

P66) HERNIA PARATRASPLANTE RENAL: UNA COMPLICACIÓN INSOSPECHADA

Del Real Valdés, O.(1); Buckel Schaffner, E.(1); Jarufe Cassis, N.(1); Troncoso Carrasco, P.(1);

(1): Universidad Católica, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La hernia paratrasplante es una complicación precoz post trasplante renal con una incidencia de 0.18 - 0.45 % . Sin embargo, puede ser fatal (8.3 %) dado que ocurre en un paciente inmunosuprimido que no manifiesta signos de sepsis abdominal. Actualmente existen sólo 12 casos reportados. Presentamos a continuación un caso de hernia paratrasplante complicada tratada recientemente en nuestro centro.

CASO CLÍNICO: hombre 24 años, monorreno congénito derecho, enfermedad renal crónica por reflujo vesicoureteral severo en hemodiálisis. Se realiza trasplante renal donante cadáver, en el intraoperatorio se produce apertura accidental de peritoneo que se sutura con Vicryl. Al mes post operado presenta vómitos y dolor epigástrico, con tránsito intestinal presente, sin irritación peritoneal y con ascenso de creatinina. Se hospitaliza para estudio realizándose endoscopia digestiva alta diagnosticándose esofagitis. Se maneja médicamente, con resolución de síntomas y mejoría de creatinina, se indica alta. Reconsulta a los 10 días por cuadro clínico similar asociado a deterioro de función del injerto, sin irritación peritoneal. Se realiza TAC que muestra obstrucción intestinal con signos de perforación contenida. Se realiza laparotomía exploradora que muestra hernia estrangulada con una zona desvitalizada del segmento intestinal, en relación a un defecto del peritoneo en la zona del injerto renal. Se realiza resección intestinal, anastomosis entero-enteral manual y cierre de defecto. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio, con buena tolerancia oral y recuperación de la función renal.

DISCUSIÓN: la hernia paratrasplante se presenta habitualmente dentro del primer mes post trasplante renal con dolor abdominal inespecífico, distensión abdominal, náuseas y vómitos. Está asociada a algún defecto en el peritoneo que recubre al injerto por lo es recomendable siempre en la cirugía del trasplante buscar potenciales aperturas peritoneales y cerrarlas. Esta complicación requiere un alto índice de sospecha dado que habitualmente no presentan signos peritoneales debido a la inmunosupresión. Es fundamental el diagnóstico y manejo quirúrgico precoz y se debe cerrar el defecto del peritoneo.

CONCLUSIÓN: La hernia paratrasplante es una complicación poco frecuente, potencialmente fatal, que requiere un alto índice de sospecha, diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz.

P67) URETROPLASTÍA EN ESTENOSIS URETRAL COMPLEJA. EXPERIENCIA QUIRURGICA DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA

Espinoza Vega, W.(1); Rojas Rios, A.(1); Espinoza Otero, G.(2);

(1): Hospital San Martín, Quillota, Chile (2): Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

INTRODUCCIÓN: La estenosis uretral tiene diversas etiologías y el tratamiento varía según su ubicación anatómica, extensión y espongiopfibrosis. La uretroplastía es un procedimiento complejo realizado en algunos servicios urológicos de nuestro país. En el siguiente trabajo presentaremos nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de la estenosis uretral compleja, sometidos previamente a múltiples uretrotomías internas y/o con cistostomía por un tiempo de 4 a 6 meses y fístulas perineales, mediante uretroplastía de sustitución o reemplazo, utilizando la técnica con mucosa de boca y colgajo libre de tubo cutáneo de zona apilosa de región perineal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisa de manera retrospectiva 52 pacientes con estenosis uretral compleja sometidos a uretroplastia entre enero de 2003 y mayo del 2018: uno portador de panestenosis se realizó reemplazo total de uretra, 30 pacientes se les realizó uretroplastia con mucosa de boca (12 con injerto ventral y 18 con injerto dorsal), 10 se realizó uretroplastia con colgajo cutáneo tubulizado de zona perineal apilosa con reemplazo de uretra bulbar y bulbo membranosa, 6 pacientes se realizó uretroplastia termino-terminal y 5 con estenosis larga, fibrosa y alto riesgo quirúrgico se realizó uretrotomía perineal.

RESULTADOS: Nuestra tasa de éxito fue de 87 % (45 pacientes libre de estenosis) y fracaso 13 % (7 pacientes presentaron reestenosis).

CONCLUSIÓN: La cirugía abierta es el mejor tratamiento que podemos ofrecer a estos pacientes, que a pesar de las tasas de re-estenosis, es una intervención que ofrece una tasa de éxito mayor a los procedimientos endoscópico, por lo que los urólogos debemos ofrecer la uretroplastia como el tratamiento inicial para pacientes con estenosis de uretra bulbar larga mayor a 2 cm y a repetición.

P68) RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA EN PACIENTES CON URETROPLASTIA POSTERIOR PREVIA

Baeza, C.(1); Gomez, R.(1); Velarde, L.(1); Campos, R.(1);

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La lesión uretral secundaria a fractura de pelvis, se produce generalmente a nivel de la uretra bulbomebranosa, distal al esfínter externo, por lo que puede resultar dañado. Luego de la reparación, la continencia de orina queda determinada principalmente por el cuello vesical y por el esfínter externo en grado variable. En pacientes sometidos a uretroplastia posterior, la cirugía del adenoma de próstata puede producir un deterioro en la continencia, al reseca fibras del cuello vesical. A nuestro entender, no existen reportes acerca del tratamiento quirúrgico del adenoma de próstata, en pacientes previamente operados de uretroplastia posterior.

MATERIALES Y MÉTODOS: se presenta una serie de 4 pacientes con antecedente de lesión uretral secundaria a fractura de pelvis, sometidos a una uretroplastia posterior, los que evolucionaron con hiperplasia prostática obstructiva, refractaria a tratamiento médico. Se estudiaron con IPSS, ecografía, cistoscopia y uroflujometría. Se les realizó RTU-P conservadora.

RESULTADOS: La edad promedio a la lesión uretral fue 51(32-73) años. Todos con continencia de 100 % luego de uretroplastía, todos desarrollaron síntomas obstructivos bajos, de causa prostática post-uretroplastía, se trataron con alfa-bloqueo y luego tratamiento combinado, por un tiempo promedio de 48(3-96) meses. La edad a la RTU-P fue de 65(57-74) años. El IPSS pre-quirúrgico fue de 23(18-29) puntos, severo. Se resecó 7,3(3-10)gr de adenoma, realizando resección de lóbulo medio en 3 pacientes, y lóbulo izquierdo en otro, preservando el cuello en todos. Se realizó seguimiento promedio de 14 (2-30) meses. En los 4 pacientes la continencia post-quirúrgica fue de 100 % . El IPSS post-quirúrgico fue de 7,8(2-12) puntos.

CONCLUSIÓN: En los tres pacientes presentados, se preservó parte del adenoma, intentando una resección conservadora del cuello, con la finalidad de no deteriorar la continencia. Se logró aceptable resultado sintomático. Además de la participación del cuello en la continencia, es posible que luego de la lesión uretral y uretroplastía, exista una función residual del esfínter externo, que posiblemente contribuya a la continencia en estos pacientes.

P69) CISTECTOMIA RADICAL ROBOTICA Y CONDUCTO ILEAL TOTALMENTE INTRACORPOREO EN CISTITIS ACTINICA GRAVE

Castillo, O.(1); Arribas, D.(1); Rodriguez, A.(1); Petros, A.(1); Ortega, E.(1); Alabat, A.(1); Van Cauwelaert, R.(1);

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

INTRODUCCIÓN: La cistitis actínica corresponde a la manifestación de síntomas y signos de daño vesical secundarios a radioterapia pélvica. La radioterapia produce daño agudo y crónico, los cuales pueden llegar a ser devastadores con gran impacto en la calidad de vida y en ocasiones con riesgo vital. Nuestro objetivo fue evaluar nuestra experiencia inicial en pacientes que requirieron de un tratamiento quirúrgico agresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: En un período de 2 años hemos realizado una cistectomía radical con derivación urinaria totalmente intracorpórea en 3 pacientes. Todos ellos fueron evaluados en forma clínica y radiológica completa y la decisión quirúrgica se tomó luego de falla a tratamientos conservadores habituales.

RESULTADOS: Se trató de 3 pacientes de sexo masculino con una edad promedio de 74 años, todos ellos con un cáncer de próstata tratado con cirugía radical abierta y radioterapia complementaria. El tiempo medio desde la radioterapia fue de 48 meses. Todos los pacientes presentaban hemorragia vesical severa con múltiples hospitalizaciones para lavado vesical, transfusiones y cirugía endoscópica. En todos ellos se realizó una cistectomía radical robótica con conducto ileal totalmente intracorpóreo. El tiempo quirúrgico promedio fue de 290 minutos, con un sangrado promedio de 100 cc. No hubo complicaciones postoperatorias y el tiempo promedio de hospitalización fue de 9 días.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de la cistitis actínica, complicación poco frecuente en la actualidad, es complejo y generalmente con buena respuesta a tratamientos conservadores. La cirugía es un tratamiento de rescate agresivo en aquellos pacientes que no responden a otros tratamientos y tienen una evolución grave. La cistectomía radical robótica con derivación urinaria intracorpórea, asociado a un protocolo ERAS, es una buena alternativa a la cirugía abierta con aparentes mejores resultados, menos complicaciones y alta precoz.

