T1b). Se planificó una cirugía en dos tiempos consecutivos. Se utilizó la plataforma robótica **Toumai®**, accediendo por vía transperitoneal. Se realizaron clampeos arteriales y enucleodisección tumoral. La reconstrucción del parénquima renal se realizó con técnica de sutura barbada en dos planos. Se registraron tiempos operatorios, de isquemia, sangrado intraoperatorio y evolución post operatoria.

Resultados:

Las intervenciones fueron completadas sin conversiones ni complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico total fue de 225 minutos, con tiempos de isquemia caliente de 26 y 20 minutos en el riñón derecho e izquierdo respectivamente. Pérdida sanguínea estimada total: 700 ml. La paciente evolucionó sin complicaciones, con egreso al primer día postoperatorio. La función renal se mantuvo estable (creatinina preoperatoria 0,9 mg/dl, postoperatoria 0,92 mg/dl). La histología confirmó carcinoma de células claras en ambas piezas, con márgenes negativos.

Conclusiones:

La tumorectomía robótica bilateral en cáncer renal sincrónico es factible y segura, ofreciendo ventajas en preservación de función renal y recuperación postoperatoria. Este caso demuestra la versatilidad y precisión de la plataforma **Toumai®** en cirugía robótica urológica compleja.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Tumorectomía bilateral para preservación funcional renal en tumores sincrónicos: presentación de caso

Santomil, F⁽¹⁾; Zucchi, J⁽¹⁾; Muñoz, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Los tumores renales sincrónicos bilaterales representan una entidad infrecuente (1-4% de todos los carcinomas de células renales) que plantea un desafío terapéutico único. Requieren equilibrar el control oncológico con la preservación máxima de la función renal. La presencia de masas renales bilaterales constituye una indicación absoluta para cirugía conservadora de nefronas. La tumorectomía permite la extirpación completa del tumor preservando el parénquima renal funcional. En pacientes obesos, la reducción del peso preoperatorio mediante manejo multidisciplinario puede mejorar significativamente los resultados quirúrgicos.

Objetivo: Describir un caso clínico de un paciente con obesidad mórbida y tumores renales bilaterales, y la estrategia de resolución quirúrgica en dos tiempos.

Caso clínico: Paciente masculino de 58 años con hipertensión arterial, dislipemia y obesidad mórbida (IMC 40,3 kg/m²) con hallazgo incidental de tumores renales sincrónicos bilaterales. La resonancia magnética evidenció tumor quístico Bosniak IV de 49x44mm en polo superior de riñón izquierdo y tumor quístico Bosniak IV de 56x52mm en región interpolar de riñón derecho.

Estrategia terapéutica escalonada:

Fase 1: Nefrectomía parcial izquierda robótica utilizando sistema Versius (tumor de menor complejidad técnica)

Optimización preoperatoria: Programa integral de reducción de peso durante 6 meses con asesoramiento nutricional especializado, apoyo psicológico y tratamiento farmacológico con semaglutide, logrando reducción significativa del IMC **Fase 2:** Tumorectomía derecha laparoscópica tras optimización del estado general

Resultados: La estrategia escalonada permitió preservación óptima de la función renal bilateral, mejora de las condiciones quirúrgicas, reducción del riesgo perioperatorio y mantenimiento de función renal suficiente sin requerimiento de terapia de reemplazo renal.

Conclusión: La combinación de cirugía conservadora escalonada con optimización preoperatoria integral demostró ser una estrategia segura y efectiva, logrando control oncológico completo con preservación óptima de función renal. La reducción del peso preoperatorio en pacientes obesos constituye un factor clave para optimizar los resultados de la cirugía conservadora bilateral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Reconstrucción con injerto de mucosa oral de uréter distal y medio mas reimplante ureteral derecho laparoscópico robot asistido

Valdez Flores, RA⁽¹⁾; Campos Salcedo, JG⁽¹⁾; Torres Gomez, JJ⁽¹⁾; Hernandez Palacios, GA⁽¹⁾; Martinez Alonso, IA⁽¹⁾; Acevedo Monroy, JDG⁽¹⁾; Victorio Vargas, OD⁽¹⁾; Campuzano Buenrostro, M⁽²⁾; Cholico Espericueta, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Central Militar. Ciudad de México, México. ⁽²⁾Medicina Nuclear, Hospital Central Militar. Ciudad de México, México.

Introducción

La estenosis ureteral posterior a la ureteroscopia en la enfermedad litiasica tiene una incidencia de 0.2% a 24%¹, con un aumento de la incidencia de litiasis es esperado el aumento de las complicaciones.

Debido a la variedad de formas en las que se presenta la estenosis se han desarrollado múltiples técnicas para el tratamiento de las mismas, nosotros presentamos la primer reconstrucción de uréter distal y medio con de injerto de mucosa oral mas reimplante ureteral derecho laparoscópico robot asistido, sin encontrar algún reporte similar en la literatura.

Material y métodos

Mujer de 44 años, posterior a una ureteroscopia derecha por litiasis presenta estenosis ureteral distal y media, es tratada con dilatación ureteral con balón y recambio de catéter doble J por casi 3 años. Al colocar sonda de nefrostomía derecha y realizar pielografía de choque se evidenció una estenosis del tercio inferior y medio del uréter derecho. Se realiza la reconstrucción con injerto de mucosa oral de uréter distal y medio mas reimplante ureteral derecho laparoscópico robot asistido.

En la ureteroscopia de seguimiento se observa aumento de la luz ureteral en tercio medio y distal con resolución de la estenosis. El gammagrama renal MAG3 con mejoría en la función global renal y del tiempo de eliminación. Permanece asintomática 3 años después de la cirugía.

Discusión

En el tratamiento de las estenosis ureterales hay múltiples opciones: dilataciones ureterales con balón, endoureterotomías y plastias ureterales con o sin injertos de tejido autólogo; en estenosis de uréter distal también se realiza la reconstrucción con un flap vesical, enganche del psoas o remplazo ureteral ileal. En este caso se realizó una nueva técnica quirúrgica, demostrando la factibilidad de la misma y abriendo espacio para la creación de nuevas técnicas quirúrgicas en pacientes con estenosis ureterales distales complejas que no involucren la capacidad y función vesical o el uso de segmentos intestinales.

Conclusiones

La reconstrucción ureteral con injerto de mucosa oral y su posterior reimplante es viable en las lesiones ureterales complejas del tercio medio y distal, resaltando la versatilidad de la mucosa oral en la reconstrucción de las lesiones ureterales complejas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

CIRUGIA ROBOTICA RECONSTRUCTIVA DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR,

Cornejo Proaño, FJ⁽¹⁾; Lara Moscoloni, LF⁽¹⁾; Banda Martinez, EA⁽¹⁾; Coronel Godoy, FX⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

La técnica robótica en la cirugía reconstructiva del tracto urinario superior proporciona grandes ventajas, en esta serie de videos, demostramos la capacidad que tiene este tipo de procedimiento en pacientes que requieren de cirugía para la resolución de su patología como estenosis pieloureteral, estenosis ureterales primarias, iatrogenias, reflujo vesicoureteral.

