

## P01) PREVALENCIA DE ESCAPE VENOSO GENUINO EN PACIENTES DERIVADOS PARA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS

Marconi, M.(1); Bravo, J.(1);

(1): Unidad de Andrología, Depto. de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** el Escape Venoso Genuino (EVG) es una etiología extraordinariamente infrecuente de Disfunción Eréctil (DE); sin embargo, es un diagnóstico presuntivo muy frecuente en pacientes derivados a Doppler Color de Arterias Cavernosas (DCAC) por estudio de DE. En el DCAC el diagnóstico EVG es altamente probable cuando se cumplen las siguientes condiciones: a) erección completamente rígida post inyección de 20 mcg de prostaglandina, b) caída rápida de la erección, c) Velocidad de Peak Sistólico (PSV) mayor de 35 cm/seg con Velocidad de Fin de Diástole (EDV) mayor de 5 cm/seg persistente post inyección.

**OBJETIVO:** evaluar en una serie de pacientes derivados a DCAC por DE la prevalencia de Escape Venoso Genuino.

**PACIENTES Y MÉTODO:** se analizaron de manera retrospectiva 180 informes de DCAC consecutivos realizados por el mismo operador. Se registraron los siguientes parámetros: diagnóstico de derivación, grado de erección logrado post inyección de 20 mcg prostaglandina intra-cavernosa, PSV, EDV y el diagnóstico final basado en resultado del examen.

**RESULTADOS:** De los 180 DCAC analizados, 39 pacientes (21,6 %) fueron derivados con diagnóstico presuntivo de EVG (edad promedio 31 años, rango 18-65). De esos pacientes, solo 8 cumplieron los criterios arriba mencionados para el diagnóstico. En los 31 pacientes restantes el DCAC fue informado como normal sugiriendo una etiología psicológica de su DE.

**CONCLUSIÓN:** La sospecha de Escape Venoso es una etiología frecuente de derivación para estudio de DCAC, representando un quinto del total de exámenes realizados. El diagnóstico de EVG se confirma en el 21 % de los pacientes derivados con el diagnóstico presuntivo, confirmando que si bien es cierto existe, es poco frecuente.

## P02) PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA ISLA DE RAPA NUI

Durruty, J.(1); Leyton, R.(1); Testa, I.(2);

(1): Hospital FACH, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** En Rapa Nui, viven 7750 personas 88,3 % pertenecientes a la etnia Rapa Nui. No se cuenta con datos epidemiológicos de enfermedades urológicas como la disfunción eréctil (DE). La prevalencia de DE en población general ha sido muy variable por los diferentes criterios y métodos diagnósticos. Se ha descrito una prevalencia de 52 % en hombres entre 40 – 70 años en la literatura. En Chile, 2 estudios en hombres entre 40 y 92 años obtuvieron resultados similares. En pacientes jóvenes se ha reportado una prevalencia de hasta un 45 % . El objetivo de este estudio es reportar la prevalencia de DE, en hombres de la etnia Rapa Nui, de Isla de Pascua.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo, realizado durante el mes de agosto de 2017 y 2018. Los voluntarios fueron pacientes de policlínico de urología general, pertenecientes a la etnia Rapa Nui. Se aplicó el cuestionario International Index of Erectile Function simplificado (IIEF-5), Version 1.0. Para determinar la prevalencia de DE en los encuestados, se usaron los puntajes establecidos en Scaling and Scoring of the International Index of Erectile Function Version 1.0, en base a la cual la DE se clasifica en Severa, Moderada, Leve-Moderada, Leve y Sin Disfunción.

**RESULTADOS:** Del total de 57 participantes de entre 28 y 76 años, se encontró a 39 con algún grado de DE, lo que equivale prevalencia total de 68 % en la muestra (IC 95 % 55-79). De ellos un 23 % (13) sufre de disfunción severa, 11 % (6) disfunción moderada, 9 % (5) disfunción leve - moderada y 26 % (15) disfunción leve.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio la prevalencia de DE fue mayor a la reportada de forma nacional e internacional, alcanzando una prevalencia de 68 % . Se encuestaron solo pacientes que acudían a consulta urológica, lo que puede constituir un sesgo de selección. La mayor causa de mortalidad en Isla de Pascua son las enfermedades cardiovasculares, representando el 25,4 % de las muertes. La DE es un marcador de riesgo para éstas, es posible que este trabajo sirva para desarrollar planes de detección y tratamiento multidisciplinario temprano, con el fin de disminuir las muertes por esta causa.

## P03) PREVALENCIA DE EYACULACIÓN PRECOZ EN HOMBRES JÓVENES CHILENOS

Leyton, R.(1); Testa, I.(2); Santander, I.(1); Durruty, J.(1);

(1): Hospital FACH, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La definición de eyaculación precoz (EP) ha sido motivo de controversia. En 2013, la ISSM estableció la definición de EP como una disfunción sexual en la que la eyaculación se produce siempre, o casi siempre antes o aproximadamente un minuto después de la penetración, con consecuencias personales negativas y evitación de las relaciones íntimas. En la actualidad no existen datos epidemiológicos fiables sobre la real prevalencia de la EP en la población general, ya que se han reportado diferentes resultados con múltiples definiciones para la misma enfermedad. Las cifras de prevalencia dependen en gran medida del rango etario, no obstante, se estima que afecta entre un 18 – 23 % de los varones entre 18-34 años; en población general alcanza un 40 % . En Chile no hay datos sobre la prevalencia de EP en hombres jóvenes. El objetivo del estudio es determinarla.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal. Se incorporaron al estudio 160 estudiantes (18-30 años) de medicina de la Universidad Mayor de Santiago, entre abril – septiembre de 2017. Se aplicó el Premature Ejaculation Diagnostic Tool Questionnaire, de auto llenado. Para determinar la prevalencia de EP, se usó la definición diagnóstica por puntaje del cuestionario; donde un puntaje de 11 o más, se encuentra comúnmente en hombres con EP, clasificándose como “altamente sugerente”. Un puntaje de 9 o 10 puede ser encontrado en hombres con EP, clasificándose como “borderline”. Un puntaje de 8 o menos es sugerente de que el paciente no tiene EP.

**RESULTADOS:** Del total, 94 % (150) no presentan EP, 4 % (6) se clasifican como borderline y 3 % (4) tienen alta sospecha para presentar EP. La tasa de prevalencia considerando a los borderline y alta sospecha alcanza un 6,25 % (IC 95 % 3,4-11,1). La categorización por cursos muestra al quinto año con la mayoría de los casos y los más severos.

**CONCLUSIONES:** Se reporta una tasa de prevalencia de EP del 6,25 % . Menor a la descrita en otros trabajos con edades similares. Podría ser debido a la problemática que aún existe sobre los métodos diagnósticos de la enfermedad y su definición, el cual dificulta comparar los resultados entre la literatura.

## P04) FRAGMENTACIÓN DEL DNA ESPERMÁTICO Y SUS CAUSAS ASOCIADAS. EXPERIENCIA DE UNA CLÍNICA DE REPRODUCCIÓN HUMANA

Venegas Vera, J.(1);

(1): Clínica de la Mujer, Viña del Mar, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La relación entre la fragmentación del ADN de los espermatozoides y la fertilidad masculina se ha demostrado, tanto en los intentos reproductivos naturales como en los asistidos para lograr el embarazo. El daño del ADN espermático se asocia con bajas tasas de nacidos tanto en hombres como en parejas con infertilidad idiopática: el 39 % de las parejas y el 41 % de los hombres con infertilidad idiopática tienen un alto daño en el ADN espermático. El objetivo del presente estudio fue examinar la prevalencia de diferentes causas asociadas con la fragmentación de ADN de esperma alto (> 30 %) en pacientes varones que asisten a nuestra clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 52 hombres que presentan una fragmentación de DNA espermático > 30 % en el momento de su evaluación son el grupo de estudio. Se utilizó la Prueba de Halosperm para este diagnóstico. Factores asociados con esta afección se investigaron y registraron (envejecimiento, varicocele, obesidad, tabaquismo, infección, inflamación, condiciones ambientales).

**RESULTADOS:** El varicocele fue la afección más prevalente en nuestro grupo (34 %). La infección / inflamación también fueron factores frecuentes (13 % / 26 %). Las condiciones ambientales estuvieron presentes en el 36 % de los pacientes, pero este es el factor más incierto y no comprobado. El 15 % de los pacientes reconoció el tabaquismo. En nuestro grupo, solo un paciente era obeso (1,9 %). El envejecimiento merece un análisis por separado: el 67 % de los pacientes tenían entre 30 y 40 años; 23 % tenían más de 41 años; y en este último grupo de hombres, el 33 % no tiene ninguna condición reconocible además de la edad.

**CONCLUSIÓN:** Cada paciente tiene al menos un factor que podría estar asociado con el alto nivel de fragmentación espermática, aunque no podemos asegurar que esta sea la única causa de la condición patológica del esperma. Este es un tema interesante e importante en la infertilidad masculina que merece mucha más investigación, ya que por ahora solo tenemos ICSI como la mejor herramienta de tratamiento.