P70) URETROPLASTIA TERMINO TERMINAL NO TRANSECTANTE, PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTRECHEZ DE URETRA BULBAR

Campos, R.(1); Velarde, L.(1); Gomez, R.(1);

(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Para el manejo de la estrechez uretral bulbar corta se ha descrito clásicamente la transección completa del bulbo uretral, la escisión del segmento uretral afectado y la anastomosis primaria de ambos cabos uretrales, comprometiendo potencialmente de esta forma el suministro de sangre arterial del cuerpo esponjoso y uretral. El conservar un cuerpo esponjoso residual subyacente sano y bien vascularizado es el fundamento de la técnica de uretroplastia bulbar no transectante desarrollada para lograr el mismo objetivo que la técnica clásica, pero sin comprometer el suministro sanguíneo. Describimos nuestra experiencia con este abordaje quirúrgico en el manejo de estrecheces bulbares cortas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta serie de 13 pacientes portadores de una estrechez uretral bulbar operados entre febrero de 2012 y agosto de 2018. En todos los pacientes el diagnóstico se realizó con una uretrrocistografía (UCG). A todos los pacientes se les realizó una UCG post quirúrgica previo al retiro de sonda uretral. Se definió curación como la ausencia de cualquier recurrencia que requiriera de una nueva intervención quirúrgica y con la satisfacción subjetiva de la paciente en el último seguimiento.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 44 (17-63) años. El promedio de seguimiento fue de 31 (1-80) meses, la mediana de estadía hospitalaria fue de 2 días y el tiempo de sonda Foley de 21 días. El promedio de la longitud de estrechez fue de 2 cm (1-3 cm) medida intra-operatoriamente. Ningún paciente ha requerido de una reintervención y ningún paciente ha referido síntomas obstructivos durante el seguimiento. No se reportan complicaciones intra-operatorias. En un paciente la UCG a las 3 semanas mostro filtración de anastomosis motivo por el cual se manejó instalando una cistostomía, retirándola a las 6 semanas post operatoria con UCG sin filtración.

CONCLUSIONES: La uretroplastia no transectante es una técnica factible, de baja morbilidad y se asocia con buenos resultados funcionales en pacientes con estrecheces bulbares cortas. Esta técnica evita la alteración de la integridad del flujo sanguíneo del bulbo esponjoso reduciendo el trauma quirúrgico y potencialmente el riesgo de recurrencia de la estrechez y de disfunción eréctil.

P71) TRASPLANTE RENAL SIN USO DE DOBLE JOTA NO AUMENTA LA TASA DE FISTULA URINARIA

Cordova Pedreros, J.(1); Rebolledo Díaz, G.(1); Inostroza Muñoz, C.(1); Henríquez Torres, D.(1); Espinoza, G.(2); Millan, P.(1); Sarmiento, V.(1); Aedo, R.(3); Campos, D.(1); Urzua, C.(1); Toloza, H.(2); Hiriart, J.(1); Calderon, D.(1); Rubio, G.(1); Baeza, C.(1); Carvajal, D.(1);

(1): Hospital Salvador, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Salvador, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Salvador, Universidad de Chile, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones urológicas en trasplante renal (TR) contribuyen a una mayor morbilidad, con posible compromiso del injerto. Mayoritariamente se producen en la anastomosis vesicoureteral con fístulas urinarias (FU). Se han estudiado medidas preventivas para reducir las FU, como es el uso de doble jota. Nuestro Servicio no utiliza en forma preventiva doble jota, quedando reservado para casos de mala calidad vesical y otras excepciones. El objetivo de este estudio es revisar las Fístulas Urinarias y su relación con el No uso de doble jota.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los TR realizados entre 2013 a Junio 2018. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para determinar si existe o no asociación entre las variables, para determinar si el No uso de doble jota aumenta el riesgo de FU.

RESULTADOS: Se obtuvo un total de 108 pacientes. La etiología se distribuye de la siguiente manera: 46 % Causa desconocida, 26 % Glomerulopatías y Otras en 20 % . Promedio de edad fue 46 años (rango 19 a 70). El 87 % (95) de los neoimplantes fueron Lych Gregoire, 9 % (10) Boca de pez y 2 % (3) Ureteroureteral. Tasa de FU fue 10 % (10), presentandose en 13 % (3) de pacientes con doble jota y en 8,2 % (7) de pacientes sin doble jota. No existe asociación entre uso de doble jota y menor FU, con $\chi^2(1, N=108)=0,5, p > 0.05$, IC95 % . No existe asociación entre FU y diuresis $< 100\text{cc}$, con $\chi^2(1, N=108)=0,09, p > 0.05$, IC 95 % . El tipo de Neoimplante no demuestra asociación con FU, $p > 0.05$.

CONCLUSIONES: La proporción de pacientes que presentaron Fístula Urinaria, tienden a distribuirse de manera similar con el uso y No uso de doble jota, no aumentando la tasa de FU si se evita el doble jota. El catéter doble jota a su vez, aumenta el riesgo de infección urinaria y requiere de un segundo procedimiento para su retiro, lo cual puede ser perjudicial para el futuro del injerto renal. Dentro de las limitaciones el bajo número de fístulas urinarias hace necesario estudios multicéntricos, proyectivos que aumenten la muestra y calidad de la evidencia.

P72) EXPERIENCIA Y RESULTADOS ANATOMO-FUNCIONALES EN RECONSTRUCCIÓN GENITOURINARIA EN PACIENTES CON GANGRENA DE FOURNIER

Storme, O.(1); Giraudo, V.(1); Chavez, C.(2); Molina, J.(2); Donoso, E.(1); Marchant, Á.(1); Catalán, G.(1);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La gangrena de Fournier es una emergencia médico-quirúrgica de alta morbilidad, que requiere de un tratamiento activo y oportuno para el cuadro agudo y de una reconstrucción eficaz para su rehabilitación. Nuestro objetivo es reportar los resultados anatómo-funcionales de nuestros pacientes con gangrena de Fournier tratados por el equipo de urología reconstructiva.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes con gangrena de Fournier intervenidos en plan de reconstrucción genitourinaria por el equipo de urología reconstructiva en los últimos 5 años. Se evaluaron datos demográficos, etiología de infección, tratamiento médico quirúrgico de cuadro agudo y tratamiento y resultados reconstructivos.

RESULTADOS: Se identificaron 9 pacientes, todos masculinos, edad 54 años (rango 46-75 años), diabétes mellitus 5 casos, 1 drogadicto y 1 postrado. Todos ingresan por servicio de urgencia, con media 5 días de evolución y shock séptico. El cultivo de herida operatoria resultó positivo en 2 pacientes con E. coli multisensible. Se utilizó tratamiento antibiótico endovenoso por 15 días en promedio. Se realizaron 3 a 5 aseos por paciente previo a su cirugía reconstructiva. 2 requirieron VAC por 5 días. Se realizó uretroplastia en 3, bolsillo escrotal en 3, injerto dermo-epidérmico en 5 pacientes. La duración media de la hospitalización fue de 31 días (23-44). Seguimiento de 6 meses con cicatrices sanas, injertos vitales y funcionales, 2 presentan sensibilidad a la palpación testicular. En la uroflujometría Qmax media de 11.2ml/s y volumen de 187ml.

DISCUSIÓN: La gangrena de Fournier afecta principalmente a hombres de edad media, diabéticos y en estados de inmunosupresión. El tratamiento requiere manejo quirúrgico activo y apoyo por parte del equipo de médico para asegurar resultados adecuados, y rehabilitación oportuna con resultados estéticos y funcionales.

CONCLUSIONES: En nuestro centro el iniciar el manejo por el equipo de urgencias para ser finalizado por el equipo de urología reconstructiva a la brevedad, ha permitido un alta precoz de los pacientes y mejorar los resultados anatómo-funcionales.

P73) PROGRAMA DE TRANSEXUALIDAD: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS

Baeza Andrade, R.(1); Salinas Del Rio, M.(1); Cancino Bustos, C.(1); Adan Adan, F.(1); Vargas Collipal, R.(1); Peña Arenas, G.(1); Haemmerli Diaz, J.(1); Isals Orellana, N.(1); Montero Ruiz, J.(1);

(1): Hospital Las Higueras, Talcahuano, Concepción, Chile

INTRODUCCIÓN: El hospital las higueras de Talcahuano cuenta con un programa de transexualidad en el cual se realiza un tratamiento multidisciplinario según las necesidades del usuario. Todos tienen acompañamiento psicológico y manejo hormonal; las cirugías de mastectomía, histerectomía, ooforectomía y genitoplastia masculinizante o feminizante, son realizadas según los requerimientos de los usuarios. Todos los pacientes operados tienen evaluación de dos equipos de salud mental, manejo hormonal de más de 12 meses y experiencia de vida de 18 meses según el género al que realizarán la transición. Nuestro objetivo es mostrar los resultados quirúrgicos y las características demográficas de esta cohorte.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de corte de la totalidad de genitoplastias realizadas desde enero 2013 hasta Septiembre 2018, realizadas por un mismo cirujano. Las variables estudiadas fueron edad, género al cual transitan, días de estadía hospitalaria, tiempo quirúrgico, complicaciones.

RESULTADOS: Se realizaron 37 genitoplastías, 78,4 % feminizantes, un promedio de edad 29 años, 24 de los pacientes son del Servicio de salud Talcahuano, siendo el resto desde Santiago a Punta Arenas. Una estadía promedio de 8,6 días. Tiempo quirúrgico promedio de 4,5 horas; 8 complicaciones quirúrgicas, 3 claven grado 2, 2 grado 3 A, 3 grado 3 B.