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

Se presenta pieloplastia, anastomosis uretero ureteral por iatrogenia y ureterolisis secundaria a fibrosis retroperitoneal resueltas mediante tecnología robotica

OBJETIVO

Demostrar que el uso de la tecnología robotica puede fomentar la resolución de procedimientos del tracto urinario superior de manera óptima, con mínimas complicaciones

CONCLUSIONES

La robótica en cirugía representa un avance que no solo optimiza procedimientos, sino que también hace una cirugía segura, mínimamente invasiva con rápida recuperación del paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Pieloplastia laparoscópica con injerto de mucosa oral en una paciente con estenosis pieloureteral iatrogénica. Técnica quirúrgica y reporte de 1 caso

Villanueva, MJ⁽¹⁾; Carafí, A⁽¹⁾; Sanhueza, J⁽¹⁾; Olmedo, T^(1, 2); Díaz, P^(1, 2); Marchant, F^(1, 2)

⁽¹⁾Urología, Hospital Clínico de la U. de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Urología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Introducción: La obstrucción pieloureteral (OPU) en adultos, es una condición rara y menos estudiada que en la población infantil. Dentro de sus causas encontramos condiciones congénitas y adquiridas. De estas últimas las causas asociadas un proceso de cicatrización anormal secundaria a litiasis, radioterapia o inflamación crónica, o las causas iatrogénicas (secundarias a ureteroscopías o pielotomías) representan un problema para los urólogos, ya que la fibrosis asociada, dificulta los tratamientos quirúrgicos reconstructivos habituales (Pieloplastia desmembrante). La pieloplastia con injerto de mucosa oral se ha posicionado como una técnica novedosa y efectiva en el manejo de estos pacientes, especialmente, cuando ha fracasado una pieloplastia desmembrante con anterioridad, sin embargo, la evidencia aún continúa siendo limitada.

Materiales y métodos: Caso clínico: Se reporta el caso de una paciente de 31 años, sin antecedentes médicos previos, tratada por una litiasis en la unión pieloureteral derecha a través de una ureteroscopia flexible con láser de Holmium e instalación de catéter doble jota, el cual se retira al mes. Un año después la paciente consulta en nuestro servicio por un cuadro de dolor lumbar derecho. Se realiza una tomografía con fase de eliminación que evidencia una estenosis pieloureteral derecha severa asociada a hidronefrosis y adelgazamiento del parénquima renal derecho. Se decide realizar una pieloplastia laparoscópica con injerto de mucosa oral. Se presenta en este video, la técnica quirúrgica para la obtención del injerto, y la pieloplastia posterior con instalación del injerto de mucosa oral.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente luego de la cirugía, con resolución de la hidronefrosis derecha y ausencia de filtración del medio de contraste en anastomosis pieloureteral derecha en la tomografía con fase de eliminación de control (a las 2 semanas post operatorias).

Conclusiones: La pieloplastia con injerto de mucosa oral es una alternativa segura y potencialmente efectiva en pacientes con estenosis pieloureteral secundaria a cirugías urológicas o de causa inflamatoria. Dado que aún es una técnica novedosa y poco masificada, se requieren más estudios que comparen su efectividad contra los tratamientos habituales en este grupo de pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

PIELOLITOTOMIA LAPAROSCOPICA EN RIÑON EN HERRADURA

Berber Deseusa, AD⁽¹⁾; Rosas Nava, JE⁽¹⁾; Jimenez Cisneros, E⁽¹⁾; Corona Montes, VE⁽¹⁾; Dominguez Sandoval, IS⁽¹⁾; Sanchez Gilbert, JE⁽¹⁾; Montesinos Ramírez, S⁽¹⁾; Flores García, LR⁽¹⁾; Fernandez Venegas, A⁽¹⁾

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

Paciente femenino de 51 años de edad con diagnóstico de litiasis pielica derecha (4 x 3 cm) con variante anatomica de riñon en herradura, se realizo pielolitotomia laparoscopica derecha extrayendo lito completo y realizando colocacion de cateter jj derecho con adecuada colocacion, tiempo quirurgico : 4:00 horas, sangrado transoperatorio:70ml, primeras 24 horas : drenaje penrose 24horas: 30 ml , sonda transuretral 2200 ml egresada a las 48 horas del postoperatorio sin penrose y sin sonda transuretral . Se retira cateter jj derecho a las 4 semanas sin complicaciones

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Manejo quirúrgico mínimamente invasivo de estenosis pieloureteral: Pieloplastia laparoscópica con abordaje cistoscópico auxiliar

Ávila, C⁽¹⁾; Benítez-Filselcker, A⁽¹⁾; Olea, M⁽¹⁾; Vilches, R⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. ⁽²⁾Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile.

Introducción:

La estenosis de la unión pieloureteral es una causa reconocida de hidronefrosis obstructiva en adultos, pudiendo manifestarse con dolor lumbar, infecciones urinarias recurrentes o deterioro progresivo de la función renal. El tratamiento quirúrgico ha evolucionado hacia técnicas mínimamente invasivas que buscan preservar la función renal y reducir la morbilidad postoperatoria.

Materiales y Métodos:

Se presenta un video descriptivo con relato docente de una pieloplastia por vía laparoscópica en una paciente de sexo femenino de 57 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, e histerectomía total por miomas. La paciente presentó un cuadro de piodonefrosis derecha en agosto de 2024 que requirió instalación de pigtail ipsilateral. En ureteropielografía retrógrada intraoperatoria se evidencia estenosis pieloureteral. Se completa estudio con cintigrama renal DMSA que informa función renal relativa 24% a derecha, 76% a izquierda. Se indicó pieloplastia derecha laparoscópica con abordaje cistoscópico auxiliar.

Resultados:

La cirugía se llevó a cabo sin incidentes. Se realizó prueba de hermeticidad intraoperatoria en forma exitosa. El tiempo operatorio fue de 100 minutos, sangrado estimado de 150 cc y la estadía hospitalaria fue de 2 días. El video detalla pasos claves de la técnica e hitos anatómicos clave para la identificación de la zona estenótica y posterior plastia y reconstrucción.

Conclusión:

Esta estrategia combinada permite una mejor visualización intraoperatoria, facilita la orientación anatómica en casos complejos y contribuye a una cirugía más segura y eficiente. El abordaje híbrido mínimamente invasivo representa una alternativa eficaz y reproducible para el tratamiento quirúrgico de esta patología en pacientes adultos.

Palabras clave:

Estenosis pieloureteral, Pieloplastia laparoscópica, Abordaje combinado, Cirugía mínimamente invasiva

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Ureterocalicostomía laparoscópica asistida por robot en el contexto de riñón en herradura y obstrucción de la unión ureteropélvica.

Chirinos Vargas, J⁽¹⁾; Garcia Andrade, J⁽²⁾; Escobar Pabón, G⁽¹⁾

⁽¹⁾Urología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador. ⁽²⁾Urología pediátrica, Hospital Meropolitano de Quito. Quito, Ecuador.

Introducción: La ureterocalicostomía es opción terapéutica utilizada principalmente como alternativa de rescate en casos de obstrucción de la unión pieloureteral (UPU) compleja o recurrente, especialmente cuando existen condiciones anatómicas desfavorables como un riñón en herradura, pelvis renal intrarrenal, fibrosis peripélvica. El objetivo de este video es demostrar la técnica de la ureterocalicostomía laparoscópica asistida por robot en un paciente con estenosis de UPU en un riñón en herradura.