## P05) EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DE ANTICONCEPCIÓN MASCULINA EN UNA CLÍNICA PRIVADA EN SANTIAGO DE CHILE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Osorio, F.(1); Barroso, J.(1); Bermudez, H.(1); Bernier, P.(1); Fernandez, M.(1); Krebs, A.(1); Lyng, R.(1); Orvieto, M.(1); Pinochet, R.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);

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

**INTRODUCCIÓN:** La vasectomía es el procedimiento no diagnóstico más realizado por los urólogos en norteamérica y ocupa el 4to lugar entre los métodos anticonceptivos más usados a nivel mundial. En nuestro país, históricamente ha existido una predominancia femenina en cuanto a la responsabilidad de la anticoncepción en la pareja. La siguiente revisión busca mostrar a través de la evolución de la vasectomía en los últimos 10 años que esto pareciera estar cambiando.

**MÉTODOS:** Utilizando el guarismo asignado por el Fondo Nacional de Salud para la cirugía de vasectomía bilateral se accedió a una base de datos anonimizada con información de los pacientes sometidos a esta cirugía entre los años 2007 y 2017 en una clínica privada del sector oriente de Santiago. Luego se realizó un análisis retrospectivo de las variables obtenidas.

**RESULTADOS:** En el periodo estudiado se realizaron un total de 1802 vasectomías. A lo largo de estos años se ha producido un aumento sostenido en el número de procedimientos, destacando las alzas ocurridas entre los años 2012-2013 (58,8 %) y 2016-2017 (60 %). A su vez, el 51,3 % del total de cirugías fueron realizados entre los años 2015 y 2017. Llama la atención que del total de pacientes operados solo el 57,5 % cuenta con al menos un espermiograma post operatorio. Solo hubo 3 pacientes re-operados por persistencia de espermatozoides en los exámenes de control (tasa de falla: 0,28 %). No hay embarazos reportados.

**CONCLUSIONES:** El exponencial crecimiento que ha tenido el número de vasectomías en los últimos años probablemente tiene una explicación multifactorial, cuyos ejes principales son la mayor información disponible y una mayor exposición mediática. Todo esto está forjando un cambio cultural con respecto al rol del hombre en la planificación familiar. La vasectomía ha demostrado ampliamente ser una técnica segura, eficaz y minimamente invasiva. Todo esto permite augurar que esta alza sostenida se seguirá manteniendo en el tiempo y que probablemente en pocos años alcanzaremos las tasas descritas para esta cirugía en países desarrollados.

## P06) VASECTOMÍA: ¿SE REALIZA EL PACIENTE, EL ESPERMIOGRAMA DE CONTROL?

Roman, C.(1); Pfeifer, J.(1); Sanchez, R.(1); De La Barra, T.(1); Pizzi, P.(2); Velasco, A.(2); Salvado, J.(2); Balbontin, F.(2); Pinto, I.(2); Kompatzki, A.(2); Azocar, G.(2); Wohler, C.(2); Cabello, R.(2); Cabello, J.(2); Marchetti, P.(2); Olivares, R.(2); Moreno, S.(2); Diaz, M.(2); Aviles, J.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La vasectomía es un procedimiento seguro y eficaz que consigue la esterilización permanente del paciente masculino. Es la operación no diagnóstica más frecuentemente realizada por los urólogos en Estados Unidos. Es igualmente eficaz que la ligadura tubaria, pero es más simple, rápida, segura y barata, sin embargo, no existe técnica que sea 100 % efectiva, por lo tanto, las guías urológicas americanas recomiendan solicitar un espermiograma de control pasadas 8 a 16 semanas realizado el procedimiento.

**MÉTODO:** Estudio retrospectivo. Se evaluaron los resultados de pacientes sometidos a vasectomías por el equipo de urología de nuestro centro, durante el periodo 2012-2017. El método de vasectomía se seleccionó según la preferencia del urólogo, así como la necesidad de solicitar o no biopsia. Se analizaron datos clínicos y quirúrgicos. Se les solicitó espermiograma de control a todos los pacientes, pasadas las 16 semanas desde la vasectomía.

**RESULTADOS:** Se identificaron 1463 procedimientos, de los cuales 1419 se incluyeron en el análisis, por poseer registro completo. La edad promedio fue de 40.7 años [21-66], teniendo cada paciente 2,6 hijos en promedio [0-6]. De los pacientes analizados, el 64 % declaró estar casado al momento del procedimiento. El tiempo operatorio promedio fue de 32 minutos [6-132]. En 46 casos se realizó simultáneamente otro procedimiento urológico (32 % circuncisión, 13 % varicocelectomía). Dentro de los métodos de oclusión, se registraron diferentes combinaciones de ligadura, sección, cauterización o clips. Se solicitó biopsia diferida en 1208 casos. Una vez realizada las vasectomías, se registraron 493 espermiogramas de control (34.7 %). De los pacientes que no se realizaron espermiograma, el 88.5 % poseían biopsia.

**CONCLUSIONES:** La vasectomía cada día va ganando espacio en el terreno de los métodos de anticoncepción. Pese a poseer un alta de eficacia, esta no es 100 % . Si bien es la recomendación actual, sólo aproximadamente un tercio de los pacientes se realiza el espermiograma de control solicitado, probablemente debido al examen en sí, o por poseer biopsia. La biopsia tiene importancia como herramienta médico legal y como certeza terapéutica considerando que sólo 1/3 de los pacientes se realizan espermiograma de certificación.

## P07) USO DE TOXINA BOTULÍNICA INTRAESFINTERIANA EN LESIONADOS MEDULARES CON CATETERISMO INTERMITENTE DIFÍCIL POR ESPASTICIDAD ESFINTERIANA

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

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** En la lesión medular suprasacral (LMS), los centros medulares miccionales están indemnes. Las vías afectadas son las procedentes del núcleo pontino. Esto produce actividad refleja del detrusor y disinergia detrusor-esfínter, que se traduce en una vejiga de alta presión y vaciamiento incompleto. Habitualmente se maneja con anticolinérgicos y cateterismo intermitente (CI). En ocasiones, se produce dificultad del CI por espasticidad del esfínter externo, provocando daño en la mucosa bulbomembranosa, fibrosis y finalmente estrechez uretral. La inyección de toxina botulínica intraesfinteriana (TBI) provoca su parálisis transitoria, permitiendo el CI no traumático. El primer uso documentado data de 1988, pero hay pocos reportes al respecto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo entre junio 2008 y septiembre 2018 de 10 pacientes LMS con dificultad para el CI por espasticidad esfinteriana (7 parapléjicos, 3 tetrapléjicos). Edad promedio 51 años (rango 31-64). Seguimiento promedio 54 meses (rango 14-123). El estudio urodinámico de todos los pacientes confirma la hiperactividad vesical sin escape de orina o escape a altas presiones. A todos los pacientes se les inyectó endoscópicamente 100 UI intraesfinteriana en 4 puntos (2,4,7 y 10 horarias), 25 UI en cada punto. Se definió como éxito: Disminución de la dificultad del CI >50 % y la no progresión de la fibrosis objetivada con uretroscopia en las siguientes inyecciones TBI.

**RESULTADOS:** El tiempo promedio desde la LM y la primera inyección TBI fue 13 años (rango 1-28). El 83 % < de 10 años y el 100 % > 10 años presentaron fibrosis bulbomembranosa. De los < 10 años, el 67 % de la fibrosis se objetivó en > 5 años. Tiempo promedio del procedimiento 15 minutos. No hubo complicaciones. Disminución de dificultad del CI en todos los pacientes. Duración promedio del efecto 6 meses. En los pacientes con fibrosis bulbomembranosa, no se objetivó progresión de la misma.

**CONCLUSIONES:** La inyección de TBI para tratamiento de la espasticidad esfinteriana es un procedimiento poco estudiado pero potencialmente útil. Es sencillo, mínimamente invasivo y con escasas complicaciones. Se precisan estudios para definir y establecer criterios de prevención del daño uretral secundario al CI y tratamiento.

## P08) ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL COMO PREDICTOR DE RECIDIVA EN PACIENTES SOMETIDAS POR PRIMERA VEZ A SLING SUBURETRAL

Andreoli, F.(1); Álvarez, J.(1); Storme, O.(1); Giraudo, V.(1); Urzúa, M.(1); Stern, J.(1); Rondini, C.(1);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El sling suburetral es el gold standard en el tratamiento quirúrgico en pacientes con incontinencia urinaria (IO), su tasa de éxito es de 85 % . El objetivo de este trabajo es analizar marcadores ecográficos de recidiva.