CONCLUSIONES: La distribución de las cirugías realizadas son mayoritariamente feminizantes concordante con lo descrito en otros centros, los resultados quirúrgicos son muy satisfactorios para los usuarios. Con días de estadía y complicaciones razonables para esta técnica quirúrgica.

P74) FÍSTULA URETROCUTÁNEA DISTAL COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE BEHÇET Y FISTULECTOMÍA CON COLGAJO DE DARTOS DE PREPUCIO

Borgna, V.(1); Sáez, C.(2); Finsterbusch, C.(1);

(1): Servicio Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Medicina USACH, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno multisistémico, crónico y recidivante, de etiología desconocida. Es de baja frecuencia en nuestro país¹, caracterizada por cursar con úlceras orales, úlceras genitales, lesiones cutáneas e inflamación ocular, y en menor frecuencia, afección articular, neurológica, vascular y digestiva. Las úlceras genitales son frecuentes en esta enfermedad, con mayor tendencia a presentarse en escroto¹; por otro lado, la afectación del pene es rara². La formación de una fístula uretrocutánea ha sido escasamente reportada en la literatura^{3,4} y su reparación no está estandarizada. Se presenta caso de fístula uretrocutánea peneana y su manejo quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 41 años de origen haitiano, sin antecedentes mórbidos conocidos, ni conductas sexuales de riesgo. Consulta por lesiones papulosas ulceradas y dolorosas en región ventral del pene, asociadas a adenopatías inguinales. Se toma biopsia de lesión genital que muestra resultado compatible de EB, se complementa con Test de Patergia que resulta positivo. Paciente evoluciona con una fístula uretrocutánea de 8mm en uretra peneana. Se realiza fistulectomía y uretroplastía con colgajo de dartos de prepucio. Tiempo operatorio 90 minutos, Estadía hospitalaria 4 días, evoluciona sin complicaciones.

CONCLUSIONES: La EB debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de lesiones genitales ulceradas con mala respuesta a antibióticos. La formación de una fístula uretrocutánea es muy rara en este caso se utilizó fistulectomía con colgajo de dartos, aislando la piel ante la posible aparición de nuevas úlceras.. La coordinación de equipos multi-especialidad es la única forma de manejar estos casos poco frecuentes y poder llegar al diagnóstico y terapia correspondiente, así evitar complicaciones.

P75) RESECCION LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO.

Valero Fuentealba, G.(1); Ortiz Roldan, F.(2); Nova, A.(3); Vera, N.(2); Silva, M.(2); Vasquez, J.(3);

(1): Hospital Regional Rancagua-Hospital Fusat, Rancagua, Chile (2): Hospital Fusat, (3): Hospital Regional Rancagua

INTRODUCCIÓN: El cáncer de testículo es la neoplasia más frecuente entre los 20 y 35 años. Con el enfoque multidisciplinario moderno, se ha logrado optimizar y mejorar las tasas de curación. Sin embargo, a pesar de quimioterapia (QT), aproximadamente 30-35 % pacientes presentarán recidiva especialmente en retroperitoneo. En estos casos se puede realizar QT de segunda línea o cirugía, siendo la vía abierta el gold estándar. El acceso laparoscópico es también una alternativa, que ha ido surgiendo en el último tiempo. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de la resección laparoscópica en pacientes con recidiva tumoral post QT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo con 11 pacientes operados entre 2011 y 2018. Todos los pacientes habían recibido tres o cuatro ciclos de QT en base a etopósido y tenían marcadores tumorales negativos. Se analizan las variables histológicas, perioperatorias y seguimiento de pacientes.

RESULTADOS: Edad promedio 28 años (20-39). Lado derecho en 6 pacientes. Siete (63 %) estaban en etapa I y el resto con adenopatías visibles en TAC abdominal. Tiempo promedio desde término de QT y cirugía fue de 6,4 meses (3-25). Histología orquiectomía: 7 (63 %) con tumor no seminoma mixto, 2 (18 %) seminoma y 2 (18 %) teratoma. Tamaño promedio de masa 5,3 cms (2-7). Salvo un paciente en que no fue posible realizar resección debido a compromiso de vasos ilíacos comunes (en este caso se tomó muestra para biopsia), en los otros 10 pacientes se logró resección completa por vía laparoscópica sin conversión a cirugía abierta. Histología post cirugía: 7 teratoma, 2 fibrosis, 2 seminoma (incluido biopsia de masa no resecable). Sangramiento promedio 80 cc (10-225). Tiempo de hospitalización promedio 1,8 días (1-4). Con un seguimiento promedio 48 meses (4-74), 2 pacientes presentaron recidiva tumoral (1 retroperitoneal y 1 tórax). Un paciente fallecido por progresión de enfermedad a los 24 meses.

DISCUSION: El análisis de los resultados muestra que es factible ofrecer esta vía quirúrgica. Los resultados son comparables a la cirugía abierta y son acordes a los publicados. Continúa siendo necesario, a nuestro parecer y realidad de trabajo, una selección más fina de las terapias post orquiectomía.

P76) TUMOR BURNED-OUT: UNA RARA Y AGRESIVA FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN TUMOR TESTICULAR

Narváez Fuentes, P.(1); Tapia, C.(2); Barria, S.(2); Orellana, S.(1); Dominguez, R.(1); Hassi, M.(1); Vera, A.(1); Acuña, J.(1);

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

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular es el cáncer más común en hombres entre 15-44 años. La tasa de curación es alta cuando el tratamiento y seguimiento son adecuados, con sobrevida global y curación a 5 años mayor al 95 %. El término tumor "burned-out" se refiere a un tumor testicular que ha tenido regresión histológica, y que su forma de presentación es usualmente a través de sus metástasis. El tipo histológico más frecuentemente asociado es el coriocarcinoma.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 49 años se presenta con cuadro de dolor abdominal irradiado a región lumbar, hombro, y región inguinal derecha. TC de tórax, abdomen y pelvis impresiona tumor testicular con metástasis linfáticas retroperitoneales, hepáticas y pulmonares. Ecografía testicular muestra lesión intraparenquimatosa solidocística en testículo derecho. Dentro de sus marcadores tumorales destacaban BHCG 831.000, LDH 10.184 y AFP 1,34. Evoluciona con marcada inestabilidad hemodinámica, siendo sometido a laparotomía exploradora de urgencia con hallazgo de hemoperitoneo de 2lt, metástasis hepáticas y conglomerado de adenopatías retroperitoneales. Se realiza hepatectomía parcial y se traslada a UCI desde pabellón. Biopsia hepática informa metástasis hepática de tumor de células germinales compatible con coriocarcinoma. Se realiza orquiectomía radical derecha dos días después, cuya biopsia se informa como marcada fibrosis con componente de teratoma maduro. Comité oncológico decide inicio de quimioterapia con BEP una vez estabilizada condición del paciente. Paciente evoluciona de manera tórpida, requiriendo múltiples reintervenciones. Se decide iniciar quimioterapia, paciente falleciendo de una falla multiorgánica luego del inicio del primer ciclo.

DISCUSIÓN: Los tumores testiculares burned-out son una rara forma histológica de cáncer testicular. Se han descrito a la fecha muy pocos casos en la literatura. La patogénesis de este fenómeno podría estar explicada debido a que la alta tasa metabólica del tumor sobrepasaría el aporte sanguíneo del mismo. Debido a que las metástasis tienen una temprana aparición, los pacientes suelen debutar con síntomas derivados de estas, antes que de la masa testicular. Estos son frecuentemente hemorrágicos, y pueden llegar a tener evoluciones tórpidas, como en el presente caso, por lo que es una presentación clínica para considerar en nuestra práctica clínica.

P77) PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA EN PROSTATITIS AGUDA RECURRENTE: CASO CLINICO

Petros, A.(1); Ortega, E.(1); Alabat, A.(1); Arribas, D.(1); Rodriguez, A.(1); Alabat Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1);

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

INTRODUCCIÓN: El síndrome clínico prostatitis incluye 4 categorías según el NIH, siendo la categoría 1 la correspondiente a la prostatitis aguda bacteriana. En esta entidad el tratamiento adecuado es terapia antimicrobiana y eventualmente drenaje de la vía urinaria. La necesidad de un tratamiento quirúrgico agresivo es de rara ocurrencia y poco reportado en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 55 años, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2. Tiene el antecedente de prostatitis aguda recurrente febril desde los 40 años, con múltiples hospitalizaciones desde 2 años antes, entre 2 a 4 episodios por años, con requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos por cuadros séptico de origen prostático, con germen BLEE (+) en la mayoría de los casos. Trae una resonancia prostática multiparamétrica que muestra una próstata de 30 cc, sólo con cambios inflamatorios crónicos y agudos, calificada como PIRADS 2. Tiene un antígeno prostático reciente de 3.5 ng/ml. Dado el cuadro infeccioso recurrente de alta severidad y marcado compromiso del estado general se decide, en conjunto con infectología, realizar una prostatectomía radical robótica.

RESULTADOS: Se efectúa una prostatectomía radical robótica, sin linfadenectomía, con un tiempo de consola de 120 minutos y un sangrado estimado de 200 ml. Su evolución postoperatoria es sin incidentes, con retiro de sonda al 7º día y continencia completa inmediata. La biopsia es informada como próstata de 51.2 cc, con el hallazgo incidental de un Adenocarcinoma Gleason 6 (3+3), microfoco de 4 mm, volumen tumoral de 0.18 cc. El paciente tiene 12 meses de control sin cuadros infecciosos y buen estado general, con continencia completa y vida sexual normal apoyado con inhibidores de fosfodiesterasas.

