

# REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Fundada en Agosto de 1925

**SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA**

**CONGRESO  
CHILENO  
DE UROLOGIA**

6 AL 9 DE OCTUBRE 2011  
HOTEL PATAGONICO  
PUERTO VARAS, CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA



**XXXIII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA  
PUERTO VARAS - CHILE  
06 AL 09 DE OCTUBRE, 2011**

## REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA

### DIRECTOR – EDITOR

Dr. Sergio Guzmán K.

Sociedad Chilena de Urología. Esmeralda 678 Piso 2. Santiago - Chile  
Teléfono 56-2 6322697 Fax 56-2 6642469 E-mail urolchi@terra.cl  
Internet: <http://www.urologosdechile.cl>

---

*Editor*

Dr. Sergio Guzmán K.  
Edificio Médico Alcántara, Apoquindo 3990, oficina 809, Las Condes, Santiago  
E mail: [sguzman@med.puc.cl](mailto:sguzman@med.puc.cl)



*Producción gráfica*  
Gaete y Cía Ltda  
Fono 225 3951 - 204 2464 • E-mail: [gaeteycia@gmail.cl](mailto:gaeteycia@gmail.cl)

## **COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXXIII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA**

Dr. Cristián Trucco B., Presidente Sociedad Chilena de Urología

Dra. Paulina Baquedano D., Secretaria

Dr. Norman Zambrano A., Presidente Comité Científico

### **DIRECTORES**

Dr. Rodrigo Leyton N.

Dr. Tomás Olmedo B.

Dr. Juan Pablo Valdevenito S.

Dr. Sergio Guzmán K.

### **PRESIDENTE COMITÉ LOCAL**

Dr. Alejandro Caroca M.

Dr. Miguel Lobos S.

### **INVITADOS EXTRANJEROS**

Dr. Marcelo Baptistussi, Universidad de Sao Paulo, Riberao Preto, SP, Brasil

Dr. Stephen Boorjian, Clínica Mayo, Rochester, EE.UU.

Dr. Paolo Caione, Hospital Bambino Gesu, Roma, Italia

Dr. Gaetano Ciancio, Universidad de Miami, Miami, EE.UU.

Dr. Laurence Klotz, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá

Dr. Paulo Palma, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil

Dr. Alfred Witjes, Universidad de Radboud, Nijmegen, Holanda

Dr. Omar Grossi, Presidente de la Federación Argentina de Urología (FAU). Buenos Aires, Argentina

### **INVITADOS NACIONALES**

Dra. Pilar Orellana B., Jefe Unidad Medicina Nuclear, Departamento de Radiología,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Reynaldo Gómez I., Jefe Servicio de Urología, Hospital del Trabajador de Santiago

## **AUSPICIADORES**

Abbott Laboratorios de Chile Ltda.  
Importadora y Distribuidora Arquimed Ltda.  
AstraZeneca  
ATM  
Bayer HealthCare  
Cencomex  
Eli Lilly  
GlaxoSmithKline  
Mallinckrodt  
Covidien  
MasterCare  
Otárola Ingeniería  
Pfizer  
Promedic  
Promedon Chile S.A.  
Da Vinci Surgery  
Reich S.A.  
Laboratorio Rider  
Surmedical  
Tecnofarma S.A.  
UMS Chile S.A.

## **PATROCINIOS**

Ministerio de Salud  
Sociedad Médica de Santiago  
Colegio Médico de Chile  
Sociedad de Cirujanos de Chile  
Colegio de Enfermeras de Chile  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Universidad de Chile  
Universidad San Sebastián  
Intendencia de la X Región de Los Lagos  
Ilustre Municipalidad de Puerto Varas  
CAU - Confederación Americana de Urología  
SIU - Sociedad Internacional de Urología

---

## EDITORIAL

---

Estimados colegas y amigos:

Me alegra poder recibirlos en nuestro congreso con este número suplemento de nuestra Revista. En él encontrarán los resúmenes de los trabajos que se presentarán, tanto en forma oral, como en póster y video. En él nos encontraremos nosotros mismos participando activamente de nuestra especialidad y compartiendo lo que sabemos y lo que dudamos con otros colegas. Ésta es la forma de estar al día y crear lazos de apoyo en nuestra práctica diaria.

Valoro el esfuerzo de muchos que pusieron su corazón por desarrollar trabajos de buen nivel para nuestro congreso. Espero que muchos de estos trabajos aquí esbozados puedan ser entregados completos para ser publicados en esta Revista.

Lamentablemente el congreso es pequeño y hubo muchos trabajos que no alcanzaron a ser aceptados por falta de espacio. Les invito también a elaborarlos de forma que puedan ser publicados en nuestra Revista. También casos clínicos, cartas, fotos, todo aquello que le de vida a nuestra especialidad.

Una vez más los invito a hacer de esta revista un medio vivo de comunicación entre nosotros. Crecer en contenidos y nuevas ideas. No nos falta más que transformarlas en papel, para que existan para siempre.

Mis mejores deseos para un gran congreso,

Dr. Sergio Guzmán K.

Editor

Revista Chilena de Urología



## EDITORIAL

---

Estimados colegas y autores:

Este suplemento de la Revista Chilena de Urología contiene los resúmenes de los 88 trabajos científicos seleccionados para ser presentados en nuestro XXXIII Congreso Chileno de Urología que se realiza en la ciudad de Puerto Varas entre el 7 y 9 de octubre de 2011. La calidad de ellos, representa el alto nivel de desarrollo que alcanza la especialidad en nuestro país, constituyendo un registro de la actividad y rigurosidad con que trabajamos. Así también hace evidente la sana costumbre de someter nuestro trabajo a la evaluación reflexiva de nuestros pares y con ello, el perfeccionamiento permanente de nuestro desempeño, determinando una mejor atención a nuestros pacientes.

Confío que estos aportes culminarán en valiosas publicaciones formales en nuestra Revista Chilena de Urología, engrosando sus volúmenes con un material nacional cada vez más visitado por colegas y buscado activamente en la *web* por nuestros pacientes.

Con afecto les saluda atentamente,

Dr. Cristián Trucco B.  
Presidente  
Sociedad Chilena de Urología





## XXXIII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA - 2011

### PROGRAMA CIENTÍFICO

#### Jueves 06 de octubre, 2011

- 12:00 - 13:00 Inscripciones
- 13:00 - 15:00 Comisión de formación de residentes en urología (sólo comisión)
- 15:00 - 15:30 Piso pelviano.  
**Dr. Omar Grossi**
- 15:30 - 16:00 Testículo agudo en el niño.  
**Dra. Nelly Letelier**
- 16:00 - 16:30 Estudio de la infertilidad masculina en la consulta del urólogo.  
**Dr. Tomás Olmedo**
- 16:30 - 17:00 Café
- 17:00 - 17:30 Incontinencia urinaria masculina: soluciones y casos clínicos.  
**Dr. Rodrigo Leyton**
- 17:30 - 18:00 Panel de formación en urología: discusión y conclusiones
- 18:00 - 18:30 Trucos en ureteroscopia y cirugía percutánea.  
**Dr. Waldimir Moraga, Dr. Alfredo Domenech**
- 18:30 - 19:00 Análisis crítico del diagnóstico no-invasivo de la obstrucción prostática.  
**Dr. Juan Pablo Valdevenito**
- 19:00 - 19:30 Formación de residentes en urología: Trabajo de redacción de conclusiones (sólo comisión)

#### Viernes 07 de octubre, 2011

- 07:30 - 08:20 Inscripciones
- 08:20 - 08:30 Bienvenida  
**Dr. Cristián Trucco B., Presidente SCHU**
- 08:30 - 09:00 Nuevos conceptos en terapia hormonal en el cáncer de próstata para reducir la morbilidad y mejorar la sobrevida.  
**Dr. Laurence Klotz**
- 09:00 - 10:00 Manejo del cáncer renal con trombo en vena cava.  
**Dr. Gaetano Ciancio**
- 10:00 - 10:30 Café

10:30 - 12:30	Trabajos libres - Curso Enfermeras
12:30 - 13:00	Tratamiento de la litiasis renal con ureteroscopia flexible y láser. <b>Dr. Marcelo Baptistussi</b>
13:00 - 13:30	Anatomía quirúrgica de los slings sintéticos. <b>Dr. Paulo Palma</b>
13:30 - 14:30	Simposio Lunch GSK: El impacto de la HPB en la vida del hombre. Nuevas evidencias en el tratamiento de la enfermedad. <b>Dr. Raúl Valdevenito, Dr. Pablo Bernier</b>
14:30 - 16:30	Trabajos libres - Curso enfermeras
16:30 - 17:00	Vigilancia activa en el manejo del cáncer de próstata. <b>Dr. Laurence Klotz</b>
17:00 - 17:30	Cirugía en carcinoma de células renales avanzado en la era de la terapia antiangiogénica. <b>Dr. Stephen Boorjian</b>
17:30 - 18:00	Café
18:00 - 18:30	Cáncer vesical: manejo de la enfermedad recurrente. <b>Dr. Alfred Witjes</b>
18:30 - 19:30	Simposio Eli Lilly: "Enfoque para el tratamiento de los pacientes con disfunciones sexuales y LUTS". <b>Dr. Adolfo Casabé</b>
20:00 - 20:30	Ceremonia inaugural
20:30	Cóctel de inauguración

## Sábado 08 de octubre, 2011

08:00 - 08:30	Diagnóstico actual del cáncer vesical no invasor, incluyendo marcadores y diagnóstico fotodinámico. <b>Dr. Alfred Witjes</b>
08:30 - 09:00	Extrofia vesical: ayer, hoy y quizás mañana. <b>Dr. Paolo Caione</b>
09:00 - 09:30	Cómo hacer y enseñar una RTU perfecta y cómo manejar las complicaciones. <b>Dr. Alfred Witjes</b>
09:30 - 10:00	Manejo quirúrgico del cáncer de próstata de alto riesgo en la nueva era del APE. <b>Dr. Stephen Boorjian</b>
10:00 - 10:30	Café
10:30 - 12:30	Trabajos libres - Curso Enfermeras
12:30 - 13:30	Mesa redonda: Cáncer vesical
13:30 - 14:30	Simposio Lunch Abbott UROTON
14:30 - 16:30	Pósters y videos
16:30 - 17:00	Principios básicos del manejo de la enfermedad retroperitoneal y metastásica en el cáncer testicular: vigilancia, quimioterapia y cirugía, etapa por etapa, según la histología. <b>Dr. Alfred Witjes</b>
17:00 - 17:30	Guía de bolsillo para el trauma renal. <b>Dr. Reynaldo Gómez</b>
17:30 - 18:00	Café
18:00 - 18:30	Controversias actuales en el manejo del cáncer testicular. <b>Dr. Stephen Boorjian</b>
18:30 - 19:00	Reflujo vesicoureteral: Visión general desde la infancia a la pubertad y en la adultez. <b>Dr. Paolo Caione</b>
19:00 - 19:30	Novedades en la prevención del cáncer de próstata. <b>Dr. Laurence Klotz</b>

**Domingo 09 de octubre, 2011**

- 08:30 - 09:00 Rol de los tratamientos adyuvantes y de salvataje después de una prostatectomía radical.  
**Dr. Stephen Boorjian**
- 09:00 - 09:30 La pelvis y la uretra: amigas de temer...  
**Dr. Reynaldo Gómez**
- 09:30 - 10:00 HIFU y ablación térmica guiada por resonancia para el cáncer de próstata.  
**Dr. Laurence Klotz**
- 10:00 - 10:30 Café
- 10:30 - 11:00 Complicaciones urológicas del trasplante renal: diagnóstico y manejo actual.  
**Dr. Gaetano Ciancio**
- 11:00 - 11:30 Trastorno de vaciamiento no-neurogénico en niños.  
**Dr. Paolo Caione**
- 11:30 - 12:00 Iglesias de Chiloé: restauración en madera y patrimonio tangible.  
**Arquitecto Ernes Hillmer**
- 12:00 - 12:30 Trabajos libres - Curso Enfermeras
- 12:30 - 13:00 Pósters
- 13:00 - 13:30 Pieloplastia en niños asistida por retroperitoneoscopia de un solo puerto OPRAP.  
**Dr. Paolo Caione**
- 13:30 - 14:30 Simposio Lunch ATM: Fundamentos y aplicaciones actuales del láser de Holmium en urología.  
**Dr. Mariano Golzález**
- 14:30 - 15:00 Cintigrafía dinámica en obstrucción urinaria en adultos y niños.  
**Dra. Pilar Orellana**
- 15:00 - 15:30 Organización de un centro de trasplantes.  
**Dr. Gaetano Ciancio**
- 15:30 - 16:00 Nuevas perspectivas en el manejo farmacológico de la vejiga hiperactiva.  
**Dr. Paulo Palma**
- 16:00 - 17:00 Pósters
- 17:00 - 17:30 Mallas y cintas: ¿qué hemos aprendido?  
**Dr. Paulo Palma**
- 17:30 - 18:00 Café
- 18:00 - 18:30 PET en tumores urológicos.  
**Dra. Pilar Orellana**
- 18:30 - 19:00 Aplicaciones del láser en urología.  
**Dr. Marcelo Baptistussi**
- 20:30 Cena de clausura





# XXXIII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA

## PROGRAMA DE SESIONES

---

Sesión Oral	165
Sesión Pósters	199
Sesión Videos	233



---

**SESIÓN ORAL**

---

**Sesión oral I (CO I)****VIERNES, 07 DE OCTUBRE DE 2011****10:30-11:30****SALÓN PRINCIPAL****PRESIDEN: RODRIGO RIVERI****ALEXIS ROJAS**

- |     |   |     |
|-----|---|-----|
| CO1 | EL MARCADOR DE CÉLULAS PROGENITORAS PODOCALYXINA SE EXPRESA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA INDIFERENCIADO Y METASTÁSICO<br>Drs. <i>Ignacio San Francisco</i> ; William Schopperle; William DeWolf.<br>Pontificia Universidad Católica de Chile  | 173 |
| CO2 | RESULTADOS DE PROSTATECTOMIA RADICAL PARA EL MANEJO DEL CÁNCER DE PROSTATA ESTADIO T1A-B<br>Drs. <i>Ivar Vidal Mora</i> ; Alejandro Foneron; Octavio A. Castillo; Arquímedes Rodríguez<br>Clínica Indisa  | 173 |
| CO3 | ¿DEBEMOS TRATAR LOS CÁNCERES PT2 CON MÁRGENES POSITIVOS IGUAL QUE LOS PT3, DESPUÉS DE UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL?<br>Drs. <i>José Francisco López</i> ; Andrés Navarrete; Fernando Coz; Alfredo Domenech; Andrés Figueroa; Pablo Pizzi; Juan Pablo Valdevenito; Bruno Vivaldi; Matías Westendarp; Norman Zambrano.<br>Universidad de Los Andes  | 174 |
| CO4 | LINFADENECTOMIA LUMBOAORTICA LAPAROSCOPICA EN CÁNCER TESTICULAR: EXPERIENCIA DE UN CIRUJANO.<br>Drs. <i>Rodrigo Chacon</i> ; Srta. Francesca Franzini; Marcelo Kerkebe; Alexander Andrusco.<br>Hospital del Salvador - Universidad de Chile   | 175 |
| CO5 | UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA CON EMISIÓN DE POSITRONES (18F-FDG PET/CT) EN PACIENTES CON TUMORES TESTICULARES MALIGNOS DE CÉLULAS GERMINALES<br>Drs. <i>Arquímedes Rodríguez-Carlin</i> .<br>Fundación Arturo López Pérez  | 175 |
| CO6 | ROL DEL 18F-FDG PET/CT EN LA EVALUACIÓN DE MASAS RESIDUALES POSTQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO DE CÉLULAS GERMINALES<br>Drs. Ivan Pinto Gimpel; <i>Arquímedes Rodríguez-Carlin</i> ; Rossana Pruzzo Calderón; Hugo Lavados Mackenzie; Horacio Amaral Pineda; Francisca Redondo Moneta; Alejandra Pizarro González; Bárbara Monje Riesco.<br>Fundación Arturo López Pérez | 176 |



## Sesión oral II (CO II)

VIERNES, 07 DE OCTUBRE DE 2011

11:30-12:30

SALÓN PRINCIPAL

PRESIDEN: MARIO NAVARRO

MARCELO LOPETEGUI

- |      |  |     |
|------|--|-----|
| CO7  | EXPRESIÓN DE PROTEINAS DE VÍA DE REPARACIÓN DE ADN POR ESCISIÓN DE NUCLEÓTIDOS EN CÁNCER VEJIGA: RELACIÓN CON TABAQUISMO Y VARIABLES CLINICOPATOLOGICAS<br>Drs. <i>Mario Fernández</i> ; Marcela Schultz; Sra. Iris Delgado; Alfred Krebs; Conrad Stein; Pablo Bernier; Gustavo Larach; Patricio Poblete; Johannes Wilckens; Fernando Vargas; Alberto Bustamante; Hugo Bermúdez; Marcelo Bustos; Raúl Lyng.<br>Clínica Alemana de Santiago | 177 |
| CO8  | CÁNCER DE VEJIGA PTA Y PT1 DE ALTO GRADO: FACTORES PRONÓSTICOS PARA RECURRENCIA Y PROGRESIÓN TUMORAL A LARGO PLAZO<br>Drs. <i>Mario Fernández</i> ; Marcela Schultz; Sra. Iris Delgado; Alfred Krebs; Conrad Stein; Pablo Bernier; Gustavo Larach; Patricio Poblete; Fernando Vargas; Johannes Wilckens; Alberto Bustamante; Hugo Bermúdez; Marcelo Bustos; Raúl Lyng.<br>Clínica Alemana de Santiago                                      | 178 |
| CO9  | LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO SE ASOCIA A ELEVADAS TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE UROTELIO ALTO: EL CASO DE ANTOFAGASTA<br>Drs. <i>José Francisco López</i> ; Mario Fernández; Luis Fernando Coz.<br>Universidad de Los Andes  | 178 |
| CO10 | UTILIDAD DEL R.E.N.A.L. SCORE EN NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA<br>Drs. Ivan Pinto Gimpel; <i>Arquímedes Rodríguez-Carlin</i> ; Pedro Recabal Guiraldes; Camilo Sandoval Herrera; Jorge Díaz Méndez; Alvaro Hornig Epple.<br>Fundación Arturo López Pérez   | 179 |
| CO11 | TÉCNICA DE DESCLAMPEO PRECOZ EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS PRELIMINARES<br>Drs. <i>Ignacio San Francisco</i> ; Javier Domínguez; Alvaro Zúñiga; José Antonio Salvadó; Jorge Hiriart.<br>Pontificia Universidad Católica de Chile  | 180 |
| CO12 | NEFRECTOMIA PARCIAL EN TUMORES SOBRE 4 CMS: EVOLUCION POST-OPERATORIA, RESULTADOS ONCOLOGICOS Y COMPLICACIONES.<br>Drs. <i>Juan Pablo Barroso Salvestrini</i> ; Felipe Mandujano Torres;<br>Sr. Cristobal Bettancourt Guglielmetti; Oscar Storme Cabrera; Ali Al-Zahrani; Prof. Joseph Chin.<br>Hospital Padre Hurtado   | 180 |

## Sesión oral III (CO III)

VIERNES, 07 DE OCTUBRE DE 2011

14:30-15:30

SALÓN PRINCIPAL

PRESIDEN: RENÉ HENRÍQUEZ

MANUEL DÍAZ M.

- |      |  |     |
|------|--|-----|
| CO13 | EXPRESIÓN DE VEGF-A, VEGFR1, VEGFR2 EN CULTIVOS PRIMARIOS DE ESTROMA DE PRÓSTATA HUMANA BENIGNA Y TUMORAL<br>Drs. <i>Ignacio San Francisco</i> ; Javier Cerda; Alejandro Godoy; Viviana Montecinos.<br>Pontificia Universidad Católica de Chile  | 181 |
| CO14 | NEFRECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON COMPROMISO DE VENA CAVA INFERIOR: RESULTADOS ONCOLÓGICOS, CLÍNICOS Y VALORACIÓN DE COMPLICACIONES MEDIANTE SCORE DE CLAVIEN<br>Hospital Padre Hurtado<br>Drs. <i>Juan Pablo Barroso Salvestrini</i> ; Sr. Cristobal Bettancourt Guglielmetti; Felipe Mandujano Torres; Oscar Storme Cabrera; Ali Al-Zahrani; Prof. Joseph Chin. | 182 |
| CO15 | ENUCLEACIÓN PROSTATICA CON LASER DE HOLMIUM.<br>Drs. <i>Cristián Trucco</i> ; Ivan Saez; Sr. Nicolas Fernández; Sergio Guzman; Javier Domínguez.<br>P. Universidad Católica de Chile   | 182 |
| CO16 | CATETERES DE HEMODIALISIS EN EL PACIENTE < 15 KG: ROMPIENDO PARADIGMAS.<br>Drs. <i>Pedro José López</i> ; Bernardita Troncoso; Jan Grandy; Francisco Reed; Alejandra Ovalle Rodríguez; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta.<br>Hospital Exequiel González Cortes  | 183 |
| CO17 | PROTOCOLO PROSPECTIVO DE PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA; DEL ESTRÉS A LA TRANQUILIDAD.<br>Drs. <i>Pedro José López</i> ; Francisco Reed; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta; Renato Gana; Alejandra Ovalle.<br>Hospital Exequiel González Cortes  | 184 |
| CO18 | URETROCISTOGRAFIA INTRAOPERATORIA PRE Y POST-TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE REFLUJO VESICOURETERAL; GARANTIA DE ÉXITO?<br>Drs. <i>Pedro José López</i> ; Francisco Reed; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta; Alejandra Ovalle.<br>Hospital Exequiel González Cortes  | 184 |

## Sesión oral IV (CO IV)

VIERNES, 07 DE OCTUBRE DE 2011

15:30-16:30

SALÓN PRINCIPAL

PRESIDEN: ALFREDO DOMENECH  
MARIO FERNÁNDEZ

- |      |  |     |
|------|--|-----|
| CO19 | FACTORES PRONOSTICOS DEL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA URETEROLITIASIS<br>Drs. Felipe Olivares; <i>Ignacio Morales</i> ; Luis Lopez; Cristian Garrido; Christian Morales.<br>Hospital Parroquial de San Bernardo   | 185 |
| CO20 | ESTUDIO GLOBAL DE CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL DE LA CLINICAL RESEARCH OFFICE OF THE ENDOUROLOGICAL SOCIETY (CROES): RESULTADOS EN 5803 PACIENTES<br>Drs. <i>Benjamín Silva</i> ; Jean De la Rosette; Ahmet Tefekli; Jorge Gutiérrez; Mahesh Desai; Roberto Scarpa; Dean Assimos.<br>Hospital San Borja Arriarán   | 186 |
| CO21 | TRATAMIENTO DE LA URETEROLITIASIS DISTAL, COMPARACIÓN DE RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LITOTRIZIA EXTRA CORPÓREA Y EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE LITIASIS<br>Drs. <i>Francisco Rojas</i> ; José Antonio Salvadó; Javier Domínguez; Cristian Trucco; Iván Sáez; Álvaro Saavedra; Sergio Guzmán; Pablo Troncoso; Arturo Dell'Oro.<br>Hospital Clínico Universidad Católica de Chile                | 186 |
| CO22 | COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS) Y LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (LEC) PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE POLO INFERIOR RENAL<br>Drs. Alejandro Mercado; Francisco Moya; Francisco Sepúlveda; Diego Reyes; <i>Fernando Marchant</i> ; Rodrigo Ledezma; Juan Pablo Hidalgo; Tomás Olmedo.<br>Hospital Clínico de la Universidad de Chile                              | 187 |
| CO23 | ROL DEL USO DE AGENTES HEMOSTATICOS (SURGICEL®) EN NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA "TUBELESS"<br>Drs. Francisco Moya; Roberto Vilches; <i>Francisco Sepúlveda</i> ; Alejandro Mercado; Rodrigo Ledezma; Diego Reyes; Fernando Marchant.<br>Hospital Clínico Universidad de Chile   | 187 |
| CO24 | NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA "TUBELESS" CON CATÉTER PIGTAIL VERSUS CATÉTER URETERAL EXTERNALIZADO POR UNA NOCHE: ESTUDIO COMPARATIVO, PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO<br>Drs. <i>Alejandro Mercado</i> ; Pedro Recabal; Srta. Daniela Fleck; Rodrigo Ledezma; Francisco Moya; Francisco Sepúlveda; Roberto Vilches; Diego Reyes; Fernando Marchant.<br>Hospital Clínico de la Universidad de Chile | 188 |