Materiales y métodos: Preoperatoriamente, se realizó Urotomografía simple y contrastada, gammagrafía renal y reconstrucción digital para definir las características anatómicas. Se utilizó un abordaje transperitoneal, con cuatro trócares DaVinci®, seguido de disección del retroperitoneo, el uréter proximal y riñón derecho, hilio renal y el segmento de fusión inter renal. Tras observar exceso de pelvis y corta longitud del uréter proximal, se procedió a elegir un sitio de anastomosis en zona latero caudal de riñón, se espatulo el uréter y se confecciono la anastomosis de sutura barbada, seguido de inserción de catéter j y resección de pelvis redundante y rafia de la misma con sutura continua. El vídeo muestra paso a paso la anastomosis ureterocalicial y explica consejos y trucos.

Resultados: El tiempo operatorio total fue de 135 minutos, con una pérdida sanguínea estimada de 125 ml. El catéter JJ se retiró a los 40 días del postoperatorio. No se reportaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Mejoría significativa de la sintomatología, sin dolor ni masa palpable. El recuento de creatinina sérica y la tasa de filtración glomerular (TFG) tras la extracción del catéter JJ fueron de 0.9 mg/dl y 70 ml/min, respectivamente. En estudios de imágenes control se observó moderada dilatación crónica del sistema calicial.

Conclusiones: La técnica descrita de ureterocalicostomía laparoscópica asistida por robot en riñón en herradura es técnicamente viable, segura y eficaz, con alta satisfacción del paciente y convalecencia temprana. Su resultado es comparable a la de la pieloplastia primaria en riñones en herradura y heterotópicos. Se requieren series más amplias para una comparación más precisa.

Palabras clave: Riñón en herradura; obstrucción de la unión ureteropélvica Estenosis de unión pieloureteral, Ureterocalicostomía asistida por robot.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

RESOLUCION LAPAROSCÓPICA DE URETER RETROCAVO

Chavez Ramos, D⁽¹⁾; Paz Cabrera, LG⁽¹⁾

⁽¹⁾UROLOGIA, CAJA DE SALUD DE CAMINOS. LA PAZ, BOLIVIA.

INTRODUCCIÓN

El uréter retrocavo es una anomalía congénita rara, con una incidencia de 1 por cada 1500 nacidos vivos. La corrección quirúrgica estándar implica la resección del segmento retrocavo del uréter.

El vaso anómalo provoca compresión del uréter derecho, llevando a diversos grados de hidronefrosis, lo que resulta en distintas presentaciones clínicas.

Es más común en los hombres que en las mujeres, con una relación de 3:1

OBJETIVO

Describir el caso clínico de un paciente con uréter retrocavo , su resolución por vía laparoscópica y la revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 31 años de edad, sin antecedentes previos de importancia, que acudió a la consulta por dolor lumbar derecho de tipo colico intermitente de mas de 3 meses de evolución.

Ecografía renal con hidronefrosis derecha.

Realizamos tomografía contrastada donde se evidencia trayecto retrocavo del uréter derecho.

Realizamos una cirugía laparoscópica por via anterior transperitoneal, con colocación de 4 trocares de 5 y 10 mm., liberación del uréter, sección y reubicación del mismo sobre la vena cava, con una anastomosis uretero-ureteral con sutura barbada

El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos, sangrado de menos de 50 ml. fue dado de alta a las 48 horas de la cirugía.

CONCLUSIONES

El uréter retrocavo es una anomalía congénita que se presenta clínicamente en etapas tardías de la tercera y cuarta décadas de la vida.

El abordaje por mínima invasión laparoscópico transperitoneal se presenta como una opción que ofrece las ventajas de un menor sangrado transoperatorio y un menor tiempo de hospitalización en comparación con la cirugía abierta.

PALABRAS CLAVE Laparoscopia, tomografía, sutura barbada

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Reparación de fistula vesicovaginal con sistema robótico Versius

Santomil, F⁽¹⁾; Muñoz, G⁽¹⁾; Zucchi, JA⁽¹⁾

⁽¹⁾urología, Hospital Privado de Comunidad. mar del plata, Argentina.

Introducción:

Una fístula vesicovaginal es una comunicación entre la vejiga y la vagina con fuga de orina. Suele requerir cirugía. La robótica ha emergido para casos complejos, mejor visualización y facilita la disección del espacio vesicovaginal.

Objetivo:

Describir a través de un vídeo, un caso clínico de una fistula vesicovaginal y su reparación quirúrgica utilizando el sistema robótico Versius.

Caso:

Mujer de 44 años. Histerectomía con lesión vesical que requirió laparotomía y rafia. A las 48 hs evisceración y colocación de dos mallas. A los 10 días, pérdidas de orina por vagina y es derivada a nuestro centro. A 45 días, se coloca sonda vesical. Resonancia magnética de pelvis; trayecto fistuloso en la cara anterosuperior de cúpula vaginal y pared posterior de vejiga de 6 x 6 mm.

Cirugía con asistencia robótica por el sistema Versius.

Anestesia general, posición francesa, cistoscopia; en fondo de piso vesical, trayecto fistuloso hacia vagina, se canalizan meatos con catéteres ureterales de 6 fr. Sonda foley 16 fr para tutorizar la fistula. Movilizador uterino.

Neumoperitoneo.

Trocar de 12 mm para torre de cámara de 0°.

Trócares; 2 de 6 mm laterales a los músculos rectos, para torres de trabajo y 2 accesorios, de 6 mm a nivel de hipocondrio izquierdo y 12 mm a nivel del flanco izquierdo para el ayudante.

Incisión del peritoneo sobre la vagina.

Localización del catéter.

Circuncisión del trayecto a nivel de vagina y a nivel de vejiga.

Cierre de la vejiga con V-Lock 3.0 en dos planos.

Flap de peritoneo entre ambas líneas de sutura.

Cierre de la vagina en dos planos.

Se interpone tejido adiposo.

Drenaje.

Resultados:

Tiempo quirúrgico 1 hs 51 min, tiempo de consola 1 hs 40 min, sangrado 150 ml. Manejo del dolor con analgesia oral, a las 48 hs se retira drenaje, se externa a las 72 hs.

A los 30 días se realiza cistografía sin extravasación de contraste.

Conclusión:

Las plataformas de cirugía robótica han revolucionado el abordaje de procedimientos complejos, ofreciendo visualización anatómica y precisión superior. En nuestro caso, la plataforma Versius demostró gran utilidad para abordaje y resolución quirúrgica de la patología.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

Modified Laparoscopic Davydov Surgery for Mayer-Rokitansky Syndrome

Costa, VL⁽¹⁾; Britto, AFdS⁽¹⁾; Gorgen, ARH⁽¹⁾; de Oliveira, RT⁽¹⁾; Cabral, RD⁽¹⁾; Tavares, PM⁽¹⁾; Rosito, TE⁽¹⁾

⁽¹⁾Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas. Porto Alegre, Brasil.

Introduction

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome is a rare congenital condition characterized by agenesis or hypoplasia of the uterus and upper two-thirds of the vagina in individuals with normal 46,XX karyotype and functional ovaries. It affects approximately 1 in 4,500–5,000 female births. Patients typically present with primary amenorrhea, but may also report dyspareunia if a short vaginal pouch is present. Surgical neovagina creation is indicated in symptomatic patients or those who fail non-surgical dilation methods. The Davydov procedure, a laparoscopic technique using peritoneum to line the neovagina, has shown favorable anatomical and functional outcomes.