CONCLUSIÓN: En la revisión de la literatura a nuestro alcance, relacionada al tratamiento quirúrgico de la prostatitis, solo se han comunicado 21 casos de prostatectomía radical pero sólo 2 casos de prostatitis bacteriana recurrente (NIH 1). El resto de los pacientes eran categoría 3 según NIH (síndrome de dolor pelviano crónico). En este paciente la prostatectomía radical solucionó un serio problema de sepsis urinaria recurrente, aunque debe enfatizarse que fue una solución extrema y derivada de una indicación multiespecialidad.

P78) METASTASIS RENAL CON TROMBO EN VENA CAVA EN CÁNCER TESTICULAR NO SEMINOMA

Narváez, P.(1); Dominguez, R.(1); Orellana, S.(1); Hassi, M.(1); Vera, A.(1); Kerkebe, M.(1);

(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile

BACKGROUND: El cáncer testicular es la neoplasia maligna más frecuente en hombres de 15-40 años. Siendo su sobrevida a 5 años > 95 % en enfermedad local y regional, y >70 % cuando esta se presenta de manera metastásica. La diseminación metastásica clásicamente comienza con la afectación de los ganglios linfáticos retroperitoneales, y luego con metástasis en hígado, pulmón, hueso y cerebro, representando enfermedad avanzada.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 33 años, con antecedentes de orquiectomía radical izquierda debido a tumor testicular el año 2016, cuya biopsia informaba tumor testicular mixto, saco vitelino 70 % , seno endodérmico 15 % , carcinoma embrionario 10 % , Teratoma 5 % . Estadificado como pT4N1M0S0, etapa IIA, por lo que recibió quimioterapia con PEB, 3 ciclos. En seguimiento se detecta masa residual retroperitoneal, por lo que es sometido a LALA, con biopsia que informaba teratoma 90 % y saco vitelino 10 % . Luego de eso evoluciona con nódulo pulmonar, que se reseca, teniendo en resultado de biopsia neoplasia germinal testicular con teratoma inmaduro y saco vitelino. En seguimiento imagenológico se encuentra tumor renal. Se realiza biopsia, con resultado de metástasis germinal de testículo por lo que se decide nefrectomía radical izquierda. Durante el intraoperatorio se pesquiza trombo en vena cava, por lo que la cirugía se debe convertir a abierta, realizando nefrectomía radical más trombectomía de vena cava. Biopsia definitiva confirma metástasis de neoplasia germinal con teratoma maduro e inmaduro. Paciente evoluciona favorablemente luego de cirugía, recibiendo QMT de segunda línea con vip. Actualmente sin evidencias de recidiva tumoral

DISCUSIÓN: El cáncer de testículo con buen pronóstico incluso en su presentación metastásica. La diseminación a riñón es rara en este tipo de tumores. En este caso la enfermedad ha sido de difícil control, con metástasis recurrentes. La metástasis renal además, se presentó con un agresivo comportamiento, evolucionando con trombo en vena cava poco después del control imagenológico, lo que requirió un cambio en la técnica quirúrgica en el intraoperatorio. A pesar de la morbilidad y mortalidad, la nefrectomía radical y trombectomía deben ser llevadas a cabo en este tipo de casos, debido a que ofrece la posibilidad de control local de la enfermedad.

P79) FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO DE TESTICULO

Muñoz, N.(1); Serrano, D.(2); Covarrubias, C.(2); Garrido, J.(2); Nuñez, R.(2); Muñoz, B.(3);

(1): HOSPITAL LINARES, LINARES, CHILE (2): UTAL, TALCA, CHILE (3): UCM, TALCA, CHILE

INTRODUCCIÓN: El fibrohistiocitoma maligno (FHM) o actualmente denominado sarcoma pleomórfico indiferenciado, constituye una neoplasia mesenquimática de baja incidencia en la región para testicular. Los tumores del cordón espermático y del tejido paratesticular son raros y su verdadera incidencia no se ha logrado establecer aún. Los tumores testiculares clínicamente son indistinguibles de los que se ubican en la región paratesticular por lo cual el diagnóstico certero e histología será finalmente determinado por la biopsia del tumor.

MÉTODO: Se presenta el caso de un paciente de 60 años que presenta clínicamente un tumor testicular derecho, asociado a una hernia inguinal ipsilateral. Resultando a la histología un FHM de cordón espermático de gran tamaño en un paciente.

RESULTADOS: Paciente de 60 años sin antecedentes mórbidos ni familiares conocidos, consultó por aumento de volumen testicular sólido e indoloro de testículo derecho de aproximadamente 6 meses de evolución, asociado a hernia inguinal ipsilateral. Es evaluado por urólogo con ecografía testicular compatible con neoplasia quien evidencia masa testicular derecha de más de 20 cm por lo que se decidió realizar orquidectomía radical del mismo lado y marcadores tumorales. Se envía pieza a biopsia y se determina un FHM con bordes negativos, sin permeación linfovascular ni infiltración de epidídimo o testículo. Se solicitan como parte de estudio de diseminación tomografía de tórax, abdomen y pelvis, además de seguimiento con marcadores tumorales para decidir conducta posterior, las cuales demuestran que no existe diseminación tumoral.

CONCLUSIÓN: Es relevante conocer neoplasias testiculares poco frecuentes para determinar un manejo adecuado de esta patología. Se han reportado tan solo unos pocos casos de FHM en la región para testicular en la literatura, de los cuales ninguno publicado en nuestro país, por lo cual el reporte de casos sirve como guía u orientación en el tratamiento de esta enfermedad. Si bien aún no se ha logrado consenso sobre el tratamiento, la cirugía parece ser el tratamiento de elección en pacientes que no han presentado recidivas ni metástasis, no demostrándose eficacia con el uso de radioterapia o quimioterapia en estos casos.



P80) CÁNCER TESTICULAR BILATERAL. REPORTE DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Gallegos, A.(1); Venegas, A.(1); Calvo, N.(1);

(1): Hospital Carlos Van Buren, VALPARAISO, CHILE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular representa el 1-1.5 % de los tumores malignos en hombres y el 5 % de los tumores urológicos. Son las neoplasias malignas sólidas más frecuentes en hombres entre 20 y 45 años. La incidencia de las neoplasias bilaterales es de 1-5 %, siendo habitualmente un tercio sincrónicos y dos tercios metacrónicos. Criptorquidia, disgenesia gonadal, infertilidad, CIS, atrofia testicular representan factores de riesgo específicos. Sin embargo el antecedente de tumor testicular germinal es el principal factor para padecer cáncer testicular contralateral.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de cáncer testicular bilateral en nuestra población. Identificar factores de riesgo, edad al diagnóstico, tiempo transcurrido entre el primer y segundo tumor en los metacrónicos, histología más frecuente en los casos de bilateralidad.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo analítico mediante recopilación de historias clínicas de pacientes con tumor testicular bilateral en HCVB en el lapso de 10 años (abril 2008 hasta agosto 2018).

RESULTADOS: De un total de 132 pacientes con cáncer testicular de nuestra serie, 7 pacientes presentaron cáncer testicular bilateral. Tres pacientes de forma sincrónica y cuatro de presentación metacrónica. La edad promedio al diagnóstico es de 36 años. El número promedio de meses transcurridos en la presentación metacrónica es de 69 meses. En nuestra serie todos los casos de tumores sincrónicos corresponden a seminomas puros. En los tumores metacrónicos el orden de presentación corresponde 40 % a seminoma/seminoma, 40 % no seminoma/seminoma, y el 20 % a seminoma/no seminoma.

CONCLUSIÓN: La incidencia de tumor testicular bilateral en nuestra población es alta (5 %), datos comparables a las referencias de países noreuropeos. Esto podría justificar la biopsia testicular contralateral de rutina al momento de la orquiectomía. Es necesario educar al paciente sobre autoexamen por el riesgo de desarrollo un tumor contralateral, aún más allá de los 5 años de su seguimiento.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, testicular, bilateral, CIS, sincrónico, metacrónico.

P81) SEMINOMA PURO COMO CAUSA DE ORQUIECTOMÍA RADICAL Y DE MORTALIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Millán, P.(1); Herrera, B.(1); Baeza, C.(1); Calderon, D.(1); Bogado, J.(1); Carvajal, D.(1); Rubio, G.(1); Robles, A.(1); Campos, D.(1); Urzua, C.(1); Toloza, H.(1); Bley, E.(1); Hiriart, J.(1); Reppening, A.(1); Audisio, E.(1); Espinoza, G.(1); Cordova, I.(1);

(1): Hospital Del Salvador, Providencia, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular equivale al 1 % de las neoplasias en hombres. La incidencia estimada en Chile es 7.9 por 100.000 hombres y la tasa chilena de mortalidad es 1.1 por 100.000 hombres. El tratamiento comprende la orquietomía radical, quimioterapia, radioterapia, linfadenectomía lumboaórtica y resección de lesiones extragonadales. La sobrevivencia a 5 años para pacientes con seminoma es un 83.8 % según la última guía clínica GES.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN: Análisis descriptivo retrospectivo mediante revisión de ficha clínica, protocolos operatorios, exámenes y biopsias de pacientes sometidos a orquiectomía radical con biopsia concordante con seminoma puro, en el periodo 2013-2018 en un hospital público de la región metropolitana

RESULTADOS: En el periodo 2013 – 2018 se realizaron 129 orquiectomías radicales de las cuales 68 resultaron compatibles con Seminoma puro. El rango etario en los paciente con seminoma fue entre 22 y 76 años, con una media de 38.1 años. 30 fueron izquierdo, 36 derecho y 2 bilaterales. El tamaño tumoral fue entre 7 y 127 mm. En relación a los factores de riesgo de desarrollar metástasis, 35 tuvieron compromiso de rete testis y 39 tenían tamaño igual o mayor a 4 cm. Con respecto a la etapificación el 61.7 % eran etapa I, 23.5 % etapa II y 5.8 % etapa III. En cuanto a terapia adyuvante: 11 pacientes fueron a seguimiento y solo 1 requirió quimioterapia de rescate; 29 fueron a radioterapia y 1 de estos requirió quimioterapia; 20 fueron a Quimioterapia y 1 requirió linfadenectomía lumboaórtica. En cuanto a mortalidad, 2 pacientes fallecieron, ambos tenían tamaño mayor a 4 cm (8 y 12.7 cm) e invasión de rete testis y el deceso ocurrió antes de 4 meses de la cirugía.