**MÉTODO:** Se realizó un estudio prospectivo entre mayo y diciembre de 2017. Participaron mujeres con IOE o IO mixta con indicación de sling medio-uretral. Se excluyó a pacientes con recidiva o con indicación de sling pubo-vaginal. Se realizó seguimiento ecográfico transperineal a las 24 horas, 1 y 3 meses, evaluándose: distancia cuello vesical-sling y relación con el largo uretral; distancia sling-músculo liso longitudinal(Tape-MLL), en reposo y Valsalva; relación sling-pubis(SP-Gap), en reposo y Valsalva; y la forma del sling y su comportamiento durante Valsalva. Adicionalmente se controló de forma subjetiva con score de mejoría global(PGI-I). Se consideró como éxito de la intervención, la prueba de stress negativa a los tres meses. Para estimar el valor predictivo de las variables ecográficas se realizó un análisis de regresión logística binaria, considerándose significativos resultados con  $p < 0,05$  % .

**RESULTADOS:** Se reclutaron 69 mujeres. 62(90 % ) presentaron prueba de tos negativa a los 3 meses. Al evaluar las características demográficas de las pacientes con recidiva, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en edad, paridad, partos, cesáreas, fórceps, IMC o tipo de sling. 59(85 % ) pacientes presentaron PGI-I "mucho mejor". Al subdividir el largo uretral en percentiles se evidenció que los sling posicionados entre el 50 a 70 % de la uretra presentaron VPN de 100 % para recidiva. El análisis de regresión demostró que dos indicadores fueron significativos para recidiva: Tape-MLL en reposo (Exp(B) 2.329;  $p=0.016$  y SP-Gap (Exp(B) 1.605;  $P=0.011$ ).

**CONCLUSIÓN:** El ultrasonido transperineal es una herramienta útil para evaluar la relación del sling con la uretra, siendo este indicador más la relación sling-sínfisis los dos indicadores significativos de recidiva.



## P09) SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE DESPLAZAMIENTO DE SLING URETRAL AL CORTO Y MEDIANO PLAZO

Andreoli, F.(1); Álvarez, J.(1); Storme, O.(1); Giraudo, V.(1); Urzúa, M.(1); Stern, J.(1); Rondini, C.(1);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** En mujeres con incontinencia urinaria (IO), la instalación de un sling medio-uretral es el tratamiento de primera línea cuando fallan la terapia física de piso pelviano, su tasa de fracaso es aproximadamente 5 -15 %. El objetivo de este trabajo es evaluar si existe desplazamiento del sling en el periodo postoperatorio temprano y tardío vía control ecográfico.

**MÉTODO:** Se realizó un estudio prospectivo entre mayo y diciembre de 2017. Participaron mujeres con IOE o IO mixta con indicación de sling medio-uretral. Se excluyó a pacientes con recidiva o con indicación de sling pubo-vaginal. Se realizó seguimiento ecográfico transperineal a las 24 horas, 1 y 3 meses, evaluándose: distancia cuello vesical-sling y relación con el largo uretral; distancia sling-músculo liso longitudinal(Tape-MLL), en reposo y Valsalva; relación sling-pubis(SP-Gap), en reposo y Valsalva; y la forma del sling y su comportamiento durante Valsalva. Para evaluar el posible desplazamiento del sling se compararon los parámetros antes mencionados de cada paciente.

**RESULTADOS:** Se reclutó a 50 mujeres. 47(94 %) presentaron prueba de stress negativa a los 3 meses. La distancia media del cuello vesical al sling dividido por el largo uretral fue de 70.3 % (+/- 8.8) a las 24 horas, 71.8 % (+/- 9.1) al primer mes y 70.4 % (+/- 9.4) al tercer mes. La distancia MLL en reposo no tuvo variación, siendo de 4.3 mm (+/- 1.1), 4.1 mm (+/- 0.9) y 4.3 mm (+/- 1.6) respectivamente. La distancia SP-Gap no cambió de forma significativa con 14.9 mm (+/- 2.8), 14.2 mm (+/- 3) y 14.5mm (+/- 2.8). El comportamiento y forma del sling tampoco varió en los tres meses de estudio.

**CONCLUSIÓN:** En este estudio se observa que la ecografía transperineal confirma que en el corto y mediano plazo, el sling no sufre desplazamientos o cambio alguno. Se requiere un seguimiento a largo plazo y en decidivas de IO para ver el comportamiento del sling.

## P10) DIFERENCIA ENTRE SLING TRANSOBTURADOR VERSUS RETROPÚBICO EN SÍNTOMAS DE VEJIGA HIPERACTIVA EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA POR INCONTINENCIA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

Garate, M.(1); Álvarez, J.(1); Storme, O.(1); Giraudo, V.(1); Urzúa, M.(1); Rondini, C.(1);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Estudios retrospectivos recientes han demostrado mejoría en los síntomas de vejiga hiperactiva cuando las pacientes son sometidas a instalación de sling suburetral por IOE. En el siguiente estudio se busca comparar los abordajes retropúbicos(TVT) versus transobturador(TOT) en relación a su efecto en los síntomas de vejiga hiperactiva

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo randomizado comparando la evolución de los síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres operadas de TOT y TVT. Se excluyó a pacientes con historia de cirugía de incontinencia previa. Se solicitó a las pacientes un diario de síntomas evaluando urgencia, frecuencia y urgeincontinencia. Además, los síntomas de vejiga hiperactiva se evaluaron utilizando los cuestionarios UDI-6, KHQ y AOB-q y la satisfacción de con el índice PGI-I. El control pre-operatorio, a los 6 y 12 meses post-operatorios fue realizado por miembros de la unidad de uroginecología. Se realizó el análisis estadístico con las pruebas de Chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba de Mann Whitney ó Wilcoxon para las variables continuas no paramétricas.

**RESULTADOS:** 240 mujeres aceptaron participar. De ellas 47.5 % fueron randomizadas para TOT y 52.2 % para TVT. No se encontró diferencia significativa entre las variables demográficas ni en cuestionarios. En el periodo post-operatorio se ve una mejora significativa en ambas técnicas. Sin embargo, en el parámetro reducción de episodios de urgeincontinencia, hay mayor disminución en el grupo TOT (TVT 2.6 vs TOT 3.7 p:0.047). Pese a esto, en el grupo TVT se encontró un número mayor de mujeres que recomendarían esta cirugía a otras basadas en los síntomas de vejiga hiperactiva (TVT 97.4 % vs TOT 85.5 % p:0.010), la mejora en el score PGI-I expresada como "igual" o "peor", también resultó en favor del abordaje RP (RP 2.6 % vs TO 13.0 % p:0.018). No hubo otras diferencias.

**CONCLUSIÓN:** El abordaje TO reduce significativamente los episodios de urgeincontinencia, sin embargo, en los cuestionarios las mujeres sometidas a TVT parecieran tener una mayor satisfacción con la cirugía por lo que la mayor disminución en los síntomas no pareciera ser clínicamente significativa.

## P11) SINTOMATOLOGÍA URINARIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UNA ARISTA OLVIDADA DE LA ENFERMEDAD

Vera Veliz, A.(1); Barria Oyarce, S.(2); Drago Barahona, P.(2); Narvaez Fuentes, P.(1); Orellana Sepulveda, S.(1); Dominguez Argomedo, R.(1); Hassi Roman, M.(1); Fuentealba Sudy, C.(1); Orellana Salinas, N.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La esclerosis múltiple(EM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central que puede asociarse a síntomas urinarios en el 50-80 % con importante deterioro de la calidad de vida. La sintomatología va desde incontinencia urinaria(72 %), urgeincontinencia(42 %), disuria(46 %) y retención urinaria(24 %), llegando a tener complicaciones graves en el 16-19 % . En estudios urodinámicos se observan hiperactividad del detrusor(70-78 %), arreflexia del detrusor (6-16.6 %), disinergia detrusor-esfínter(30-82 %). El objetivo de nuestro trabajo es determinar el momento en que se presentan los síntomas urinarios desde el diagnóstico de EM, su prevalencia e impacto en la calidad de vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una entrevista de forma presencial y telefónica a 19 pacientes con EM, objetivando diversos síntomas urinarios asociados a la enfermedad. Para esto se utilizó el cuestionario King'sHealth (KHQ).

**RESULTADOS:** La mayoría de los pacientes eran mujeres(74,7 %). La mediana de edad y de años de diagnosticada la EM fue 44 (23-66) años y 8 (3-30) años, respectivamente. El 57,9 % había tenido evaluación urológica previa. El 47,3 % manifestaron síntomas urinarios, los que comenzaron a los 4(1-10)años de iniciada la EM. El 63,2 % refirió frecuencia miccional diurna aumentada(FM>6) y nocturia(FM≥1). El 68,4 % presentó urgeincontinencia, 47,4 % incontinencia urinaria de esfuerzo, 63,2 % urgencia miccional, 42,1 % utiliza pads, 10,2 % dolor uretral, 10,5 % esfuerzo miccional, 25 % recurrió a compresión vesical, 31,6 % latencia, 42,1 % intermitencia, 68,4 % sensación de vaciado incompleto, 31,6 % dolor pélvico y 21 % presentó complicaciones graves(retención urinaria e infección urinaria). El 100 % es autovalente y 52 % tiene movilidad reducida. La salud general fue "buena", con "poca" afectación de la vida y sin limitaciones en actividades diarias, físicas y sociales. La afectación por frecuencia, urgencia, nocturia e urgeincontinencia fue "mucho" y "moderadamente" por incontinencia de esfuerzo.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas urinarios son frecuentes y se presentan alrededor de los 4 años de realizado el diagnóstico de EM, siendo más prevalente y con mayor impacto la nocturia, urgeincontinencia e urgencia miccional. A pesar que los pacientes no refirieron un importante deterioro en la calidad de vida, ellos consideran estos síntomas como parte de la progresión natural de la EM, por lo tanto, es importante que el médico tratante consulte dirigidamente por síntomas urinarios y derive oportunamente al urologo.