Case Summary

A 32-year-old woman was referred due to lifelong history of deep dyspareunia, present since sexual debut at age 16. At age 21, she was diagnosed with MRKH syndrome after work-up for primary amenorrhea. On gynecological examination, a vaginal canal measuring 4 cm in depth was identified. The patient had not undergone prior vaginal dilation therapy and expressed strong interest in surgical correction to improve sexual function.

A laparoscopic Davydov vaginoplasty, using a modified technique, was performed. The procedure involved the dissection of a neovaginal space between the bladder and rectum, followed by mobilization of the peritoneum from the pouch of Douglas and its fixation to the vaginal introitus. A mold was left in place postoperatively and the patient was instructed on regular dilation.

At 3-month follow-up, the neovagina measured 15 cm in depth, with adequate width and epithelialization. The patient reported complete resolution of dyspareunia and was highly satisfied with the cosmetic and functional results. No complications were observed during the perioperative or postoperative period.

Conclusion

This case illustrates the successful use of a modified Davydov laparoscopic vaginoplasty in a patient with MRKH syndrome and a short vaginal canal. The procedure provided excellent anatomical and functional outcomes, with significant improvement in sexual function. Laparoscopic neovaginoplasty remains a valuable option for patients with MRKH, particularly when non-surgical approaches are declined or unsuccessful. Individualized surgical planning and long-term follow-up are essential to ensure durable results and patient satisfaction.

Financiamento / conflicto de intereses: CAPES

Abad, Jaime: O-12, O-13, V-37
 Acevedo Monroy, Jose Dagoberto Gerardo: .. V-53
 Acevedo, Cristian:..... V-19
 Acosta, Macarena Julieta: P-19
 Acosta, Macarena:..... O-31, V-43
 Acuña Galvez, Esteban: V-50
 Acuña, José Ignacio: O-99
 Adalid Loma, Gabino: V-11
 Adriana, Guerra: P-44
 Agreda Castaneda, Fernando: P-10, P-23
 Agreda Castañeda, Fernando: P-09
 Águila, Felipe:..... O-11, O-12, O-13, V-36, V-37
 Aguilar, Anaisa: O-42
 Alcacio- Mendoza, Jorge Augusto:..... P-22
 Alcántara Morales, María Fernanda: O-48
 Alcántara Quispe, Cinthia:..... O-83, O-84
 Alfaro Carvajal, Alfredo: O-88, O-89, P-48
 Aliaga, Alfredo: V-34, V-49
 Alías Melgar, Alejandro: P-11
 Almanza Gonzalez, Mario Silvino:..... O-39
 Alonso Grandes, María: O-51, O-61, O-69, O-94, V-04, V-06
 Alshamsi, Hend:..... O-53
 Altenburger Neuhauser, Matheus: O-40
 Alvear Godoy, Marcelo: V-48
 Amado, Jaime: O-36, O-38, O-46, O-86, V-24
 Amarillas Gastélum, Carlos Ángel: P-17
 Ameri, Carlos:..... O-02, O-16, O-55, O-59, O-62, P-37
 andrade, fernando:..... O-31, V-43
 Andreev, Sergey:..... O-77, O-80, O-101
 Andriola, Mauricio:..... V-49
 Andriola, Mauro:..... V-05
 Andrusco Fidalgo, Alexander: V-48
 Andrusco, Alexander: O-34, V-51
 Angeloni, Bruno:..... V-02
 Anna, Ríos: O-50, V-17
 Anthony, Barria: P-49
 Antony, Barria: P-44
 Araujo Lima, Neide Paula Bartolomeu de:..... O-72
 Araúz, Lia: V-17
 Araúz, Rafael: P-27
 Araya Salcedo, Felipe: V-48
 Araya, Felipe:..... V-51
 Arcenio, Ariel: V-39
 Arellano Romero, Israel:..... V-01
 Arias Orellana, Esteban: O-65
 Arias, khayam: O-100, P-47
 Arias, khayam: P-18
 Arosemena, Jose: P-09, P-10
 Arrocha, Jesus:..... O-102
 Arrus Soldi, J.A: V-11
 Ascanio Rojas, Javier:..... V-50
 Autrán Gómez, Ana María:..... O-83, O-84
 Ávila Herrera, Pedro: P-25
 Ávila Ruíz, Tania: V-01

Ávila, Cristobal:.....	O-07, O-11, O-12, O-13, O-45, P-26, V-05, V-19, V-37, V-57
Avila, Pedro:.....	P-35, V-21
Baccaglioni, Willy:.....	V-26
Baeza, Cristina:.....	V-42
Banda Martinez, Eduardo Alonso:.....	V-13, V-16, V-25, V-54
Banda Ramos, Lorena Paola:.....	O-14
Banda Ramos, Lorena:.....	O-16, O-62, O-104
Barahona, Jaime:.....	O-13, V-37
Barreto, Mariana:.....	O-90
Barria, Anthony:.....	P-18
Barría, Antony:.....	O-100, P-47
Barrios Muñoz, Gastón Andrés:.....	O-65
Batagello, Carlos:.....	O-103
Batista, Lucas:.....	O-28
Bautista Ángeles, Zitlalli:.....	O-44
Bautista Rodríguez, Elizabeth:.....	O-44
Belinky, Javier:.....	O-03, O-04, O-05
Benítez-Filselcker, Andrés:.....	O-07, O-11, O-12, O-13, O-45, V-34, V-36, V-37, V-57
Benitez, Andrés:.....	V-05, V-19
Berber Deseusa, Anuar Daniel:.....	V-40, V-56
Berger, Milton:.....	O-76
Bernal Montemayor, Beliza:.....	P-12, P-27
Bernal, Beliza:.....	O-08, O-64, O-68, P-42
Bernaschina-Rivera, Claudia:.....	P-15
Berrios, Marcial:.....	P-31
Bezama Urriola, Pablo:.....	O-65
Bianco, Bianca:.....	P-07
Blanca, Mendo:.....	V-14
Blas, Lean:.....	O-108
Blas, Leandro:.....	O-02, O-14, O-16, O-29, O-62, O-104
Bley, Enrique:.....	O-06
Bodden, Elias:.....	P-09, P-10, P-23
Botello Gómez, Pedro Jair:.....	P-16
Brasil, Elaine:.....	O-103
Bravo Castro, Edgar Ivan:.....	O-52
Britto, Alissa Fernanda de Sousa:.....	V-18
Britto, Alissa Fernanda de Souza:.....	O-71, O-73, O-74, O-76, V-61
Bujaldon, Juan Manuel:.....	O-70
Burioni, Adrián:.....	O-37
Burttet, Lucas Medeiros:.....	O-71, O-73, O-74, O-76
Bustamante Basso, Carlos:.....	O-65
Bustamante Valenzuela, Paz:.....	V-50
Byer, Armando:.....	O-68
Cabral, Renan Desimon:.....	O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
Cabrera Chamba, Adriana Elizabeth:.....	O-51, O-61, O-69, V-06
Calderón Cortés, Julio:.....	P-13
Calderón, Julio:.....	V-26
Camacho-Trejo, Victor:.....	V-22
Camean, Juan Jorge:.....	O-52
Cameron Llanes, Sebastian Emmanuel:.....	O-82
Campos Salcedo, José Gadú:.....	V-53
Campos, Darío:.....	O-56, O-57, O-58, P-28, V-44
Campuzano Buenrostro, Margarita:.....	V-53
Cañas, Rodrigo:.....	O-27, P-26