CONCLUSIONES: La mayoría de las orquiectomías radicales fueron por Seminoma puro. La edad de los pacientes no fue significativa para diferenciar un tipo de tumor versus otro. La mayoría se presentó en el testículo derecho. El tamaño tumoral tiene una amplia dispersión. La presencia de factores de riesgo para desarrollar metástasis fue el principal motivo para indicar terapia adyuvante. La mortalidad ocurrió en pacientes con gran tamaño tumoral y etapa avanzada.

P82) ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA POR METÁSTASIS LINFONODAL DE SEMINOMA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Leyton, R.(1); Castro, C.(1); Testa, I.(1); Ayala, C.(1); Santander, I.(1); Sandoval, J.(1); Verdugo, F.(1); Oyanedel, P.(1); Marchant, A.(1); Hargous, J.(1); Durruty, J.(1);

(1): Hospital FACH, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La ascitis quilosa es definida como la presencia de líquido linfático, en la cavidad peritoneal, corresponde a una complicación infrecuente de la linfadenectomía lumboaórtica, producida por la disrupción traumática del sistema linfático, generando el drenaje de linfa directamente al peritoneo.

REPORTE DE CASO: Se presenta el caso de un paciente masculino que cursa con una ascitis quilosa como complicación postquirúrgica de una linfadenectomía lumboaórtica secundaria a metástasis linfonodal de seminoma, de un tumor de células germinales mixto del testículo izquierdo. En contexto de Ascitis Quilosa se indica régimen hipograso, hiperprotéico y triglicéridos de cadena media, se evalúa evolución por 72 horas, pero por persistencia de ascitis se indica régimen cero, nutrición parenteral total central e inicio de análogo de Somatostatina, logrando buena respuesta clínica y reducción de su ascitis.

DISCUSIÓN: La ascitis quilosa corresponde a la presencia de linfa en la cavidad peritoneal, evidenciada por la salida de contenido peritoneal lechoso. La ascitis quilosa postoperatoria es causada por la rotura de vasos linfáticos durante la cirugía, siendo una entidad infrecuente. Las manifestaciones clínicas corresponden al aumento del perímetro abdominal, gradual e indoloro, pero puede evolucionar a peritonitis e íleo, deshidratación, baja de peso e incluso a muerte por sepsis. El diagnóstico de ascitis quilosa es confirmado con la paracentesis, en que el pH será alcalino, con líquido rico en triglicéridos, proteínas y células, y bajo en colesterol. La dieta es el pilar fundamental del manejo, e involucra un régimen hiperprotéico, hipograso y con triglicéridos de cadena media, para reducir el flujo linfático y permitir el cierre de las fistulas quilosas. La nutrición parenteral total es crucial en pacientes con ascitis quilosa refractaria a intervención dietética. La Somatostatina ha demostrado reducir el flujo linfático. La resolución quirúrgica se reserva en casos refractarios al tratamiento conservador, especialmente en fístulas de alto débito.

CONCLUSIONES: La ascitis quilosa corresponde a una complicación postoperatoria infrecuente, producida por la disrupción de vasos linfáticos, su manejo es multidisciplinario e involucra un manejo nutricional estricto, y eventualmente el uso de nutrición parenteral total y homonas como la Somatostatina para su resolución.

P83) PSEUDOTUMOR TESTICULAR. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Donoso, E.(1); Giraud, V.(2); Spencer, B.(2); Carafí, A.(1); Storme, O.(1); Marchant, Á.(1); Catalán, G.(1);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El pseudotumor testicular fue descrito por primera vez en 1904 y corresponde a una lesión benigna intraescrotal de la cual se cuenta con escasos reportes. En la literatura nacional no se encuentran publicaciones relacionadas.

PRESENTACIÓN: Consulta un paciente de 84 años con 2 meses de evolución de aumento de volumen testicular derecho sensible a la palpación. Al examen físico se palpa un tumor sólido derecho en el polo testicular inferior. El estudio ecográfico describe "testículo derecho con lesión focal de aspecto nodular vascularizado, anecogénico de 2 x 1.3 x 2.8 cm. y dos quistes en epidídimo de hasta 9 mm.". En laboratorio marcadores dentro de rango normal y el estudio de diseminación negativo. Se realiza orquiectomía radical. El informe de anatomía patológica describe "parénquima testicular atrófico con un área mal delimitada conformada por células fusadas. Hallazgos compatibles con pseudotumor inflamatorio".

DISCUSIÓN: El pseudotumor testicular es una entidad poco frecuente, la edad clásica de presentación es entre los 20 – 30 años, siendo el caso más longevo reportado a los 72 años. Clínicamente se pesquisa un tumor intraescrotal pequeño, firme e indoloro. Siempre con marcadores negativos y ecografía sin signos específicos. Actualmente se sigue un estudio con RNM. El manejo sugerido cuando las imágenes son equivocadas y se sospecha el diagnóstico, es realizar una cirugía conservadora con resección en frío y biopsia rápida, recomendado principalmente en hombres jóvenes. En este caso se decidió proceder con orquiectomía radical dada la edad del paciente, sus deseos, además de no contar con RNM y la localización poco habitual del pseudotumor (intratesticular).

CONCLUSIÓN: Se describe una patología no reportada en la literatura nacional. La conducta adecuada es la cirugía conservadora con biopsia rápida, privilegiando la función testicular si es que el diagnóstico es sospechado en el estudio inicial.

P84) RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS DE NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES T2

Valero Fuentealba, G.(1); Ortiz Roldan, F.(2); Silva, M.(2); Nova, A.(3); Vera, N.(2); Vasquez, J.(3);

(1): Hospital Regional Rancagua- Hospital Fusat, Rancagua, Chile (2): Hospital Fusat, Rancagua, Chile (3): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile

INTRODUCCIÓN: Actualmente la nefrectomía radical laparoscópica en tumores T1 es indiscutiblemente la vía quirúrgica primaria de elección. Con respecto a los tumores T2, si bien la vía laparoscópica se encuentra dentro de las recomendaciones de las guías clínicas internacionales, es menos frecuente encontrar literatura al respecto. Lo anterior se puede explicar que en la medida que aumenta el tamaño tumoral el procedimiento se hace más complejo y aumenta el riesgo de complicaciones. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes con tumores T2 sometidos a nefrectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 39 pacientes con tumores T2a (7-10cms) y 10 (más de 10 cms) con tumores T2b operados entre Septiembre del 2005 y Julio del 2017. La técnica quirúrgica es la laparoscopia clásica. Se analizan variables perioperatorias y oncológicas.

RESULTADOS: Sexo masculino 59 % y femenino 41 % . Edad promedio 58 años (31-73). El 77 % (38/49) de los pacientes sintomáticos (hematuria o baja de peso). Tamaño tumoral promedio 8,9 cms (7-14). Tiempo de cirugía promedio 110 minutos (65-200). Dos pacientes requirieron de conversión a cirugía abierta, ambos por sangramiento. Tasa de transfusión 16 % (8/49). Tiempo de estadía 4,4 días (1-10). Complicaciones en 28 % (14/49): Clavien II 12 pacientes, Clavien III 1 paciente y Clavien V 1 paciente (edema cerebral por metástasis). 10 % (5/49) desarrollaron una hernia incisional como complicación tardía. Histología: un paciente con tumor de Wilms y el resto carcinoma de células claras. 60 % Fuhrman 2 y 40 % Fuhrman 3. Estadío patológico más frecuente pT2 en 72 % pacientes.

DISCUSION: El análisis de los resultados perioperatorios y oncológicos de esta serie muestran que es factible ofrecer esta vía quirúrgica. Los resultados son comparables a la cirugía abierta y son acordes a los publicados.

P85) COMPARACIÓN DE DISTRIBUCIÓN HISTOLÓGICA DEL CÁNCER RENAL EN PACIENTES JÓVENES Y DE MAYOR EDAD: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Escudero Basoalto, N.(1); Walton Diaz, A.(2); Escobar Bravo, O.(1); Kerkebe, M.(3); Hassi, M.(3); Matus, P.(4); Del Campo Bordali, F.(4); Haussmann, C.(5); Larenas, F.(6); Vidal, A.(5); Nicolai, H.(6); Roman, J.(2); Vilches, R.(7); Bravo, C.(1); Abad, J.(1); Gallego, I.(1); Burotto, M.(8); Gallego, I.(9); Olmedo, T.(9);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile (3): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (4): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile (5): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (6): Hospital San Borja Arriaran, Santiago, Chile (7): Complejo Hospitalario San Jose, Santiago, Chile (8): Centro de estudios Clinicos Bradford Hill, Santiago, Chile (9): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La incidencia de cáncer renal tipo células claras (CCRC) es menor en pacientes jóvenes, y corresponde a 3-5 % de todos los CCRC. Los tumores renales no CCRC tienden a presentarse asociados a síndromes hereditarios, siendo con mayor frecuencia bilaterales y multifocales y se asocian a mutaciones genéticas que predisponen al desarrollo del cáncer. Nuestra hipótesis es que existe una diferencia en la distribución histológica en los pacientes más jóvenes pudiéndose asociar a mayor agresividad y mortalidad.