## P12) BIOPSIA DE PRÓSTATA COGNITIVA GUIADA POR RESONANCIA DE PRÓSTATA MULTI-PARAMÉTRICA (RNMMP)

Acevedo Castillo, C.(1); Rodríguez Concha, C.(1); Muñoz Huerta, S.(2); Moya González, F.(3); Fullá Ortiz, J.(3); Huidorbro Alvarado, C.(3); Larenas Huguet, F.(3); Gárate Paz, R.(3);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, SANTIAGO, CHILE (2): Universidad de Chile, SANTIAGO, CHILE (3): Corporación Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Se ha incrementado el uso de la resonancia prostática multiparamétrica (RNMmp) en el estudio y diagnóstico del cáncer de próstata (CaP). Las guías lo indican principalmente a pacientes con biopsia prostática previa negativa, debido a su alto valor predictivo negativo y detección de áreas sugerentes de tumores de alto riesgo. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento diagnóstico de la RNMmp en nuestro centro de referencia y alto volumen de biopsias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 150 pacientes con RNMmp previa a la biopsia prostática transrectal entre junio 2016 y julio 2018. Se realizaron biopsias sistemáticas y cognitivas de lesiones sospechosas. Análisis del riesgo de CaP según hallazgos de la RNMmp (PIRADS) a través de regresión logística.

**RESULTADOS:** La frecuencia global de CaP fue 54,0 % (81/150). En 64 % de los casos se tomaron muestras cognitivas, además de la biopsia sistemática. El diagnóstico de CaP según PIRADS fue 13,3 % (PIRADS 2), 28,6 % (PIRADS 3), 57,4 % (PIRADS 4) y 78,3 % (PIRADS 5). Un 10 % de las biopsias correspondieron a PIRADS 2 y 18,7 % a PIRADS 3. En el análisis de regresión logística, solo PIRADS 4 y 5 se asociaron significativamente con mayor riesgo de CaP (OR: 8,7 (IC95 % 1,6-47,4),  $p=0,002$ ; OR: 23,4 (IC95 % 3,1-178,3),  $p<0,001$ , respectivamente). No se pesquisaron tumores de alto grado en PIRADS 2 o 3 (90 % y 10 %, Gleason 6 y 7). Por otro lado, en PIRADS 5 hubo 11,1 % de Gleason  $\geq 8$ . La concordancia (biopsia cognitiva) con el área donde fue detectado el CaP fue de 49,1 % y 76,7 % en lesiones PIRADS 4 y 5, a diferencia de PIRADS 2 y 3 que fue 0 % y 9,1 %, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Dado la baja probabilidad de encontrar CaP en PIRADS 2 y solo CaP de bajo grado en PIRADS 3, si se realizaran biopsias solamente a lesiones PIRADS 4 y 5, permitiría ahorrar un 28,7 % de biopsias, con una pérdida de 10/42 (23,8 %) cánceres de bajo grado. La RNMmp podría aumentar la eficiencia diagnóstica de la biopsia eco-dirigida de tumores significativos, disminuyendo biopsias innecesarias en caso de lesiones PIRADS 2-3.

## P13) PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA CON CONSERVACION DE FASCIA ENDOPELVICA, COMPLEJO DORSAL Y PRESERVACION NEUROVASCULAR: RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLOGICOS

Diaz, J.(1); Altamirano, J.(1); Vidal, A.(1); Sandoval, C.(1); Recabal, P.(1); Gonzalez, F.(1);

(1): FALP, Santiago, Chile

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

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

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

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

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

## P14) CONTINENCIA PRECOZ EN PACIENTES POST PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON PRESERVACIÓN DE FASCIA ENDOPÉLVICA

Espinoza, G.(1); Narvaez, P.(2); Orellana, S.(2); Kerkebe, M.(3); Palma, C.(3); Marchant, F.(3); Valdevenito, R.(3); Guzmán, S.(3);

(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad De Santiago de Chile - Hospital Dipreca, Santiago, Chile (3): Clínica las Condes, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata no esta exento de complicaciones, dentro de estas las más importantes respecto a calidad de vida es la incontinencia de orina y la disfunción eréctil (DE). La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (RALP) aparece para tener iguales resultados oncológicos y de complicaciones con los beneficios de las técnicas mínimamente invasivas. Existen múltiples estudios comparativos entre RALP y la técnica abierta, con resultados dispares. Intentando mejorar los resultados funcionales respecto a incontinencia y DE, manteniendo los buenos resultados oncológicos nace la RALP con preservación de fascia endopélvica, basándose en los estudios anatomofisiológicos de Walsh.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo desde Septiembre del 2017 a Agosto de 2018, respecto de la continencia de orina inmediata en pacientes a los que se les realizó una RALP preservando la fascia endopélvica y bandeletas neurovasculares, utilizando el Robot Da Vinci Si. Se definió continencia inmediata a la no utilización de paños antes de las dos semanas post retiro de sonda Foley.

**RESULTADOS:** Se analizaron en total 34 pacientes sometidos a esta técnica. El promedio de edad fue de 63 años. De estos pacientes 15 eran de bajo riesgo, 17 intermedio y 2 de alto riesgo. El sangrado promedio fue 225cc. La mediana de retiro de sonda fueron 7 días. Al primer control post retiro de sonda 27(89 %) pacientes usan 1 o menos paños al día. 19(55,8 %) de 34 tuvieron continencia total inmediata. Al mes 28(82,3 %) pacientes están 100 % continentales, 4 con incontinencia y 2 dos se pierden de control.

**DISCUSIÓN:** La preservación de fascia endopélvica durante RALP pudiera tener un rol importante en continencia inmediata post retiro de sonda. Esto puede contribuir a una mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes.

## P15) RETIRO PRECOZ DE FOLEY EN ADENOMECTOMÍA ABIERTA RETROPÚBICA: IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO

Novoa, C.(1); Sepulveda, F.(1); Herrera, C.(2); Pradenas, H.(2); Arias, M.(1); Baeza, R.(1); Caroca, A.(1); Vargas, A.(1); Lagos, M.(1);

(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile (2): Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La adenomectomía abierta junto con la técnica HoLEP constituyen el gold estándar para el tratamiento quirúrgico de adenomas de próstata de alto volumen. La adenomectomía retropúbica (Millin) es una técnica poco difundida en nuestro medio, sin embargo, al no requerir la apertura vesical, permite un retiro precoz de la sonda Foley, logrando un post operatorio más abreviado versus su contraparte transvesical.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a adenomectomía Millin y transvesical en nuestro servicio, durante el periodo Mayo 2016 a Junio 2018. Se evaluó variables intra operatorias, días de estadía, tiempo de uso de Foley, complicaciones post operatorias y costos económicos asociados.

**RESULTADOS:** Durante el periodo descrito, se operaron 105 pacientes de cirugía Millin y 77 pacientes de cirugía transvesical. El uso promedio de los días de Foley en cirugía Millin en el periodo evaluado, fue de 2,3 versus 7,7 días en la técnica transvesical (p

**CONCLUSIONES:** La adenomectomía retropúbica permite un retiro precoz de la sonda Foley, lo cual no estaría asociado a un aumento de las complicaciones, permitiendo un alta precoz del paciente, y disminuyendo el gasto hospitalario asociado, representando una alternativa atractiva para los sistemas de salud públicos de nuestro país.

## P16) RESISTENCIA A CIPROFLOXACINO EN CULTIVOS DE HISOPADO RECTAL REALIZADOS A PACIENTES CANDIDATOS A BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL

Sandoval, C.(1); Altamirano Villarroel, J.(1); Vidal, Á.(1); Díaz, J.(1); Recabal, P.(1); Pinto, I.(1); Morales, R.(1);

(1): Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia prostática transrectal es la herramienta fundamental para el diagnóstico del cáncer de próstata. La aparición de complicaciones infecciosas post procedimiento ha aumentado en los últimos años a pesar del uso de profilaxis antibiótica, siendo la resistencia antibiótica como una posible causa de este aumento. Se han desarrollado técnicas realizando cultivos de hisopado rectal en busca de resistencia a las quinolonas a los pacientes candidatos a biopsia tranrectal, lo que permite ajustar los esquemas de profilaxis según la flora específica

**MATERIAL Y MÉTODO:** Protocolo presentado en comité ético clínico y en comité de Infecciones Intrahospitalarias. Entre octubre del 2017 y agosto del 2018 se tomaron muestras de hisopado rectal en pacientes candidatos a biopsia prostática. Todos fueron cultivado en medio de ciprofloxacino. En las cepas resistentes aisladas se evaluó además presencia de betalactamasa de espectro extendido(BLEE) y de resistencia a Amikacina y Ertapenem

**RESULTADOS:** Se realizaron hisopados rectales a un total de 140 pacientes en 10 meses. Se logró aislar 39 muestras con cepas de E.Coli resistentes al ciprofloxacino (27,9 %). En este grupo hubo solo 3 BLEE+(7,7 %) y ninguna resistencia a Amikacina o Ertapenem.