Capiel, Leandro:.....	V-02
Capponi, Nicolas:.....	P-20
Caradonti, Matias:.....	O-31, P-19, V-43
Carafi, Agustín:.....	V-55
Cárdemas, Cesar:	O-68
Cárdenas Q., César:.....	P-03
Cárdenas, Cesar:	O-08, O-64, P-42
Cárdenas, Pablo:	O-50, V-17
Carneiro, Arie:	P-07, V-26, V-35
Carrillo, Mauro:	V-46
Caserta Lemos, Gustavo:	P-07
Castillero, Adelys:.....	O-87, O-106
Castillo Familia, Geraldini Odett:.....	O-90
Castillo Familia, Geraldini:.....	O-88, P-48
Castillo Familia,, Geraldini:.....	O-89
Castillo, Ilka:.....	O-87
Castillo, Octavio:	O-56, O-57, O-58, P-28, V-44
Castillo, Shirley:	O-95, V-41
Castrejon - Garcia, Jesus David:.....	P-22
Castrejón García, Jesus Castrejon:.....	V-40
Castro Bac, Juan Francisco:.....	O-49, P-06
Castro, Jorge:	P-09
Catalá, Violeta:	O-52
Cernuda Pereira, Casilda:.....	O-94
Chacon Andrade, Juan Sebastian:.....	P-39, P-40
Chacón, Rodrigo:	V-42
Charles, Sly:.....	O-01
Chavez Ramos, David:.....	V-59
Chechile, Gilberto:.....	P-31
Chirinos Vargas, Jhonan:.....	O-15, V-58
Chiwo Quintana, Luis Gerardo:.....	P-11, P-30
Cholico Espericueta, Magnolia:.....	V-53
Chumikov, Anton:	O-78
Cid, Antonieta:.....	O-99
Collavini, Martin:.....	V-02
Consigliere, Lucas:	O-12, O-13
Contreras García, Ricardo:.....	V-11
Contreras, Pablo Nicolas:.....	O-14
Contreras, Pablo:.....	O-52, O-62, O-104
Cordero-Pacheco, Jose:.....	P-15
Cornejo Proaño, Francisco Javier:	V-13, V-15, V-16, V-20, V-25, V-54
Corona - Montes, Victor Enrique:	P-22
Corona Montes, Victor Enrique:.....	O-39, V-40, V-56
Coronel Godoy, Francisco Xavier:	V-13, V-15, V-16, V-25, V-54
cortazzo, jose:	O-17
Cortes Cruz, Eder Abad:.....	P-02
Cortez Betancourt, Roberto:	P-16
Cortez Cruz, Eder Abad:.....	V-38
Cortez Sánchez, José Luis:	O-44
Costa, Pedro:.....	V-26
Costa, Vicente Lobato:.....	O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
Coyotl Zahuantitla, Kevin:.....	O-44
Coz, Fernando:.....	O-91
Crespo, David:	O-08, O-64
Cristallo, Christian:.....	O-25

Cruz, Erlen: O-92
Cueto Vega, Guillermo: P-34
Cuevas Seguel, Pablo:..... O-107
Cuevas, Pablo:..... P-36, V-30
Cunha, Rafael:..... V-26
Cunha, Tamara:..... V-39
D Guilio, Gabriela:..... V-11
Danilovic, Alexandre: O-103
Danitzel, De Lora:..... P-44, P-49
de Albuquerque, Roberta Rahal:..... O-71, O-73, O-74
De Araujo Lima, Neide Paula Bartolomeu: O-60
De Gracia, Armando: O-47
De la Fuente, Marcelo:..... P-36
De la Llera, Juan Francisco:..... O-12, O-13, V-37
de León Jaén, Siviardo:..... O-23
De León, Sintya: O-100
De León, Siviardo: O-23, O-100, P-18, P-47
De Leon, Synthia: P-18
De Leonardis, Federico:..... O-63, V-29
De Lora, Danitzel:..... O-100, P-18, P-47
de Oliveira, Renan Timóteo:..... O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
de Souza Britto, Alissa Fernanda:..... O-40
del Pozo, Franco Andres:..... O-28, V-39
Del Re, Norberto:..... O-31, P-19, V-43
Díaz Fuentes, Huber: P-01, P-34, P-45
diaz zorita, victoria: O-59, O-93, O-108
Diaz, Pablo:..... V-05, V-55
Dib, Martin:..... O-31, V-43
Dini, Leonardo Infantini: O-76
Dominguez Sandoval, Israel Salvador:..... V-40, V-56
Domínguez, Raimundo: V-23, V-27
Dorado Valentín, Dorado:..... V-04
Dorado Valentín, Montserrat: O-51, O-61, O-69, O-94, V-06
Dorsemaine, Marcio Gastón: O-67
Dorsemaine, Marcio:..... O-22
dos Santos, Emanuel Burck: O-76
Dumas Castro, Sebastian: V-11
Dzidzaria, Aleksandr: O-43
Ebel Sepúlveda, Luis: P-36
Ebel, Luis: O-83, O-84, O-107, V-30
Eguia, Carolina: O-54, O-70
Elias Rosito, Tiago:..... O-40
Eltit, Ignacio:..... O-34, O-99, V-23, V-27
Elvis, Veroy: P-44, P-49
Escalante Alvaro, Alejandro: O-30
Escobar Pabón, Gabriela:..... O-15, V-58
Escobar-Pabón, Gabriela Elizabeth: O-33
Espino, Gustavo: O-87, O-102, O-106
Espinosa Rubiales, Martin: P-01
Espinoza-Mora, Kimberly: O-97
Espinoza, Guillermo: O-49
Fajardo Yamamoto, Leonardo Antonio: P-25
Falcioni, Maximiliano:..... O-90
Favotto Burgueño, Carlos Isabelino: O-92
Favre, Gabriel: O-22