## Sesión oral V (CO V)

**SÁBADO, 08 DE OCTUBRE DE 2011**

**10:30-11:30**

**SALÓN PRINCIPAL**

**PRESIDEN: JUAN ENRIQUE GODOY**

**CARLOS ITURRIAGA**

- CO25 ESTUDIO DEL GEN RNASEL (1Q24-25) Y CROMOSOMA 8Q24 EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU ASOCIACIÓN CON LA AGRESIVIDAD DEL CÁNCER 189  
Drs. *Ignacio San Francisco*; Cristián Trucco; Susan Smalley; José Luis Santos;  
Prof. Claudio Gelmi; Sr. Daniel Lobos.  
Pontificia Universidad Católica de Chile
- CO26 RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA 190  
Drs. Ignacio San Francisco; Alvaro Zúñiga; *Carlos Rodríguez*; Pablo Rojas;  
Alvaro Saavedra; Sra. Constanza Montoya; Cristián Trucco.  
Pontificia Universidad Católica de Chile
- CO27 ¿ES LA VIGILANCIA ACTIVA UNA ALTERNATIVA SEGURA PARA LOS PACIENTES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS? CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL QUIENES CUMPLÍAN CON CRITERIOS DE VIGILANCIA ACTIVA 190  
Drs. Norman Zambrano; Christian Ramos; Raúl Valdevenito; José Miguel Campero;  
Alfredo Hinrichs; Gustavo Salgado; Humberto Chiang; Eduardo Alvarez; Rodolfo Rosenfeld;  
Ricardo Susaeta; Andrés Figueroa; Melitza Petric; Alejandro Mercado; *Juan Fulla*.  
Hospital San Borja Arriaran
- CO28 RESULTADO ONCOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN SEGUIMIENTO ACTIVO QUE PRESENTAN PROGRESIÓN Y SON SOMETIDOS A TRATAMIENTO DEFINITIVO 191  
Drs. *Ignacio San Francisco*; Marc Garnick; Glen Bublely; William DeWolf.  
Pontificia Universidad Católica de Chile
- CO29 ESTUDIO FASE I CON USO DE CÉLULAS DENDRÍTICAS CARGADAS CON LISADO TUMORAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN 192  
Drs. *Diego Reyes*; Sr. Cristian Pereda; Enrique Castellón; Raúl Valdevenito;  
Christian Huidobro; Mercedes N López; Flavio Salazar-Onfray.  
Hospital Clínico Universidad de Chile
- CO30 FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR: SERIE NACIONAL CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO 192  
Drs. *Mario Fernández*; Marcela Schultz; Sra. Iris Delgado; Alfred Krebs; Conrad Stein;  
Pablo Bernier; Gustavo Larach; Patricio Poblete; Johannes Wilckens;  
Fernando Vargas; Alberto Bustamante; Hugo Bermúdez; Marcelo Bustos; Raúl Lyng.  
Clínica Alemana de Santiago

## Sesión oral VI (CO VI)

**SÁBADO, 08 DE OCTUBRE DE 2011**

**11:30-12:30**

**SALÓN PRINCIPAL**

**PRESIDEN: NELLY LETELIER**

**SERGIO SOLER**

- |      |   |     |
|------|---|-----|
| CO31 | <p>COMPARACIÓN DEL ESTUDIO FLUJO PRESIÓN DE LA MICCIÓN MEDIANTE URODINAMIA CONVENCIONAL Y AMBULATORIA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>Drs. <i>Juan Pablo Valdevenito</i>; Christopher Harding; Sra. Ann Leonard; Sr. Clive Griffiths; Prof. Robert Pickard.</p> <p>Hospital Clínico Universidad de Chile</p>   | 193 |
| CO32 | <p>EFFECTO DEL CATÉTER URETRAL EN EL FLUJO URINARIO DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>Drs. <i>Juan Pablo Valdevenito</i>; Srta. Daniela Fleck; Francisco Moya; Roberto Vilches.</p> <p>Hospital Clínico Universidad de Chile</p>   | 194 |
| CO33 | <p>SLING SUBURETRAL ATORNILLADO EN INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y EXPERIENCIA INICIAL</p> <p>Drs. Rodrigo Leyton; Srta. Francesca Franzini; <i>Alexander Andrusco</i>; Ruben Olivares; Javier Hargous; Jorge Moreno.</p> <p>Universidad de Santiago - Hospital Dipreca</p>   | 195 |
| CO34 | <p>ENFRENTAMIENTO SINDROME DE PRUNE BELLY: UN TRAJE A MEDIDA</p> <p>Drs. <i>Pedro José López</i>; Francisco Reed; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta; Alejandra Ovalle; Maricarmen Olivos.</p> <p>Hospital Exequiel González Cortes</p>   | 195 |
| CO35 | <p>BRAQUITERAPIA EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA ¿UNA MEJOR ALTERNATIVA CON MENOS SECUELAS?</p> <p>Drs. <i>Pedro José López</i>; Francisco Reed; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta; Alejandra Ovalle; Karen Goset; Carmen Salgado.</p> <p>Hospital Exequiel González Cortes</p>   | 196 |
| CO36 | <p>FUNCIÓN RENAL RELATIVA CALCULADA CON CINTIGRAMA RENAL (CR) ESTÁTICO (DMSA) Y CINTIGRAMA RENAL DINÁMICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIDRONEFROSIS UNILATERAL(HU)</p> <p>Drs. <i>Nelly Letelier</i>; Ricardo Zubieta; Gilda Donoso; Andres Perez; Gabriel Lobo; Daniela Gutierrez; Jose Miguel Escala; Pedro Jose López.</p> <p>Hospital Exequiel González Cortes</p> | 197 |

## Sesión oral VII (CO VII)

**DOMINGO, 09 DE OCTUBRE DE 2011**

**12:00-12:30**

**SALÓN PRINCIPAL**

**PRESIDEN: JULIO MUÑOZ**

**MAURICIO OLEA**

- |      |  |     |
|------|--|-----|
| CO70 | CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA Y HALLAZGOS URODINÁMICOS<br>Drs. <i>Juan Pablo Valdevenito</i> ; Srta. Daniela Fleck; Francisco Moya; Roberto Vilches.<br>Hospital Clínico Universidad de Chile                                       | 197 |
| CO71 | EFFECTO DE LA VARICOCELECTOMIA MICROQUIRURGICA SUBINGUINAL EN PARAMETROS SEMINALES Y TASAS DE EMBARAZO<br>Drs. <i>Cristián Palma</i> ; David Ruiz; Cesar Rojas; Sarquella Joaquim; Reyes Diego; Valdevenito Raúl.<br>Hospital Clínico Universidad de Chile | 198 |



## CO I) SESIÓN ORAL I

### CO1) EL MARCADOR DE CÉLULAS PROGENITORAS PODOCALYXINA SE EXPRESA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA INDIFERENCIADO Y METASTÁSICO

**Drs. Ignacio San Francisco<sup>1</sup>, William Schopperle<sup>2</sup>, William DeWolf<sup>3</sup>.**

*<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Estados Unidos. <sup>3</sup>Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos.*

**Introducción:** Podocalyxina es una molécula (glicoproteína) de superficie celular expresada en células madre (progenitoras) normales y con propiedades anti-adhesivas, una propiedad que es característica de las células cancerosas. En algunos cánceres como el de mama, su expresión se ha asociado a agresividad. Estudiamos la expresión de podocalyxina en el cáncer de próstata (CaP) en sus distintas etapas y grados de diferenciación para evaluar su potencial rol como marcador de cáncer metastásico.

**Materiales y Métodos:** Se realizó estudio inmunohistoquímico para evaluar la expresión de podocalyxina en los distintos tejidos con CaP. Se estudiaron muestras en microarreglos de tejidos (TMA) que incluyó 36 muestras de CaP, 8 de tejido adyacente normal, 3 de metastásis óseas, y 1 de metastásis de pared abdominal. Además fueron estudiadas muestras de pacientes de nuestro banco de tejidos que incluyó 12 muestras de CaP localizado y 4 muestras de tejido metastásico de hueso. El nivel de expresión de podocalyxina se evaluó semicuantitativamente con la intensidad de la coloración, 0 = no tinción, 1 +, 2 + y 3 +, y el porcentaje de tejido positivo para podocalyxina (<25%, 25-50%, >50%).

**Resultados:** En el TMA, podocalyxina no se expresó en ninguna de las muestras de CaP localizado, sin embargo, fue expresado en las 4 muestras de tejido metastásico. Las 16 muestras obtenidas del banco de tejido fueron reevaluadas y clasificadas de acuerdo al grado de Gleason (3,4 ó 5). Podocalyxina no se detectó en ninguna de las muestras clasificadas como Gleason 3 ó 4, sin embargo, se expresó en todos los tumores clasificados como Gleason 5 y en los 4 tumores metastásicos.

**Conclusiones:** El marcador de células progenitoras podocalyxina se expresó en cánceres indiferenciados y metastásicos, no así en cánceres bien diferenciados. Este estudio muestra un potencial rol de esta molécula como marcador de agresividad del cáncer. Mayores estudios incluyendo estudios genéticos y detección sérica del marcador deben llevarse a cabo para confirmar si existe la posibilidad de utilizar podocalyxina como marcador de agresividad del CaP.

### CO2) RESULTADOS DE PROSTATECTOMIA RADICAL PARA EL MANEJO DEL CÁNCER DE PROSTATA ESTADIO T1A-B

**Drs. Ivar Vidal Mora<sup>1,2</sup>, Alejandro Foneron<sup>1</sup>, Octavio A. Castillo<sup>1,3</sup>, Arquímedes Rodríguez<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Unidad de Urología Clínica Indisa; <sup>2</sup>Unidad de Urología Hospital del Salvador, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago.*

**Objetivo:** Evaluar una serie contemporánea de pacientes con cáncer de próstata incidental (T1a -T1b) detectado a través de resección transuretral de próstata (RTU P) y que fueron sometidos a prostatectomía radical retropúbica (PRR).



**Pacientes y Métodos:** Entre 1998 y 2006, 1.031 pacientes fueron sometidos a RTUP por síntomas de uropatía obstructiva y sospecha de hiperplasia benigna de próstata en 2 centros. Se analizó retrospectivamente el estadio patológico y el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata incidental, así como también el seguimiento obtenido.

**Resultados:** Se encontró cáncer de próstata incidental en 52 pacientes (5,4%), 26 de los cuales fueron sometidos a PR. De los 26 pacientes, 17 tenían un cáncer de próstata T1a y 9 T1b. Después de PR, 6 (35%) en el grupo T1a no tenían tumor residual (T0) y 11 (65%) tenían cáncer T2; la incidencia respectiva en T1b fue 2 y 7; sin existir pacientes con estadio T3. El score de gleason preoperatorio no se correlacionó bien después de PR; 30% de los pacientes elevaron su score de gleason y un 42% mostraron una disminución o la no existencia de tumor, con 81% de gleason menor a 7. Después de una media seguimiento de 47 meses, un paciente recibió tratamiento hormonal debido a recurrencia bioquímica.

**Conclusión:** La tasa de cáncer incidental es baja. Después de PR, muchos pacientes se presentarán con características favorables o con ausencia de tumor. Sin embargo, no existe posibilidad de predecir la ausencia o agresividad de un cáncer de próstata después de RTUP. La decisión de tratamiento debe ser determinada caso a caso.

### CO3) ¿DEBEMOS TRATAR LOS CÁNCERES PT2 CON MÁRGENES POSITIVOS IGUAL QUE LOS PT3, DESPUÉS DE UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL?

**Drs. José Francisco López J<sup>1,2</sup>, Andrés Navarrete<sup>2</sup>, Fernando Coz<sup>2</sup>, Alfredo Domenech<sup>2</sup>, Andrés Figueroa<sup>2</sup>, Pablo Pizzi<sup>2</sup>, Juan Pablo Valdevenito<sup>2</sup>, Bruno Vivaldi<sup>2</sup>, Matías Westendarp<sup>2</sup>, Norman Zambrano<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Universidad de Los Andes, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.

**Introducción:** La presencia de márgenes quirúrgicos positivos o de enfermedad localmente avanzada (compromiso extraprostático) en pacientes sometidos a prostatectomía radical está asociada a mayor riesgo de recurrencia bioquímica. Esto lleva a tratarlos, habitualmente, en forma similar con radioterapia complementaria. El objetivo de este trabajo fue comparar la sobrevida libre de enfermedad en pacientes con tumores pT2 con márgenes positivos, negativos y tumores pT3.

**Métodos:** Se analizó la información recolectada prospectivamente, de pacientes sometidos a prostatectomía radical, entre los años 1992 y 2011. Se seleccionaron aquellos pacientes con un estadio tumoral pT2 o pT3, dividiéndolos en tres grupos: pT2 con márgenes negativos, pT2 con márgenes positivos y pT3. La recurrencia fue definida como un valor de APE  $\geq 0,2$  ng/ml. Para determinar la sobrevida libre de enfermedad se utilizó el método de Kaplan-Meier, comparando las curvas con el método de log-rank.

**Resultados:** Se consideraron 525 pacientes en el análisis. La mediana de seguimiento fue de 27,1 meses (RIC: 11,6-49,2). La sobrevida libre de enfermedad a 5 años fue de 66,7% para el grupo pT2 márgenes negativos (IC 95%: 58,9-73,2), 46,5% para pT2 márgenes positivos (IC 95%: 32,7-59,1) y 27,1% para los pT3 (IC 95%: 18,4-36,6). Las curvas de sobrevida de los tres grupos resultaron ser significativamente distintas ( $p < 0,005$ ).

**Conclusión:** La sobrevida libre de enfermedad de pacientes con tumores pT2 con márgenes positivos es significativamente mejor que la de aquellos con tumores pT3. Esto pudiera inclinarnos a diferir la terapia complementaria en los tumores pT2+ y reservarla sólo para aquellos con recurrencia bioquímica.

**CO4) LINFADENECTOMIA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER TESTICULAR: EXPERIENCIA DE UN CIRUJANO**

**Dr. Rodrigo Chacón<sup>1</sup>, Srta. Francesca Franzini<sup>2</sup>, Drs. Marcelo Kerkebe<sup>1,3</sup>, Alexander Andrusco<sup>3,4</sup>.**  
*<sup>1</sup>Hospital del Salvador - Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Hospital DIPRECA, Santiago, Chile. <sup>4</sup>Universidad de Santiago, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La Linfadenectomía Lumboaórtica (LALA) ha sido el tratamiento de elección en los pacientes que presentan tumores germinales no seminomatosos (TGNS) en estadio clínico I. El abordaje laparoscópico ha demostrado buenos resultados oncológicos, con bajas complicaciones y mínima tasa de eyaculación retrógrada. El objetivo del trabajo es presentar los resultados oncológicos de la LALA Laparoscópica (LALAL) realizadas por un cirujano.

**Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo que incluye 22 pacientes sometidos a LALAL por TGNS estadio clínico I y marcadores tumorales negativos entre los años 2003 y 2010 en el Hospital DIPRECA. No se realizó selección de pacientes en relación a hallazgos anatomopatológicos o a la presencia de factores de riesgo. La LALAL fue realizada por el mismo cirujano (MK), respetando los límites descritos por Weissbach y Boedefeld. Se analizan los resultados clínicos y anatomopatológicos del seguimiento oncológico.

**Resultados:** La edad promedio fue de 28,6 años (20-57). En los 22 pacientes operados el procedimiento fue completado por vía laparoscópica. 13 pacientes fueron operados del lado derecho y 9 del izquierdo. El tiempo operatorio promedio fue de 160 min (90-240). El sangrado operatorio estimado promedio fue 158 cc (0-1.200 cc), ninguno requirió transfusión de hemoderivados. La estadía hospitalaria promedio fue de 2,2 días (1-3, 9). El número de linfonodos resecados promedio fue de 15,1 (4-38) por paciente. 3 pacientes presentaron compromiso ganglionar (13,6%); 1 de ellos recibió quimioterapia adyuvante por carcinoma embrionario. Los otros 21 no recibieron tratamiento complementario (los otros 2 paciente en etapa II tenían teratoma maduro y carcinoma sólido). Durante un período de seguimiento promedio de 29,3 meses (1-60) ningún paciente ha presentado recidiva tumoral al TAC ni elevación de marcadores tumorales. De los 22 pacientes operados sólo 1 presentó eyaculación retrógrada (4,5%).

**Conclusión:** La Linfadenectomía Lumboaórtica por vía Laparoscópica ha demostrado ser una excelente herramienta de estadificación y tratamiento, ofreciendo una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía convencional abierta, con baja morbimortalidad. Los resultados de esta serie demuestran su equivalencia oncológica a la cirugía abierta, sumándose los beneficios de la técnica laparoscópica, con mejor visualización intraoperatoria y excelente resultado tanto estético como en la calidad de vida del paciente.

**CO5) UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA CON EMISIÓN DE POSITRONES (18F-FDG PET/CT) EN PACIENTES CON TUMORES TESTICULARES MALIGNOS DE CÉLULAS GERMINALES**

**Dr. Arquímedes Rodríguez-Carlin.**  
*Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La tomografía con emisión de positrones (PET/CT) es una herramienta no invasiva que permite visualizar procesos metabólicos funcionales, lo cual adiciona otra dimensión a las técnicas de imágenes convencionales anatómicas en el estudio de pacientes oncológicos.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en la realización de tomografía con emisión de positrones con 18-fluoro-2-deoxyglucosa (18F-FDG PET/CT) para etapificación, re-etapificación y control de tratamiento en pacientes con diagnóstico de tumores malignos de células germinales.

**Materiales y métodos:** Desde septiembre de 2005 a diciembre de 2010 se realizaron 103 estudios 18F-FDG PET/CT en 79 pacientes con diagnóstico histológico de tumor maligno de células germinales para etapificación, re-etapificación y control de tratamiento. Se obtuvieron los datos demográficos de los pacientes, características de los tumores, información quirúrgica y resultados anatomopatológicos de los registros clínicos de nuestra institución. Se clasificaron los tumores en 3 grupos histológicos como seminomatoso, no seminomatoso y mixto. Los resultados verdaderos positivos se basan en la histología y/o seguimiento clínico.

**Resultados:** El tipo histológico más frecuente fue el tumor no seminomatoso de células germinales (TNSCG) con 38 casos (48%), seguido de 26 seminomas (33%) y 15 mixtos (19%). La indicación más frecuente fue re-etapificación (60,2%), seguida de control de tratamiento (33%) y etapificación (6,8%). Se detectaron metástasis mediante PET-CT en 29 (82,8%) de 35 pacientes y se excluyeron metástasis en 40 (90,9%) de 44 pacientes. Se obtuvo una sensibilidad de 88,9% y especificidad de 88,05% con un valor predictivo positivo (VPP) de 80% y valor predictivo negativo (VPN) de 93,65%. El consumo de FDG fue variable, con un rango de SUV máx de 1,2 a 19,6. El promedio de seguimiento fue de 35,25 meses (rango 8-71).

**Conclusiones:** El 18F-FDG PET/CT es una herramienta no invasiva útil para la etapificación inicial, re-etapificación y control de terapia de tumores testiculares de células germinales. Debe ser considerada la posibilidad de falsos positivos en PET/CT debido a la aparición temprana de lesiones inflamatorias reactivas posterior a quimioterapia reciente.

#### CO6) ROL DEL 18F-FDG PET/CT EN LA EVALUACIÓN DE MASAS RESIDUALES POSQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO DE CÉLULAS GERMINALES

**Dr. Arquímedes Rodríguez-Carlin, Iván Pinto Gimpel, Rossana Pruzzo Calderón, Hugo Lavados Mackenzie, Horacio Amaral Pineda, Francisca Redondo Moneta, Alejandra Pizarro González, Bárbara Monje Riesco.**

*Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El tratamiento en pacientes con cáncer testicular de células germinales que tienen masas residuales postquimioterapia es un tema de constante debate, debido a que diferenciar enfermedad activa de fibrosis y/o inflamación continúa siendo un problema. Nuestro objetivo fue determinar la utilidad de la tomografía con emisión de positrones con 18-fluoro-2-deoxyglucosa (18F-FDG PET/CT) en la evaluación de carcinoma residual viable en pacientes con tumor testicular metastásico de células germinales (TMCG) y masa residual postquimioterapia.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de TMCG y masa residual postquimioterapia. Se incluyeron 13 pacientes a quienes se les realizó 18F-FDG PET/CT entre enero de 2007 y diciembre de 2010 para re-etapificación, control de tratamiento y evaluación de masas residuales. Los resultados fueron validados por examen histopatológico de la masa reseca y/o seguimiento clínico/radiológico de al menos 1 año.

**Resultados:** Se realizaron un total de 17 estudios. La captación de FDG en masas residuales varió en rango de SUV máx de 1,4 a 14 y un punto de corte de 2,5 para determinar hipercaptación. En 7 estudios (41,2%) se encontró hipercaptación de 18F-FDG en masa residual, con una sensibilidad de 75% y una especificidad de 88,05%, un valor predictivo positivo (VPP) de 80% y valor predictivo negativo (VPN) de 93,65%. El promedio de seguimiento fue de 32,5 meses (rango 12-72). Un solo caso resultó ser falso positivo el cual tuvo un SUV máx de 2,9 y 2 casos falsos negativos (11,76%) uno de los cuales resultó ser un teratoma.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos en este estudio indican que el 18F-FDG PET/CT es útil en la exclusión de enfermedad residual viable en masas postquimioterapia. Por lo tanto debe ser considerado como una herramienta adicional en la decisión terapéutica sobre el manejo de estos pacientes. Se requieren ensayos clínicos prospectivos con mayor número de casos para poder establecer la precisión del PET/CT según el tipo histológico de tumor testicular.

## CO II) SESIÓN ORAL II

### CO7) EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS DE VÍA DE REPARACIÓN DE ADN POR ESCISIÓN DE NUCLEÓTIDOS EN CÁNCER DE VEJIGA: RELACIÓN CON TABAQUISMO Y VARIABLES CLINICOPATOLÓGICAS

Drs. Mario Fernández, Marcela Schultz, Sra. Iris Delgado, Drs. Alfred Krebs, Conrad Stein, Pablo Bernier, Gustavo Larach, Patricio Poblete, Johannes Wilckens, Fernando Vargas, Alberto Bustamante, Hugo Bermúdez, Marcelo Bustos, Raúl Lyng.

*Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para el cáncer de vejiga (CV). La descripción de polimorfismos relacionados al tabaquismo en los genes de reparación de ADN, específicamente en la vía de reparación por escisión de nucleótidos (REN), ha centrado la atención en la expresión de sus componentes, considerando además su rol predictor en respuesta a quimioterapia. La expresión de las proteínas de esta vía en el CV no ha sido estudiada hasta ahora. El objetivo fue evaluar la expresión del factor limitante de ésta (ERCC-1) en especímenes tumorales, determinando su asociación con el status tabáquico y características clinicopatológicas.

**Material y Metodos:** Se confeccionó una micromatriz de tejidos con muestras de 159 pacientes con CV. Todos los especímenes fueron evaluados por una uropatóloga según las clasificaciones TNM (2002) y WHO (2004). Las tinciones con ERCC-1 fueron realizadas según el procedimiento estándar y la evaluación fue realizada por dos investigadores en desconocimiento de los datos clínicos, asignándose un puntaje de acuerdo a criterios validados. En el análisis final se incluyeron 132 pacientes con información completa de su status tabáquico. Se determinaron asociaciones de la expresión de ERCC-1 con parámetros clinicopatológicos y luego factores predictores de la expresión de ERCC-1 mediante un análisis multivariado.

**Resultados:** La expresión de ERCC-1 fue significativamente mayor en no-fumadores (mediana 1; RIC 1-2) que en fumadores (mediana 0.5; RIC 0,1-0,5) ( $p < 0,001$ ). La expresión alterada de ERCC-1 se asoció además a un mayor estadio pT ( $p=0,017$ ), no así con sexo, grado tumoral, carcinoma in situ, multifocalidad ni tumor recurrente. Tanto el status tabáquico ( $p=0,019$ ; OR 4,85; IC 95% 1,30-18,06) como el estadio pT ( $p=0,041$ ; OR 2,21; IC 95% 1,03-4,73) fueron predictores independientes de expresión alterada de ERCC-1 en el análisis multivariado luego del ajuste según variables clinicopatológicas.

**Conclusiones:** Se constató una expresión distinta de ERCC-1 según el status tabáquico, lo cual da pie para una potencial identificación de pacientes respondedores a quimioterapia. Sin embargo, se requieren más estudios para confirmar estos resultados y para caracterizar las alteraciones moleculares relacionadas a la expresión de ERCC-1, así como su potencial impacto sobre el manejo del CV.