**CONCLUSIÓN:** La presencia de gérmenes resistentes al ciprofloxacino en pacientes con indicación de biopsia prostática nuestra comunidad es elevada. Con esta tasa de resistencia la profilaxis sólo con quinolonas podría ser la causa del incremento de prostatitis post biopsia.



## P17) EXPERIENCIA SEGUIMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER PROSTÁTICO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Cerda Riquelme, M.(1); Raineri Valenzuela, I.(1); Oporto Uribe, S.(1); Horn Bengoa, C.(1); Mandujano Torres, F.(1); Sarrás Jadue, M.(1); Vivaldi Jorquera, B.(1); Sáez Valenzuela, I.(1); Chacón Caorsi, R.(1); Coz Cañas, F.(1);

(1): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El seguimiento activo (AS) es una estrategia de postergación del tratamiento curativo en pacientes con cáncer de próstata. Los pacientes que pueden optar a esta modalidad de manejo son los que cumplen los criterios de muy bajo riesgo según las distintas guías internacionales. Su objetivo es evitar el sobre tratamiento de pacientes con tumores clínicamente no significativos y detectar a tiempo a los que evolucionan con un comportamiento más agresivo para realizar un manejo definitivo. Esta estrategia implica controles periódicos con tacto rectal, antígeno y biopsia prostática. La literatura presenta protocolos diversos de seguimientos, sin existir un esquema validado por la evidencia en relación a la aplicación de estos. El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia del seguimiento activo en un centro de salud de la Región Metropolitana.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Incluyó pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata y que cumplen criterios para someterse a AS. Se realizó la revisión de ficha clínica, antígeno prostático, tacto rectal informado por urólogo tratante y resultados de histología desde su inclusión en el seguimiento.

**RESULTADOS:** Se identificó a 19 pacientes en AS. Los valores de ingreso al protocolo fueron: mediana de edad de 62 años (rango: 55 -72), valor de APE entre 1,14ng/ml a 9,25ng/ml, patrón histológico Gleason 3+3 en todos los pacientes. Se realizaron controles bajo un régimen trimestral o cuatrimestral. El tiempo de seguimiento fluctuó entre 7 a 122 meses, con mediana de 33 meses. Quince pacientes cuentan con segunda biopsia, de los cuales 13 casos se realizaron a los 12 meses de iniciado el AS. Sólo un paciente muestra progresión histológica (Gleason 3+4) a los 27 meses de seguimiento, por lo que se decide retirar del protocolo para someterlo a manejo definitivo. No se ha reportado mortalidad en la presente cohorte.

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, el seguimiento activo es una alternativa válida de manejo en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo. Los resultados expuestos en este estudio concuerdan con lo reportado en la literatura, pues solo 1 de los 19 pacientes, presentó progresión y necesidad de tratamiento durante el seguimiento (2 años).

## P18) ¿DEBE EL GLEASON 3+3 CONSIDERARSE UN CÁNCER DE PRÓSTATA?

Zúñiga, Á.(1); Rojas Ruz, P.(1); Pavez, P.(1); Gómez, M.(2); San Francisco, I.(1);

(1): UC, Santiago, Chile (2): Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Actualmente, el cáncer de próstata (CaP) es el cáncer más común en hombres chilenos, con una tasa de mortalidad bruta de 22,7 por 100.000 hombres en 2010. Sin embargo, aún existe la discusión sobre la agresividad de los tumores Gleason (GS) 3+3=6, ya que tendrían tan bajo potencial de progresión y de metástasis, que podrían considerarse una condición benigna. Nuestro objetivo fue caracterizar una serie de pacientes operados y que presentaron GS 3+3=6 en la pieza operatoria, y compararlos con pacientes con GS 3+4=7 (de buen pronóstico), respecto a su agresividad local (TNM).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo. Se incluyeron pacientes operados entre enero de 1999 y agosto de 2013, y se registraron variables de la biopsia operatoria como TNM y GS. Análisis estadístico utilizando test X2 para variables categóricas y t test para variables continuas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 1102 pacientes. Sesenta y un pacientes (6 %) presentaron GS 6 en la pieza operatoria, 616 (56 %) pacientes presentaron GS 3+4=7, 163 (15 %) pacientes presentaron GS 4+3=7, 32 (3 %) pacientes GS 8, 193 (17 %) pacientes GS 9 y 3 pacientes (0.3 %) GS 10. Un 6.6 % (4/61) de los pacientes GS 6 presentaron extensión extracapsular (pT3a) vs un 12.2 % (75/616) de los pacientes GS 3+4=7 ( $p<0.05$ ). No hubo pacientes GS 6 que presentaron compromiso de vesículas seminales (pT3b) vs 327/616 (5.2 %) de los pacientes GS 3+4=7 ( $p<0.05$ ). Ninguno de los pacientes GS 6 presentó ganglios positivos para CaP vs 5/616 (0.8 %) de los pacientes GS 3+4=7 (pNS).

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con nuestros resultados, el GS 3+3=6 debería seguir siendo considerado un cáncer, ya que, aunque no presenta compromiso de vesículas ni ganglios, existe hasta un 6 % de tumores con extensión fuera de la cápsula, similar a la reportado en la literatura reciente (6.3 %).

## P19) SUBCLASIFICACIÓN PT2 EN CÁNCER DE PRÓSTATA ÓRGANO-CONFINADO

Rojas Ruz, P.(1); Pavez, P.(1); Gómez, M.(2); San Francisco, I.(1); Zuñiga, Á.(1);

(1): UC, Santiago, Chile (2): Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** En el año 2016 se realizó una actualización (8° versión) de la clasificación de tumores, ganglios y metástasis (TNM) de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) respecto al cáncer de próstata (CaP). La nueva guía incluye en una sola categoría el CaP órgano-confinado (pT2), sin hacer diferencias sobre lateralidad y compromiso de cada lóbulo (pT2a-b o pT2c). Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de recurrencia (RBQ) y sobrevida global (SG) entre pacientes con CaP órgano-confinado, de acuerdo con la clasificación TNM previa al 2016.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo. Se obtuvieron características clínicas y anatómo-patológicas, de nuestra base de datos. RBQ se definió como APE  $\geq 0.2$  ng/mL. Se realizaron análisis multivariado (AMV) con regresión logística para establecer asociación de las variables con RBQ; y curvas SG mediante Kaplan-meier que se compararon con test logRank.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 1102 pacientes sometidos a prostatectomía radical. De éstos, 683 (62 %) presentaron pT2ab en la pieza operatoria y 130 pacientes (12 %) presentaron pT2c. La edad media fue: 62.7 vs 72.27 años para pT2a-b y pT2c respectivamente (p NS). El promedio de APE al diagnóstico: 8.3 vs 7.3 ng/mL para pT2a-b y pT2c, respectivamente (p NS). Las distribuciones de Gleason (GS) en las piezas operatorias para pT2a-b y pT2c fue: GS $\leq 6$  40/683 (5 %) vs 15/130 (11 %) (p<0.05); GS7 519/683 (76 %) vs 102/130 (78 %) (p NS); GS $\geq 8$  107/683 (16 %) vs 13/130 (10 %) (p NS). Se observó diferencia significativa en RBQ (20 % para pT2a-b y 11 % para pT2c, p 0.02), sin embargo, no hubo diferencias en SG a 10 años (92 % pT2a-b vs 93 % pT2c; pNS). Al realizar AMV no hubo asociación del GS ni subclasificación pT2 con RBQ.

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con nuestros resultados, no hay diferencias en SG entre pacientes que presentaron tumores confinados a un lóbulo de la próstata (pT2a-b) comparados con pacientes que presentaron extensión a ambos lóbulos (pT2c). Sin embargo, la RBQ es mayor en el grupo pT2a-b, hallazgo que no se explica por la subclasificación pT2, según el AMV, por lo que podrían ser categorizados en una sola categoría pT2, de acuerdo con la nueva guía de la AJCC.