Fentini, Clarisa:..... O-03
 Fentini, Maria Clara:..... O-04, O-05
 Fernandez Venegas, Alonso: O-39, V-40, V-56
 Ferreiro-Pareja, Cristina:..... P-31
 Fettser, Denis: O-78, O-79
 Fiandra, Daniel:..... O-18, O-19
 Fiandria, Daniel: V-03
 Figueroa, Edgar:..... O-08, P-10
 Filgueira, Guillermina:..... O-02, O-55, O-59, O-93, O-96, O-104, V-03
 Flores García, Luis Raymundo: V-40, V-56
 Flores Guadarrama, Luis Miguel: P-11, P-30
 Flores Torres, Francisca:..... O-107, P-36
 flores, francisca:..... V-30
 Foneron Burgos, Andrónico: O-107, P-36
 Foneron Villarroel, Alejandro:..... O-107, P-36
 foneron, alejandro: V-30
 foneron, andronico: V-30
 Fonseca, Ramiro: P-31
 Fontanet Soler, Sofia:..... P-13
 Frenk, Clara: V-05, V-34
 Fuentealba, Cynthia: V-32
 Funes Béjar, Maria:..... V-11
 Gaboardi, Franco: O-63, V-29
 Gaona, Fernando:..... P-13
 Gárate Ortega, Sebastián:..... O-107
 Gárate, Sebastián: P-36, V-30
 Garcia Andrade, Jorge: V-58
 García Díaz, Carlos:..... P-02, V-38
 Garcia Escobar, Jean Carlo:..... O-39
 García Escobar, Jean Carlos: O-50, V-17
 García Escobar, Jean:..... O-95, V-41
 Garcia Marchiñena, Patricio Aitor:..... O-67
 García Marchiñena, Patricio: O-35, O-83, O-84, V-33, V-46
 Garcia Navarro, Alejandro:..... P-13
 García Sánchez, Gisselle Lourdes: P-11
 Garcia Velandria, Francisco: O-15
 García-Arteaga, Pablo:..... V-09
 Garcia, Patricio: V-47
 Gardelini, Arnulfo:..... P-27
 Garibo Rodríguez, Abigail:..... P-11
 Gasparotti, Juan Cruz:..... O-36, O-38, O-46, O-86, V-24
 gentili, georgina: O-90
 Gil, Antonia: O-13, O-27, V-37
 Gimenez, Cristhian: P-43
 Giraldo Aristizabal, Claudia: O-03, O-04, O-05
 Gisone, S:..... O-63, V-29
 Giudice, Carlos Roberto: O-22
 Giusti, Guido:..... O-63, V-29
 Goad, Kevin: O-100, P-18, P-47
 Gómez, Reynaldo:..... O-20
 González Arredondo, Alejandro: P-02, V-38
 González Domínguez, Miguel: P-25
 González González, Carlos Arturo: P-17
 González León, Tania: O-105
 González, Alexander:..... O-50, V-17

Gonzalez, Felipe: P-35, V-21
 Gonzalez, Maria José: O-92
 González, Mariam: O-08, O-68, P-42
 Gonzalez, Mariano Sebastian: O-25
 Gonzalez, Mario: O-24, O-26
 Gonzalez, Miguel: P-35, V-21
 Gorgen, Antonio Rebello Horta: O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
 Gracia Velandria, Francisco Antonio: V-20
 Granado, Wolmar: O-42
 Gregorio Beruti, Manuel: V-02
 Guaní Toledo, Fernando: P-25
 Guedez, Carlos: O-42
 Guerra, Adriana: O-100, P-18, P-49
 Guerricagoitia, Antonella: P-19
 Guevara Gómez, Rodrigo: O-83, O-84
 Guevara Yanqui, Gabriel Roman: O-30
 Guevara, Giuliana: P-20
 Gurovich, Joaquin: O-27, O-52, P-26, V-19
 Hassi, Mario: V-23, V-27
 Henríquez, Diego: P-26, V-34
 Hernandez-Cruz, Michael Efrain: V-14
 Hernadez, David: O-106
 Hernandez - Remess, Hector: P-22
 Hernandez Grajeda, Lourdes: P-38, P-46, V-28
 Hernandez Méndez, Erick Alejandro: O-88, O-89, O-90
 Hernandez Mendez, Erick: P-48
 Hernandez Mendez, Regina: O-39
 Hernandez Palacios, Gustavo Armando: V-53
 Hernandez-Gaytán, Cristian Axel: O-63, V-29
 Hernández, David: O-87, O-102
 Herquiñigo, David: O-56, O-57
 Herranz Yagüe, Jose Antonio: O-51, O-61, O-69, O-94, V-04, V-06
 Herrera Canales, Leonel: O-65
 Heskia, Sebastián: O-13
 Hidalgo Ricaldy, Jonathan: O-35, V-33, V-46
 Hidalgo, Jonathan: V-47
 Horn, Christopher: O-91
 Iacobelli, Antonio: O-06, O-91, V-42
 Infanzon Chacon, Dacil Samaria: P-33
 Inostroza Aqueveque, Carla Gabriela: P-04
 Inzunza Navarro, Jose Antonio: O-88, O-89, P-04, P-48
 Iñiguez, Sebastian: P-26, V-34, V-49
 Isaev, Teymur: O-09, O-66, O-75, O-77, O-78, O-79, O-80, O-101, V-45
 Jaime, Barahona: O-12
 Jaspersen Gastelum, Jorge: O-39
 Jesús, Mogollon: V-44
 Jimenes Cisneros, Eduardo: P-39
 Jimenez Cisneros, Eduardo: O-39, V-40, V-56
 Jiménez Roig, Rubén: O-105
 José Manuel, Ramírez García: P-02
 Juan, Osorio: P-44
 Juan, Ososrio: P-49
 Julio, Calderon: V-35
 Jurado Navarro, Alberto: O-35, V-33
 Jurado, Alberto Manuel: O-67, V-46

Jurado, Alberto:.....	O-108, V-47
Kayan, Arias:	P-44, P-49
Kayano, Paulo:.....	V-26, V-35
Kerkebe, Marcelo:.....	V-32
Kessler, Marina Silveira Martins:	O-76
Kevin, Goad:.....	P-44, P-49
Kho, Lan:	O-77
Kirche Duarte, Ivan:.....	P-07
Kirche, Ivan:	V-26
Kolesnikov, Nikolai:.....	O-66
Kuznetsova, Daria:.....	O-101
Landerer, Eduardo:	O-20
Lara Moscoloni, Luis Felipe:.....	V-13, V-15, V-16, V-20, V-25, V-54
Leal, Gabriel:	O-103
Ledezma, Rodrigo:.....	O-27
Leon, Randick:.....	O-42
Lia, Arauz:	O-50
Lillo, Felipe:.....	O-20
Liyo, Juan Cruz:.....	O-37
Llanos Poma, Ebert Williams:	O-30
Lobos Fredes, Rodrigo:.....	O-65
López Fernández, Susana:	V-11
Lopez Moya, Pedro:.....	O-65
López Silva, Maximiliano:.....	O-52
López-Ponce de León, Lucas:.....	V-32
Lopez, Francisco:.....	O-29
Lorenzi Daniel, Beatriz:.....	P-07
Loyola, Martín:	V-27
Lucas, Consigliere:	V-37
Machado Tavares, Patric:.....	O-40
Mandujano, Felipe:	O-91
Manzanares Sánchez, Victor:.....	O-65
Manzanilla Garcia, Hugo Arturo:	P-33
Marchant, Fernando:	O-11, O-12, O-13, V-19, V-36, V-37, V-55
Marchini, Giovanni:.....	O-103
Marcucci, Miguel:.....	O-100, P-18, P-47
Marini, Micaela:.....	V-47
Marquez Maria, Julieta:	O-14
Márquez Negro, Alfonso María:.....	O-51, O-61, O-69, O-94, V-04, V-06
Márquez Ruiz, Daniela:	O-105
Márquez, Isidora:	O-91
Márquez, Maria Julieta:	O-29, P-32, P-37
Marrugat, Marcos:.....	V-02
Marta, Sanchez:.....	P-44, P-49
Martinez Alonso, Ivan Azael:	V-53
Martinez Dominguez, Arsenio:.....	O-88, O-89, P-48
Martinez-Liahut, Diego Rafael:	O-97, V-14
Martinez, Arsenio:	P-43
Martinez, Emilia:	O-54
Mazzucchi, Eduardo:	O-103
McNeil, Ricardo:.....	O-98, P-03
Medina Bucio, Daniel:.....	P-39, P-40
Medvedev, Pavel:.....	O-09, O-66, O-75, O-77, O-78, O-79, O-80, O-101, V-45
Mendo, Blanca:	O-97
Mendoza Chuctaya, Giuston:.....	O-41, P-21