**CO8) CÁNCER DE VEJIGA PTA Y PT1 DE ALTO GRADO: FACTORES PRONÓSTICOS PARA RECURRENCIA Y PROGRESIÓN TUMORAL A LARGO PLAZO**

**Dr. Mario Fernández, Marcela Schultz, Sra. Iris Delgado, Drs. Alfred Krebs, Conrad Stein, Pablo Bernier, Gustavo Larach, Patricio Poblete, Fernando Vargas, Johannes Wilckens, Alberto Bustamante, Hugo Bermúdez, Marcelo Bustos, Raúl Lyng.**

*Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El cáncer de vejiga no-músculo invasor de alto grado es un escenario clínico difícil, presentando un riesgo de recurrencia hasta de un 70% así como un riesgo de progresión de hasta un 20% a 2 años (45% a 5 años). El objetivo del estudio fue identificar factores pronósticos para estos desenlaces.

**Material y Metodos:** Los datos de 59 pacientes con seguimiento completo y tratados por tumores pTa y pT1 de alto grado en nuestra institución fueron revisados en forma retrospectiva. Todos los especímenes fueron evaluados por una uropatóloga de acuerdo a las clasificaciones TNM (2002) y WHO (2004). Las variables clínicopatológicas fueron cotejadas con recurrencia y progresión tumoral en un análisis univariado, estableciéndose asociaciones con el test de log-rango y considerándose éstas significativas con un valor  $p < 0,05$ . Se realizó además un análisis multivariado con regresión de Cox para identificar factores predictores de los desenlaces mencionados.

**Resultados:** La mediana de seguimiento fue 34 meses (rango 7 - 93). La etapa tumoral fue pTa en 26 (44,1%) y pT1 en 33 (55,9%) casos. Veinte y seis pacientes (44,1%) presentaron al menos una recurrencia tumoral en el seguimiento, mientras que 9 (15,3%) presentaron progresión tumoral. La mortalidad cáncer-específica fue de 6,8% (4 casos). Edad  $\geq 70$  años ( $p=0,027$ ), tumores recurrentes ( $p=0,012$ ), prescindencia de instilación intravesical inmediata ( $p=0,012$ ) y prescindencia de terapia intravesical adyuvante ( $p=0,032$ ) mostraron una significativa asociación con recurrencia tumoral en el análisis univariado. Edad  $\geq 70$  años (HR 3,66; IC 95% 1,38-9,69;  $p=0,009$ ), tumores recurrentes (HR 4,66; IC 95% 1,22-17,86;  $p=0,025$ ) prescindencia de instilación intravesical inmediata (HR 5,231; IC 95% 1,17-23,54;  $p=0,031$ ) fueron predictores independientes de recurrencia en el análisis multivariado. La realización de una segunda resección transuretral, si bien se asoció a una menor tasa de recurrencia, no alcanzó ser significativa ( $p=0,19$ ). Por otro lado, edad  $\geq 70$  años fue el único parámetro asociado significativamente a progresión tumoral ( $p=0,014$ ).

**Conclusiones:** Los factores pronósticos identificados en nuestra serie debieran ser considerados al momento de ser definido el plan terapéutico en estos pacientes. Sin perjuicio de lo anterior, es necesaria una validación prospectiva de ellos para generar evidencia de mejor calidad.

**CO9) LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO SE ASOCIA A ELEVADAS TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE UROTELIO ALTO: EL CASO DE ANTOFAGASTA**

**Drs. José Francisco López J<sup>1</sup>, Mario Fernández<sup>1</sup>, Luis Fernando Coz<sup>2</sup>.**

*<sup>1</sup>Universidad de Los Andes, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El cáncer de urotelio alto (CUA) es una patología poco frecuente, con una etiología similar al cáncer urotelial de vejiga. La exposición a arsénico constituye un significativo factor de riesgo para éste último, sin embargo no es considerado actualmente factor de riesgo para el desarrollo de CUA. La población de la región de Antofagasta

estuvo expuesta a altísimas dosis de este tóxico ambiental entre 1955 y 1975 por contaminación del agua potable. El objetivo de este estudio fue comparar la mortalidad de las últimas décadas por cáncer de pelvis renal y uréter de la región de Antofagasta con el resto del país.

**Material y Métodos:** Se construyeron tasas de mortalidad por cáncer de pelvis renal y uréter para la región de Antofagasta y el resto de Chile utilizando los registros de mortalidad del Ministerio de Salud y las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas para el periodo 1983-2009. Las tendencias temporales y diferencias regionales fueron analizadas utilizando una regresión de Poisson. Se comparó además la edad de muerte por CUA entre Antofagasta y el resto de Chile.

**Resultados:** Se registraron 220 muertes por CUA en Chile entre 1983 y 2009, ocurriendo 74 de éstas (34%) en la región de Antofagasta. La razón de tasas de mortalidad para todo el periodo fue de 19.9 entre Antofagasta y el resto de Chile (IC 95%: 15,1-26,4). La mortalidad por esta patología ha disminuido un 2.2% anual (IC 95%: 0,5-3,8), siendo 2 veces más frecuente en hombres. La edad de muerte por CUA en Antofagasta fue significativamente menor que en el resto del país (61,5 vs 69,5 años;  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La mortalidad por CUA en Antofagasta es casi 20 veces mayor que en el resto del país, fenómeno similar a lo observado para el cáncer de vejiga. Como en el caso anterior, existe una persistencia del probable efecto de este tóxico, aún 30 años después de haberse instalado plantas de abatimiento de arsénico para el agua potable en Antofagasta. Es necesario alertar a la comunidad médica local del fenómeno observado, implementando medidas para su detección precoz y tratamiento oportuno.

#### CO10) UTILIDAD DEL R.E.N.A.L. SCORE EN NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

**Dr. Arquímedes Rodríguez-Carlin, Srs. Iván Pinto Gimpel, Arquímedes Rodríguez-Carlin, Pedro Recabal Guiraldes, Camilo Sandoval Herrera, Jorge Díaz Méndez, Alvaro Hornig Epple.**  
*Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La evaluación radiológica del tumor renal es un proceso complejo y multifactorial. La falta de un sistema de caracterización morfológica estandarizada para cuantificar quirúrgicamente las características relevantes de las masas renales sólidas ha tenido como resultado diferencias significativas en los patrones de tratamiento y representa una de las mayores deficiencias en la literatura urológica. El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la utilidad del sistema nefrométrico R.E.N.A.L score en los pacientes con tumores renales estadio T1 sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL).

**Materiales y Métodos:** Se aplicó el R.E.N.A.L score a 60 pacientes con diagnóstico de tumor renal único estadio T1 que se sometieron a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) entre enero de 2007 y junio de 2011, que tuvieran TAC o RMN de abdomen disponibles para el análisis. Se clasificó a los pacientes según complejidad baja (suma nefrométrica 4-6), moderada (suma 7-9) y alta (suma 10-12), así como localización anterior versus posterior. Se compararon los resultados preoperatorios, perioperatorios, posoperatorios y anatomopatológicos por grupos.

**Resultados:** De 60 pacientes 33 (55%) tuvieron baja complejidad, 18 (30%) moderada y 9 (15%) alta. Treinta y cinco lesiones (58,3%) fueron anteriores y 25 (41,7%) posteriores. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas de los 3 grupos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de isquemia (12 vs 20 vs 32 minutos,  $p < 0,0001$ ), pérdida estimada de sangre (51 vs 182 vs 220 ml,  $p < 0,003$ ) y período de estadía hospitalaria (2,1 vs 3,1 vs 4,5 días,  $p < 0,0001$ ) entre los grupos de baja, moderada y alta complejidad, respectivamente. No hubo diferencias en el tiempo operatorio, tasa de transfusión y tasa de complicaciones entre los 3 grupos.

**Conclusiones:** En los pacientes sometidos a NPL se asoció una puntuación  $\geq 10$  en el sistema nefrométrico R.E.N.A.L score con un incremento en la pérdida estimada de sangre, tiempo de isquemia caliente y de estadía hospitalaria. El uso del R.E.N.A.L score permite estratificar los pacientes que van a ser sometidos a NPL en subgrupos con riesgo de complicaciones diferentes.

**CO11) TÉCNICA DE DESCLAMPEO PRECOZ EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS PRELIMINARES**

**Drs. Ignacio San Francisco, Javier Domínguez, Alvaro Zúñiga, José Antonio Salvador, Jorge Hiriart.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La técnica de desclampeo precoz en la nefrectomía parcial laparoscópica surge como una medida de disminuir el tiempo de isquemia caliente. Presentamos nuestra serie inicial y describimos la técnica utilizada.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron pacientes con diagnóstico preoperatorio de tumor renal e incluidos en una base prospectiva de pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica con técnica de desclampeo precoz entre agosto 2010 y agosto 2011. En total 8 pacientes se han sometidos a esta técnica efectuada por 2 cirujanos. Se reportan las variables clínicas, patológicas y complicaciones, y se describe la técnica desde el posicionamiento del paciente hasta la reparación del defecto renal.

**Resultados:** Ocho pacientes se han sometido a nefrectomía con técnica de desclampeo precoz. La técnica incluye clampeo selectivo arterial, resección de tumor utilizando en algunos casos ultrasonido intraoperatorio, resección de tumor, sutura de plano interno con sutura corrida de V-Loc 3-0, desclampeo, sutura selectiva de eventuales vasos arteriales sangrantes, y finalmente sutura de plano cortical con puntos separados. La mediana de edad y tamaño tumoral preoperatorio fue de 60 años y 2,5 cms. respectivamente. La ubicación más frecuente correspondió a la zona media del riñón en su convexidad (63%). Sólo un paciente presentó un tumor completamente endofítico. La creatininemia pre y posoperatoria, tiempo de clampeo, sangrado estimado, y tiempo operatorio correspondió a 0,9-0,74 mg/dL, 20 minutos, 250 cc, y 180 minutos. No hubo pacientes que requirieran transfusión. Hubo 1 paciente que presentó íleo adinámico que prolongó su hospitalización. En el estudio anátomo-patológico, 7 pacientes presentaron tumor de células claras y uno resultó ser un quiste complejo benigno. Un paciente tuvo bordes positivos. El tamaño tumoral fue de 2,3 cms. La mediana de hospitalización fue de 3 días.

**Conclusión:** La técnica de desclampeo precoz es una técnica factible de usar y presenta como gran ventaja presentar un tiempo de isquemia seguro para el riñón, sin aumentar el sangrado estimado. Requiere habilidad y entrenamiento para poder suturar el plano interno del defecto renal.

**CO12) NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES SOBRE 4 CMS: EVOLUCIÓN POSOPERATORIA, RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y COMPLICACIONES**

**Drs. Juan Pablo Barroso Salvestrini<sup>1,2</sup>, Felipe Mandujano Torres<sup>1,2</sup>, Sr. Cristóbal Bettancourt Guglielmetti<sup>1,2</sup>, Drs. Oscar Storme Cabrera<sup>1,2</sup>, Ali Al-Zahrani<sup>3</sup>, Prof. Joseph Chin<sup>3</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Department of Urology/University of Western Ontario, London, Canada.*

**Introducción:** La nefrectomía parcial (NP) es el tratamiento de elección para tumores renales malignos  $\leq 4$  cm, ya que ha demostrado resultados oncológicos equivalentes y una sobrevida global superior a la nefrectomía radical. Esto se explica debido a la capacidad de la NP de preservar la función renal y prevenir los efectos deletéreos asociados a la disfunción renal. Existe una cantidad creciente de estudios que indican que esta ventaja sería también extensible a tumores estadio T1b (4-7 cm). Este trabajo, evalúa los resultados oncológicos de la NP en tumores mayores de 4 cms y las complicaciones con un score validado y reproducible.

**Material y Métodos:** Se identificó, de manera retrospectiva, a un total de 214 pacientes sometidos a nefrectomía parcial entre los años 2002 y 2009. De éstos, 39 presentaban tumor mayor de 4 cms. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban metástasis al momento del diagnóstico, los con seguimiento menor a 6 meses y/o, tumores no esporádicos. Se analizaron las variables categóricas y continuas con los test Chi cuadrado y Mann-Whitney, respectivamente. Se utilizó el análisis de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida global y cancer específica. Se clasificaron las complicaciones según score de Clavien.

**Resultados:** Se identificaron 45 tumores en 39 pacientes. La edad media fue de 61 años ( $\pm 10,7$ ). El tamaño promedio tumoral fue de 5,7 cms. En 7 pacientes la indicación de nefrectomía fue absoluta (riñón solitario o contralateral atrófico), mientras que fue electiva en 32 (82%). El estudio anátomo-patológico demostró un 87,1% (34) de tumores malignos y un 12,9% (5), benignos. Luego de un seguimiento promedio de 35,9 meses (media de 34 meses), la sobrevida fue de un 89,7%, sin detectarse muertes a causa del tumor renal. La recurrencia ocurrió en 2 pacientes (5,9%). Hubo 18 complicaciones en 14 pacientes, siendo la mayoría (61,1%) grado 1-2 de Clavien.

**Conclusiones:** El uso de la NP para tumores renales mayores a 4 cms. es quirúrgicamente realizable y tiene resultados oncológicos comparables. El score de Clavien muestra que las complicaciones asociadas, en su mayoría, son de baja severidad (Grado 1-2).

## CO III) SESIÓN ORAL III

### CO13) EXPRESIÓN DE VEGF-A, VEGFR1, VEGFR2 EN CULTIVOS PRIMARIOS DE ESTROMA DE PRÓSTATA HUMANA BENIGNA Y TUMORAL

**Drs. Ignacio San Francisco<sup>1</sup>, Javier Cerda<sup>1</sup>, Alejandro Godoy<sup>2</sup>, Viviana Montecinos<sup>1</sup>.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Roswell Park Cancer Institute, New York, Estados Unidos.*

**Introducción:** Diversos estudios remarcan la importancia del estroma en el crecimiento y progresión tumoral en cáncer de próstata (CaP). El estroma tumoral o "reactivo" en CaP está caracterizado por un incremento en la relación de miofibroblastos/fibroblastos y una disminución significativa de músculo liso diferenciado. Estos cambios fenotípicos en el estroma estarían asociados a un aumento en la producción y secreción de factores angiogénicos, los que contribuirían al incremento en la vasculatura, y por lo tanto, asociado a la agresividad tumoral y formación de metástasis en CaP. Recientemente se ha sugerido que VEGF-A (Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular A) sería un factor clave en este incremento. Nuestro objetivo fue estudiar la expresión del VEGF-A y sus receptores VEGFR1 y VEGFR2, en las distintas subpoblaciones celulares de estroma presentes en cultivos primarios de próstata humana obtenidos de tejidos benignos y tumorales.

**Materiales y Métodos:** La obtención de cultivos primarios de estroma prostático se realizó a partir de explantes y digestión enzimática (Dispasa, Colagenasa), provenientes de pacientes que fueron sometidos a Resección Transuretral de Próstata (RTU) y Prostatectomía Radical. Mediante los marcadores de estroma reactivo: Calponina, Vimentina, Desmina, Depósito de Colágeno y \*\*\*\_-Actina muscular, se caracterizaron molecularmente las distintas subpoblaciones obtenidas desde estos cultivos. La expresión y activación de VEGF-A, VEGFR1 y VEGFR2 se observó empleando inmunocitoquímica convencional y fluorescencia.

**Resultados:** Logramos estandarizar la obtención de cultivos primarios de explantes y digestión enzimática provenientes de tejido benigno y tumoral. Identificamos y aislamos distintas subpoblaciones en los cultivos primarios a partir de explantes. Observamos que las subpoblación de miofibroblastos presentes en el cultivo, sobreexpresan



VEGF-A y sus receptores VEGFR1 y VEGFR2 en comparación con las subpoblaciones de células musculares lisas y fibroblastos.

**Conclusiones:** Nuestro estudio sugiere por primera vez, que la activación de la señal de VEGF-A por parte del estroma asociado al tumor sería a través de los miofibroblastos y no de las células musculares lisas ni fibroblastos, también pertenecientes al estroma. Los miofibroblastos del estroma jugarían un rol importante en la contribución del microentorno tumoral a la angiogénesis en cáncer de próstata.

**CO14) NEFRECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON COMPROMISO DE VENA CAVA INFERIOR: RESULTADOS ONCOLÓGICOS, CLÍNICOS Y VALORACIÓN DE COMPLICACIONES MEDIANTE SCORE DE CLAVIEN**

**Drs. Juan Pablo Barroso Salvestrini<sup>1,2</sup>, Sr. Cristóbal Bettancourt Guglielmetti<sup>1,2</sup>, Drs. Felipe Mandujano Torres<sup>1,2</sup>, Oscar Storme Cabrera<sup>1,2</sup>, Ali Al-Zahrani<sup>3</sup>, Prof. Joseph Chin<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Urology Department/University of Western Ontario, London, Canada.

**Introducción:** El carcinoma de células renales (CCR) representa un 3%-4% de todos los cánceres sólidos y presenta especial tendencia a invadir la vena renal y cava inferior (VCI). La invasión de VCI se produce en 4%-10% de los pacientes, siendo la piedra angular del tratamiento, el manejo quirúrgico agresivo. La sobrevida global, a 5 y 10 años, es de 60% y 20%, respectivamente. En la literatura existen escasas publicaciones que documenten las complicaciones quirúrgicas en este grupo. Este trabajo evalúa la sobrevida de los pacientes con compromiso de VCI y las complicaciones, con un score graduado, validado y reproducible.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, realizado en un único centro, entre los años 2000 y 2010, aprobado por el comité de ética respectivo. La evaluación de las variables continuas y categóricas se realizó con la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado, respectivamente. La sobrevida se calculó con el método de Kaplan-Meier. Las complicaciones se valoraron con el score de Clavien.

**Resultados:** 25 pacientes con CCR y compromiso de VCI. Edad promedio de 64,5 años ( $\pm$  9,3), con una mediana de seguimiento de 18 meses (95% CI: 18,83-45,17). En la mayoría de los pacientes la manifestación inicial fue sintomática (84%) y tres pacientes tenían metástasis al diagnóstico (12%). En 17 pacientes el compromiso venoso era de VCI infrahepática, y en 8 pacientes (32%) el compromiso fue retrohepático y/o supradiafragmático. Se reportaron 27 complicaciones en 17 pacientes (68%). El 85% de estas complicaciones fueron menores (Clavien I-II). Al momento del diagnóstico 3 pacientes presentaban metástasis (12%), y 9 pacientes desarrollaron metástasis durante el seguimiento (36%). La sobrevida específica y global fue de 68% y 64%, respectivamente.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes con CCR, y compromiso de VCI, son sintomáticos al momento del diagnóstico. Luego del manejo quirúrgico, menos de un quinto de los pacientes presenta complicaciones mayores (Clavien III-IV). La cirugía se asocia a una baja mortalidad perioperatoria.

**CO15) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM**

**Drs. Cristián Trucco, Iván Sáez, Sr. Nicolás Fernández, Drs. Sergio Guzmán, Javier Domínguez.**  
P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una condición frecuente, asociada a la edad, factores genéticos y la acción de los andrógenos en la glándula prostática. El volumen prostático es la variable más determi-

nante de retención urinaria y cirugía. La Resección endoscópica (RTU) es la técnica quirúrgica más empleada para resolver esta enfermedad, sin embargo, se asocia a sangrado y necesidad de transfusión en un 4,8%, síndrome RTU en 1,1 % y mortalidad de 1,5%. Con el propósito de disminuir esta morbilidad y resolver por vía endoscópica pacientes con progresivo mayor volumen prostático, implementamos esta nueva técnica.

**Material y Métodos:** Evaluación retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes sometidos a HOLEP entre julio 2008 y julio 2011, evaluando; volumen prostático (VP), antígeno prostático específico (APE), uroflujometría (Q máx.) pre y posoperatoria. Registramos tiempo de enucleación y morcelación. Se reporta la experiencia de uno de nuestros cirujanos por tener registro completo.

**Resultados:** Se operaron 195 pacientes, 94 de ellos por uno de nuestros cirujanos que son motivo de esta presentación. Edad 66 años (90-45), VP pre operatorio 79,8 cc (206-15) medido por ecografía de superficie, 19 tienen más de 100 cc. APE es 11,5 ng/ml (38-2), Q máx. 10,5 (29-3). Cinco pacientes se intervienen en retención urinaria y 9 presentan litiasis vesical. En 4 (4,3%) se constató carcinoma incidental. Tiempo promedio de cirugía; 119 min (300-36). En los últimos 20 casos el tiempo de cirugía es menor de 120 min. En el posoperatorio se mantiene Sonda Foley por 56 hrs. (264-15) y hospitalización por 3,4 días (1 a 8). Dos pacientes (2,1%) requieren de transfusión. En el posoperatorio el volumen prostático es 30,05 cc (55 a 13), APE 2 ng/ml (4,09 a 0,09) y Q máx. 22,7 (46-6). Todos significativamente superiores a los parámetros pre operatorios.

**Conclusión:** HoLEP es una técnica endoscópica segura y efectiva en resolver pacientes con HPB de diverso volumen y con litiasis vesical, abreviando significativamente tiempo de cateterismo y hospitalización. En su aprendizaje se disminuyen significativamente los tiempos quirúrgicos.

#### CO16) CATÉTERES DE HEMODIÁLISIS EN EL PACIENTE <15 KG: ROMPIENDO PARADIGMAS

**Drs. Pedro José López, Bernardita Troncoso, Jan Grandy, Francisco Reed, Alejandra Ovalle Rodríguez, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta.**  
*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La instalación de catéteres venosos centrales (CVC) para hemodiálisis es parte de la práctica habitual en los servicios de nefrourología pediátrica. Sin embargo, aún no existen suficientes reportes sobre resultados exitosos con los catéteres de hemodiálisis (HD) en <15 kg. Nuestro objetivo es reportar la sobrevida y el desarrollo de complicaciones de los CVC insertados en niños <15 kg y evaluar si su uso es seguro en pediatría.

**Método:** Seguimiento prospectivo de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), con peso <15 kg, en quienes se instaló un CVC de hemodiálisis tunelizado por punción, entre julio 2006 y junio 2011. Se analizaron variables como: género, enfermedad de base, edad de inicio HD, peso, sitio de inserción, resultado de la HD, número de catéteres por paciente, motivo de retiro y tiempo de sobrevida del catéter.

**Resultados:** Durante un período de 60 meses, se instalaron 31 CVC en 11 pacientes <15 kg, 8 hombres y 3 mujeres. La principal causa de ERCT es displasia renal. Al inicio de la HD, la edad promedio de los pacientes fue de 27,5 meses (5-60m) y la media de peso de 10,4 kg (4,5-13 kg). El principal sitio de inserción fue la vena yugular interna (90,3%). La duración media de HD fue de 11,2 meses (1-26 m). En promedio se requirieron 2,5 catéteres por paciente (rango 1-5). Los factores mecánicos (trombosis, desplazamiento o acodadura), fueron la principal causa de retiro del catéter (39%), seguidos por las infecciones (13%). La sobrevida promedio fue de 110 días/cateter (0 a 586).

**Conclusiones:** Pese al aumento en la complejidad de nuestros pacientes, la sobrevida de nuestros catéteres ha aumentado y la tasa de complicaciones ha disminuido, en comparación con resultados publicados en la literatura internacional, que muestran una sobrevida promedio que no supera 65 días/catéter v/s 110 días/catéter de esta serie. Nuestros resultados avalan el uso de CVC tunelizados para hemodiálisis pediátrica, siendo éstos una opción adecuada y segura para los niños de bajo peso, incluso aquellos cercanos a 4 kg.

**CO17) PROTOCOLO PROSPECTIVO DE PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA; DEL ESTRÉS A LA TRANQUILIDAD**

**Drs. Pedro José López, Francisco Reed, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta, Renato Gana, Alejandra Ovalle.**

*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La resolución quirúrgica de una obstrucción pieloureteral (OPU), con mayor frecuencia se realiza de forma laparoscópica. Siendo un procedimiento difícil *per-se*, consideramos que para optimizar tiempos, materiales y esfuerzo es necesario involucrar a todo el equipo quirúrgico. Se evalúa protocolo quirúrgico prospectivo, con ajuste de protocolo a mitad del estudio en post de mejorar los tiempos quirúrgicos.

**Método:** Estudio prospectivo de 12 casos de pacientes >5 kg con OPU y MAG3 con dificultad de vaciamiento; en quienes se aplicó el protocolo quirúrgico para pieloplastia laparoscópica (pasos quirúrgicos, características de suturas, *pig-tail* y material quirúrgico). Todos los casos fueron operados por 2 cirujanos con experiencia laparoscópica urológica avanzada (>5 años); un mismo ayudante y dos instrumentistas. Después de los primeros 6 pacientes (grupo A) se analizó y perfeccionó el protocolo quirúrgico, comparando posteriormente resultados y en especial tiempo quirúrgico.