## P20) EPIDEMIOLOGIA ACTUAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Barrera, D.(1); Kramer, F.(2); Dominguez, J.(2); Rojas, F.(1); Kompatzki, A.(1); Andrusco, A.(1); Bernal, J.(1); Valderrama, R.(1); Saavedra, A.(1); Bernal, J.(1); Hargous, J.(1); Souper, R.(1); Arenas, J.(1);

(1): Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Santiago, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia del Cáncer de próstata (CaP) en Chile es desconocida, sin embargo su mortalidad ha ido en aumento, siendo el año 2017 una de las primera causas de mortalidad por cáncer en hombres. Tampoco se conoce qué porcentaje de hombres se presentan con cáncer metastásico al diagnóstico de la enfermedad, los cuales tienen la mortalidad más alta.

**OBJETIVO:** Evaluar las variables demográficas y clínicas de los pacientes al momento del diagnóstico de CaP, para poder definir además nuestra tasa de pacientes metastásicos al diagnóstico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisó la base de datos de pacientes notificados GES por CaP entre 2014 y 2016. Se analizaron las variables demográficas, valor APE, estadio clínico al momento del diagnóstico y manejo posterior de su CaP. Se clasificaron como cáncer localizado, localmente avanzado y metastásico según los hallazgos clínicos, del TAC y cintigrama óseo según corresponda. Se obtuvieron registros de ficha electrónica, anatomía patológica y protocolos operatorios.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron un total de 266 pacientes, el promedio de edad fue 68,9 años. Del total de pacientes al momento del diagnóstico el 47 % se encontraba localizado, el 15,4 % localmente avanzado y el 37,6 % metastásicos. Durante el periodo además se observó un aumento gradual en la tasa de pacientes con CaP localizado al diagnóstico, siendo el 2014 un 37,2 % ; el 2015 un 45,5 % y el 2016 un 54,9 % . Además una disminución de la tasa de pacientes metastásicos al diagnóstico, siendo el 2014 un 41 % ; el 2015 un 40,2 % y el 2016 un 33,4 % .

**CONCLUSIONES:** En nuestro medio el cáncer de próstata se sigue diagnosticando de manera tardía, con una alta tasa de pacientes que se presentan metastásicos al diagnóstico, sin embargo se observa un aumento progresivo e importante de los pacientes con cáncer localizado el diagnóstico.

## P21) PRESENTACIÓN DE BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA PROSTÁTICA EN UN CENTRO TERCIARIO DE SALUD

Zúñiga, V.(1); Finsterbusch, C.(2);

(1): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco, U de Chile, U de Santiago, santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Durante la búsqueda de información sobre patologías prostáticas principalmente hiperplasia prostática benigna (HPB) y cáncer de próstata (CP) se advirtió sobre la carencia de datos estadísticos que revelen la realidad de estas patologías en Chile.

**METODOLOGÍA:** Se crea en él 2017 una base de datos de tipo estadístico con el universo de pacientes bajo tratamientos por las patologías de HPB y CP atendidos en un hospital de referencia. En esta base de datos podemos identificar los distintos valores de antígeno prostático específico (APE) mensual de cada paciente lo cuales son solicitados de acuerdo a la patología que presenta. Otras características importantes que podemos evaluar con la plataforma corresponde al apego al tratamiento y la asignación de horas médicas según los grados de resistencia a la terapia farmacológica.

**RESULTADO:** En la actualidad se cuenta con una importante base de datos que alberga la información de 1.293 pacientes que se encuentran en tratamiento tanto por HPB (593), CP (685) y terapia conjunta en paciente que presentan ambas patologías (15), la cual tiene expectativas de seguir creciendo y renovándose. Esta información ha contribuido a mantener una visualización sistemática del avance en los tratamientos implementados y favorece al orden en la atención de nuestros pacientes. Con ello se aumenta la eficiencia y la eficacia de nuestra atención clínica.

**CONCLUSIÓN:** El desarrollo de esta plataforma nos permite contribuir al conocimiento epidemiológico, con la finalidad de aumentar los registros nacionales ya existentes en el área.

## P22) DIFERENCIAS EN EL RESULTADO ENTRE EL GRUPO DE GLEASON DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA Y LA BIOPSIA DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Espinoza, G.(1); Cordova, J.(1); Millan, P.(1); Sitja, W.(2); De La Barra, T.(2); Carvajal, D.(3); Rubio, G.(1); Baeza, C.(3); Bley, E.(1); Calderon, D.(3); Bogado, J.(1); Toloza, H.(3); Campos, D.(3); Hiriart, J.(3); Urzua, C.(3);

(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (3): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de próstata es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado en los hombres, representando el 15 % de todos los cánceres. En Chile se ha estimado una incidencia nacional en 61,3 por 100.000, siendo el cáncer más frecuente en los hombres. El pronóstico depende de diferentes factores, dentro de los más importantes esta el grupo de Gleason. Existen diferentes formas de tratar este cáncer por lo que es importante definir a que pacientes vamos a realizar una vigilancia activa o a cuales les vamos a ofrecer algún procedimiento. Para esto es importante tener claro que una primera biopsia transrectal con cáncer de bajo grado puede no reflejar la realidad del paciente.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo que busca comparar en nuestra realidad hospitalaria la biopsia transrectal pre operatoria con la biopsia de la pieza quirúrgica post prostatectomía radical. La biopsia transrectal en nuestro centro esta estandarizada a 2 cores por cada sextante con un total de 12 bajo visión ecográfica. Se consideraron las biopsias realizadas entre Febrero de 2015 y Mayo de 2018, se excluyeron las biopsias transrectales realizadas en el extrasistema para estandarizar el criterio anatomopatológico al de un mismo servicio.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron en total 61 pacientes con biopsia transrectal con el diagnóstico de Adenocarcinoma de Próstata realizadas en nuestro Hospital. De estas 23(37,7 %) corresponden a grupo 1 en la clasificación ISUP, 26(42,6 %) grupo 2, 9(14,7 %) grupo 3 y 3(4,9 %) grupo 4. En el total de la muestra 21(34,5 %) pacientes tuvieron un upgrade del grupo Gleason, de estos 90,4 % (19 pacientes) correspondían entre grupo 1 y 2. En un 47,5 % se mantuvo el resultado y en un 18 % existió un downgrade. Los pacientes con Cáncer de próstata grupo 1 y 2 en la biopsia transrectal fueron 49, de estos el 38,8 % (19 pacientes) tuvieron un upgrade en la biopsia definitiva.

**DISCUSIÓN:** Nuestros resultados son similares a las grandes series internacionales con un upgrade total de 37,7 % . Es importante tener esto presente al momento de ofrecerle un tratamiento a cada paciente, ya que la variación que existe con la biopsia definitiva es alta.

## P23) PRIMERA EXPERIENCIA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN UN CENTRO ÚNICO

Orellana, N.(1); Orellana, S.(1); Narvaez, P.(1); Campos, L.(1); Tapia, C.(1); Barria, S.(1); Hassi, M.(1); Vera, A.(1); Dominguez, R.(1); Reyes, E.(1); Andrusco, A.(1); Estrugo, A.(1); Kerkebe, M.(1);

(1): HOSDIP, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La prostatectomía radical ha demostrado ser el tratamiento de elección en cáncer prostático órgano-confinado. La aplicación de la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot supone una alternativa terapéutica factible pero de difícil implementación en establecimientos públicos. Presentamos nuestra primera experiencia utilizando el Da Vinci Surgical System S.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio tipo retrospectiva. Reportamos las primeras 120 prostatectomías radicales laparoscópicas asistidas por robot (PRLR), utilizando el sistema Da Vinci S. Durante enero del 2014 y agosto del 2018 se realizaron 120 PRLR con abordaje transperitoneal en un centro único. Recolectamos los datos preoperatorios, intraoperatorios y post operatorios. Así como los resultados oncológicos y la continencia urinaria.

**RESULTADOS:** De un total de 91 PRLR, la edad promedio fue 62 años. El tiempo operatorio promedio fue de 217,53 minutos, sangrado promedio 510cc. PSA promedio pre biopsia fue de 14,6ng/ml. 6 (5%) pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias. 2 pacientes se convirtió a cirugía abierta secundario a múltiples adherencias. Hubieron 2 lesiones vasculares reparadas robóticamente. 4 (3,33%) necesitaron transfusión. La estancia médica hospitalaria promedio fue de 7,69 días ( $\pm 4.01$ ). Tiempo de sonda Foley promedio 8.5días. Continencia posterior al retiro de sonda Foley 61%. 78% presenta continencia 100% al mes, 83% a los 3 meses y 90% al año. Porcentaje de márgenes positivos fue de 25% en total con una clara disminución después de los 2 primeros años de experiencia, llegando hasta un 11% de márgenes positivos en el año 2017.

**CONCLUSIÓN:** Nuestros resultados preliminares muestran que la PRLR es una técnica factible de realizar, con resultados similares a otros centros y con disminución de la curva de aprendizaje en comparación con la técnica laparoscópica. Los altos costos de esta técnica hacen difícil su implementación de forma masiva dentro de los hospitales de Chile.