Mias, Fernando:	O-36, O-38, O-46, O-86, V-24
Mierzwa, Tiago:	O-90
Miguel, Marcucci:	P-44, P-49
Mijangos Carpentí, Martín:	P-01
Miranda Andrade, Guilherme:	P-07
Miranda, Maximiliano:	O-45
Mogollón, Jesús:	O-56, O-57, O-58, P-28
Mohr, Ernesto:	O-27
Mongelli, Luca:	O-63
Montagne, Vianette:	P-10
Montelli Yanzi, Guillermo:	O-25
Montesinos Ramirez, Sharon:	V-40, V-56
Montesinos-Ramírez, Sharon:	P-22
Montiel Delgado, Eduardo:	P-33
Moraes d'Avila Minatti, Alice:	P-07
Morales Fletcher, Mario:	P-03
Morales-Lopez, Ramphis:	P-15
Morantes Rolon, Ronal Alfonso:	P-39, P-40
Moreira Castro, Erick:	O-42
Moreira Del Pino, Erick Daniel:	O-42
Morena Cabrera, Juan Carlos:	V-40
Moreno Cabrera, Juan Carlos:	O-39
Moreno Pinzón, Laura:	O-98, P-03
Moreno, Laura:	O-08, O-64, O-68, P-42
Morozov, Nikolai:	O-09
Muñoz, Gastón:	P-20, V-52, V-60
Musetti, Jorge:	O-17, O-18, O-19, V-03
Nahas, William:	O-103
Navarrete Lara, Marcelo Alfonso:	P-36
Navarrete Lara, Marcelo:	O-107
navarrete, marcelo:	V-30
Navarro, Nicolás:	O-92
Nazar, Miguel:	O-54
Niakani, Sepehr:	O-53
Nicanor Sánchez, Saúl Isaac:	P-25
Obeso, Dario:	V-21
Ocadíz Márquez, Julio Cesar:	P-25
ochoa, gabriela:	V-30
Olazabal, Ainhoa:	O-53
Olea, Mauricio:	V-57
Olmedo, Tomás:	O-45, O-52, V-05, V-19, V-55
Orcine, Gabriel:	O-28
Orellana, Nelson:	V-32
Ortiz Martínez, Diana:	V-40
Ortiz Michel, Cristian Jesus:	P-33
Orvieto, Marcelo:	O-34
Osorio, Joel:	O-01
Osorio, Juan:	O-100, P-18, P-47
Otaola-Arca, Hugo:	O-34
Oyanedel Farias, Felipe:	O-107, P-36
oyanedel, felipe:	V-30
Pablo, Contreras:	O-16
Paesano, Nahuel:	O-52, O-88, O-89, O-90, P-31, P-48
Páez Borda, Álvaro:	O-51, O-61, O-69, V-06
Paganini, Gabriela:	P-31

Parada, Felipe:.....	V-27
Paredes, Rodolfo:.....	O-20
Pavlov, Andrei:	O-43
Paz Cabrera, Luz Gloria:.....	V-59
Paz, Simon:	O-42
Percovich, Federico:	V-02
Pereira Ferreira, Lucas:.....	O-28
Pérez - Trucco, Javier:	O-68
Pérez Espinoza, Armando:.....	O-48
Pérez Espinoza, José Armando:.....	P-16
Perez Trucco, Javier F.:	O-64
Pérez Trucco, Javier:.....	O-08, O-98
Perez-Ayala, Miguel:	V-22
Pérez-Herrera, Carlos:.....	P-03
Perez-Regetti, José Ignacio:.....	P-31
Pérez, Norah:.....	V-26
Perez, Sergio:	O-49
Perrela, Rodrigo:	O-103
perroni, leonardo:.....	O-17
Pino, José Manuel:.....	O-83, O-84
Pinto Martinez, Ulises:.....	V-50
Piñats, Nicolás:	V-32
Piqueras, Marta:	P-13
Pizzarello, Javier:.....	O-29, V-03
Prado, Ezequiel:	O-08
Priego Niño, Alejandro:.....	V-38
Proietti, Silvia:	O-63, V-29
Punte, Tomás:	O-12, O-13, V-37
Quelle Santana, Liliam:	O-105
Quintana Lacoste, Esteban:.....	O-65
Ramirez Espinoza, Juan:.....	O-65
Ramírez García, José Manuel:	O-44, V-01, V-38
Ramírez, Gabriela:	O-99
Rebello Horta Görge, Antonio:.....	O-40
Recalde Lara, César:	O-82
Rendón Sánchez, Juan David:.....	V-04, V-06
Reyes Arencibia, Pedro Raidel:	O-105
Reynaldo, Ross:	P-44, P-49
Rico, Luis:.....	O-14, O-16, O-62, O-104
Ringa, Maximiliano Daniel:.....	P-32
Ringa, Maximiliano:	O-52, O-54, O-55, O-59, O-70, O-93, O-96, O-108, P-37
Rios Pita, Hernando:	O-54, O-55, O-59, O-62, O-70, O-93, O-96, O-108, P-32, P-37
Rivera Cabañas, Jose Guadalupe:.....	P-39, P-40
Rodriguez - Gonzalez Cobian, Jose Manuel:..	P-22
Rodriguez Lay, Ramon:	P-23
Rodriguez Olivieri, Manuela:	V-02
Rodriguez Valle, Edson David:	P-33
Rodríguez-Carlin, Arquímedes:.....	O-56, O-57, O-58, P-28, V-44
Rodríguez-Faba, Óscar:	O-83, O-84
Rodríguez, Benigno:	P-27
Rodriguez, Luis:.....	O-23
Rodriguez, Tobias:	O-37
Rodriguez, Venezia:.....	O-42
Rojas Cohen, Alejandro:.....	O-88, O-89, P-48

Rojas Fiel, Isied:	O-105
Rojas Salas, Andrea:	V-48, V-50
Rojas Varas, Julio:	V-48
Rojas-Ramirez, Diana Carolina:	O-97, V-14
Rojas, Andrea:.....	O-34, V-51
Rojas, Ignacio:	O-99, V-23, V-27
Rojas, Julio:	V-51
Roldán Testillano, Rocío:	O-51, O-53, O-61, O-69, O-94, V-04, V-06
Román, Juan Carlos:	P-26, V-34
Romeo, Agustín:	O-37
Rompré-Brodeur, Alexis:.....	O-53
Rosas - Nava, Jesus Emmanuel:	P-22
Rosas Nava, Jesús Emmanuel:.....	O-39, P-39, P-40, V-40, V-56
Rosas Ramirez, Alejandro:	O-39
Rosito, Tiago Elias:.....	O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
Ross, Reynaldo:	O-100, P-18, P-47
Rubí-López, Bruno:	O-97
Ruiz-Castañé, Eduard:	V-11
Ruiz, Leticia:.....	O-95, V-41
Saavedra, Sonerys:.....	O-08, O-68, P-42
sabeh hamdan, pablo:.....	O-02, O-55, O-59, O-93, O-108
Sabeh, Pablo:.....	O-16
Sabugo Aguilar, Francisco:.....	O-107
Sáenz, Sebastián:.....	V-42
Saez Galaz, Gerardo:	O-65
Saez, Iván:.....	O-91
Sáez, Nicolás:.....	O-07
Salado, Yadiuska:	O-08, O-47, O-50, O-68, O-98, P-42, V-17
Salas, Kenneth:	P-23
Saldaño, Joaquín:	P-19
Salinas Laval, José Emilio:	O-107
Sánchez Curbelo, Josvany:	V-11
Sanchez Gilbert, Juan Esteban:.....	V-40, V-56
Sánchez Mata, Jesús Javier:.....	O-105
Sanchez Rendon, Andres:	V-31
Sánchez Salas, Rafael:	O-53
Sánchez Tamaki, Roberto:	O-105
Sánchez Villaseñor, Guillermo:	P-17
Sanchez, Marta:.....	O-100, P-18, P-47
Sanchiz, Sergio:	O-100, P-18, P-47
Sandoval Gómez, Ruffo:.....	P-34
Sandoval Tamayo, José Luis:	P-17
Sandoval, Jose luis:.....	P-38, P-46, V-28
Sanhueza, Joaquin:.....	V-05, V-19, V-55
Santamaría-Romero, Alma Nidia:	O-97
Santana Sarrhy, Lourdes:	O-72
Santillan, Diego:	O-25
Santinelli, Flavio:.....	O-36, O-38, O-46, O-86, V-24
Santomil, Fernando:.....	O-90, P-20, V-52, V-60
Sarrhy, Lourdes Santana:	O-60
Sautu Ferreira, Giuliano Emmanuel:	O-82
Saverio-Rodriguez, Fernanda:	V-07, V-08, V-09, V-10
Scalia, Ricardo:	O-63
Scalia, Riccardo:	V-29
Scavone, Paola:	O-92