**Resultados:** La serie incluyó 9 hombres. La mediana para edad fue de 9,9 meses. El peso promedio fue 16,75 kg (20,4 vs 13,1kg respectivamente). En grupo A se realizaron 4 derechas y 2 izquierdas, y el grupo B fue inverso (4 izquierdas). Tres pacientes presentaban OPU secundaria a vasos aberrantes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 171,2 (120-200 min) vs 141,7 (90-210 min) respectivamente. El seguimiento promedio fue 16,6 meses (13-21 meses), todos los pacientes tuvieron buena evolución, con MAG-3 sin obstrucción al vaciamiento y disminución de la hidronefrosis.

**Conclusiones:** Consideramos que la disminución del tiempo quirúrgico en el segundo grupo, se debió tanto a la integración del equipo como al perfeccionamiento del protocolo quirúrgico: en la técnica, colocación de un cuarto trocar, forma de colocar *pig-tail*, tipo y tamaño de suturas, preparación de la mesa y material quirúrgico, anticipación del equipo a los pasos quirúrgicos. Los autores concluimos que este tipo de protocolos quirúrgicos permiten hacer de cirugías estresantes, una cirugía fluida y satisfactoria para el equipo; pudiendo además ser traspoladas a otro tipo de cirugías tanto laparoscópicas como abiertas.

**CO18) URETROCISTOGRAFÍA INTRAOPERATORIA PRE Y POSTRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE REFLUJO VESICoureTERAL; GARANTÍA DE ÉXITO?**

**Drs. Pedro José López, Francisco Reed, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta, Alejandra Ovalle.**

*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El tratamiento endoscópico (TE) del reflujo vesicoureteral (RVU) es ampliamente utilizado, la uretrocistografía (UCG) es su método diagnóstico; la cual además de exposición a radiación (60-100 radiografías por UCG), es invasiva y molesta. Se ha descrito que una UCG intraoperatoria post-TE puede determinar el éxito del TE. Se realizó el presente estudio para comprobar si la UCG intraoperatoria post-TE permite asegurar el éxito del procedimiento.

**Método:** Estudio prospectivo (agosto-09 a abril-11) que incluyó pacientes con RVU con indicación de TE, con UCG o cistografía isotópica <6 meses. Dentro del pabellón, anestesiados y en posición de litotomía se les realizó una UCG pre-TE a infusión lenta. Si RVU (+) se realizaba UCG posinyección.

**Resultados:** En un período de 20 meses, se incluyeron 23 pacientes (18 femeninos), con edad promedio de 41,9 meses (13 meses - 11 años). Se trataron 32 unidades renales refluientes; 9 bilaterales, 7 derechas y 7 izquierdas.

La distribución por grados fue: 2 grado I, 10 grado II, 11 grado III y 9 grado IV. Inyección promedio de 0,8 cc de material de abultamiento por unidad renal (0,4-1,8 cc), todos los casos quedaron con un grado 0 de hidrodistensión. En 13/23 de las UCG pre-TE resultaron negativas a RVU, lo que significaría una sensibilidad de este test de 43%. No se presentaron complicaciones periprocedimiento.

**Conclusiones:** Del total de pacientes (n =23), el 60% no mostró RVU pre-TE; por lo que, en caso de haber hecho UCG post-TE a todos los pacientes, más de la mitad habría recibido radiación sin ninguna utilidad. Por ende, se demuestra que la UCG post-TE no sirve para garantizar el éxito del tratamiento endoscópico del RVU intraoperatoriamente; porque aún antes de la inyección ureteral existe una muy baja sensibilidad de la UCG pre-TE, lo que impediría confiar en resultados de UCG post-TE. Resumiendo, los autores estamos conscientes que las UCG intraoperatoria, pre y post TE, no tienen una utilidad clínica, por lo que recomendamos no utilizarla como garantía del éxito del tratamiento endoscópico del RVU.

## CO IV) SESIÓN ORAL IV

### CO19) FACTORES PRONÓSTICOS DEL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA URETEROLITIASIS

**Dr. Ignacio Morales<sup>1</sup>, Sr. Felipe Olivares<sup>2</sup>, Luis López<sup>1</sup>, Cristian Garrido<sup>1</sup>, Christian Morales<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

**Introducción:** La ureteroscopia es considerada como primera opción de tratamiento para el manejo de la litiasis ureteral menor a 10 mms y alternativa de primera línea para la ureterolitiasis mayor a 10 mms (guía clínica AAU/AEU). El uso de stent posterior a una ureteroscopia no complicada es opcional.

**Objetivos:** Evaluar los factores pronósticos que determinan la extracción completa de la litiasis ureteral por vía endoscópica y las complicaciones asociadas.

**Material y Método:** Análisis del seguimiento y outcome de 123 pacientes sometidos a ureteroscopia con y sin fragmentación intracorpórea, realizadas en nuestro centro. Se midieron variables relacionadas con características del paciente, de la litiasis y del procedimiento realizado. Análisis estadístico Stata 11.2.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes fue de 41 años, siendo 68% hombres. El tiempo quirúrgico promedio fue 66 minutos. La densidad promedio fue de 731 UHF. El 21% de los pacientes presentó litiasis proximal y un 79% distal. El 30% presentó cálculo menor a 1 cm, 56% entre 1 y 2 cms y 14% sobre 2 cms. El 95% de los pacientes requirió solo un procedimiento. Un 85% de los pacientes tuvo extracción completa de litiasis. El índice de complicaciones fue de un 20%, siendo la hematuria la más frecuente con un 9%. La extracción completa está asociada estadísticamente con la ubicación del cálculo, el tamaño de éste y el tiempo operatorio (p <0,05) y no se relaciona con la densidad de la litiasis. Se logró un 90% de éxito en los pacientes con litiasis distal y 70% de stone free en el grupo con litiasis proximal. Esta diferencia del 20% es estadísticamente significativa (p: 0,01). La litiasis proximal tiene un Odds Ratio de 3,6 (p: 0,01) y la distal de 0,23 (p: 0,008). El tamaño de cálculo también demostró ser un factor de riesgo con un Odds ratio de 2,8 (p: 0,006).

**Conclusiones:** El éxito de la ureteroscopia o stone free declina con la localización más proximal del cálculo. Litiasis de mayor tamaño pueden requerir de más de un procedimiento para lograr un stone free rate.

**CO20) ESTUDIO GLOBAL DE CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL DE LA CLINICAL RESEARCH OFFICE OF THE ENDOUROLOGICAL SOCIETY (CROES): RESULTADOS EN 5803 PACIENTES**

**Drs. Benjamín Silva Barroilhet<sup>1</sup>, Jean De la Rosette<sup>2</sup>, Ahmet Tefekli<sup>2</sup>, Jorge Gutiérrez<sup>2</sup>, Mahesh Desai<sup>2</sup>, Roberto Scarpa<sup>2</sup>, Dean Assimos<sup>2</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile. <sup>2</sup>CROES PCNL Study Group.*

**Introducción:** La Clinical Research Office de la Endourological Society (CROES) condujo un estudio multinacional multiinstitucional sobre cirugía percutánea renal, llamado Global PCNL Study.

**Material y Métodos:** 96 centros en 4 continentes, incluyendo 1 centro chileno, fueron invitados a participar y reclutaron pacientes durante 1 año calendario, a partir de enero de 2009. Parámetros preoperatorios, datos intraoperatorios, incluyendo posición supina o prona, métodos de dilatación, complicaciones (usando escala de Clavien), y resultados fueron incluidos en una base de datos computacional.

**Resultados:** 5.803 pacientes fueron incluidos en el estudio. 56% hombres y 44% mujeres. Hubo 1.466 litiasis coraliformes (27,5%), 189 pacientes monorrenos (3,3%), 102 casos de riñón en herradura (1,3%), 26 riñones ectópicos (0,5%). El acceso fue realizado por urólogo en el 90,1%. Acceso infracostal en el 83,3%. Se utilizó posición prona en el 80,3% y supina en el 19,7%. Accesos múltiples en 461 unidades renales (8,0%). Se utilizó dilatadores fasciales o Alken en el 58,9% y balones en el 41,1%. El litotriptor más utilizado fue neumático (41,6%). Se dejó nefrostomía en el 91,2%, y tubeless en el 8,8%. Hubo evolución normal en el 85,5%. Hubo transfusión en el 5,7%, y fiebre >38,5 en el 10,5%. Complicaciones Clavien III o >4,1%. Stone free status se consiguió en el 75,7%. El tiempo promedio de hospitalización fue 3 días.

**Conclusiones:** Con una alta tasa de éxito y baja morbilidad, la CP es una técnica segura y efectiva para la remoción mínimamente invasiva de la litiasis renal. El Global PCNL Study es un estudio de la "vida real" que muestra prácticas globales contemporáneas sobre el manejo de la litiasis.

**CO21) TRATAMIENTO DE LA URETEROLITIASIS DISTAL, COMPARACIÓN DE RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA Y EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE LITIASIS**

**Drs. Francisco Rojas, José Antonio Salvadó, Javier Domínguez, Cristian Trucco, Iván Sáez, Álvaro Saavedra, Sergio Guzmán, Pablo Troncoso, Arturo DellOro.**

*Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La litotricia extracorpórea (LEC) y la extracción endoscópica de litiasis (EEL) son alternativas válidas para tratar cálculos de uréter distal.

**Objetivo:** Comparar los resultados a corto plazo de dos series de pacientes sometidos a LEC y EEL respectivamente.

**Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de las bases de datos de los pacientes sometidos a LEC y EEL entre enero 2007 y septiembre 2010 por litiasis única de ureter distal. Se registraron variables demográficas, tamaño del cálculo, resultado libre de cálculos (RLC), complicaciones, días de hospitalización y necesidad de reintegro o segundo procedimiento. Se realizó análisis estadístico bivariado (test Fisher para proporciones y Wilcoxon para diferencia de medianas), y multivariado (regresiones logísticas y curvas ROC para cada modelo).

**Resultados:** Se incluyeron 60 EEL y 42 LEC. La mediana de edad en EEL fue 43 años (rango 19-87), en LEC fue de 38 años (rango 12-85). La mediana de tamaño fue 6,35 mm. La EEL se asoció a RLC en 85% y la LEC 66,7% ( $p=0,034$ ). La frecuencia de complicaciones fue 13,3% para la EEL (erosiones de la mucosa tratadas mediante instalación de catéter doble J) y 0% para la LEC ( $p=0,02$ ). La necesidad de un segundo procedimiento fue 0% para la EEL y 19% para la LEC ( $p=0,001$ ). La mediana de hospitalización fue de un día para EEL y de 2 días para LEC

( $p = 0,023$ ). En el análisis multivariado, EEL mostró un OR para lograr RLC de 3,65 (IC 95% 1,26-10,55;  $p = 0,017$ ) sobre LEC, incluso ajustándose por edad, tamaño de cálculo y sexo. En los modelos de regresión logística se observaron significativamente más complicaciones para la EEL y una mayor necesidad de segundo procedimiento para la LEC. No hubo factores de riesgo para rehospitalización.

**Conclusiones:** La EEL mostró ventajas en cuanto a RLC, hospitalización, y menor requerimiento de procedimientos agregados, comparado con la LEC. Las complicaciones de la EEL fueron de fácil manejo, sin consecuencias. La EEL presenta ventajas por sobre la LEC en este grupo de pacientes.

## CO22) COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS) Y LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (LEC) PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE POLO INFERIOR RENAL DE HASTA 15 MM

Drs. **Fernando Marchant, Alejandro Mercado, Francisco Moya, Francisco Sepúlveda, Diego Reyes, Rodrigo Ledezma, Juan Pablo Hidalgo, Tomás Olmedo.**

*Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La LEC es el tratamiento más recomendado para litiasis intrarrenales menores de 2 cm, sin embargo, los bajos porcentajes de “stone free” en cálculos de polo renal inferior hace plantear nuevas técnicas que ofrezcan mejores resultados.

**Objetivo:** Comparar los resultados de efectividad y complicaciones asociadas en el tratamiento de la litiasis renal de hasta 15 mm de polo inferior entre la LEC y RIRS utilizando ureteroscopia flexible y láser holmium.

**Metodología:** De un total de 49 pacientes, 26 se realizaron LEC (grupo 1) y 21 se realizaron RIRS (grupo 2). Se registraron las características de cada paciente, tamaño de la litiasis, lateralidad, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, complicaciones de las técnicas, stone free o litiasis residuales clínicamente no significativas (< 4 mm) a los 2 meses evaluado por Pielotac. Se aplicó prueba t, utilizando el programa GraphPad Prism 5.0.

**Resultados:** No existieron diferencias significativas entre los grupos en características generales, ni en el tamaño de la litiasis. El stone free para el grupo 1 fue de 69,4% a los dos meses, para el grupo 2 fue 85% ( $p = 0,034$ ). Un 30,6% de los pacientes tratados con LEC requirió retratamiento contra un 7% de los sometidos a RIRS. Al analizar los grupos por tamaño de la litiasis observamos que para litiasis mayores a 10 mm el “stone free” en el grupo 1 fue de 56% y de 70% para el grupo 2, aunque esta diferencia no fue significativa ( $p = 0,28$ ). No se registraron complicaciones intra ni posoperatorias en ambas técnicas.

**Conclusiones:** LEC y RIRS son métodos seguros para el tratamiento de la litiasis de polo renal inferior. La muestra de pacientes es pequeña, pero, existe una clara tendencia a que RIRS presenta una mejor efectividad como tratamiento.

## CO23) ROL DEL USO DE AGENTES HEMOSTÁTICOS (SURGICEL®) EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA “TUBELESS”

Drs. **Francisco Sepúlveda, Francisco Moya, Roberto Vilches, Alejandro Mercado, Rodrigo Ledezma, Diego Reyes, Fernando Marchant.**

*Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile*

**Introducción/Objetivo:** La Nefrolitotomía percutánea “tubeless” (NLPt) ha demostrado ser una opción válida en pacientes seleccionados. Se ha evaluado el rol del uso de agentes hemostáticos en el trayecto de la nefrostomía

para disminuir los riesgos de sangrado y filtración urinaria. El siguiente estudio evalúa el rol del uso de agentes hemostáticos para sellar el trayecto de nefrostomía en pacientes sometidos a una NLPt corroborando los criterios para realizar este tipo de intervención.

**Materiales y Métodos:** Durante los años 2009 y 2010, 52 pacientes cumplieron criterios para una NLPt (trayecto único, ausencia de sangrado, indemnidad de sistema colector, litiasis residual menor o igual a 3 mm o ausencia de esta). En 27 pacientes se instaló un cilindro de Surgicel® mas gelita (Celulosa oxidada absorbible) en el trayecto de acceso percutáneo (Grupo 1) y en 25 pacientes se abandonó sin agente hemostático (Grupo 2). En todos los casos se evaluaron variables demográficas, tamaño de litiasis, ubicación de la litiasis, tiempo operatorio, dolor postoperatorio, presencia de hematoma, hematocrito pre y posoperatorio, filtración urinaria por trayecto de acceso, presencia de litiasis residual, tiempo de hospitalización.

**Resultados:** La mediana de edad para los grupos 1 y 2 fue de 44 (27-52) y 51 (34-63) años. La relación hombre/mujer fue de 21/6 y 13/12 para los grupos 1 y 2 respectivamente. No hubo una diferencia significativa respecto al IMC y tamaño de litiasis (Valor P= 0,15 y 0,45). Respecto al tiempo operatorio (p =0,41), hematocrito posoperatorio (p =0,16), caída de hematocrito (p =0,45), presencia de hematoma (p =0,59), EVA del dolor a las 24 y 48 hrs (p =0,13 y 0,87) y litiasis residual (p =0,89), ninguna de estas variables demostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos 1 y 2. Ningún paciente presentó filtración de orina por el sitio del trayecto de acceso.

**Conclusión:** La NLPt es una alternativa segura y reproducible en pacientes seleccionados. El uso de agentes hemostáticos en el trayecto de acceso no disminuye la incidencia de hematoma peri renal, dolor postoperatorio o filtración de orina. Se validan los criterios utilizados para utilizar técnica "tubeless" en nefrolitotomía percutánea.

#### CO24) NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA "TUBELESS" CON CATÉTER PIGTAIL VERSUS CATÉTER URETERAL EXTERNALIZADO POR UNA NOCHE: ESTUDIO COMPARATIVO, PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO

Drs. **Alejandro Mercado**<sup>1</sup>, **Pedro Recabal**<sup>1</sup>, **Srta. Daniela Fleck**<sup>2</sup>, **Rodrigo Ledezma**<sup>2</sup>, **Francisco Moya**<sup>1</sup>, **Francisco Sepúlveda**<sup>1</sup>, **Roberto Vilches**<sup>1</sup>, **Diego Reyes**<sup>1</sup>, **Fernando Marchant**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. <sup>3</sup>Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** La Nefrolitotomía Percutánea (NLP) es una técnica establecida para el tratamiento de nefrolitiasis de gran tamaño que finaliza dejando una nefrostomía para hemostasia, drenaje y facilitar una eventual revisión. Nuestro grupo publicó recientemente un estudio prospectivo y randomizado que demostró la factibilidad y seguridad de realizar NLP "tubeless" (sin nefrostomía y con catéter pigtail) en un grupo seleccionado de pacientes (sin litiasis residual ni sangrado intraoperatorio significativo, con acceso percutáneo único y tiempo operatorio menor a 2 horas).

**Objetivo:** Comparar el uso de catéter ureteral tipo *pigtail* versus catéter ureteral externalizado por 24 horas en pacientes sometidos a NLP "tubeless".

**Métodos:** 68 pacientes sometidos a NLP "tubeless" fueron prospectivamente randomizados para el uso de catéter pigtail (Grupo 1) o catéter ureteral externalizado por una noche (Grupo 2). Se evaluó el dolor postoperatorio, estadía hospitalaria, caída del hematocrito y desarrollo de hematomas perirrenales objetivados por tomografía axial computarizada no contrastada. Para el análisis estadístico un p value <0,05 fue considerado significativo.

**Resultados:** Los grupos fueron comparables en edad, distribución de sexo, índice de masa corporal y carga litiasica. No difirieron en dolor postoperatorio ni incidencia de hematomas. El Grupo 1 tuvo una estadía hospitalaria y una caída del hematocrito significativamente mayor.

**Conclusión:** Los resultados sugieren que ambas conductas son factibles y seguras. La mayor estadía hospitalaria del Grupo 1 y la posterior necesidad de cistoscopia para retirar el catéter *pigtail* favorecen el uso de catéteres ureterales externalizados. Además se revalidan los criterios utilizados para la aplicación de la técnica tubeless en NLP.

## CO V) SESIÓN ORAL V

### CO25) ESTUDIO DEL GEN RNASEL (1Q24-25) Y CROMOSOMA 8Q24 EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU ASOCIACIÓN CON LA AGRESIVIDAD DEL CÁNCER

**Drs. Ignacio San Francisco, Cristián Trucco, Susan Smalley, José Luis Santos, Prof. Claudio Gelmi, Sr. Daniel Lobos.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Los factores de riesgo más importantes en el cáncer de próstata (CaP) son la edad, raza y factores genéticos tanto en su variante clínica esporádico (CaPE) como hereditario (CaPH). Una de las características genéticas del CaP es la de involucrar múltiples genes de baja penetrancia. Nuestro objetivo fue identificar la presencia de polimorfismos del gen RNASEL (1q24-25) y del cromosoma 8q24 (rs620861, rs6983267, rs7837328 y rs1447295) en pacientes con CaPE y CaPH en sus distintas etapas, y asociar la presencia de estos polimorfismos con las características de agresividad del cáncer.

**Materiales y Métodos:** Fueron estudiados pacientes con CaPE y CaPH, y controles. La búsqueda de las variantes alélicas se realizó mediante extracción del DNA de linfocitos de sangre periférica. El ADN se amplificó mediante reacción de polimerasa en cadena (PCR), y luego se detectaron los polimorfismos y mutación mediante secuenciación directa. En el caso de 8q24 se realizó PCR de tiempo real utilizando sondas Taqman.

**Resultados:** Encontramos la presencia de los SNPs Arg462Gln y Asp541Glu en el gen RNASEL en los pacientes con CaPE y CaPH, y en controles. El SNP Asp541Glu en su variante homocigota presentó una tendencia a incrementar el riesgo de cáncer prostático hereditario versus los controles (OR =4,37, 95% CI=1,05-18,19, p-value =0,058) y a presentar un antígeno prostático (APE) más elevado que sus contraparte heterocigoto y homocigoto normal (13,9 ng/ml vs 6,3 ng/ml y 8,5 ng/ml respectivamente, (p-value =0,003). Sin embargo, no encontramos asociación de estas variantes con características más agresivas de cáncer (Gleason <7, T3, M+). De los polimorfismos estudiados en 8q24, sólo rs620861 mostró diferencia entre casos y controles p =0,0002, tanto para CaPE (p =0,0019) como CaPH (p =0,0006).

**Conclusiones:** La presencia de la variante homocigota Asp541Glu se asocia a presencia de CP hereditario y APE más alto al momento del diagnóstico. Existe una asociación entre rs620861 y la presencia de CaPE y CaPH. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para definir mejor la asociación de estas variantes con las características clínicas del CaP, y así poder utilizarlas como herramienta en el manejo terapéutico.



**CO26) RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE PROSTATECTOMÍAS RADICALES EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA**

**Drs. Carlos Rodríguez, Ignacio San Francisco, Alvaro Zúñiga, Pablo Rojas, Dr. Alvaro Saavedra, Sra. Constanza Montoya, Dr. Cristián Trucco.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

**Introducción:** El seguimiento activo (SA) ha surgido como una alternativa de manejo razonable en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo (CaPBR). Sin embargo, en nuestro país el SA es poco utilizado. Nuestro objetivo fue evaluar la factibilidad de realizar SA en nuestros pacientes de acuerdo a los hallazgos y resultados oncológicos de prostatectomías radicales (PR) de pacientes con CaPBR.

**Materiales y Métodos:** Se evaluó la serie de PR realizadas entre 1999 y 2011. Se clasificó los pacientes en riesgo bajo, intermedio y alto de acuerdo a la clasificación de D'Amico. Los pacientes con CaPBR (cT2a, APE <10 ng/dL y Gleason <7) fueron estudiados de acuerdo a variables clínicas, patológicas y al resultado oncológico post PR. Se utilizó como criterio de recurrencia APE mayor a 0,02 ng/dL. Se utilizó curvas ROC para definir si el porcentaje de tumor en la biopsia por aguja puede mejorar la sensibilidad de detección de CaP órgano-confinado y Gleason <7 y así, sumarlo como un nuevo criterio de selección de pacientes para SA.

**Resultados:** De un total de 993 pacientes sometidos a PR, el 19,5% (194 pacientes) correspondió a CaPBR. En este grupo, la mediana de edad, APE y tiempo de seguimiento fueron 63 años, 6,0 ng/dL, y 41 meses respectivamente. Un 79% presentó Gleason 7 o mayor en la pieza operatoria. Un 10,3% (20/194) presentó invasión extracapsular (pT3a), el 2,06% (4/194) tuvo compromiso de vesículas seminales, un 29,89% (58/194) márgenes positivos, y un 0% ganglios positivos. El porcentaje de recurrencia fue de 15,97% (31/194). Mediante curvas ROC se determinó que el porcentaje de CaP en la biopsia por aguja no es un buen predictor para definir la presencia de invasión extracapsular o Gleason >6 en la pieza operatoria (AUC ROC= 0,59 [IC 95% =0,47-0,70]).

**Conclusiones:** Los pacientes con CaPBR presentan porcentajes no despreciables de cáncer extraprostático y de recurrencia. El porcentaje de volumen tumoral en la biopsia no mejora la sensibilidad para detección de CaP Gleason <7 ni órgano-confinado. En nuestra realidad deben mejorarse los criterios de selección para SA, especialmente los relacionados con la biopsia por aguja.

**CO27) ¿ES LA VIGILANCIA ACTIVA UNA ALTERNATIVA SEGURA PARA LOS PACIENTES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS? CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL QUIENES CUMPLÍAN CON CRITERIOS DE VIGILANCIA ACTIVA**

**Drs. Juan Fulla<sup>1</sup>, Norman Zambrano<sup>2</sup>, Christian Ramos<sup>2</sup>, Raúl Valdevenito<sup>2</sup>, José Miguel Campero<sup>2</sup>, Alfredo Hinrichs<sup>2</sup>, Gustavo Salgado<sup>2</sup>, Humberto Chiang<sup>2</sup>, Eduardo Alvarez<sup>2</sup>, Rodolfo Rosenfeld<sup>2</sup>, Ricardo Susaeta<sup>2</sup>, Andrés Figueroa<sup>3</sup>, Melitza Petric<sup>3</sup>, Alejandro Mercado<sup>4</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Clinica Las Condes, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Hospital Militar, Santiago, Chile. <sup>4</sup>Hospital Clínico U. de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Durante los últimos años la vigilancia activa (VA) se ha convertido en una estrategia terapéutica de creciente aceptación, sin embargo, existe controversia acerca de qué criterios utilizar a la hora de diferenciar aquellos pacientes que presentan un bajo riesgo de progresión v/s aquellos que pudiesen tener una enfermedad más agresiva. Nuestro objetivo consistió en seleccionar de forma retrospectiva, un grupo de pacientes sometidos a

prostatectomía radical (PR), los cuales pudieron haber sido candidatos para ser vigilados activamente, comparando las características de la biopsia transrectal, con los obtenidos de la pieza operatoria.