## P24) MIGRACIÓN INTRAVESICAL DE CLIP HEM-O-LOK POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA RADICAL MÍNIMAMENTE INVASIVA: MANEJO ENDOSCÓPICO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVESICAL. REPORTE DE DOS CASOS

Domínguez, R.(1); Narvaez, P.(1); Genot, V.(2); Suter, E.(2); Hassi, M.(1); Orellana, S.(1); Vera, A.(1); Fuentealba, C.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

**INTRODUCCION:** Los clips hem-o-lok son ampliamente utilizados en la prostatectomía radical mínimamente invasiva (PRMI). La migración de éstos al tracto urinario inferior es una complicación quirúrgica poco frecuente, existiendo escasos casos descritos en la literatura. El lugar más frecuente de migración es el cuello vesical. Habitualmente su forma de presentación es como uropatía obstructiva baja y su manejo endoscópico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presentan dos casos de pacientes sometidos a PRMI con posterior migración de hem-o-lok al tracto urinario inferior, cuyo tratamiento se realizó de manera endoscópica.

**RESULTADO:** CASO1: Paciente masculino 76 años, con antecedentes de cáncer de próstata localizado manejado con prostatectomía radical laparoscópica el 2005. Durante controles se pesquiza piuria persistente, sin síntomas urinarios bajos ni hematuria reportada. Se realiza baciloscopía en orina negativa y cistoscopia en mayo de éste año, que muestra cálculo de 15 mm en relación a anastomosis uretrovesical. Se realiza cistolitotomía mediante litotriptor manual de Mauermayer, evidenciando en el extremo de litiasis hem-o-lok submucoso. Mediante asa de Collins se procede a extracción de hem-o-lok en su totalidad. Se deja con Sonda Foley por 12 horas y se decide alta hospitalaria al día siguiente del procedimiento. CASO 2: Paciente masculino 78 años, con antecedentes de cáncer de próstata localizado manejado con prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot + radioterapia adyuvante el 2011 y antecedente de cáncer de vejiga superficial diagnosticado el 2014, manejado con RTU-V + BCG. Paciente sin síntomas urinarios bajos reportados y con microhematuria persistente en contexto de cistitis actínica, se realiza cistoscopia de control en julio de este año, pesquisando hem-o-lok intravesical móvil. Se procede a extracción de clip mediante pinza de cuerpo extraño en su totalidad, sin incidentes. Se decide manejo ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La migración intravesical de clips Hem-o-lok es una complicación poco frecuente de la PRMI. Hombres con infección urinaria a repetición, síntomas obstructivos bajos, hematuria o piuria deben ser sometidos a evaluación cistoscópica para descartar esta condición. La extracción endoscópica de estos cuerpos extraños es el manejo de elección, dado su seguridad, rapidez y eficacia.



## P25) RTU-P EN PRÓSTATAS MAYORES A 80 GRS. ¿UNA TÉCNICA SEGURA?

Domínguez, R.(1); Narvaez, P.(1); Genot, V.(2); Lagos, J.(2); Vera, A.(1); Hassi, M.(1); Orellana, S.(1); Orellana, N.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

**INTRODUCCION:** El manejo endoscópico del adenoma de próstata mediante resección transuretral se considera actualmente el gold standard de tratamiento. Históricamente se ha planteado que el límite superior para esta técnica es 80 grs. Sin embargo, esto se basa en recomendaciones de expertos. El objetivo de este estudio es determinar la seguridad a corto y largo plazo de la RTU-P en próstatas mayores a 80 grs.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio retrospectivo, que incluye un total de 61 pacientes desde enero 2014 hasta mayo 2018 operados de RTU-P monopolar, con tamaño prostático estimado mediante ecografía mayor a 80 grs, en un centro único.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 61 pacientes. La edad promedio fue  $70 \pm 9$  años. El volumen prostático promedio fue  $99 \pm 18$  gramos y el tiempo quirúrgico promedio fue  $85,2 \pm 26$  minutos. El sodio y la hemoglobina descendieron en  $4,7 \pm 2,96$  mEq/L y  $2,07 \pm 1,79$  g/dL respectivamente. Sin embargo, solo 1 paciente evolucionó con síndrome post RTU (1,6 %) y 4 pacientes requirieron transfusión de glóbulos rojos (6,6 %). El tiempo promedio de cateterismo y hospitalización fue  $3,5 \pm 3,1$  días y  $4,5 \pm 3,3$  días, respectivamente. Un total de 3 pacientes presentaron retención aguda de orina posterior a retiro de sonda Foley (4,9 %) y 2 pacientes infección del tracto urinario (3,3 %). Solo un paciente evolucionó con sepsis de foco urinario (1,6 %). Con una mediana de seguimiento de 39 [11-59] meses, un total de 3 pacientes presentaron complicaciones tardías (4,9 %); 2 paciente presentaron estenosis de uretra (3,3 %) y 1 paciente dolor pélvico crónico (1,6 %). Ningún paciente presentó incontinencia de orina de esfuerzo. A la fecha, no hay pacientes con recidiva de adenoma prostático.

**CONCLUSIONES:** La RTU-P en próstatas mayores a 80 gramos se presenta como una técnica segura en manos experimentadas, con tasas de complicaciones similares a las descritas en la literatura y con el beneficio de menos días de hospitalización y cateterismo uretral que la adenomectomía suprapúbica.

## P26) CÁNCER DE PRÓSTATA EN MENORES DE 50 AÑOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE ENERO 2008 Y DICIEMBRE DEL 2017

Villavicencio, J.(1); Caiceo, F.(1); Rojas, V.(2); Alvarado, O.(1); Gonzalez, M.(1);

(1): Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de próstata (CaP) es el más frecuente en hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de 67 años. Sin embargo, el fácil acceso a los métodos de detección precoz, como el Antígeno Prostático Específico (APE), ha ido disminuyendo la edad de diagnóstico. Caracterizaremos a la población con diagnóstico de CaP < 50 años entre enero del 2008 y diciembre del 2017.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo con pacientes < 50 años diagnosticados con CaP por biopsia por punción o de muestra operatoria, caracterizándolos según edad, APE, Score de Gleason (SG), etapificación (TNM), tratamiento efectuado (Prostatectomía Radical (PR), Radioterapia (RT), Hormonoterapia (HT)), recidiva bioquímica (RBQ) y sobrevida según estadío.

**RESULTADOS:** N= 26 casos; Rango APE: 0-4ng/ml: 3 (11,5 %); 4,1-10ng/ml: 12 (46,15 %); 10,1-20ng/ml: 6 (23,07 %); >20ng/ml: 5 (19,2 %). SG: 6: 12(46,15 %); 7: 11(42,3 %); 8 y 9: 3(11,5 %). Estadío TNM: IIA-IIB: 20(76,9 %); III: 3(11,5 %), IV: 3(11,5 %). Sobrevida según Estadío : IIA-IIB: 19 (95 % ) Media: 51,8 meses; III: 3 (100 % ) Media: 53,3 meses; IV: 2 (66,6 % ) Media: 28,6 meses. Tratamiento primario: PR: 18 (69,2 %); RT: 4 (15,3 %); HT: 3 (11,3 %); 1 paciente rechaza tratamiento (3,8 %). RBQ: 5 pacientes (19,2 %), con Media de 11,2 meses hasta su diagnóstico, y a los cuales se les realizó RT.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados difieren de los reportados en series recientes, como la incidencia de CaP< 50 años (2,8 % vs 4 %), estadíos clínicos más altos (23 % vs 1 % en estadíos T3-4), APE más elevado (19 % vs 3 % en APE> 20) y SG más alto al diagnóstico (11 % vs 5 % en SG≥ 8). Nuestras cifras son similares a las reportadas en mayores de 50 años o en menores de 50 años en la década de los 80's y 90's, donde el uso y acceso al APE era limitado. Atribuimos esta diferencia al desconocimiento de nuestra población sobre la alta incidencia del CaP y a la subutilización del APE, principalmente en APS, que son nuestros principales derivadores de pacientes con sospecha de CaP.

## P27) ¿ES NECESARIO BIOPSIAR LOS PIRADS 3?

Olivares, R.(1); Pfeifer, J.(1); Roman, C.(1); Sanchez, R.(1); Velasco, A.(1); Jofre, B.(1);

(1): Clínica Santa María, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La clasificación de Pirads V2 en la resonancia multiparamétrica (mpMRI) de la próstata ha permitido unificar criterios aumentando la concordancia y reproducibilidad entre los reportes radiológicos. La lesión Pirads 3 constituye un desafío actual, en cuanto, no hay consenso sobre si es necesario biopsiarlo o no.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se describe los resultados histológicos de las biopsias por fusión ecotomografía – resonancia, realizadas entre diciembre de 2015 y mayo de 2018 en los pacientes con una resonancia prostática multiparamétrica (mpMRI) portadores de una lesión Pirads 3. El procedimiento fue realizado con anestesia local más sedación.