MÉTODOS: Se consultó la base de datos de registro de nefrectomías de 6 centros de salud de Santiago. Las histologías fueron registradas como: células claras, papilares, cromóforo y otras. Se crearon dos cohortes con edades menor de 47 años (grupo 1) y mayor o igual a 47 años (grupo2). El análisis de Chi-cuadrado y método de Kaplan-Meier se utilizaron para comparar las distribuciones histológicas y sobrevida entre las cohortes.

RESULTADOS: 989 pacientes registrados desde el 2011 a la fecha, grupo 1 : n= 136 y grupo 2: n=853. Cuatro por ciento de los pacientes fueron (42/989) metastásicos al diagnóstico. . Se encontraron diferencias significativas en la distribución histológica del cáncer renal en pacientes del grupo 1 versus el grupo 2. El grupo 1 presento las siguientes frecuencias: CCRC 89,7 % (122/136), Papilar 2,9 % (4/136), Cromóforo 1,5 % (2/136) versus el grupo 2: CCRC 93,7 % (800/853), Papilar 2,3 % (20/853), Cromóforo 2,1 % (18/853), (p= 0,027). No hubo diferencias significativas de mortalidad al comparar grupos histológicos.

CONCLUSIONES: Los pacientes de menor edad presentaron menor frecuencia de histología CCRC y mayor frecuencia de Papilar y Cromóforo. Esto es concordante con otros reportes. Estas histologías no CCRC pueden asociarse a síndromes hereditarios, algunos de los que conllevan peor pronóstico. Sin embargo, en esta cohorte no encontramos diferencias en sobrevida.

P86) ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA MUSCULOINVASOR SOMETIDOS A TERAPIA TRIMODAL Y CISTECTOMÍA RADICAL EN UN CENTRO ÚNICO

Domínguez, R.(1); Genot, V.(2); Vallejo, B.(3); Marió, C.(4); Suter, E.(2); Narvaez, P.(4); Vera, A.(4); Orellana, S.(4); Hassi, M.(4); Orellana, N.(4);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La cistectomía radical (CR) es el tratamiento estándar de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga musculoinvasor (CVMI) no metastásico. Sin embargo, en los últimos años la terapia trimodal (TTM) se ha posicionado como una alternativa a la CR, especialmente en pacientes de edad avanzada no aptos para cirugía.

MATERIALES Y METODOS: Estudio longitudinal, analítico, retrospectivo, tipo cohortes. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a CR y TTM entre el 2006 y 2018 en un centro único. La supervivencia global (SG) y supervivencia cáncer específica (SCE) fueron analizadas mediante estimador de Kaplan-Meier, generando curvas que fueron comparadas mediante método Mantel-Cox.

RESULTADOS: Un total de 14 pacientes fueron sometidos a TTM y 11 pacientes a CR. La edad promedio fue $61 \pm 13,3$ años para TTM y $63 \pm 11,2$ años para CR. Del grupo sometido a TTM un 71,4 % eran T2, un 28,6 % eran T3 y 21 % N(+). Del grupo sometido a CR, un 63,6 % eran T2, un 36,4 % eran T3 y un 18 % N(+). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La SG fue de 70,1 meses para TTM y de 64,8 meses para CR, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,977$). La SCE fue de 83,1 meses para TTM y de 70,5 meses para CR, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,83$).

CONCLUSIONES: La realización de una cistectomía radical es una decisión compleja y desafiante para el clínico, dado la alta tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento. La TTM aparece como una alternativa a la CR, que ofrece una mejor calidad de vida para los pacientes. Sin embargo, falta evidencia de calidad que compruebe su equivalencia oncológica. Aunque nuestros resultados demuestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la CR y la TTM, el escaso número de pacientes enrolados en este análisis no permite extrapolar los resultados. Cabe destacar que de los pacientes sometidos a TTM un 21 % era N(+) y un 28,6 % T3, lo que escapa al manejo habitual. A pesar de esto, no hay diferencias significativas vs CR.

P87) COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ACCESO A TERAPIAS SISTÉMICAS Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER RENAL ATENDIDOS EN SISTEMA PÚBLICO/ CERRADO VERSUS PRIVADO

Walton-díaz, A.(1); Del Campo, F.(2); Matus, P.(2); Escobar, O.(3); Escudero, N.(3); Kerkebe, M.(4); Hassi, M.(4); Haussmann, C.(5); Larenas, F.(6); Vidal, A.(5); Nicolai, H.(6); Vilches, R.(7); Bravo, C.(3); Abad, J.(3); Gallegos, I.(3); Burotto, M.(8); Gallegos, I.(9); Olmedo, T.(10); Roman, J.(1);

(1): Urología Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile (2): Hospital Dipreca/ Universidad Diego Portales, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Urología Hospital Dipreca, Santiago, Chile (5): Urología Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (6): Urología Hospital San Borja Arriaran, Santiago, Chile (7): Urología Complejo Hospitalario San Jose, Santiago, Chile (8): Centro de estudios Clinicos Bradford Hill, Santiago, Chile (9): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile (10): Urología Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Históricamente la sobrevida global para cáncer renal a 5 años se estimaba en 74 % y sólo 8 % en presencia de metástasis. Con el advenimiento de las terapias target e inmunoterapia se han logrado mejorías significativas de estas cifras. Sin embargo, dado el alto costo de estos tratamientos y por no corresponder a patología GES, el acceso es restringido en nuestro país. Presentamos una comparación del perfil de paciente con cáncer renal atendidos en centros de salud pública/cerrado versus privada.

MÉTODOS: estudio de registro multicéntrico (6 centros hospitalarios en Santiago) de pacientes sometidos a nefrectomía en grupo 1 (hospitales públicos) y grupo 2 (centro privado o cerrado) entre el año 2011-2018. Se compararon características clínicas, patológicas, acceso a terapia sistémica y sobrevida de ambos grupos. Se utilizó método de Kaplan-Meier para análisis de sobrevida.

RESULTADOS: 989 pacientes fueron sometidos a nefrectomía, grupo 1: 55,2 % (546/989) y grupo 2: 44,8 % (443/989). Diecinueve por ciento (105/546) de pacientes del grupo 1 presentaron estadio T3-T4 versus 29,5 % (131/443) del grupo 2. Se diagnosticaron en etapa metastásica: 2 pacientes del grupo 1 versus 40 del grupo 2 y presentaron progresión durante seguimiento 11,6 % (60/546) en grupo 1 versus 22,3 % (99/443) en grupo 2. Asimismo, recibieron terapia sistémica 10 pacientes del grupo 1 vs 44 pacientes del grupo 2. No hubo diferencias significativas en sobrevida cáncer específica entre ambos grupos con tasas a 5 años de seguimiento de 83 % en grupo 1 y 84 % en grupo 2.

CONCLUSIONES: el grupo 2 presentó mayor frecuencia de tumores en etapa avanzada y metástasis, así como mayores tasas de progresión que el grupo 1. Sin embargo, esto no conlleva diferencias significativas en sobrevida entre ambos grupos.

P88) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO ENTRE 2014 -2018 .

Castro Henriquez, E.(1); Vergara, G.(1); Landerer, E.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales es la neoplasia maligna renal más frecuente. La cirugía es el tratamiento estándar en CCR órgano-confinado, siendo la nefrectomía radical la opción de preferencia, aunque la nefrectomía parcial ha ido tomando fuerza, por resultados oncológicos similares y una mejor preservación de la función renal. Presentamos nuestra experiencia en nefrectomía parcial laparoscópica en tumores renales localizados, destacando los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron todos los pacientes a quienes se les indicó una nefrectomía parcial con técnica laparoscópica por vía transperitoneal por tumor renal sólido en nuestro centro, entre Abril /2014 - Enero / 2018.

RESULTADOS: En el periodo analizado, se realizaron 13 nefrectomías parciales , 4 mujeres y 9 hombres, edad promedio 58,7 años , VFG promedio pre-op. 51,07 ml/min y post-op. 41,9 ml/min. El TAC preoperatorio informaba en los 13 casos un tumor renal sólido, renal Score promedio: 4,3. El tiempo operatorio promedio fue 199,7 min, el control vascular se realizó en 7 pacientes, tiempo de isquemia caliente promedio de 19,4 min, sangrado intraoperatorio promedio de 392 ml y hospitalización promedio de 3,8 días. En total hubo 2 complicaciones (12.5 %), un sangrado incontrolable intraoperatorio con conversión a nefrectomía radical abierta y otra, una fístula urinaria identificada en el post-operatorio, resuelta con instalación de pigtail. (Clavien IIIb) Todas las muestras se enviaron a anatomía patológica, resultando: 12 cáncer renal de células claras y 1 cáncer cromóforo, el tamaño promedio del tumor fue 2,45 cm, bordes quirúrgicos positivos en 3 casos (18,7 %) requiriendo reintervención quirúrgica diferida logrando bordes negativos en el análisis posterior. En el seguimiento a largo plazo con control imagenológico anual, ninguno de los pacientes ha presentado recidiva tumoral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Pese a ser una serie pequeña, se ha logrado reproducir en nuestro centro de forma exitosa y paulatina la instalación de la nefrectomía parcial laparoscópica, como un procedimiento factible y reproducible para tumores.