**Materiales y Métodos:** Restrospectivamente estudiamos un grupo de pacientes sometidos a PR, los cuales pudieran haber sido candidatos para AS bajo los siguientes criterios: Score de Gleason (GS)  $\leq 6$ , PSA  $\leq 10$ , T1c – T2a, No Gleason grade 4 or 5,  $< 1/3$  cores positivos,  $< 50\%$  de compromiso en cualquier core y densidad de PSA  $< 0,15$ . Se calculó el coeficiente kappa para evaluar la concordancia entre ambas biopsias (por punción y pieza operatoria). También se analizó el porcentaje de subgraduación y sobregraduación tanto del grado histológico como del score de gleason además de otras características anatomopatológicas como son la positividad de los márgenes quirúrgicos, la extensión extracapsular, el compromiso de las vesículas seminales y de los linfonodos.

**Resultados:** Fueron incluidos un total de 311 pacientes sometidos a prostatectomía radical, de los cuales 161 cumplían con los criterios de VA, siendo ingresados al estudio. El análisis de concordancia mostró un índice kappa de 0,17. En la histología definitiva, 52 pacientes (32,2%) resultaron tener un GS mayor a 6 (GS 7 n =49; GS 8 n =3). Se reportó invasión capsular (sin traspasarla), invasión extracapsular, márgenes quirúrgicos positivos, compromiso de vesículas seminales y linfonodos positivos en el 23,9%; 6,1%; 30,7%; 3,1% y 1,2% respectivamente.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son similares a los reportados por grandes series internacionales. Existe una proporción importante de pacientes con tumores agresivos que pudiesen haber sido considerados para seguimiento activo. En dichos casos un retraso en el tratamiento pudiese haber resultado en una menor sobrevida.

## CO28) RESULTADO ONCOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN SEGUIMIENTO ACTIVO QUE PRESENTAN PROGRESIÓN Y SON SOMETIDOS A TRATAMIENTO DEFINITIVO

**Drs. Ignacio San Francisco<sup>1</sup>, Marc Garnick<sup>2</sup>, Glen Buble<sup>3</sup>, William DeWolf<sup>2</sup>,**

*<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Estados Unidos. <sup>3</sup>Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos.*

**Introducción:** El seguimiento activo (SA) actualmente es una opción de manejo en pacientes con cáncer de próstata (CaP) de bajo riesgo. Analizamos el resultado oncológico y hallazgos anatomopatológicos en pacientes en seguimiento activo sometidos a terapia definitiva por progresión del cáncer.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron 155 pacientes que ingresaron prospectivamente a un protocolo de SA por cáncer de próstata de bajo riesgo. Los criterios para ingresar a este estudio fueron: Gleason 6 o menos en la biopsia,  $< 3$  cilindros con cáncer,  $< 50\%$  de cáncer en los cilindros con cáncer. Los pacientes fueron seguidos con biopsias y antígeno prostático específico cada 12-18 meses. Se analizó el resultado oncológico y hallazgos de la pieza operatoria de los pacientes que progresaron durante el seguimiento de acuerdo al score de Gleason y/o volumen de cáncer y que fueron sometidos a radioterapia o prostatectomía radical (PR).

**Resultados:** La mediana de edad fue de 63 años. El 31% (48 pacientes) cumplió criterios de progresión, por lo tanto, requirió terapia definitiva. Siete pacientes cambiaron a “watchful waiting” por edad, 1 paciente decidió cirugía sin cumplir criterio de progresión, y 1 paciente requirió PR por síntomas obstructivos. Por lo tanto, 98 pacientes (63%) permanece en SA. De los pacientes que progresaron, 18 fueron sometidos a PR, 22 a radioterapia, 6 decidieron permanecer en SA, y en 2 está pendiente el tratamiento definitivo. El tiempo de progresión fue 25 meses, con una mediana de 2,5 biopsias para progresar. El análisis de la pieza operatoria en los pacientes sometidos a PR mostró un 89% (16 pacientes) CaP órgano-confinado, 100% márgenes negativos, 0% de compromiso de vesículas seminal y ganglios linfáticos, y un 27% (5 pacientes) de aumento en el score de Gleason. Con un tiempo de seguimiento de 32 meses tanto para pacientes operados como irradiados, sólo 2 (4%) pacientes han presentado recurrencia bioquímica y no ha habido mortalidad por cáncer.

**Conclusiones:** El seguimiento activo para pacientes con CaP de bajo riesgo es una opción terapéutica segura. Los pacientes que progresan pueden ser tratados sin comprometer el resultado oncológico.

#### CO29) ESTUDIO FASE I CON USO DE CÉLULAS DENDRÍTICAS CARGADAS CON LISADO TUMORAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

Drs. **Diego Reyes**<sup>1</sup>, **Cristián Pereda**<sup>2</sup>, **Enrique Castellón**<sup>3</sup>, **Raúl Valdevenito**<sup>4</sup>, **Christian Huidobro**<sup>5</sup>, **Mercedes N López**<sup>6</sup>, **Flavio Salazar-Onfray**<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario San José, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Programa Disciplinario de Inmunología, Santiago, Chile. <sup>4</sup>ICBM, Santiago, Chile. <sup>5</sup>Facultad de Medicina, Santiago, Chile. <sup>6</sup>Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>7</sup>Programa Disciplinario de Biología Celular, Santiago, Chile.

**Introducción:** En cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC), la quimioterapia con docetaxel ha mejorado la sobrevida general, pero con una importante toxicidad secundaria. El uso de células dendríticas (DC) como terapia antitumoral busca mejorar la respuesta clínica, disminuyendo los eventos adversos, aunque hasta ahora ha mostrado generar solamente respuestas inmunológicas. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad, respuesta inmunológica y respuesta clínica del uso de DC cargadas con lisado tumoral en CPRC.

**Metodología:** Pacientes con CPRC fueron inoculados con 4 dosis de DC autólogas cargadas con lisado tumoral. Treinta días después fueron sometidos a un test de DTH contra lisado tumoral. La calidad de vida durante el tratamiento fue evaluada con el cuestionario EORTC QLQ-C30. La respuesta clínica fue medida con antígenos prostático específico (PSA) sérico mensual, cálculo del tiempo de duplicación del PSA (PSADT) y cintigrama óseo antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Veinte pacientes fueron reclutados, completando el protocolo 14 pacientes. El evento adverso más frecuente fue eritema en el sitio de inoculación. El único evento adverso grado 3 fue una paraparesia de extremidades inferiores, secundaria a metástasis. La calidad de vida de los pacientes no fue alterada por el tratamiento. 62% de los pacientes presentó una respuesta inmune contra tumor. 10 de 14 pacientes mostraron descenso del PSA durante el tratamiento, en 4 pacientes mayor al 30% del basal y en 2 pacientes mayor al 50%. Los pacientes respondedores inmunológicos presentaron un incremento significativo del PSADT, en comparación a los no respondedores.

**Conclusión:** La inmunoterapia con DC cargadas con lisado tumoral de próstata es un tratamiento seguro en pacientes con CPRC, y tiene la capacidad de generar una respuesta inmune y clínica medibles.

#### CO30) FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR: SERIE NACIONAL CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Drs. **Mario Fernández**<sup>1,2</sup>, **Marcela Schultz**<sup>1</sup>, **Iris Delgado**<sup>2</sup>, **Alfred Krebs**<sup>2</sup>, **Conrad Stein**<sup>1</sup>, **Pablo Bernier**<sup>1</sup>, **Gustavo Larach**<sup>1</sup>, **Patricio Poblete**<sup>1</sup>, **Johannes Wilckens**<sup>1</sup>, **Fernando Vargas**<sup>1</sup>, **Alberto Bustamante**<sup>1</sup>, **Hugo Bermúdez**<sup>1</sup>, **Marcelo Bustos**<sup>1</sup>, **Raúl Lyng**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

**Introducción:** Existen escasos datos acerca de factores pronósticos en cáncer de vejiga no-músculo invasor en la literatura nacional. El objetivo de nuestro estudio fue identificar factores pronósticos para recurrencia y progresión tumoral en pacientes tratados por esta neoplasia maligna en nuestra institución.

**Material y Métodos:** Los datos de 141 pacientes con seguimiento completo y tratados por tumores pTis, pTa y pT1 en nuestra institución fueron revisados en forma retrospectiva. Todos los especímenes fueron evaluados por una uropatóloga de acuerdo a las clasificaciones TNM (2002) y WHO (2004). Las variables clínicas e histopatológicas fueron correlacionadas con recurrencia y progresión tumoral en un análisis univariado, estableciéndose asociaciones con el test de log-rango y considerándose éstas significativas con un valor  $p < 0,05$ . Se realizó además una regresión de Cox para identificar factores predictores de los desenlaces mencionados.

**Resultados:** La mediana de seguimiento fue de 45 meses (rango 7-93). El estadio tumoral fue pTis en 7 (5%), pTa en 99 (70,2%) y pT1 en 35 (24,8%) pacientes. Cuarenta y ocho casos (34%) presentaron al menos una recurrencia tumoral durante el seguimiento, mientras que 17 (12,1%) presentaron progresión tumoral. La mortalidad cáncer específica fue de 2,8% (4 casos). Edad  $>65$  años ( $p = 0,001$ ), estadio pT ( $p = 0,011$ ) y grado tumoral ( $p = 0,023$ ) mostraron una significativa asociación con recurrencia tumoral en el análisis univariado. Edad  $>65$  años (HR 2.678; IC 95% 1.474-4.866;  $p = 0,001$ ) y estadio pT (HR 2.265; IC 95% 1.247 - 4.177;  $p = 0,007$ ) fueron los únicos predictores independientes de recurrencia en el análisis multivariado. Por otro lado, edad  $>65$  años fue el único parámetro asociado significativamente a progresión tumoral tanto en el análisis univariado ( $p = 0,003$ ) como en el multivariado (HR 5.521; IC 95% 1.573 - 19.384;  $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** Los factores pronósticos identificados para recurrencia tumoral en nuestra serie concuerdan con los de publicaciones internacionales y da pie para su consideración al momento de tomar conductas terapéuticas en estos pacientes. Sin embargo, el significativo impacto de la edad avanzada sobre la progresión tumoral es inesperado, considerando incluso los numerosos sesgos a los cuales está sujeta esta variable clínica. Lo anterior subraya la importancia de validar prospectivamente estos resultados.

## CO VI) SESIÓN ORAL VI

### CO31) COMPARACIÓN DEL ESTUDIO FLUJO PRESIÓN DE LA MICCIÓN MEDIANTE URODINAMIA CONVENCIONAL Y AMBULATORIA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

**Drs. Juan Pablo Valdevenito<sup>1</sup>, Christopher Harding<sup>2</sup>, Ann Leonard<sup>2</sup>, Clive Griffiths<sup>2</sup>, Prof. Robert Pickard<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, UK.

**Introducción:** Varios estudios muestran diferencias en las presiones y flujos urinarios al evaluar un paciente con urodinamia convencional (CONV) y urodinamia ambulatoria (AMB). La distensión rápida del detrusor durante la CONV podría afectar negativamente su contractilidad. El objetivo de este estudio es comparar los parámetros urodinámicos durante la micción realizados con CONV y AMB usando un equipo ambulatorio que permite el registro simultáneo de la presión del detrusor y el flujo urinario, en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva y/o incontinencia urinaria.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de mujeres evaluadas con CONV y AMB entre enero de 2002 y diciembre de 2009. Se siguieron las recomendaciones de la ICS. En la CONV el llene se hizo en decúbito dorsal a una velocidad de 100 ml/min con un catéter 10F y las presiones vesicales se midieron con un catéter 4F. En la AMB el llene se hizo en posición de pie durante 3 horas y las presiones vesicales se midieron con microtransductores montados en la punta de catéteres Gaeltec 6F. Los criterios de exclusión fueron: 1) uso de

contraste radiológico, 2) uso de drogas uroselectivas, 3) cirugía pelviana previa, 4) uso de toxina botulínica intradetrusor. Los resultados se compararon con la prueba t de Student pareada, considerándose significativo un  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Treinta mujeres reunieron los criterios de inclusión. Su edad promedio fue 50 años (14-73). Se registraron 86 micciones por AMB, debiendo excluirse 9 (10%). En la AMB se encontró significativas mayores presiones vesicales y abdominales y mayor flujo urinario máximo, sin diferencias en la presión del detrusor al término del llene, la presión del detrusor a flujo máximo y la presión del detrusor máxima. El volumen orinado fue mayor en la CONV, sin alcanzar diferencia estadística.

**Conclusión:** No se demostraron diferencias en las presiones miccionales entre CONV y AMB. El mayor flujo urinario máximo en la AMB puede deberse a la presencia de un catéter uretral 10F extra usado para el llene vesical en la CONV. El mayor volumen orinado en la CONV no sería capaz de producir una sobre distensión vesical.

### CO32) EFECTO DEL CATÉTER URETRAL EN EL FLUJO URINARIO DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

**Drs. Juan Pablo Valdevenito, Daniela Fleck, Francisco Moya, Roberto Vilches.**  
*Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El estudio flujo-presión es el mejor método para analizar cuantitativamente la función miccional. Habitualmente la presión vesical se mide mediante un catéter uretral. El flujo urinario del estudio flujo-presión (con el catéter uretral *in situ*) debe ser comparable a aquel de la uroflujometría libre, de modo de descartar artefactos producidos por el catéter. El objetivo de este estudio es comparar el flujo urinario máximo (Q<sub>máx</sub>) y el residuo postmiccional (RPM) de la uroflujometría libre (Q<sub>máx</sub> libre y RPM libre) con los valores obtenidos en el estudio-flujo-presión (Q<sub>máx</sub> invasivo y RPM invasivo) en mujeres con incontinencia urinaria estudiadas con urodinamia.

**Material y Método:** En forma retrospectiva se analizan 55 pacientes cuyo volumen orinado de la uroflujometría libre y del estudio flujo-presión (usando un catéter uretral 6F) no difería en más del 20%. El flujo urinario se midió con un uroflujómetro de disco giratorio y el volumen orinado y el RPM con un frasco graduado estandarizado. Se comparó el Q<sub>máx</sub> libre e invasivo y el RPM libre e invasivo del grupo completo de pacientes y de aquellos pacientes con estudio flujo-presión normal o alterado (obstrucción a la salida de la vejiga o disminución de la contractilidad del detrusor). El análisis estadístico se hizo con la prueba t de Student considerando significativo un  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en el Q<sub>máx</sub> libre e invasivo del grupo completo de pacientes (Q<sub>máx</sub> libre: 28,8 ml/s; Q<sub>máx</sub> invasivo: 19,4 ml/s;  $p < 0,01$ ), de los pacientes con estudio flujo-presión normal (Q<sub>máx</sub> libre: 34,4 ml/s; Q<sub>máx</sub> invasivo: 23,2 ml/s;  $p < 0,01$ ), y de aquellos pacientes con estudio flujo presión alterado (Q<sub>máx</sub> libre: 15,3 ml/s; Q<sub>máx</sub> invasivo: 10,2 ml/s;  $p < 0,01$ ). Las diferencias en el RPM no alcanzaron significación estadística.

**Conclusión:** La presencia de un catéter uretral 6F (mínimo tamaño disponible de catéter de doble lumen) altera el Q<sub>máx</sub> de mujeres estudiadas por incontinencia urinaria, lo que podría tener implicancias importantes en la interpretación del estudio flujo-presión.

**CO33) SLING SUBURETRAL ATORNILLADO EN INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y EXPERIENCIA INICIAL**

**Drs. Alexander Andrusco Fidalgo<sup>1,2</sup>, Rodrigo Leyton<sup>1,2,3</sup>, Francesca Franzini<sup>4</sup>, Rubén Olivares<sup>2,3</sup>, Javier Hargous<sup>1,2</sup>, Jorge Moreno<sup>1,2</sup>.**

*<sup>1</sup>Universidad de Santiago. <sup>2</sup>Hospital Dipreca. <sup>3</sup>Clinica Indisa. <sup>4</sup>Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La incontinencia urinaria masculina es una patología que compromete seriamente la calidad de vida y desempeño social del hombre. Secundaria principalmente al tratamiento quirúrgico o irradiante del cáncer de próstata, ha tenido un difícil manejo a lo largo de la historia, con distintas técnicas, algunas de ellas de alto costo económico, mostrando pobres resultados y un porcentaje importante de complicaciones. Se presenta la experiencia en la aplicación de una novedosa técnica para el manejo de esta patología.

**Material y Métodos:** Se describe la técnica e instrumental utilizado en la cirugía y se realiza un análisis prospectivo de una serie de 25 pacientes con incontinencia urinaria confirmada por urodinamia, a quienes se les instaló un sling suburetral atornillado, por un mismo cirujano. Se estableció como éxito la ausencia de incontinencia urinaria relevante (mayor a goteo intermitente) o complicaciones severas, sumado a satisfacción del paciente, al cabo de 1 año desde la cirugía.

**Resultados:** La técnica consiste en instalar por vía perineal, sobre el bulbo, una malla de prolene con forma de trapecio anclada lateralmente mediante tornillos de titanio al periostio de ambas ramas isquiáticas, generando una compresión controlada sobre la uretra. El porcentaje de éxito fue de 95% (23) con 41% de pacientes totalmente secos, y 45% goteo con grandes esfuerzos. Se registraron complicaciones en 7 pacientes, necesitando reoperación sólo 3 de ellos.

**Conclusiones:** El Sling suburetral atornillado es un procedimiento sencillo, reproducible y barato, con un alto porcentaje de éxito y alta satisfacción de parte del paciente. Pese a que se requiere un mayor número de procedimientos y de trabajos comparativos para establecer análisis concluyentes, esta técnica podría ser una opción, segura y fácil de aprender, para tratar una patología hasta ahora de difícil manejo que deteriora gravemente la calidad de vida de hombres que han superado el cáncer, pero con un altísimo costo funcional, psicológico y social.

**CO34) ENFRENTAMIENTO SINDROME DE PRUNE BELLY: UN TRAJE A MEDIDA**

**Drs. Pedro José López, Francisco Reed, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta, Alejandra Ovalle, Maricarmen Olivos.**

*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El Síndrome de Prune Belly (SPB) se caracteriza por alteraciones de la pared abdominal, anomalías del tracto urinario y criptorquidia bilateral. Las manifestaciones son variables y las estrategias de manejo deben ser desarrolladas en forma individual, siendo el compromiso renal el factor pronóstico más importante. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de estas estrategias en el tiempo.

**Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo que analiza pacientes con SPB en control entre 1996-2010. Se analizó: edad, estudio antenatal (DA), malformaciones asociadas, imagenología de vía urinaria, tratamiento quirúrgico, función renal y estado actual.

**Resultados:** Se identificaron 10 pacientes: 8 en control, 1 fallecido y 1 trasladado (excluido). Edad promedio actual (julio 2011) de 74,1 meses (18-178 meses) y de derivación fue 1 mes (1 día-4 meses). Los primeros 4 pacientes tuvieron reconstrucción en etapas (2-3 tiempos quirúrgicos). En los siguientes hubo 3 pacientes con reconstrucción total en una etapa. Otros 2 niños están pendientes las reconstrucciones abdominales y urinaria por alteración crítica de la función renal. El estado actual de los pacientes: 2 se encuentran transplantados, uno fallece y el resto está en control (n =6).

**Conclusiones:** Siendo una entidad de difícil manejo, requiere equipos experimentados con enfrentamientos “a medida” para cada paciente: los momentos quirúrgicos deben ser analizados considerando función renal, tiempos anestésicos y experiencia del centro. Después de 15 años hemos alcanzado una experiencia que nos permite proponer para SPB una resolución total en un solo evento quirúrgico con buenos resultados. Sin embargo, cuando existe función renal alterada habría que plantear correcciones en etapas. Consideramos que esta patología, actualmente con mayor sobrevida, debe ser manejada en centros con experiencia ofreciendo mejores posibilidades a cada paciente.

### CO35) BRAQUITERAPIA EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA ¿UNA MEJOR ALTERNATIVA CON MENOS SEQUELAS?

**Drs. Pedro José López<sup>1</sup>, Francisco Reed<sup>1</sup>, Soledad Celis<sup>1</sup>, Danielle Reyes<sup>1</sup>, Nelly Letelier<sup>1</sup>, Ricardo Zubieta<sup>1</sup>, Alejandra Ovalle<sup>1</sup>, Karen Goset<sup>2</sup>, Carmen Salgado<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile.

**Introducción:** El Rbdomiosarcoma (RMS) representa el 3<sup>er</sup> tumor sólido extracraneal pediátrico. El uso de braquiterapia, herramienta no habitual, nos permitiría un mejor resultado en el tratamiento de esta patología. Reportamos el uso de cirugía conservadora asociada a braquiterapia en pacientes con RMS urológicos en nuestro servicio.

**Método:** Revisión retrospectiva (2004-2011) de pacientes con RMS urológico manejados con braquiterapia postoperatoria y/o intraoperatoria, asociado a quimioterapia (QMT) preoperatoria.

**Resultados:** De 16 casos de RMS, 5 cumplen con criterios de inclusión. Caso-1: Masculino, 2 años, RMS embrionario Grupo IV Estadío-4 de próstata, con QMT según protocolo y braquiterapia en la semana 24 de QMT. 74 meses libre de enfermedad. Caso-2: Masculino, 5 años, RMS embrionario Grupo III Estadío-2 en vejiga, con QMT preoperatoria (12 semanas), cirugía con resección de tumor en cara anterior de vejiga y braquiterapia. Completó esquema QMT. 21 meses libre de enfermedad, sin alteraciones miccionales. Caso-3: Masculino, 7 años, RMS embrionario Grupo III Estadío-3 de próstata, con QMT según protocolo y braquiterapia en la semana 22 de QMT. 14 meses libre de enfermedad, función vesical normal. Caso-4: Femenino, 4 años, RMS botroide Grupo III Estadío-1 de vagina, con QMT preoperatoria (12 semanas), cirugía y braquiterapia postquirúrgica. Completó esquema de QMT. 1 mes libre de enfermedad, sin alteración miccional ni intestinal. Caso-5: Femenino, 2 años, RMS embrionario Grupo III Estadío-3 de psoas con compromiso vesical, con cirugía, QMT según protocolo y radioterapia externa. Presentó recidiva local, inicia QMT, cirugía tumoral en cara posterior de vejiga y uréter derecho más radioterapia intraoperatoria con cono. Actualmente en esquema de QMT de recidiva. Sin alteración miccional. Actualmente ningún paciente presenta secuelas en órganos vecinos atribuibles a la radioterapia.

**Conclusión:** Basados en esta serie y en la búsqueda de elementos menos invasivos y seguros, por ende, menos secuelantes, la braquiterapia se muestra como una buena alternativa en el manejo de los rbdomiosarcomas de vías urinarias. Debido a que permite una irradiación óptima y más focalizada al área tumoral. Si bien es cierto, la experiencia aún es inicial, se proyecta como una buena opción en el tratamiento de los rbdomiosarcomas urológicos pediátricos.

**CO36) FUNCIÓN RENAL RELATIVA CALCULADA CON CINTIGRAMA RENAL (CR) ESTÁTICO (DMSA) Y CINTIGRAMA RENAL DINÁMICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIDRONEFROSIS UNILATERAL(HU)**

**Drs. Nelly Letelier, Ricardo Zubieta, Gilda Donoso, Andrés Pérez, Gabriel Lobo, Daniela Gutiérrez, José Miguel Escala, Pedro José López.**  
*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile*

**Introducción:** En el seguimiento de niños con HU la caída de la función relativa (FR) es un elemento crítico. El mejor método cintigráfico para determinarla es aún controvertido. Quisimos comparar la FR determinada con CR DMSA y CR dinámico en pacientes pediátricos con HU.