Schaub, Andrés:	V-19
Scherñuk, Jordán:.....	O-22
Sepúlveda, Fábio:.....	V-39
Sergio, Sanchiz:	P-44, P-49
Shaw, Andrea:.....	O-95
Shcheglov, Nikolai:.....	O-09, O-77
Sheglov, Nikolai:	O-80
Sierra, Juan Manuel:	O-23
Silva Neto, Brasil:.....	O-71, O-73, O-74, O-76
Silveira, Renanta Kerschner:	O-71
Silveira, Renata Kerschner:	O-73
Silveira, Roberta Kerschner:.....	O-74
Simoes, Gabriel:.....	V-26, V-35
Sintya, De Leon:	P-44, P-49
Siviardo, De Leon:	P-44, P-49
soldano, juan mateo:	O-02, O-29, O-55, O-96
Soldano, Juan:.....	O-93, O-104
Soler Soler, Sergio:	V-48
Soler, Sergio:.....	V-51
Solodkii, Vladimir:	O-43
Soneira, Ayelen:.....	O-05
Soneira, Sara Ayelen:.....	O-03, O-04
Sosa, Augusto Martin:	O-14, P-32, P-37
Soto Troya, Irela:	O-98, P-12
Soublett, Óscar:.....	V-32
Souza, Pablo Cambeses:	O-76
Sovino Brown, Franco:	V-48, V-50
Sovino, Franco:.....	O-34, V-51
Spezzi Roncero, Lautaro German:.....	O-37
Steuer, Andres:.....	P-36
Suaste Carmona, Brenda:.....	O-83, O-84
Suquilanda, Edgar:.....	P-13
Tapia, Héctor:	P-27
Tavares, Patric Machado:.....	O-71, O-73, O-74, O-76, V-18, V-61
Teles, Saulo:.....	V-26
Tena Gonzalez-Mendez, Gerardo:	O-39
Timoteo de Oliveira, Renan:.....	O-40
Tirapegui, Federico:.....	O-22, O-25
Tirapegui, Sebastián Gustavo:	O-37
Toapanta, Jessica:	V-47
Tobia Gonzalez, Ignacio Pablo:.....	O-67
Tobia González, Ignacio:	O-37, O-90
Tobia, Ignacio:	O-22, O-25, O-35, V-33, V-46, V-47
Tobias-Machado, Marcos:	O-88, O-89, P-48
Toledo Jaureguberry, Hernán:	O-107
Toledo, Ernesto:.....	O-31, V-43
Toledo, Hernán:	P-36, V-30
Torrado Rico, Kristal:	O-65
Torres Gomez, Jesús Javier:	V-53
Torres, Camille:	V-07
Torricelli, Fabio:	O-103
Tresgallo Godinez, Karla Cecilia:.....	P-33
Troncoso Jara, Francisca:.....	O-107
Troncoso Schifferli, Luis Alberto:.....	O-107
troncoso, luis:.....	P-36, V-30

Trujillo Santamaría, Hegel:.....	O-32
Trujillo-Santamaría, Hegel:	O-97, V-14
Trushkin, Ruslan:.....	O-09, O-66, O-75, O-77, O-78, O-79, O-80, O-101, V-45
Tsibulskii, Aleksei:	O-43
Umaña Rodriguez, Juan:.....	P-04
Ureña, Rubén:	P-27
Valdez Flores, Rafael Alberto:	V-53
Valenzuela Grau, Rodrigo:	V-48
Valenzuela Viale, Roberto:.....	P-04
Valenzuela, Robert:.....	V-07, V-08, V-09, V-10
Valenzuela, Rodrigo:	O-34, V-51
Vallarino, Alberto:	O-08, O-68
Van Cauwelaert, Roberto:.....	O-57, O-58, V-44
Van Cauwelaert, Rojas:	O-56, P-28
Vantman Luft, Doron:.....	V-11
Vargas Magaña, Luis Alfredo:.....	V-31
Vargas Rangel, Ximena:	P-11
Vázquez Hernández, José de Jesús:	O-48, P-16
Vazquez-Rodriguez, Jan:	P-15
Vazquez, Sofía Cielo:	O-31, V-43
Vazquez, Sofía:	P-19
Vega Tepos, Ignacio Eduardo:.....	O-01
Vega, Andres:	P-26, V-34
Velarde, Laura:	O-20
Vera Veliz, Alvaro:.....	V-48, V-50
Vera, Álvaro:.....	O-34, V-51
Veroy, Elvis:	O-100, P-18, P-47
Vertanessian, Josefina:.....	O-25
Vicentini, Fabio:	O-103
Victorio Vargas, Omar Dimas:	V-53
Vilches, Roberto:	O-45, P-26, V-34, V-49, V-57
Villalobos, Yatzerith:.....	O-106
Villanueva, Manuel José:.....	V-55
Villanueva, Manuel:.....	V-05
Villasante, Nicolas:	O-02, O-29, V-03
Virasoro, Ramón:.....	V-04, V-06
vitagliano, gonzalo juan:.....	O-55
Vitagliano, Gonzalo:.....	O-54, O-59, O-70, O-93, O-96, O-108
Vizuete, Erika:	O-12, O-13, V-37
Wagner, Thomas:.....	P-36
Walton-Díaz, Annerleim:.....	P-26, V-34
Westphalen, Stephanie:.....	O-71, O-73, O-74
Woolvett, Florencia:	O-99
Yaber Gómez, Efren Kassim:	O-48
Zamitto, leonardo:.....	O-03, O-04, O-05
Zapata Gonzalez, Jose Antonio:	V-31
Zeballos Magni, Javier:.....	O-92
zeballos, javier:	O-17, O-18, O-19, V-03
Zimmermann, Denise:.....	O-35, V-33, V-46
Zucchi, José Ariel:	V-60
Zucchi, José:	P-20, V-52