**RESULTADOS:** En el periodo estudiado, se realizaron 170 biopsias en total, de estos 34 pacientes (20 %) presentaban una lesión Pirads 3. El estudio patológico diagnosticó cáncer en el 29,4 % de estos pacientes, siendo la tasa de detección global de la serie un 59,4 % . Los pacientes con cáncer con Pirads 3 tenían en un 60 % patrón Gleason 4 en su histología. El PSA densidad de los pacientes sin evidencia de cáncer en la patología fue 0,1505 y con cáncer: 0,14.

**CONCLUSIÓN:** La lesión Pirads 3 constituye un desafío, puesto que si bien su malignidad es indeterminada para el radiólogo, al biopsiarla presenta una baja tasa de detección de tumor maligno, pero la frecuencia de Gleason patrón 4 en la histología obliga su muestreo. En esta serie el PSA densidad no fue de utilidad en predecir el resultado final de la patología en los pacientes portadores de esta lesión.

## P28) PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA

Oliveros, R.(1); Pfeifer, J.(2); Velasco, A.(1); Pinto, I.(1); Cabello, J.(1); Balbontin, F.(1); Diaz, M.(1); Marchetti, P.(1); Moreno, S.(1); Roman, C.(2); Sanchez, R.(2); Salvado, J.(1); Pizzi, P.(1); Diaz, A.(1);

(1): Clínica Santa María, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María. Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La prostatectomía radical robótica (RALP) ha experimentado un rápido crecimiento en Chile y el mundo, entregando a los pacientes portadores de cáncer de próstata con indicación de cirugía, los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Desde su implementación en nuestro centro el año 2011 se han realizado 1557 cirugía robóticas, de éstas 471 son RALP. En el presente trabajo se describe la serie de los últimos 216 pacientes operados (Enero 2016 y Agosto 2018). Se describe la técnica quirúrgica y modificaciones realizadas, los resultados oncológicos en relación a la tasa de márgenes quirúrgicos positivos en pacientes T1-T2 y T3, la ocurrencia de persistencia y recidiva bioquímica en el primer año y los resultados funcionales en relaciona incontinencia urinaria, definida como el no uso de pads.

**RESULTADOS:** La Edad promedio 64,5 años (44-79), IMC promedio de 27,6 kg/mt<sup>2</sup>, Un 77,3 % fueron clasificados con un riesgo anestésico ASA 2. 4,6 % de los pacientes tenían el antecedente de cirugía prostática previa y PSA promedio 7,66 ng/ml (1,28-32). El seguimiento fue de 10,8 meses. El tiempo quirúrgico promedio fue de 208 minutos (78-510), con un tiempo de consola de 135 min (60-377), pérdidas hemáticas promedio 340,3 cc (50-1500), 4 días (1-35) de hospitalización promedio y 14,4 días (6-38) de uso de sonda promedio. Según histología definitiva un 68,05 % (147/216) correspondía a T1-T2, un 31,48 % (68/216) a T3 y un 0,46 % (1/216) a T4, encontrándose márgenes positivos de 16,2 % para la serie completa. 11,5 % para T1-T2 y , 25 % para T3. Se registró un 3,7 % de persistencia bioquímica y un 4,04 % de recidiva bioquímica, durante el período de seguimiento. En los resultados funcionales, 86 pacientes han cumplido el protocolo de seguimeinto y de estos el 79,06 % están con continencia total (0 pads).

**CONCLUSIONES:** a prostactomía radical robótica consituye un alternativa eficaz, segura y reproducible en centros con alto volúmen. Otorga un excelente control oncológico. Los resultados funcionales en relación a la continencia urinaria van asociado a las mejoras en la técnica como el haber superado la curva de aprendizaje.

## P29) PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA SEGÚN EL PROTOCOLO DE NUESTRO CENTRO. ¿ESTAMOS HACIENDO BIEN LAS COSAS?

Rojas Crespo, J.(1); Salazar Pierotic, M.(1); Raineri Valenzuela, I.(2); Oporto Uribe, S.(2); Mandujano Torres, F.(2); Horn Bengoa, C.(2); Sarrás Jadue, M.(2); Vivaldi Jorquera, B.(2); Chacón Caorsi, R.(2); Sáez Valenzuela, I.(2); Coz Cañas, F.(2);

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

**INTRODUCCIÓN:** Las complicaciones infecciosas asociadas a la biopsia transrectal de próstata (BTP) tienen una incidencia del 6 % . Existe consenso respecto al uso de profilaxis antibiótica pero no existe un esquema universalmente aceptado. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de complicaciones infecciosas a 30 días del procedimiento con el esquema de profilaxis antibiótica protocolizada en nuestro centro.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes sometidos a BPT entre octubre 2014 y julio 2018. Este protocolo se aplica en nuestro centro desde el 2014 luego de un aumento en las complicaciones infecciosas con el esquema previo de ciprofloxacino. El actual consiste en la aplicación de enema rectal 3 horas antes y profilaxis antibiótica intravenosa 30 minutos prebiopsia. El esquema consiste en ceftriaxona 2 gramos, salvo alergia a penicilina, en que se administra amikacina 1 gramo. Los datos recopilados fueron edad, esquema antibiótico administrado, número de muestras tomadas. Se registraron como complicaciones infecciosas secundarias a la biopsia sepsis de foco urinario e infecciones urinarias los primeros 30 días posteriores al procedimiento.

**RESULTADOS:** Se realizaron 360 biopsias. El número de muestras tuvo una mediana de 13 (RIC 12-14). El esquema con ceftriaxona lo recibió un 94,4 % , y el 5.5 % restante recibió amikacina. No se presentaron reacciones adversas a la profilaxis. Del total de las biopsias se reportó un caso (0,27 % ) de sepsis de foco urinario con necesidad de manejo intrahospitalario. Un paciente evolucionó con infección urinaria baja no complicada. Ambos fueron del grupo que recibió amikacina.

**CONCLUSIONES:** La biopsia de próstata transrectal es un procedimiento médico sujeto a complicaciones. Según el protocolo local de nuestro centro, este examen presenta menor tasa de complicaciones infecciosas graves que las publicadas en la literatura (0,27 % vs 1 % ), así como también en el resto de las complicaciones infecciosas (1.3 % vs 6 % ). Cabe destacar que hubo nula incidencia de sepsis severa con el esquema de elección, que lo recibió sobre el 94 % (339) de los pacientes. Con esto podemos recomendar el uso de ceftriaxona en monodosis 30 minutos pre-procedimiento como esquema seguro para minimizar la incidencia de complicaciones infecciosas.

## P30) NECESIDAD DE IMPLANTE URINARIO ARTIFICIAL POST PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿CÓMO ESTÁN NUESTROS RESULTADOS?

Oporto Uribe, S.(1); Raineri Valenzuela, I.(1); Mandujano Torres, F.(1); Chacón Caorsi, R.(1); Vivaldi Jorquera, B.(1); Horn Bengoa, C.(1); Sarrás Jadue, M.(1); Sáez Valenzuela, I.(1);

(1): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La incontinencia urinaria secundaria a la prostatectomía radical es una complicación con gran impacto en la calidad de vida del paciente. Su incidencia varía entre un 6 a un 69 % de los casos, generando síntomas moderados a severos en un 6 % y 2 %, respectivamente. Existe un 1-5 % de los casos con persistencia de los síntomas al año de la cirugía. Se plantea el implante de esfínter urinario artificial (EUA) al grupo con mayor severidad de síntomas transcurrido 1 año post procedimiento y que no hayan respondido a las medidas conservadoras. El objetivo del estudio es presentar nuestra casuística de incontinencia urinaria severa con necesidad implante de EUA en una cohorte de pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer de próstata en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva. Se analizaron los pacientes sometidos a prostatectomía radical entre los años 1993 y 2016. Se rescataron los datos demográficos, características clínicas de los pacientes que requirieron instalación de EUA y resultados postoperatorios.

**RESULTADOS:** En el periodo comprendido entre 1993 y 2016, se realizaron 678 prostatectomías radicales. En este periodo sólo reportaron 3 casos de incontinencia urinaria con necesidad de EUA (0,4 %). Todos los pacientes presentaron cáncer de próstata localizado, sin antecedentes de irradiación previa. Los 3 pacientes fueron sometidos a prostatectomía radical abierta retropúbica a los 61 años de edad. La biopsia diferida fue compatible con adenocarcinoma de próstata Gleason 2+3, 3+3 y 3+4; sin compromiso extraprostático. Todos los pacientes con implante de EUA tuvieron urodinamia compatible con incontinencia urinaria de esfuerzo. La instalación de EUA fue después de 1 año o más post prostatectomía. Posterior a la instalación, todos refirieron mejoría sintomática. En un caso se tuvo que retirar la prótesis por infección de esta, 1 año post instalación. A los 10 años se reinstala el esfínter evolucionando sin nuevas complicaciones hasta la fecha.

**CONCLUSIONES:** La incontinencia luego de la prostatectomía radical es una complicación invalidante para los pacientes. En nuestra serie reportamos una baja tasa de incontinencia urinaria con necesidad de instalación de EUA con la técnica que tradicionalmente se ha utilizado.