**Pacientes y Método:** Niños con HU clínicamente estables y con CR DMSA y CR Dinámico <sup>99m</sup>Tc-EC. La FR fue calculada en el DMSA en imágenes obtenidas 2-4 hrs posinyección del trazador (promedio geométrico). En el CR Dinámico el cálculo se realizó entre los minutos 1-2. Separamos los riñones hidronefróticos de acuerdo el diámetro de la pelvis renal (10-20 mm, 20-30 mm, >30 mm y subgrupo >15 mm); según calidad de la excreción (escasa, parcial y buen vaciamiento) y según FR (<40%, <30%, <20%). Se utilizó T-Test para muestras independientes.

**Resultados:** 26 pacientes (13 hombres) fueron incluidos. El tiempo medio entre ambos exámenes fue de 8 días (2-180 ds). Edad media: 6 meses (22 días-12 años). El drenaje renal fue escaso en 16 riñones, parcial en 8 y bueno en 2. En 10 riñones el diámetro de la pelvis estaba entre 10 y 20mm, 9 entre 20-30 mm en 7 más de 30 mm y en 19 más de 15 mm. La FR fue menor de 40% en 12 pacientes, <30% en 7 y <20% en 5. La FR calculada con DMSA fue significativamente más alta que en el CR Dinámico EC en el grupo de pacientes con dilatación de la pelvis mayor a 15 mm (p: 0,0026), mayor a 30 mm (p: 0,0236) y FR menor de 40% (p: 0,0461).

**Conclusiones:** En pacientes con HU la FR calculada con CR estático DMSA y CR Dinámico EC son comparables excepto en pacientes con FR menor de 40% y pacientes con marcada dilatación de la pelvis renal, siendo los resultados con DMSA significativamente mayores. Estos resultados coinciden con experiencias ya publicadas que sugieren sobreestimación de la FR al DMSA por retención del trazador en la pelvis.

## CO VII) SESIÓN ORAL VII

**CO70) CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA Y HALLAZGOS URODINÁMICOS**

**Drs. Juan Pablo Valdevenito, Daniela Fleck, Francisco Moya, Roberto Vilches.**  
*Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La incontinencia urinaria femenina es una patología de alta prevalencia. Con el estudio urodinámico podemos objetivar su fisiopatología y definir un adecuado tratamiento. El objetivo de este estudio es correlacionar los síntomas de incontinencia urinaria con los hallazgos en la urodinamia.



**Material y Método:** Estudio retrospectivo de 246 mujeres sometidas a estudio urodinámico por incontinencia urinaria. Se siguieron las recomendaciones de la ICS. La cistometría de llene se hizo infundiendo a una velocidad entre 50 y 70 ml/min. La evaluación de la presión de punto de escape con Valsalva sólo se hizo en pacientes con síntomas de IUE, a la mitad de la capacidad cistométrica máxima o con 300 ml en vejiga. Se correlacionó la presencia de síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con su hallazgo en la urodinamia y del síntoma de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), de incontinencia urinaria inconsciente (IUI: no asociada a esfuerzos ni precedida de urgencia) y de incontinencia urinaria durante el sueño (IUS) con la presencia de detrusor hiperactivo en la urodinamia, calculando la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y precisión.

**Resultados:** El VPP de encontrar IUE urodinámica en pacientes con dicho síntoma fue de 88%. La correlación entre el síntoma de IUU y la presencia de detrusor hiperactivo tuvo una sensibilidad del 75%, una especificidad del 58%, un VPP de 55%, un VPN de 77% y una precisión del 65%. Cuatro de 7 pacientes con IUI y 30 de 51 pacientes con IUS presentaron detrusor hiperactivo (VPP de 57% y 59% respectivamente). La correlación entre la urgencia miccional sin urge-incontinencia y la presencia de detrusor hiperactivo tuvo una sensibilidad del 7%, una especificidad del 92%, un VPP de 21%, un VPN de 58% y una precisión del 58%.

**Conclusión:** La correlación entre los síntomas de incontinencia urinaria y los hallazgos urodinámicos no es exacta siendo mayor en la IUE. La técnica de la urodinamia, la presencia de un catéter uretral y su duración limitan el examen. La interpretación de la urgencia miccional no puede simplificarse sólo asociándola con la presencia de detrusor hiperactivo.

#### CO71) EFECTO DE LA VARICOCELECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA SUBINGUINAL EN PARÁMETROS SEMINALES Y TASAS DE EMBARAZO

Drs. **Cristián Palma**<sup>1</sup>, **David Ruiz**<sup>1</sup>, **César Rojas**<sup>2</sup>, **Sarquella Joaquim**<sup>3</sup>, **Diego Reyes**<sup>4</sup>, **Raúl Valdevenito**<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Servicio de Urología, Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Mayo, Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio Andrología, Santiago, Chile. <sup>5</sup>Fundación Puigvert, Santiago, Chile.

**Introducción:** El varicocele es la causa corregible más común de infertilidad masculina. La varicocelectomía microquirúrgica (VM) es considerada como la mejor técnica disponible para la reparación del varicocele. Se evaluará el efecto de la VM en los parámetros seminales de 92 varones con varicocele más alteración del espermiograma.

**Material y Método:** A 82 pacientes infértiles y 10 sin interés en fertilidad en ese momento, se practicó una VM subinguinal con anestesia local y se analizó la densidad, movilidad y morfología seminal antes y después de la cirugía. También se evaluó la preservación arterial, complicaciones quirúrgicas y tasa de embarazo post varicocelectomía.

**Resultados:** La edad media 32 años (17 a 46 años). Se realizaron 34 VM bilaterales y 58 VM unilaterales, en un 97% de forma ambulatoria con un tiempo quirúrgico promedio de 74 min (30 a 140 min). Se observó una mejora significativa en los valores de concentración de esperma, en su movilidad y morfología después de la intervención. La media total de la concentración (15 millones vs. 21 p <0,05), la contabilidad progresiva de espermios móviles (5,5 vs. 8,9 p <0,05), y la morfología normal (2,1 vs. 3,7% p <0,05), incrementaron tras la VM. Se identificaron y preservaron la(s) arteria(s) testicular(es) en 85 (92%) pacientes. Después de un seguimiento de una mediana de 22 meses (6 a 41 meses), no se observaron hidroceles, atrofia testicular u otras complicaciones quirúrgicas. Se trató a 82 pacientes por infertilidad asociada con el varicocele, tras lo cual, 17 de ellos lograron una concepción espontánea tras la intervención (20%) y 11 (13%) después de una inseminación intrauterina.

**Conclusiones:** La VM se asocia con una mejora significativa de la calidad del esperma. Esta técnica tiene una mínima morbilidad con una tasa de gestación del 33% en las parejas de nuestro grupo de estudio. Y al realizar esta técnica se lograría disminuir la complejidad del tratamiento de reproducción asistida.

---

## SESIÓN DE POSTER

---

### Sesión de poster I (PO I)

**SÁBADO, 08 DE OCTUBRE DE 2011**

**14:30-15:30**

**SALÓN RESTAURANT TIZNAO, PISO 1**

**PRESIDEN: ALVARO KOMPATZKI  
JUAN CABEZAS**

- |      |   |     |
|------|---|-----|
| PO37 | ENUCLEACIÓN DEL ADENOMA PROSTÁTICO MEDIANTE LÁSER DE HOLMIO (HOLEP). ANÁLISIS DE LOS 100 PRIMEROS CASOS.<br>Drs. <i>Cristián Konstantinidis</i> ; José Placer; Luis Castro; Tomás Coronell; Juan Bastarós; Gueisy Delgado; Fernando Agreda; Ignacio Iztueta; Miguel López; Juan Morote.<br>Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona | 205 |
| PO38 | INFLUENCIA DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LASER DE HOLMIO (HOLEP) EN LA FUNCIÓN SEXUAL.<br>Drs. <i>Cristián Konstantinidis</i> ; José Placer; Luis Castro; Tomás Coronell; Juan Bastarós; Gueisy Delgado; Fernando Agreda; Ignacio Iztueta; Miguel López; Juan Motote.<br>Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona                | 205 |
| PO39 | ENUCLEACION PROSTÁTICA LASER, EXPERIENCIA INICIAL<br>Drs. <i>Ignacio Morales</i> ; Cristian Garrido Sarda; Miguel Seminario; Christian Morales; Luis Lopez.<br>Hospital Parroquial de San Bernardo  | 206 |
| PO40 | MORBILIDAD ASOCIADA A NEFRECTOMÍA CITORREDUCTIVA PARA CÁNCER RENAL AVANZADO<br>Drs. Alvaro Hornig; Jorge Díaz; Camilo Sandoval; Ivan Pinto.<br>Fundación Arturo López Pérez   | 207 |
| PO41 | CANCER RENAL: ANALISIS DE SOBREVIDA SEGUN HISTOLOGIA<br>Drs. <i>Rafael Poblete González</i> ; Cristian Garrido Sarda; Enzo Peña Fighetti; Christian Morales Dinamarca; Srta. Andrea Vega González.<br>Hospital Barros Luco  | 207 |
| PO42 | CANCER RENAL: ANALISIS DE SOBREVIDA SEGUN TNM<br>Drs. Rafael Poblete Gonzalez; Cristian Garrido Sarda; Andrea Vega Gonzalez; Enzo Peña Fighetti; Christian Morales Dinamarca.<br>Hospital Barros Luco   | 208 |
| PO43 | COMPARACIÓN DE NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA TUMORES RENALES ESTADIO CLÍNICO T2 O MAYOR: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.<br>Drs. <i>Ivar Vidal Mora</i> ; Octavio A. Castillo; Alejandro Foneron; Arquímedes Rodríguez-Carlin; Eduardo Landerer; Reynaldo Gómez.<br>Clínica Indisa  | 209 |

- PO44 CISTECTOMÍA RADICAL: RESULTADOS A CORTO PLAZO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS CIRUGÍA ABIERTA 209  
Drs. *Alvaro Hornig*; Jorge Díaz; Camilo Sandoval; Iván Pinto.  
Fundación Arturo López Pérez
- PO45 PRESENCIA DE MÚSCULO DETRUSOR EN LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE CÁNCER VESICAL SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA 210  
Drs. *Álvaro Zúñiga*; *Francisco Rojas*; Sr. Carlos Rodríguez; Ignacio San Francisco;  
Sr. Diego Barrera; José Antonio Salvadó; *Álvaro Saavedra*; Javier Domínguez; Cristian Trucco.  
Hospital Clínico Universidad Católica de Chile
- PO46 SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PRESENCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTÁTICA (P.I.N.) DE ALTO GRADO COMO HALLAZGO EN UNA BIOPSIA TRANSRECTAL. 210  
Drs. *Camilo Sandoval*; Ivan Pinto; Jorge Díaz; Pedro Recabal; Arquímedes Rodríguez.  
Fundación Arturo López Pérez
- PO47 RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS LA PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA. 211  
Drs. Sergio Guzmán; Sr. Carlos Rodríguez; Sr. Pablo Rojas; Iván Sáez; José Antonio Salvadó;  
*Jorge Hiriart*; Cristián Trucco; Ignacio San Francisco.  
Universidad Católica de Chile
- PO48 ¿ES LA MULTIFOCALIDAD UN FACTOR DE RIESGO EN CANCER DE PROSTATA? ANALISIS COMPARATIVO DE CANCERES UNIFOCALES VS MULTIFOCALES 212  
Drs. *Pedro Recabal*; Srta. Daniela Fleck; Srta. Trinidad Barriga; Srta. Daniela Witker;  
Sr. José Ignacio Vinay; Arquímedes Rodríguez; Jorge Díaz; Iván Pinto.  
Fundacion Arturo Lopez Perez
- PO49 RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y COMPLICACIONES EN 4000 PROSTATECTOMIAS RADICALES ROBOTICAS 212  
Drs. *Oscar Schatloff*; Sanket Chauhan; Anathakrishnan Sivaraman; Rair Valero; Young H. Ko;  
Fabio Ortega; Rafael F. Coelho; Marcelo A. Orvieto; Kenneth J. Palmer; Vipul R. Patel.  
Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health

## SESIÓN DE POSTER II (PO II)

**SÁBADO, 08 DE OCTUBRE DE 2011**

**15:30-16:30**

**SALÓN RESTAURANT TIZNAO, PISO 1**

**PRESIDEN: BENJAMÍN SILVA**

**FERNANDO MARCHANT**

- PO57 CIERRE DEL CUELLO VESICAL EN LA CREACIÓN DE UN RESERVORIO URINARIO CATETERIZABLE 212  
Drs. *Pablo Marchetti*; Reynaldo Gómez; Gabriel Catalán; Sr. Alvaro Vidal.  
Hospital del Trabajador

- |      |   |     |
|------|---|-----|
| PO58 | NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DONANTE VIVO DE RIÑÓN:<br>EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO.<br>Drs. Sergio Guzmán; Ignacio San Francisco; <i>Iván Sáez</i> ; Pablo Troncoso; Javier Domínguez;<br>José Salvadó; Christian Trucco.<br>Pontificia Universidad Católica de Chile   | 214 |
| PO59 | CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL BILATERAL SIMULTÁNEA. EXPERIENCIA INICIAL<br>Drs. <i>Benjamín Silva Barroilhet</i> ; Enrique Maldonado; Jaime Altamirano; Juan Fullá;<br>Juan Carlos Riveros; Mauricio Ebensperger; Fernando Vargas.<br>Hospital San Borja Arriarán  | 214 |
| PO60 | ENDOPIELOTOMÍA LÁSER, EXPERIENCIA INICIAL<br>Dr. <i>Ignacio Morales</i><br>Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile   | 215 |
| PO61 | ANALISIS RETROSPECTIVO DE LA ASOCIACION DE UROLITIASIS Y LA CIRUGIA<br>BARIATRICA COMPARANDO LA TECNICA DE BY-PASS GASTRICO Y MANGA GASTRICA.<br>Drs. <i>Pablo Bertelsen</i> ; José I. Amat; Sr. Felipe Olivares; Srta. Lorena Vargas; Srta. Verónica Julio;<br>Srta. Teresita Risopatrón; Sr. José Navarrete.<br>Clínica Dávila- Universidad de Los Andes  | 215 |
| PO62 | PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DE PACIENTES OPERADOS<br>POR CÁNCER RENAL EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF<br>Drs. <i>Maximiliano Escobar Meneses</i> ; Carlos Escobar Meneses; Andrés Ruiz Troemel;<br>Pablo Salvatierra Echeverría; Tomas Villalobos Vildósola; Sr. Pablo Perez C.; Srta. Tania Radic S.;<br>Srta. Katherine Chavez R.; Srta. Marcela Espinoza.<br>Hospital Naval Almirante Nef | 216 |
| PO63 | PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA. RESULTADOS PRELIMINARES EN 7 CASOS<br>CONSECUTIVOS<br>Drs. <i>Rubén Olivares</i> ; Ricardo Dueñas; Nelson Orellana; Alexander Andrusco; Cynthia Fuentealba;<br>Eduardo Reyes; Rodrigo Leyton.<br>Hospital de Carabineros   | 216 |
| PO64 | EXPERIENCIA EN TRAUMA RENAL ABIERTO DURANTE 18 MESES EN EL<br>SERVICIO DE URGENCIA DEL H.P.H.<br>Drs. <i>Oscar Storme</i> ; Cristóbal Bettancourt; Sr. Diego Lira; Sr. Walter Candia; Sr. Gabriel Catalán;<br>Sr. Daniel Morán; Sr. Juan Rojas; Sr. Sebastián López; Sr. Pablo Vera; Sr. Juan Pablo Barroso.<br>Hospital Padre Hurtado  | 217 |
| PO65 | LINFOMA TESTICULAR. INCIDENCIA, DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO<br>DURANTE EL PERÍODO 2005-2011<br>Drs. <i>Jaime Altamirano</i> ; Nicolás Bravo; Sr. Ignacio Acosta; José Manuel de la Torre;<br>Alejandro Foneron; Enrique Maldonado; Juan Fulla; Juan Carlos Riveros; Fernando Gabler;<br>Heinz Nicolai.<br>Hospital San Borja Arriarán   | 218 |

- PO66 ANGIOMIOLIPOMA RENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER DE CELULAS RENALES: EXPERIENCIA EN 20 AÑOS 218  
Drs. Francisco Moya; Francisco Sepúlveda; Diego Reyes; Sr. *José Ignacio Vinay*; Miguel Ángel Cuevas; Iván Gallegos.  
Hospital Clínico Universidad de Chile
- PO67 NEFRECTOMÍAS PARCIALES EN TUMORES RENALES 219  
Drs. *Luis Alejandro Vallejo Fernández*; Prof. Danilo Jara Valenzuela; Oscar Cárcamo Moncada; Sr. Juan Loyola; Sr. Sergio Ebner; Sr. Nelson Ogalde.  
Universidad de Valparaíso
- PO68 UTILIDAD DE LAPAROSCOPIA PARA RESCATE DE TENCKHÖFF Y/O PERITONEO. 220  
Drs. *Pedro José López*; Francisco Reed; Soledad Celis; Danielle Reyes; Nelly Letelier; Ricardo Zubieta; Alejandra Ovalle; Claudia Norambuena; Carolina Acuña.  
Hospital Exequiel González Cortes
- PO69 LA PRESERVACION DE HACES NEUROVASCULARES DURANTE LA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBOTICA ES UN FENOMENO GRADUADO Y NO ABSOLUTO 220  
Drs. *Oscar Schatloff*; Sanket Chauhan; Rair Valero; Young H. Ko; Fabio Ortega; Kenneth J. Palmer; Vipul R. Patel; Ananthakrishnan Sivaraman.  
Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health

## SESIÓN DE POSTER III (PO III)

**DOMINGO, 09 DE OCTUBRE DE 2011**

**12:30-13:00**

**SALÓN RESTAURANT TIZNAO, PISO 1**

**PRESIDEN: RAÚL VALDEVENITO G.**

**JUAN PABLO VALDEVENITO**

- PO73 NEFRECTOMÍA RADICAL VERSUS NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES RENALES <4CM: COMPARACIÓN DE SUS EFECTOS EN LA SOBREVIDA CARDIOVASCULAR 221  
Drs. Alvaro Zuñiga; Sr. Carlos Rodríguez; Ignacio San Francisco; *Alvaro Saavedra*; Sr. Luis López; José Antonio Salvado; Sergio Guzmán; Arturo Dell'Oro; Cristian Trucco.  
Hosp. Clínico P. Universidad Católica de Chile
- PO74 LA EMBOLIZACIÓN PRECOZ SALVA RIÑONES EN SANGRADOS POST NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCOPICA. 222  
Drs. Sergio Guzmán; Ignacio San Francisco; *Iván Sáez*; Pablo Troncoso; José Salvadó; Christian Trucco; Sr. Carlos Rodríguez; Javier Domínguez.  
Pontificia Universidad Católica de Chile
- PO75 CISTOMETRIA DE LLENE EN PROSTATECTOMIZADOS INCONTINENTES 222  
Drs. *Aníbal Salazar*; Sebastián Badilla; Cesar Vicherat; Srta. Carolina Carrasco; Sra. Eleonore Schwarze; Juan Sandoval.  
Hospital FACH

- PO76 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS REINYECCIONES VESICALES CON BOTOX EN VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPATICA 223  
Drs. *Aníbal Salazar*; Alejandro Miranda; Sr. Sebastián Badilla; Sr. Cesar Vicherat; Sr. Juan Sandoval.  
Hospital FACH
- PO77 URODINAMIA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA DE ORINA OPERADA 223  
Drs. *Cesar Vicherat Mattar*; Aníbal Salazar Huerta; Sebastián Badilla Ortega;  
Alejandro Miranda Benabarre; Sr. Juan Carlos Sandoval Ramírez.  
Hospital FACH
- PO78 DISFUNCION ERECTIL, SINDROME METABOLICO Y STIU , EXISTE ALGUNA CORRELACION? 224  
Drs. *Ignacio Morales*; Luis Lopez; Cristian Garrido; Miguel Seminario; Christian Morales.  
Hospital Parroquial de San Bernardo

## SESIÓN DE POSTER IV (PO IV)

**DOMINGO, 09 DE OCTUBRE DE 2011**  
**16:00-17:00**  
**SALÓN RESTAURANT TIZNAO, PISO 1**  
**PRESIDEN: ALEJANDRO CAROCA**  
**MIGUEL LAGOS**

- PO79 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER VESICAL 225  
Drs. *José Francisco López Joannon*; Luis Fernando Coz Cañas.  
Universidad de Los Andes
- PO80 NIVELES DE TESTOSTERONA Y SU RELACIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL: UNA MEDICIÓN OBJETIVA DEL SINDROME DE DEFICIENCIA ANDROGÉNICA. 225  
Drs. *Sebastián Badilla*; Juan López de Santa María; Aníbal Salazar; Juan Sandoval;  
Miguel Cortés.  
Clínica Uromed
- PO81 ANALISIS DE LA MORBILIDAD QUIRÚRGICA EN 23 PACIENTES HOMBRES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROTÉSICA POR DISFUNCIÓN ERÉCTIL E INCONTINENCIA DE ORINA . 226  
Drs. *Alberto Bustamante*; Pablo Bernier; Mario Fernandez; Conrad Stein; Hugo Bermudez;  
Alfred Krebs; Lyng Raul.  
Clínica Alemana Santiago
- PO82 CORRELACION ENTRE PROSTATITIS TIPO IV Y SINTOMAS DE PROSTATITIS CRONICA EN PACIENTES CON BIOPSIAS PROSTATICAS REPETIDAS 227  
Drs. Cesar Vicherat; Sr. *Camilo Novoa*; Aníbal Salazar; Sebastián Badilla; Alejandro Miranda;  
Nelson Orellana; Juan Sandoval; José Ignacio Acuña.  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

- PO83 IMPLANTE DE PROTESIS PENEANA SIN DILATACIÓN DE CUERPOS CAVERNOSOS, UNA TÉCNICA MÁS SEGURA E IGUAL DE EFICAZ 227  
Drs. *Cristián Palma*; Marco Sobrón; Diego Reyes; Rodrigo Palma; Raúl Valdevenito.  
Hospital Clínico Universidad de Chile
- PO84 DETERMINACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN LA REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADO AL USO DE CATÉTER (ITU AC) CON RECUBRIMIENTO DE AG VERSUS EL USO DE CATÉTER TRADICIONAL DE LÁTEX. 228  
Drs. *Esteban Quintana*; Juan Godoy; Peter Argo; Alfred Pugh; Duberly Bascur; Oscar Cifuentes; Leonel Herrera; José Quiroga; Cristian Guichard; Jorge Salman; Carlos Bustamante; María Vera.  
Hospital Clínico Regional de Concepción
- PO85 EVOLUCION Y COMPLICACIONES DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIADA: ANALISIS DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CALIDAD 229  
Drs. *Pablo Bertelsen*; Srta. Lorena Vargas; Srta. Teresita Risopatrón; Sr. José Navarrete; Sr. Felipe Olivares; Srta. Verónica Julio; Sra. Loreto Vallejos; Srta. Claudia Sepúlveda.  
Clínica Dávila- Universidad de Los Andes
- PO86 FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES CLINICAS POST BIOPSIA PROSTATICA. ANALISIS PRELIMINAR DE LA SERIE. 229  
Drs. *José Ignacio Bonomo Fuenzalida*; Christian Morales Dinamarca; Cristian Garrido Sarda; Rafael Poblete Gonzalez; Eduardo Chaparro Ramos.  
Hospital Barros Luco Trudeau
- PO87 URGENCIA UROLOGICA Y SU MANEJO EN UNIDAD DE EMERGENCIA 230  
Drs. *Gastón Astroza*; Cristian Díaz; Daniella Espínola; Pablo Aroca; Gonzalo Valdevenito; Alvaro Kompatzki.  
Hospital Sótero del Río
- PO88 DAPOXETINA NUEVO FARMACO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ 231  
Drs. *Cristián Palma*; Antonio Fernández-Lozano; David Ruiz; Diego Reyes; Sr. Rodrigo Jarpa; Raúl Valdevenito.  
Hospital Clínico Universidad de Chile
- PO89 NEFROSTOMIA PERCUTANEA ECOGUIADA CON CATETER ARROW. EXPERIENCIA 2008-2011 DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Y DESCRIPCION DE LA TÉCNICA 231  
Drs. *Oscar Andrés Cárcamo Moncada*; Sr. Juan Andrés Venegas Vera; Sr. Danilo Jara Valenzuela; Sr. Luís Vallejo.  
Hospital Van Buren
- PO90 VALOR DEL UROCULTIVO EN LA BIOPSIA PROSTATICA. ANALISIS PRELIMINAR DE UNA SERIE PROSPECTIVA. 232  
Drs. Eduardo Chaparro Ramos; *José Ignacio Bonomo Fuenzalida*; Cristian Garrido Sarda; Christian Morales Dinamarca; Francisco Bilbao Puebla.  
Hospital Barros Luco Trudeau

## PO I) SESIÓN DE POSTER I

### PO37) ENUCLEACIÓN DEL ADENOMA PROSTÁTICO MEDIANTE LÁSER DE HOLMIO (HOLEP). ANÁLISIS DE LOS 100 PRIMEROS CASOS

**Drs. Cristián Konstantinidis G, José Placer, Luis Castro, Tomás Coronell, Juan Bastarós, Gueisy Delgado, Fernando Agreda, Ignacio Iztueta, Miguel López, Juan Morote.**

*Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, Barcelona, España.*

**Introducción:** La técnica HoLEP se encuentra cada vez más difundida en el mundo para el tratamiento de la HBP. Nuestro objetivo es evaluar la experiencia inicial de nuestro centro con HoLEP en el tratamiento de los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior por HBP.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo que analiza los resultados de los 100 primeros pacientes a los que se realizó HoLEP y que tienen al menos un año de seguimiento.