P89) INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA MUSCULOINVASOR EN UN CENTRO ÚNICO

Domínguez, R.(1); Vallejo, B.(2); Genot, V.(3); Marió, C.(3); Suter, E.(3); Narvaez, P.(1); Orellana, S.(1); Hassi, M.(1); Vera, A.(1); Orellana, N.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: A nivel mundial el cáncer de vejiga ocupa el 7° lugar en frecuencia en hombres y el 11° lugar en ambos sexos. Aproximadamente 20-30 % de las lesiones invaden el músculo al momento del diagnóstico y aproximadamente un tercio de éstos presentan metástasis. Nuestro objetivo es describir la incidencia y características clínico-oncológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga musculoinvasor (CVMI) y describir los distintos tratamientos otorgados.

MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, longitudinal, desde el 2006 al 2018, que incluye pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga musculoinvasor en un centro único. El tratamiento fue decidido en comité oncológico y el análisis estadístico fue realizado mediante curvas de supervivencia de Kaplan- Meier.

RESULTADOS: Del año 2006 a la fecha, un total de 57 pacientes han sido diagnosticados de cáncer de vejiga músculo invasor (CVMI), con una incidencia promedio de 1,57 por cada 100.000 habitantes por año. Del total de pacientes, 36 fueron hombres y 21 mujeres. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 67 ± 14 años. El 42,6 % de los pacientes eran tabáquicos activos. La comorbilidad más frecuente fue HTA (28,6 %) seguido de dislipidemia (34,7 %) y diabetes (28,5 %). Un 27,2 % de los pacientes progresó a CVMI, mientras que un 72,8 % de los pacientes debutó con CVMI. Al momento del diagnóstico, un 32,6 % pacientes presentaron hidroureteronefrosis y un 20,4 % metástasis a distancia. El 43,1 % de los pacientes fueron candidatos a tratamiento curativo; 11 pacientes fueron sometidos a cistectomía radical y 14 pacientes fueron sometidos a terapia trimodal. El 56,9 % restante fue candidato a tratamiento paliativo, dado sus comorbilidades y performance status o por la presencia de metástasis al momento del diagnóstico. La sobrevida global fue de 39 meses.

CONCLUSIONES: La incidencia y características clínico-oncológicas de los pacientes con CVMI en nuestro centro no difiere mayormente de lo reportado en la literatura. Para disminuir la incidencia y progresión de esta patología es clave la implementación de sistemas de prevención y detección tempranas, enfocados en otorgar un tratamiento oportuno a este grupo de pacientes.

P90) EVOLUCIÓN Y RESULTADOS EN EL MANEJO DE TUMORES RENALES: EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN UN CENTRO DOCENTE ASISTENCIAL DE ALTO VOLUMEN

Andrusco, A.(1); Saavedra, Á.(2); Saez, G.(3); Ponce, L.(4); Quercia, C.(5); Kompatzki, Á.(6); Rojas, F.(4); Hargous, J.(4); Arenas, J.(7); Bernal, J.(8); Valderrama, R.(4); Barrera, D.(7); Souper, R.(4);

(1): Hospital Sótero Del Río - P. Universidad Católica De Chile - Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero Del Río - P. Universidad Católica De Chile - Clínica Alemana De Santiago, Santiago, Chile (3): P. Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile (4): Hospital Sótero Del Río, Santiago, Chile (5): Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes, Chile (6): Hospital Sótero Del Río - Clínica Santa María, Santiago, Chile (7): Hospital Sótero Del Río - P. Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile (8): Hospital Sótero Del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer renal es una patología de gran relevancia y creciente incidencia en Chile y el mundo, cuyo manejo ha experimentado cambios evidentes en los últimos años con el progresivo crecimiento de la cirugía mínimamente invasiva. Presentamos la evolución quirúrgica y los resultados en la experiencia de seis años de un centro docente asistencial de alto volumen y complejidad.

MÉTODO: Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo de las nefrectomías oncológicas realizadas en nuestro centro entre el 2012 y 2017, evaluando variables demográficas, imagenológicas, perioperatorias y oncológicas, comparando dos grupos (primeros y últimos 3 años). Se utilizó STATA 13 para el análisis estadístico, Test Fisher para comparar proporciones y Test de Kruskal-Wallis para diferencia de medianas.

RESULTADOS: Se realizaron 418 nefrectomías, 300 de ellas oncológicas. Se excluyeron 49 pacientes (16,3 %) por seguimiento incompleto, alcanzando 251 cirugías para análisis. La mediana de seguimiento fue 22,1 meses, y edad de 61 años, con 59,4 % de hombres y 40,6 % mujeres. El 75,3 % fue Carcinoma de Células Claras, 6,7 % Papilar y 3,2 % Cromóforo. La mortalidad cáncer específica fue de 10 %. Las variables demográficas, estadio patológico y complejidad técnica del tumor fueron comparables entre los dos grupos. Considerando significativas las diferencias con un p-value <0.05, obtuvimos que el abordaje Abierto disminuyó en el segundo período (49,3 % vs 25,7 %), concentrando casos de mayor tamaño y complejidad. Así la Trombectomía de Vena Cava creció (2,2 vs 4,4 %), aumentando el tiempo quirúrgico (130 vs 160 min), el sangrado intraoperatorio (325 vs 700 cc) y las complicaciones (36,8 vs 62,1 %) del abordaje Abierto. Las Nefrectomías Radicales disminuyeron (65,9 % vs 53,1 %), mientras que las Nefrectomías Parciales (NP) aumentaron (29,7 % vs 38,9 %), al igual que el abordaje Laparoscópico (50,7 % vs 74,3 %). En NP Laparoscópicas disminuyó el tiempo de isquemia (21 vs 15 min) y los días post operatorios (4 vs 2). Otras variables no fueron estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN: Los resultados mostrados en nuestra experiencia son comparables con los de la literatura, mostrando una evolución hacia una mayor preponderancia de la cirugía laparoscópica y la nefrectomía parcial, realizándolas en casos de mayor complejidad, sin afectar los resultados oncológicos y las complicaciones.

P91) ANALISIS HISTOLOGICO Y PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO EN LESIONES QUISTICAS RENALES MANEJADAS QUIRURGICAMENTE

Bassa, C.(1); Brusoni, S.(1); Domínguez, J.(1);

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

INTRODUCCIÓN: La clasificación de Bosniak, ha permitido clasificar los quistes renales de acuerdo a sus características en scanner o resonancia magnética. Cada categoría (I-IV) se asocia a una probabilidad creciente de encontrar una neoplasia subyacente, influyendo en la conducta clínica. Estudios recientes indican que, incluso en quistes Bosniak III o IV, el potencial metastásico es muy bajo, siendo necesario tratar 140 quistes tipo III y 40 quistes tipo IV para prevenir una diseminación a distancia. El objetivo de este estudio es analizar la histología de los quistes renales operados y los factores de mal pronóstico, para evaluar la opción de plantear seguimiento activo a pacientes que no los presenten.

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de todos los tumores quísticos renales operados en una red privada de salud en los últimos 15 años. Registro de datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y anatomo-patológicos. Identificación de factores predictores de malignidad.

RESULTADOS: Se obtuvieron datos de 81 pacientes operados por tumores quísticos. Edad promedio 53,6 años. Tabaquismo 27,2 % ; hipertensión arterial 42 % ; diabetes mellitus 13,6 % ; dislipidemia 14,8 % ; enfermedad renal crónica 6,2 % ; otras neoplasias 12,4 % . El 64,6 % fueron nefrectomías parciales y 35,4 % radicales. La distribución según la clasificación de Bosniak fue: 40,74 % (B-III) y 59,26 % (B-IV). En total un 90, 12 % de los quistes fueron malignos. De las lesiones Bosniak III, el 81,82 % eran malignas, vs. un 95,83 % de las Bosniak IV. L histología mostro que el 70,37 % eran de células claras (CC) bajo grado; 6,17 % CC de alto grado; 7,41 % carcinoma papilar (CP); 4,94 % CC+CP y un caso de carcinoma de túbulos colectores de bajo grado. Un 9,88 % fueron de histología benigna.

CONCLUSIONES: Si bien la gran mayoría de los tumores Bosniak III y IV son malignos, sólo el 6,17 % de las lesiones quísticas operadas presentó factores histológicos de mal pronóstico (CC alto grado), siendo incluso menor que el porcentaje de lesiones benignas (9,88 %). Llama la atención en nuestra un porcentaje mas alto de malignidad en las lesiones Bosniak III (82 % vs el 50 % descrito en la literatura).

P92) GRANULOMA RENAL POST BCG, COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UN TRATAMIENTO COMÚN

Sánchez Sepúlveda, R.(1); Pfeifer Esparza, J.(1); Roman Quirante, C.(1); Olivares Gribbell, R.(2); Salvadó Besnier, J.(2); Cabello Eterovic, R.(3); Velasco Palma, A.(2);

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

INTRODUCCIÓN: La instilación intravesical del Bacillus Calmette-Guerín (BCG) es una importante terapia asociada a la resección transuretral de vejiga en los tumores vesicales no músculo invasor. La tuberculosis renal es una complicación rara, manejándose con terapia antituberculosa habitual. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de granulomas tuberculosos post tratamiento con BCG de presentación atípica.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente sexo masculino, 73 años, con antecedentes de tabaquismo activo, tumor ureteral distal bilateral resuelto con uretroplastia y flap Boari bilateral en el año 2013. Presentó recidiva vesical en 2015, manejado con RTU más 6 semanas de BCG intravesical. En control posterior con TAC destacó presencia de múltiples tumores renales hipervasculares menores de 3 cm, imagenológicamente compatibles con carcinoma de células renales. Se realizó nefrectomía parcial, informándose en la biopsia definitiva evidencia granulomas necrotizantes tipo BCG, tinción Ziehl-Neelsen (-). Baciloscopias, cultivo y PCR en orina para Mycobacterium negativas. Recibió tratamiento antituberculoso habitual, con resolución completa de las imágenes residuales. Sin recidiva durante el seguimiento.