**Resultados:** La edad media fue de 68.9 años. El 34% de los pacientes eran portadores de sonda uretral por RAO. En el 11% había litiasis vesicales asociadas que se vaporizaron mediante láser. El volumen prostático medio fue de 83 cc y el PSA medio de 6,3 ng/mL. La duración media de la cirugía fue 83 min. En el 98% la anestesia fue regional. El peso medio del adenoma enucleado fue 51,5 g. En 5 casos se diagnosticó un carcinoma prostático. El descenso medio de hemoglobina fue 1,19 g/dL. No se transfundió ni reintervino por sangrado ningún paciente. No hubo alteraciones cardíacas/hemodinámicas o hidroelectrolíticas. Los lavados vesicales se mantuvieron 20,1 h y el ingreso duró 58,7 h de media. La sonda se retiró a las 56,4 h de media. El 6% presentó RAO tras retirar la sonda. Tras la cirugía el APE sérico disminuyó a 0,94 ng/mL, el Qmax aumentó a 27,1 mL/seg (+19,1 mL/seg), el Qmed aumentó a 13,5 mL/seg (+9,9 mL/seg) y el residuo disminuyó a 10,5 mL de media. Dos pacientes presentaron hematuria diferida precisando lavados vesicales. Un paciente desarrolló una estenosis de meato y 3 una estenosis de uretra bulbar. En un paciente se realizó la enucleación de adenoma residual. A los 12 meses de la cirugía el IPSS se redujo de 19,2 a 5,5, el ICC-QoL de 4,3 a 1,1 y el ICIQ-UI Short form de 5,3 a 2,4. A los 4 meses el 2% de los pacientes presentó incontinencia urinaria grado 2-3 de la ICC y a los 12 meses el 1%.

**Conclusiones:** HoLEP es un procedimiento eficaz que produce mejoría de los índices flujométricos y parámetros sintomáticos con baja morbilidad.

### PO38) INFLUENCIA DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIO (HOLEP) EN LA FUNCIÓN SEXUAL

**Drs. Cristián Konstantinidis G, José Placer, Luis Castro, Tomás Coronell, Juan Bastarós, Gueisy Delgado, Fernando Agreda, Ignacio Iztueta<sup>1</sup>, Miguel López, Juan Motote.**

*Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, Barcelona, España.*

**Introducción:** El tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) secundario a HBP puede afectar negativamente en la función sexual. La influencia sobre la erección y eyaculación de las nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la HBP han sido poco estudiadas. Aunque los niveles de testosterona se relacionan con



la función sexual, el efecto de la cirugía sobre estos niveles se desconoce. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de HoLEP sobre la función sexual en un grupo de pacientes con STUI secundario a HBP y evaluar su posible efecto sobre los niveles séricos de testosterona.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo que analiza los cambios en la función sexual y síntomas urinarios en un grupo de 100 pacientes consecutivos sometidos a HoLEP. Se utilizaron cuatro cuestionarios validados: IIEF-5, ICIQ-MLUTSsex, AUA questionnaire y QoL index del ICC. Se determinó los niveles séricos de testosterona total, libre y biodisponible en la mitad de los pacientes. Los pacientes fueron evaluados 3 y 12 meses posterior a la cirugía. Los pacientes en tratamiento con inhibidores de fosfodiesterasa 5 o con testosterona fueron excluidos.

**Resultados:** La edad media fue de 69 años. La mitad de los pacientes estaban en tratamiento con 5-ARi antes de la cirugía. Se observó una mejoría significativa en los scores de los cuestionarios tanto de síntomas urinarios como de calidad de vida. No hubo diferencia significativa entre el número de pacientes con disfunción eréctil antes y después de la cirugía. El porcentaje de pacientes con ausencia o disminución severa de la eyaculación aumentó de 33% a 80%. El grado de importancia que los pacientes otorgan a los problemas eyaculatorios disminuyó con la cirugía. No hubo diferencia significativa entre los niveles de testosterona.

**Conclusiones:** HoLEP se asocia a una mejoría en el score de los cuestionarios que evalúan los síntomas urinarios y su impacto en la calidad de vida. Aunque la cirugía provoca eyaculación retrograda en la mayoría de los pacientes, estos no lo interpretan como un problema. En contraste, HoLEP no produce cambios en la calidad de la erección y tampoco afecta los niveles de testosterona.

#### PO39) ENUCLEACION PROSTÁTICA LÁSER, EXPERIENCIA INICIAL

**Drs. Ignacio Morales<sup>1</sup>, Cristian Garrido Sarda<sup>1</sup>, Miguel Seminario<sup>2</sup>, Christian Morales<sup>3</sup>, Luis López<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

**Introducción:** La cirugía de mínima invasividad para el tratamiento de la HBP permite manejar pacientes con próstatas de mayor volumen con menor morbilidad que la técnica abierta, mejorando de igual forma la flujometría y el score de síntomas e igualando la eficacia de la RTUP, actual gold standard.

**Objetivo:** describir experiencia inicial de esta técnica quirúrgica, que combina la enucleación prostática con laser de thulium y la morcelación mecánica de la glándula. evaluando parámetros flujométricos, sintomatología y complicaciones asociadas.

**Material Método:** 17 pacientes fueron sometidos a enucleación laser de próstata con laser de thulium y morcelación transuretral, entre enero 2010 y marzo 2011. Se midió Score de síntomas, uroflujometría, Hematocrito pre y posquirúrgico. Se registraron variables de APE, Vol. Prostático, Tiempo quirúrgico, Vol. Resecado, Tiempo uso de laser y complicaciones del procedimiento. Estudio descriptivo y análisis estadístico con Stata 11.2.

**Resultados:** Edad promedio 66,8 años, APE promedio 4,2 ng/ml, vol. Prostático promedio 78 ml. Flujo max. preop. 4,76 ml/seg y posoperatorio 16,4, diferencia estadísticamente significativa. Mediana de Score de síntomas preoperatorio fue de 22 y mediana post op. 6, diferencia estadísticamente significativa (p <0,001). Ningún paciente requirió de transfusión, sólo 1 paciente debió ser reintervenido por RAO.

Se trata de una técnica mínimamente invasiva que combina eficacia independiente del volumen prostático, baja morbilidad y menor estadía hospitalaria. Falta aumentar nuestra casuística para definir que pacientes se verán beneficiados de esta técnica e igualar la curva de aprendizaje a la RTUP.

**PO40) MORBILIDAD ASOCIADA A NEFRECTOMÍA CITORREDUCTIVA PARA CÁNCER RENAL AVANZADO**

**Drs. Alvaro Hornig, Jorge Díaz, Camilo Sandoval, Iván Pinto.**  
*Fundación Arturo López Pérez, Osorno, Chile.*

**Introducción:** la nefrectomía citorreductiva (NC) ha demostrado beneficios en la supervivencia de portadores de cáncer renal avanzado. Éste beneficio fluctúa entre 10-20% al ser comparada en estudios randomizados con interferón y en 19,8 versus 9.4 meses al comparar retrospectivamente a pacientes que recibieron terapia target al factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) con y sin NC respectivamente. La NC, sobre todo para tumores T4 o N2 puede ser técnicamente muy compleja y resultar en mayor morbilidad perioperatoria. El objetivo de este trabajo es evaluar la morbilidad asociada a la NC.

**Material y Método:** análisis retrospectivo de serie de casos de 29 pacientes portadores de cáncer renal estadio IV (27 cirugías abiertas y 2 laparoscópicas). Los parámetros analizados fueron: características demográficas, características del tumor, tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias. Además fue analizado el Índice de Karnofsky (KPS) pre y posoperatorio y cambios del clearance de creatinina (ClCr).

**Resultados:** La edad promedio fue 53 años. 6/29 tumores fueron hallazgos imagenológicos y 23/29 de presentación sintomática. El tamaño de los tumores fue de 9,6 cm (4.5-19). El tiempo quirúrgico fue 125 minutos (45-260) y el sangrado 615 mL (120-2200). Cuatro pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias y 11 presentaron complicaciones la primera semana posoperatoria. Hubo complicaciones tras la primera semana postoperatoria en 4 casos. Sólo hubo 1 deceso asociado a complicación quirúrgica. El tiempo de hospitalización fue 6 días (3-27). El KPS preoperatorio fue 94 (80-100) y postoperatorio 85 (20-100). El ClCr pre y postoperatorio fue 95 y 69 ml/min respectivamente. Actualmente 11/29 pacientes han fallecido, 10 por progresión de enfermedad y 1 por complicaciones quirúrgicas. De los 18 pacientes vivos 9 se encuentran recibiendo terapia target-VEGF y 9 en cuidados paliativos.

**Conclusión:** La NC es un procedimiento técnicamente demandante y asociado a una alta tasa de morbilidad postoperatoria. El beneficio en la supervivencia es significativo para enfermos de riesgo bajo e intermedio según criterios de Motzer pero no para los de alto riesgo y la selección de pacientes es crucial al elegir a candidatos a cirugía citorreductiva.

**PO41) CÁNCER RENAL: ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA SEGÚN HISTOLOGÍA**

**Drs. Rafael Andrés Poblete G<sup>1</sup>, Cristian Andrés Garrido S<sup>2</sup>, Enzo Patricio Peña F<sup>1</sup>, Christian Marcelo Morales D<sup>1</sup>, Srta. Andrea Ananda Vega G<sup>1</sup>.**  
*<sup>1</sup>Hospital Barros Luco, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Candidato a Magister Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El carcinoma de células renales se puede presentar de manera esporádica o hereditaria, aproximadamente el 90% de los tumores renales son adenocarcinomas, y de estos el 85% son del tipo Células Claras. Otras neoplasias menos comunes incluyen el tipo papilar, cromóforo y de túbulo colector. Nuestro objetivo del estudio es analizar la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer renal según la histología de su biopsia.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y longitudinal, de 236 fichas clínicas que corresponden a pacientes con diagnóstico histológico de cáncer renal, obtenidos tanto por nefrectomía (radical y conservadora), como por biopsia por punción, comprendidas entre los años 2002 y 2010. Se analizaron los

antecedentes clínicos del paciente, su mortalidad y las características del tumor. Los datos obtenidos fueron analizados en Stata 11.2.

**Resultados:** La sobrevida global de nuestros pacientes a los 5 años es de un 77%. La mediana de los datos obtenidos según la clasificación de Fuhrman es grado II. Al analizar la sobrevida estratificada por tipo histológico comparando los tumores de células claras puros versus el resto, se aprecia una sobrevida a los 5 años de 78 y 72% respectivamente, no mostrando significancia estadística esta diferencia. Al realizar un análisis escalonado ingresando todas las variables histológicas y la clasificación de Fuhrman, solo esta última mostro significancia estadística (P: 0,001). La sobrevida a los 5 años de los pacientes con clasificación Fuhrman I es de un 85%, Fuhrman II 85%, Fuhrman III 68%, Fuhrman IV 25%.

**Conclusiones:** En el estudio de sobrevida de los pacientes con cáncer renal según histología no existirían diferencias significativas, pero este análisis está sesgado por la baja incidencia de tumores renales no células claras. La clasificación de Fuhrman podríamos considerarla como un factor pronóstico ya que nuestros pacientes que presentaban un grado mayor de Fuhrman presentaban una menor sobrevida a los 5 años.

#### PO42) CÁNCER RENAL: ANÁLISIS DE SOBREVIDA SEGÚN TNM

Drs. **Rafael Andrés Poblete G<sup>1</sup>**, **Cristian Andrés Garrido S<sup>2</sup>**, **Andrea Ananda Vega G<sup>1</sup>**, **Enzo Patri-  
cio Peña F<sup>1</sup>**, **Christian Marcelo Morales D<sup>1</sup>**.

*<sup>1</sup>Hospital Barros Luco, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Candidato a Magister Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El cáncer renal representa entre el 2% a 3% de todas las neoplasias malignas con una alta incidencia en la sexta década de la vida. El carcinoma de células renales se puede presentar de manera esporádica o hereditaria, aproximadamente el 90% de los tumores renales son adenocarcinomas, y de éstos el 85% son del tipo Células Claras. Nuestro objetivo del estudio es analizar la sobrevida de los pacientes con diagnóstico de cáncer renal según TNM de la clasificación AJCC 2010.

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y longitudinal, de 236 fichas clínicas que corresponden a pacientes con diagnóstico histológico de cáncer renal, obtenidos tanto por nefrectomía (radical y conservadora), como por biopsia por punción, comprendidas entre los años 2002 y 2010. Se analizaron las siguientes variables: antecedentes mórbidos, edad de diagnóstico, clínica, localización tumoral, presencia de metástasis, etapa de enfermedad, cirugía realizada e histología de la biopsia. Los datos obtenidos fueron analizados en Stata 11.2.

**Resultados:** La sobrevida global de nuestros pacientes a los 5 años es de un 77%. Cabe destacar que los pacientes T1 sobreviven en un 88% a los 5 años de seguimiento. Con respecto a los T2 existe un 79% de sobrevida, los T3a un 77% y el T3b un 64%. Es importante señalar que los T4 tienen un 0% de sobrevida a los 5 años. Además, nos parece importante mencionar que los pacientes con compromiso linfático juegan un rol significativo en la sobrevida ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** La sobrevida de los pacientes con cáncer renal, depende dentro de otras variables, de su compromiso locoregional; documentándose que la infiltración vascular es el factor que mejor se correlaciona con la sobrevida de estos pacientes.

**PO43) COMPARACIÓN DE NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA TUMORES RENALES ESTADIO CLÍNICO T2 O MAYOR: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

**Drs. Ivar Vidal Mora<sup>1</sup>, Octavio A. Castillo<sup>1,3</sup>, Alejandro Foneron<sup>1</sup>, Arquímedes Rodríguez-Carlin<sup>1</sup>, Eduardo Landerer<sup>1</sup>, Reynaldo Gómez<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Unidad de Urología Clínica Indisa; <sup>2</sup>Unidad de Urología Hospital del Salvador, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago.*

**Objetivo:** Evaluar la viabilidad y la eficacia oncológica de la nefrectomía radical laparoscópica (NRL) en comparación con la nefrectomía radical abierta (NRA) en pacientes con carcinomas de células renales (CCR) >7 cm de tamaño.

**Pacientes y Métodos:** Se analizaron los datos de 363 pacientes que fueron sometidos a nefrectomías radicales en 2 centros entre enero de 2000 y diciembre de 2007 para CCR >7 cm de tamaño. Se compararon los grupos operados por técnica laparoscópica vs abierta. Los pacientes con trombo tumoral en la vena renal o vena cava inferior, y los con ganglios linfáticos o metástasis a distancia fueron excluidos. Se comparó el tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, el índice de complicaciones, y las tasas de sobrevida general y libre de enfermedad a 2 años.

**Resultados:** 196 pacientes que se sometieron a NRL, se compararon con 167 pacientes que se sometieron a NRA. La duración media de seguimiento postoperatorio fue de 19 meses para el grupo de NRL y 25,8 meses para el grupo de NRA. El tiempo operatorio fue mayor en el grupo de NRL que en el grupo NRA, pero sin significancia estadística ( $241,5 \pm 74,8$  vs  $202,7 \pm 69,6$  min,  $p < 0,1$ ) y la pérdida de sangre fue significativamente menor en el grupo de NRL que en el grupo NRA ( $439,8 \pm 326,8$  mL vs  $604,4 \pm 531,4$  mL,  $p = 0,006$ ). No hay diferencia estadísticamente significativa en las tasas de complicaciones, en las tasas de sobrevida general a 2 años (92,7% vs 94%,  $P = 0,586$ ) y sobrevida cáncer específica (90,1% vs 93,7%,  $P = 0,314$ ) entre los grupos de NRL y NRA.

**Conclusiones:** A pesar del tiempo operatorio, la NRL confirma ser una opción de tratamiento efectiva y menos invasiva para tumores mayores a 7 cm. Se alcanzó un grado de control del cáncer similar a la obtenida con NRA.

**PO44) CISTECTOMÍA RADICAL: RESULTADOS A CORTO PLAZO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS CIRUGÍA ABIERTA**

**Drs. Alvaro Hornig<sup>1</sup>, Jorge Díaz<sup>2</sup>, Camilo Sandoval<sup>2</sup>, Iván Pinto<sup>2</sup>.**

*<sup>1</sup>Fundación Arturo López Pérez, Osorno, Chile. <sup>2</sup>Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La cistectomía radical es el estándar dorado en el tratamiento del cáncer de vejiga invasor y en enfermedad no invasora de alto riesgo y refractaria a terapia conservadora. La cistectomía radical mediante laparotomía se asocia a una alta tasa de complicaciones. La cistectomía radical por vía laparoscópica por su parte se asocia a menor morbimortalidad. El objetivo de este trabajo es comparar resultados quirúrgicos tempranos en términos de morbilidad, mortalidad, características de los procedimientos quirúrgicos y resultados anatómo-patológicos.

**Material y Método:** Estudio prospectivo no randomizado correspondiente a serie quirúrgica consecutiva de 18 pacientes portadores de cáncer de vejiga (14 hombres y 4 mujeres), operados entre julio de 2009 y marzo de 2011. Fueron realizadas un total de 10 cistectomías radiales por vía laparoscópica y 8 por vía abierta. El análisis estadístico para variables continuas se efectuó mediante Student "t" test y para variables categóricas mediante Prueba Exacta de Fisher. La relevancia estadística fue fijada en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al comparar edad, ASA preoperatorio o IMC. El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de laparoscopia. No hubo dife-

rencias en cuanto al sangrado. En cuanto a las complicaciones y al número de reoperaciones, hubo una mayor incidencia de éstas en el grupo de cirugía abierta, lo cual fue estadísticamente significativo. También fue mayor el número de días en Unidad de Cuidados Intensivos, los días hasta la ingesta de alimentos y los días de hospitalización total en el grupo de cirugía abierta. El número de linfonodos retirados en cirugía abierta fue significativamente mayor en el grupo de cirugía abierta. Hubo márgenes quirúrgicos negativos en todos los casos.

**Conclusiones:** La cistectomía radical laparoscópica para cáncer de vejiga posee una menor morbilidad que la cirugía por vía abierta. Además permite una realimentación más temprana y períodos de hospitalización más cortos.

**PO45) PRESENCIA DE MÚSCULO DETRUSOR EN LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE CÁNCER VESICAL SUPERFICIAL Y SU RELACIÓN CON LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA**

**Drs. Francisco Rojas, Álvaro Zúñiga, Carlos Rodríguez, Ignacio San Francisco, Diego Barrera, José Antonio Salvador, Álvaro Saavedra, Javier Domínguez, Cristian Trucco.**

*Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La resección transuretral de vejiga (RTUV) juega un rol fundamental en el diagnóstico y tratamiento de cáncer vesical. Actualmente se recomienda que la RTUV debería incluir músculo detrusor (MD) para denominarla como una «resección adecuada y completa» en cáncer vesical superficial (CVS). El objetivo de este estudio fue describir la presencia de MD en nuestras RTUV y evaluar si existen diferencias entre cirujanos en la frecuencia de resección de MD.

**Material y Métodos:** Entre enero 2006 y diciembre 2011 se identificaron 286 RTUV realizadas en nuestro centro, determinando el número promedio anual de RTUV por cada cirujano. La información y seguimiento fue obtenida de nuestra base de datos computarizada, registros clínicos e informes de anatomía patológica evaluando la frecuencia de MD resecado CVS. Se realizó test chi-cuadrado para análisis estadístico.

**Resultados:** La mediana de RTUV al año por cirujano fue de 4,8. Se identificaron 127 pacientes con CVS de los cuales en 76 pacientes (59,8%) se resecó MD. Los cirujanos con  $\geq 4,8$  RTUV anual promedio tenían una presencia de MD del 57,1% versus un 66,7% en los cirujanos con  $< 4,8$  RTUV anual promedio ( $p = 0,32$ ).

**Conclusiones:** En este estudio retrospectivo no se observa una relación entre el volumen de RTUV por cirujano y la presencia de MD. La frecuencia de resección de MD en esta serie es similar a reportes de otras instituciones en la que si se ha demostrado una relación con el volumen de RTUV anual por cirujano.

**PO46) SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PRESENCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTÁTICA (P.I.N.) DE ALTO GRADO COMO HALLAZGO EN UNA BIOPSIA TRANSRECTAL**

**Drs. Camilo Sandoval, Iván Pinto, Jorge Díaz, Pedro Recabal, Arquímidez Rodríguez.**

*Fundación Arturo López, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La neoplasia intraepitelial de alto grado es un hallazgo frecuente en la prostatectomía radical, se encuentra asociada al cáncer hasta en un 85% de los informes. La presencia de PIN de alto grado en la biopsia transrectal representa un hallazgo poco frecuente. No es claro el comportamiento biológico de estas lesiones ni la implicancia que este tendrá en los pacientes en el tiempo. Repetir la biopsia y un seguimiento estricto ha sido el enfrentamiento habitual.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de cáncer de próstata diagnosticado en pacientes con PIN de alto grado informado en una biopsia transrectal.

**Material y Método:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con biopsias prostáticas realizadas en la institución entre el año 2003 y 2007. En los casos en los que se diagnosticó la presencia de PIN de alto grado se registro el diagnóstico de un adenocarcinoma prostático en el seguimiento posterior.

**Resultados:** Durante este período se realizaron un total de 417 biopsias a pacientes con sospecha inicial de cáncer de próstata, solo en 21(5%) se encontró PIN de alto grado. En estos se realizó una biopsia saturada y luego un seguimiento estricto con antígeno prostático. Nuevas biopsias se realizaron en caso de ascenso del APE y tacto sospechoso. Se realizaron controles en 16 pacientes con una media de seguimiento de 5,3 años. En este periodo solo un paciente llegó a tener el diagnóstico histológico de cáncer de próstata(6,25%).

**Conclusión:** La presencia de PIN de alto grado se asoció a una baja tasa de diagnóstico de cáncer en el seguimiento posterior. La biopsia de doce cores permite descartar razonablemente la presencia de adenocarcinoma prostático asociado a focos aislados de PIN.

#### PO47) RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS LA PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA

**Drs. Jorge Hiriart, Sergio Guzmán, Carlos Rodríguez, Pablo Rojas, Iván Sáez, José Antonio Salvadó, Cristián Trucco, Ignacio San Francisco.**

*Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Objetivos:** Desde el año 2005 utilizamos la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) como una alternativa de tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado. Presentamos los resultados oncológicos y los comparamos con la serie contemporánea de Prostatectomías radicales abiertas (PRA).

**Materiales y métodos:** Se evaluaron pacientes desde enero 2005 hasta junio 2011 sometidos a PRL y fueron comparados retrospectivamente con una cohorte de pacientes contemporáneos sometidos a PRA. Se evaluaron los resultados clínicos, anatómo-patológicos y oncológicos en ambos grupos. Se utilizó como criterio de recurrencia APE mayor a 0,02 ng/dL.

**Resultados:** Un total de 399 pacientes fueron sometidos a Prostatectomía Radical en este período, de ellos un 12,78% (52 pacientes) mediante técnica laparoscópica. La mediana de edad, APE, score de Gleason, porcentaje de cáncer en la biopsia, y mediana de seguimiento fue 63 años, 6,5 ng/dL, Gleason 7, 8,75%, y 22 meses en la PRA. En el caso de la PRL los valores fueron 64 años, 7,5 ng/dL, Gleason 7, 12,2% y 17 meses, respectivamente. Estas diferencias no fueron significativas por lo que son grupos comparables. Los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos de la PRA mostraron que un 85,05% (296/348) presentaba cáncer órgano-confinado (pT2) vs 68,62% (35/51) en la PRL (<0,005); un 6,03% (21/348) tuvo compromiso de vesículas seminales en la PRA vs un 17,64% (9/51) en la PRL (<0,005); un 2,58% (9/348) vs un 3,92% (2/51) presentaron ganglios positivos ( $p=0,1$ ), y finalmente un 30,74% (107/348) presentó márgenes positivos en la PRA vs 27,45% (14/51) en la PRL ( $p=0,1$ ). El porcentaje de recurrencia en PRA fue de 12,35% (43/348) vs 25,49% (13/51).  $p=0,01$ .