RESULTADOS: La instilación de BCG es en general bien tolerado, teniendo efectos adversos como aumento de la frecuencia miccional, urgencia y hematuria en el 27 – 90 % de los pacientes. Estas ocurren principalmente en la tercera instilación, cuando la actividad inflamatoria linfocitaria alcanza su peak. La toxicidad renal ocurre en un 0,2 – 2 % y la granulomatosis renal en menos del 0,1 % de los casos. Habitualmente se presenta como pielonefritis al cursar la tercera a cuarta dosis de BCG. Nuestro paciente se mantuvo asintomático realizándose el hallazgo por imágenes y el diagnóstico definitivo al obtener la pieza quirúrgica. El mecanismo de la toxicidad sería por reflujo vesicoureteral y/o vía hematogena. La apariencia imagenológica de los granulomas BCG puede ser expansiva o tumoral simulando un cáncer. El tratamiento consiste en terapia antituberculosa según esquemas habituales.

CONCLUSIONES: La instilación de BCG sigue siendo el tratamiento standard para los tumores vesicales no músculo invasores, siendo las complicaciones renales extremadamente raras. El diagnóstico de los granulomas BCG como complicación de la terapia requiere un alto índice de sospecha y un seguimiento imagenológico estricto es fundamental para su diagnóstico, requiriendo descarte de otras causas.

P93) PROPORCIÓN DE TUMORES BENIGNOS EN MASAS RENALES MENORES DE 4 CM

Calvo, N.(1); Pauchard, F.(1); Mülchi, C.(1); Jara, D.(1); Gallegos, C.(1); Maluk, M.(2);

(1): Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

INTRODUCCIÓN: El aumento en la utilización de estudios imagenológicos ha provocado un incremento en la detección de los tumores renales pequeños (<4 cm). Afortunadamente estas neoplasias tienen buenos resultados oncológicos una vez tratadas. Para entender este fenómeno se han propuesto diversas explicaciones, entre ellas, una mayor proporción de tumores benignos en masas renales pequeñas. Series internacionales describen hasta un 40 % de neoplasias benignas en tumores ≤ 2 cm. El objetivo de este trabajo es describir la proporción de tumores benignos en masas renales pT1a en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo en el que se revisaron las biopsias de todas las nefrectomías parciales de tumores ≤ 4 cm realizadas entre 2009 y 2018 en nuestro servicio. Los datos se expresaron mediante frecuencias absolutas, promedios y porcentajes.

RESULTADOS: 76 pacientes fueron sometidos a nefrectomías parciales por tumores pT1a. 50 hombres y 26 mujeres. La edad promedio fue de 62,2 años (31-80 años). 51 % izquierdos y 49 % derechos. Ningún caso en esta serie fue bilateral ni multifocal. El tamaño tumoral promedio fue de 2,5 cms (0,6 – 4 cms). Diez casos (13,2 %) fueron informados como tumores benignos, tratándose de angiomiolipomas (5,3 %), oncocitomas (2,6 %), leiomiomas (2,6 %) y quistes (2,6 %). De los tumores malignos (86,8 %) los tipos histológicos fueron células claras (76,3 %), papilar (6,6 %) y cromóforo (3,9 %). Tres casos (3,9 %) presentaron bordes positivos, dos de ellos en carcinomas de células claras y el otro en un angiomiolipoma. Al analizar los tumores ≤ 2 cm la proporción de histología benigna es de 18,5 %.

DISCUSIÓN: Nuestros resultados son similares a los reportados por estudios nacionales que describen prevalencias entre 9,8-16 % de histología benigna en masas menores a 4 cm. En series internacionales se describen hasta un 40 %, con una proporción mayor de angiomiolipomas operados (23 %). En nuestro centro sólo se intervienen aquellos AML diagnosticados por imágenes mayores a 4 cm, lo que explica esta diferencia con las cifras reportadas en dichas series.

P94) PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR GERMINAL EXTRAGONADAL

Pfeifer Esparza, J.(1); Roman Quirante, C.(1); Sánchez Sepúlveda, R.(1); Avaca Rodríguez, F.(1); Vera Araya, F.(1); Salvado Besnier, J.(2); Olivares Gribbell, R.(2); Cabello Eterovic, J.(2); Velasco Palma, A.(2);

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

INTRODUCCIÓN: Los tumores germinales extragonadal (TGE) sin tumor testicular primario son menos del 5%. Tienen incidencia estimada de 1,9 – 3,4/1.000.000 habitantes. Frecuentemente se presentan en la línea media. La mayoría de los TGE son no seminomas teniendo peor pronóstico. El objetivo de este trabajo es describir un caso de TGE con afectación renal.

MATERIALES Y METODO: Hombre de 21 años, sano. Consulta por molestias abdominales. La ecografía y scanner demuestran tumor renal izquierdo mayor de 12 cm con adenopatías hiliares y compromiso extra renal, sin compromiso de la vena. La lesión es hipervascular compatible con RCC. Se realizó nefrectomía radical y linfadenectomía. La biopsia evidenció tumor germinal mixto, 60% teratoma maduro y 40% carcinoma embrionario, linfadenectomía sin metástasis. Marcadores tumorales: alfa feto elevada, gonadotropinoca corionica (BHCG) y LDH negativas. Ecografía testicular negativa. Fue sometido a 3 ciclos de BEP. Actualmente sin evidencia de enfermedad y marcadores tumorales negativos.

RESULTADOS: Los TGE se pueden desarrollar a cualquier edad y muestran las mismas características serológicas, histológicas y citogenéticas de los TG. Habitualmente la clínica y ecografías son negativas para neoplasia intratesticular. Los TGE se originarían de una ubicación anómala de las células gonadales durante la embriogénesis. La ubicación retroperitoneal es la segunda en frecuencia, existiendo escasa información en relación al compromiso renal. En esta ubicación se ha visto asociación con lesiones testiculares premalignas. Los síntomas son secundarios al crecimiento tumoral, siendo los más frecuentemente para la ubicación retroperitoneal dolor abdominal (29%), lumbar (14%), baja de peso (9%), fiebre (8%). El diagnóstico patológico debe incluir marcadores tumorales y la realización de evaluación testicular. El tratamiento consiste en quimioterapia basada en platino con bleomicina, etopósido (BEP) con resección quirúrgica posterior, presentando los tipos no seminoma una quimioresistencia relativa. El seguimiento debe incluir TAC durante los 5 años.

CONCLUSIÓN: Los TGE son un subtipo de tumor germinal infrecuente, con importancia por su peor pronóstico y mala respuesta a quimioterapia. Es importante el entendimiento de esta patología y estudios en relación a sus posibles repercusiones funcionales renales. Existe poca información en la literatura actualmente. En pacientes jóvenes con masas retroperitoneales deben tenerse presente como diagnóstico diferencial.

P95) TUMORES RENALES ATÍPICOS: ANALISIS DE PREVALENCIA Y SEGUIMIENTO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTO VOLUMEN

Gonzalez, M.(1); Opazo, V.(1); Alarcón, L.(1); Castillo, J.(2); Borgna, V.(1);

(1): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Dentro de las neoplasias del aparato uro-genital, el cáncer de riñón es el tercero en frecuencia después del cáncer de próstata y vejiga. El carcinoma renal de células claras es el más frecuente y representa > 90 % de los casos. Dentro del resto de los tumores renales destacan, con menor frecuencia, el carcinoma renal papilar, cromóforo, medular, entre otros, los cuales tienen un comportamiento oncológico diferente. El objetivo de este trabajo es describir y evaluar la prevalencia y seguimiento de los tumores renales atípicos en nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión retrospectiva de las nefrectomías radicales por cáncer realizadas por el Servicio de Urología entre los años 2011 – 2018. Se analizaron las biopsias definitivas de las piezas operatorias. Se excluyeron los tumores renales de células claras clásicos, y aquellos tumores de los cuales no existía registro completo. Se describieron las características demográficas, manejo, promedio de seguimiento (PS) y fecha de defunción. Se utilizó curva de Kaplan Meier para graficar sobrevida desde el día de la cirugía.

RESULTADOS: Un total de 354 nefrectomías radicales se realizaron, se excluyeron 325 pacientes con diagnóstico de Cáncer Renal de Celulas Claras Clásico. Del total, 29 (8,2 %) tumores renales atípicos se analizaron. 8 pacientes (2,3 %) presentaron cáncer tipo Cromóforo con un PS de 28 meses (7-87), 6 (1,7 %) papilar tipo 1 con un PS de 30 meses (1-68), 5 (1,4 %) papilar tipo 2 con un PS de 43 meses (11-76), 4 (1,1 %) Celulas Claras Multilocular con un PS de 36 meses (12-98), 2 (0,6 %) Linfomas no hodgkin con PS de 63 meses (62-63), 1 (0,3 %) Epidermoide con PS de 2 meses, 1 (0,3 %) Medular con PS de 19 meses, 1(0,3 %) Carcinoide con PS de 41 meses, 1 (0,3 %) Anaplásico con PS de 1 mes.

CONCLUSIONES: La prevalencia de tumores atípicos se correlaciona con la descrita en la literatura, la aparición de histologías raras propias de razas afroamericanas (carcinoma medular) deben tenerse en mente en el contexto actual de nuestro país.