**Conclusiones:** Al comparar la PR abierta con la PR laparoscópica, los pacientes operados por PRL presentaron CaP más agresivos demostrados por menor porcentaje de pacientes con CaP órgano-confinado y mayor porcentaje de pacientes con invasión de VVSS. Sin embargo, no encontramos diferencias en el porcentaje de márgenes positivos, lo que traduce que desde el punto de vista técnico la PRL es oncológicamente segura. Sus ventajas clínicas requieren de mayores estudios.

**PO48) ¿ES LA MULTIFOCALIDAD UN FACTOR DE RIESGO EN CÁNCER DE PRÓSTATA? ANÁLISIS COMPARATIVO DE CÁNCERES UNIFOCALES VS MULTIFOCALES**

**Drs. Pedro Recabal<sup>1</sup>, Daniela Fleck<sup>2</sup>, Trinidad Barriga<sup>2</sup>, Daniela Witker<sup>2</sup>, José Ignacio Vinay<sup>2</sup>, Arquímedes Rodríguez<sup>1</sup>, Jorge Díaz<sup>1</sup>, Iván Pinto<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.

**Introducción:** Una proporción significativa de CaP son multifocales (52%-86%). Algunos autores han propuesto la multifocalidad como un factor de mal pronóstico, sin embargo esta observación no ha sido verificada en todos los estudios. El objetivo es comparar las características patológicas y clínicas de Cáncer de Próstata (CaP) unifocal vs CaP multifocal, en una serie de pacientes sometidos a Prostatectomía Radical Retropubica (PRR) con linfadenectomía ilio-obturatriz, en una institución oncológica.

**Métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó las biopsias y fichas clínicas de todos los pacientes sometidos a PRR en la fundación Arturo López Pérez, desde enero 2008 a julio 2011. Se registró datos clínicos y demográficos. Se comparó estadio clínico, score de Gleason en la biopsia, tamaño tumoral, condición de los márgenes quirúrgicos, estadio patológico (T – N), e invasión linfovascular y perineural, según focalidad (unifocal vs multifocal).

**Resultados:** Se realizó un total de 256 PRR en el período analizado, de las cuales 197 (77%) de las biopsias estaban disponibles para el análisis. Los tumores multifocales presentaron un mayor score de Gleason ( $p = 0,03$ ), estadio local (pT) más avanzado ( $p = 0,01$ ), y mayor probabilidad de invasión linfovascular (0,009) y perineural ( $p = 0,002$ ). No se observó diferencias significativas en el pN ( $p = 0,7$ ), márgenes quirúrgicos (+) ( $p = 0,45$ ), tamaño tumoral (5,84 cc vs 6,92 cc;  $p = 0,31$ ), invasión de vesículas seminales ( $p = 0,23$ ) ni edad ( $p = 0,62$ ). De los tumores unifocales, un 50% presentó Gleason 7, y un 5% un Gleason de alto grado, 36% presentó compromiso del margen quirúrgico, y un 4,3% presentó compromiso de los ganglios ilio-obturatrices (+).

**Conclusiones:** Los tumores multifocales se presentan en una etapa más avanzada de la enfermedad, y presentan características que se asocian a mayor agresividad. Sin embargo, un porcentaje significativo de tumores unifocales presentan factores de mal pronóstico, y un riesgo similar de márgenes positivos con un procedimiento radical, lo que limita la posibilidad de terapias focales.

**PO49) RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y COMPLICACIONES EN 4.000 PROSTATECTOMÍAS RADICALES ROBÓTICAS**

**Drs. Oscar Schatloff<sup>1</sup>, Sanket Chauhan<sup>2</sup>, Anathakrishnan Sivaraman<sup>1</sup>, Rair Valero<sup>2</sup>, Young H. Ko<sup>1</sup>, Fabio Ortega<sup>2</sup>, Rafael F. Coelho<sup>1</sup>, Marcelo A. Orvieto<sup>2</sup>, Kenneth J. Palmer<sup>1</sup>, Vipul R. Patel<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health, Celebration, FL, United States. <sup>2</sup>Florida Hospital Celebration Health, FL.

**Introducción:** La prostatectomía radical robótica (PRR) es una técnica establecida para el tratamiento del cáncer de próstata localizado. Reportamos nuestra experiencia de 4000 pacientes consecutivos tratados con esta modalidad por un único cirujano (VRP).

**Material y Métodos:** Se analizaron prospectivamente 4.000 casos consecutivos de PRR. La técnica consistió en 6 puertos transabdominales en todos los casos. Se reportan los resultados perioperatorios incluyendo la tasa de márgenes positivos. Las complicaciones se fueron clasificadas acorde a la escala de Clavien-Dindo. Clavien 1 y 2 se catalogaron como complicaciones menores y Clavien 3 y 4 como mayores.

**Resultados:** La mediana (IQR) para la edad, IMC y APE fueron 61 años (55-66), 28 kg/m<sup>2</sup> (25-31) y 4,8 ng/ml (3,8-6,6) respectivamente. La mediana (IQR) del tiempo operatorio y sangramiento fue de 75 min (75-80) y 100 ml (100-150) mientras que la mediana (IQR) del tiempo de estadía hospitalaria y días de cateterización fue de 1 día (1-1) y 5 días (4-6) respectivamente. La tasa de márgenes positivos fue de 10,8% (pT2: 5,8%, pT3: 26,1%, pT4: 51,6%). En total, se registraron 246 complicaciones en 224 pacientes (6,1%). La complicación más frecuente fue íleo posoperatorio (0,7%) seguido de sangramiento que requirió transfusión sanguínea (0,5%). Dos pacientes (0,05%) tuvieron una lesión de recto y un paciente (0,03%) tuvo una lesión de intestino delgado reparadas en el intraoperatorio. Dos pacientes fueron convertidos a cirugía laparoscópica por mal funcionamiento del sistema. La complicación postoperatoria más frecuente fue la fístula urinaria (1,9%) seguida por retención urinaria (0,63%). La incidencia de complicaciones menores fue 5,1% y la de complicaciones mayores fue de 0,95%.

**Conclusión:** La PRR es un tratamiento seguro para el cáncer de próstata. Nuestros resultados muestran una baja tasa de complicaciones, la mayoría de ellas menores. Las complicaciones más frecuentes durante la estadía hospitalaria fueron sangramiento e íleo, mientras que las ocurridas después del alta fueron fístula y retención urinaria.

## PO II) SESIÓN DE POSTER II

### PO57) CIERRE DEL CUELLO VESICAL EN LA CREACIÓN DE UN RESERVOIRIO URINARIO CATETERIZABLE

**Drs. Pablo Marchetti, Reynaldo Gómez, Gabriel Catalán, Alvaro Vidal.**  
*Hospital del Trabajador, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Cuando se construye un reservorio urinario continente cateterizable uno de los pasos fundamentales es cerrar el cuello vesical para desfuncionalizar la uretra y evitar la incontinencia urinaria. Mostramos nuestra experiencia con diversas técnicas utilizadas con este fin.

**Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los casos operados en los que se construyó una derivación urinaria continente en nuestra institución entre agosto de 1986 y marzo del 2011. Esta cirugía consiste en la ampliación vesical con un segmento detubularizado de íleo-colon, asociado a un conducto cateterizable que se aboca a la pared abdominal. El cuello vesical debe ser cerrado y para ello hemos utilizado diversas técnicas. En el principio se probó con varios métodos: simple cierre del cuello por vía transvesical con garetta en 2 casos, fulguración del cuello más puntos de vicryl en 1 caso, cierre a nivel del ápex por vía retropúbica en 2 casos, cierre combinado con puntos a nivel del ápex y del cuello en 1 caso, un caso de RTU de uretra previa a la construcción del reservorio y cierre extravesical por vía transvaginal en 1 mujer. Posteriormente se adoptó la técnica de Reid que consiste en reseca el cuello vesical por vía transvesical y cerrarlo con 3 puntos concéntricos de material reabsorbible. Esto se ha aplicado en 40 casos y es la técnica que utilizamos en la actualidad.

**Resultados:** Durante el tiempo consignado hemos realizado un total de 49 reservorios con un tiempo de seguimiento promedio de 118 meses (rango 2 - 293). En este periodo hemos observado 11 casos de filtración desde la vejiga hacia la uretra: 7 casos operados con la técnica de Reid, lo que da una tasa de filtración de 17%, y 4 casos en que se usó alguna otra técnica, obteniendo una tasa de filtración de 44% ( $p=0,57$ , Test de Fisher).

**Conclusiones:** La técnica de Reid para el cierre del cuello es la que nos ha entregado mayor tasa de éxito en evitar la filtración de orina hacia la uretra, siendo actualmente nuestra técnica de elección para este procedimiento.



**PO58) NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DONANTE VIVO DE RIÑÓN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**

**Drs. Iván Sáez V, Sergio Guzmán, Ignacio San Francisco, Pablo Troncoso, Javier Domínguez, José Salvadó, Christian Trucco.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La nefrectomía laparoscópica de donante vivo de riñón es considerada actualmente el gold standard dada su baja tasa de complicaciones y reproducibilidad en centros de experiencia. El tiempo de isquemia caliente constituye uno de los puntos críticos de la técnica. Existe en el mercado un separador para minilaparotomía al que se le ajusta un sistema de sellado para asistencia manual (Gel Port R, Applied Medical). Este permite realizar la incisión para extraer la pieza antes de la sección del hilio, conservando el neumoperitoneo en técnicas laparoscópicas puras. Hemos comenzado la utilización de este dispositivo en nuestras nefrectomías de donante vivo.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de la serie de nefrectomías laparoscópicas de donante vivo, desde septiembre de 2005 a julio 2011, realizadas en un centro hospitalario. Se presenta variables de edad, sexo, tiempo de isquemia caliente, y complicaciones.

**Resultados:** En el período mencionado, se ha realizado un total de 29 nefrectomías laparoscópicas. La relación hombre:mujer fue de 1:1, con una edad promedio de 41 años. El lado izquierdo fue procurado en 23 casos (relación izquierdo:derecho de 4:1). El tiempo promedio de isquemia caliente fue de 3,6 minutos. Se estudió también el tiempo de isquemia para los primeros 10 casos (4,05 min), casos 11 al 20 (3,7 min), y casos 21 al 29 (3,11 min). El tiempo promedio de isquemia para los 4 primeros casos extraídos mediante Gel Port fue de 2,25 min. El tiempo promedio de hospitalización fue de 3,6 días. No hay conversiones a cirugía abierta en la serie. Sólo 1 paciente presentó una complicación quirúrgica, correspondiente a un infarto testicular que requirió orquiectomía.

**Conclusiones:** La nefrectomía laparoscópica para donante vivo constituye un procedimiento seguro, con tiempos de isquemia caliente que mejoran con la curva de aprendizaje. El uso de Gel Port podría resultar en disminución de los tiempos de isquemia. Se requiere mayores estudios para concluir si constituye un aporte a la técnica.

**PO59) CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL BILATERAL SIMULTÁNEA. EXPERIENCIA INICIAL**

**Drs. Benjamín Silva B, Enrique Maldonado, Jaime Altamirano, Juan Fullá, Juan Carlos Riveros, Mauricio Ebensperger, Fernando Vargas.**

*Hospital Clínico San Borja Arriarán*

**Introducción:** La cirugía percutánea renal es el tratamiento de elección para las litiasis renales voluminosas o complejas. En caso de litiasis bilateral, habitualmente se tratan en cirugías separadas. La cirugía percutánea renal bilateral simultánea (CPRBS) es una alternativa aceptada por eficacia y seguridad, en casos seleccionados, aunque existe escasa literatura mundial. Presentamos nuestra experiencia inicial.

**Material y métodos:** Entre mayo de 2006 y junio 2011 operamos 3 casos de CPRBS, todos en decúbito dorsal.

**Resultados:** Tres hombres con edad promedio 52,3 años (42-62) fueron sometidos a cirugía bilateral. El volumen litiasico promedio fue 478 mm<sup>2</sup> (78 -1.200). En el primer caso se realizó nefrolitolapaxia bilateral. El segundo caso incluyó el manejo de pigtail calcificado en toda su extensión en un lado. En ambos casos se dejó nefrostomía bilateral. El tercer caso fue tubeless bilateral, asociado a tapón de esponja hemostática y pigtail bilateral. El tiempo operatorio promedio fue 126 min (80-180). No hubo complicaciones. Ningún paciente requirió transfusión. El resultado fue stone free en 4 unidades renales, y fragmentos residuales de 5 mms en 2 unidades. El alta promedio fue al día 2,6 (2-3).

**Conclusiones:** La CPBRS es factible en casos seleccionados, con eficacia demostrada. Permite ahorro de tiempos quirúrgicos, de anestésicos repetidos y recursos, sin aumentar la morbilidad. Hasta nuestro conocimiento este es el primer reporte de CPBRS en posición supina, y el 1<sup>er</sup> reporte a nivel mundial de cirugía tubeless bilateral en esta posición.

#### PO60) ENDOPIELOTOMÍA LASER, EXPERIENCIA INICIAL

**Dr. Ignacio Morales.**

*Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El laser de Holmium es apropiado para la endopielotomía, ya que permite realizar incisiones precisas con una zona periférica de lesión térmica menor a 1 mm, resolviendo estenosis pieloureterales (EPU) primarias y secundarias menores a 2 cm de longitud. Éxito medido por estadía hospitalaria, duración stent ureteral. El éxito a largo plazo es medido con la resolución de síntomas y cese de la obstrucción sea por urograma, TAC o renografía diurética.

**Material Metodo:** Análisis de seguimiento de la evolución y outcome de 7 pacientes sometidos a endopielotomía ureteroscópica. Estudio de complicaciones asociadas a la técnica, parámetros de función renal, mejoría sintomática y de la obstrucción de la vía excretora. Análisis estadístico con programa Stata 11.2.

**Resultados:** Edad promedio de los pacientes 35,5 años, creatinina promedio 1,5 mg/dl, días hospitalización promedio 1,8. Longitud promedio de la estenosis 0,7 cm. Tiempo de cateterización con stent, promedio 7.4 semanas (6-12). Éxito sintomático evidenciado en el 85% de los pacientes y radiológico en el 85%. Entre las complicaciones de la técnica se describe evento de ITU y 2 episodios de hematuria, uno de ellos asociado a infección. Ningún paciente requirió reintervención. Seguimiento 12 meses.

**Conclusiones:** Las propiedades especiales de la energía laser han favorecido su amplia utilización en diversas patologías. El éxito del tratamiento de la EPU con laser depende de la longitud de la estenosis. Esta técnica presenta una estadía hospitalaria menor que la cirugía abierta y laparoscópica. Seguimientos de la técnica a largo plazo determinarán si es una alternativa real a las técnicas conocidas como gold standard.

#### PO61) ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA ASOCIACIÓN DE UROLITIASIS Y LA CIRUGÍA BARIÁTRICA COMPARANDO LA TÉCNICA DE BY-PASS GÁSTRICO Y MANGA GÁSTRICA

**Drs. Pablo Bertelsen D<sup>1,2</sup>, José I. Amat<sup>1</sup>, Felipe Olivares<sup>2</sup>, Lorena Vargas<sup>2</sup>, Verónica Julio<sup>2</sup>, Teresita Risopatrón<sup>2</sup>, José Navarrete<sup>2</sup>.**

*<sup>1</sup>Clínica Dávila, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Publicaciones recientes han mostrado la asociación de litiasis urinaria y cirugía bariátrica. La cirugía bariátrica se ha hecho frecuente en los últimos años pero no hemos conocido reportes en nuestro medio, que describan la frecuencia y asociación de esta cirugía con un mayor riesgo de urolitiasis posoperatoria.

**Material y Método:** Revisamos la base de datos de cirugía bariátrica de un cirujano (J.I.A) de pacientes operados de Bypass gástrico y Manga gástrica durante 5 años (2004-2009) y determinamos la frecuencia de litiasis urinaria posoperatoria y la relación de cada tipo de cirugía con la aparición de cálculos urinarios.

**Resultados:** Obtuvimos datos de 366 pacientes con edad promedio de 36 años, IMC preoperatorio de 39 y distribución por sexo de 23% sexo masculino y 77% sexo femenino. Luego de una mediana de seguimiento de 328 días (6 d. -1461 d.) se encontraron a 8 pacientes con urolitiasis cuyo diagnóstico se hizo en promedio 213 días posteriores a la cirugía. Dentro de los pacientes diagnosticados con litiasis urinaria, 6 (3,14%) pacientes fueron operados de bypass gástrico y 2 (1,32%) pacientes operados de manga gástrica. La comparación de ambas técnicas quirúrgicas no permitió establecer una diferencia significativa de mayor riesgo de hacer cálculos de una sobre otra (OR: 2,70 IC 0,57-12,8).

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tienen riesgo elevado de presentar litiasis urinaria, por lo que recomendamos tener presente esta complicación en el post operatorio tardío. No se demostró diferencia en cuanto a riesgo de producción cálculos en los pacientes operados de bypass gástrico y los sometidos a manga gástrica.

**PO62) PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER RENAL EN EL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF**

**Drs. Maximiliano Escobar M<sup>1</sup>, Carlos Escobar M<sup>1</sup>, Andrés Ruiz T<sup>1</sup>, Pablo Salvatierra E<sup>1</sup>, Tomás Villalobos V<sup>1</sup>, Pablo Pérez C<sup>2</sup>, Tania Radic S<sup>2</sup>, Katherine Chávez R<sup>2</sup>, Marcela Espinoza<sup>2</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile. <sup>2</sup>Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.*

**Introducción:** El cáncer renal ocupa el tercer lugar dentro de los tumores genitourinarios y el 3% de los tumores malignos primarios, siendo el cáncer urológico con mayor mortalidad y cuya incidencia ha aumentado a nivel mundial.

**Material y Método:** Revisión retrospectiva de las fichas de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer renal que fueron nefrectomizados o tumorectomizados entre los años 1999 y 2009 en el Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, con un total de 135 pacientes.

**Resultados:** Observamos un aumento importante en el número de casos el año 2009, siendo más frecuente en hombres durante los diez años revisados. La media de la edad fue de 61,81 años y la mayoría no presentaba factores de riesgo. 48% de los casos diagnosticados fueron hallazgos y 60% de éstos se encontraban en etapa I. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal. 70% de los casos fueron diagnosticados por ecotomografía abdominal y 12% por Pielotac. Un 11% de los pacientes presentaron metástasis post-quirúrgicas, siendo la mayoría a pulmón seguido de hígado. De éstos, 20% habían presentado tumores primarios menores de 7 cm.

**Conclusión:** La incidencia del cáncer renal va en aumento y el diagnóstico precoz de lesiones asintomáticas y de bajo volumen que presentan un porcentaje no despreciable de infiltración tumoral, sugieren un manejo quirúrgico agresivo.

**PO63) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA. RESULTADOS PRELIMINARES EN 7 CASOS CONSECUTIVOS**

**Drs. Rubén Olivares, Ricardo Dueñas, Nelson Orellana, Alexander Andrusco, Cynthia Fuentealba, Eduardo Reyes, Rodrigo Leyton.**

*Hospital de Carabineros, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Reportar la implementación de la cirugía robótica en nuestro hospital y evaluar los resultados preliminares de las primeras 7 Prostatectomías radicales robóticas.

**Pacientes y Métodos:** Se realizaron 7 Prostatectomías radicales asistidas por robot (Da Vinci Si®) en 7 pacientes portadores de Cáncer de próstata organoconfinado. En cinco se optó por un abordaje anterior y en dos por un

abordaje posterior. La cirugía fue realizada por dos cirujanos, apoyados por un médico experto durante todas las cirugías.

**Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 58,5 años. El Índice de Masa Corporal promedio fue de 35. Antígeno prostático promedio: 5,47. Todos los pacientes tenían un Score de Gleason pre-op menor o igual a 7. El tiempo operatorio promedio fue de 220 min. La pérdida sanguínea promedio fue de 248 cc. No se registraron complicaciones intraoperatorias. El tiempo de retiro de sonda foley fue de 7 días para 6 pacientes y de 30 días para un paciente que evolucionó con filtración de la anastomosis, objetivada con Cistografía. El rango de márgenes quirúrgicos positivos fue de 14,2% (1 de 7). Debido al corto tiempo de seguimiento no se han tabulados datos con respecto a continencia, potencia o recidiva bioquímica.

**Conclusión:** Nuestro Hospital constituye un centro a la vanguardia en introducir la cirugía robótica en Chile. La prostatectomía radical robótica es un procedimiento seguro y reproducible para tratar a los pacientes portadores de cáncer de próstata. Nuestra experiencia inicial supervisada, hace preveer resultados promisorios, una vez completada la curva de aprendizaje.

#### PO64) EXPERIENCIA EN TRAUMA RENAL ABIERTO DURANTE 18 MESES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.P.H.

Drs. Oscar Storme<sup>1</sup>, Diego Lira<sup>2</sup>, Walter Candia<sup>1</sup>, Gabriel Catalán<sup>1</sup>, Daniel Morán<sup>1</sup>, Juan Rojas<sup>1</sup>, Sebastián López<sup>2</sup>, Pablo Vera<sup>2</sup>, Juan Pablo Barroso<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina CAS-UDD, Santiago, Chile.

**Introducción:** El trauma renal se presenta en el 10% de los pacientes traumatizados y se clasifica en abierto o cerrado de acuerdo a su mecanismo. El trauma renal abierto alcanza en zonas urbanas entre un 15-20% del total de traumas renales. Es producido principalmente por armas blancas o de fuego; estas últimas son de alta energía y se asocian a lesiones de otros órganos. Se presenta nuestra experiencia en traumatismo renal abierto en los últimos 18 meses.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se evaluaron un total de 196 pacientes con traumatismo torácico, abdominal y toracoabdominal ingresados entre julio de 2009 y diciembre de 2010. Se identificaron 9 pacientes con diagnóstico de trauma renal abierto con confirmación diagnóstica por imágenes o durante el intraoperatorio.

**Resultados:** Las edades oscilan entre 16 y 30 años con un promedio de 22,7; 8 de 9 son de sexo masculino. El mecanismo de trauma es en un 55,5% (5/9) por arma de fuego y en un 44,5% (4/9) por arma blanca. Se clasificó el trauma renal según American Association for the Surgery of Trauma. Encontrándose que 2/8 (25%) corresponden a grado II, 3/8 (37,5%) a grado III y 3/8 (37,5%) a grado IV. La baja de hematocrito varió entre 1 y 23%, con un promedio de 11,3%. Se decidió manejo conservador en 5/9 pacientes: dentro de esto no se consideran las cirugías efectuadas por lesión de órgano no urológico. Un total de 3 pacientes (33,3%) requirió nefrectomía. Lesiones toracoabdominales asociadas se observaron en 7 de 9 pacientes, siendo las más frecuentes el Bazo (2), Hígado (2), Estómago (2), Diafragma (2) y Colon (2). No hubo muertes en el grupo de estudio en seguimiento de 6 meses.

**Conclusiones:** A pesar de la baja incidencia de trauma renal abierto, se observa un gran número de pacientes considerando otras series nacionales. Lo anterior, probablemente debido a las características socioculturales del centro hospitalario. Los datos, concordantes con series internacionales, demuestran que el trauma renal abierto debe ser manejado en un centro que cuente al menos con cirujanos y urólogos, dada la alta incidencia de lesiones asociadas.

**PO65) LINFOMA TESTICULAR. INCIDENCIA, DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO DURANTE EL PERÍODO 2005-2011**

**Drs. Jaime Altamirano<sup>1</sup>, Nicolás Bravo<sup>1</sup>, Ignacio Acosta<sup>2</sup>, José Manuel de la Torre<sup>2</sup>, Alejandro Foneron<sup>1</sup>, Enrique Maldonado<sup>1</sup>, Juan Fulla<sup>1</sup>, Juan Carlos Riveros<sup>1</sup>, Fernando Gabler<sup>1</sup>, Heinz Nicolai<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El linfoma testicular es una patología infrecuente, correspondiendo al 9% de los cánceres testiculares, presentándose más frecuentemente entre los 60 a 80 años (25-50%). La presentación clínica más frecuente es el aumento de volumen unilateral e indoloro. El tipo histológico más común es linfoma difuso de células grandes B (60-90%). La orquidectomía radical asociada a quimioterapia y radioterapia es la primera línea de tratamiento para los pacientes con enfermedad limitada.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la lista de pacientes ingresados al SIGGES como tumor testicular entre enero 2005 a abril 2011. De los pacientes con diagnóstico histológico e inmunohistoquímico compatible se registraron las características epidemiológicas, estudio, manejo y sobrevida. Posteriormente se realizó un análisis de la base de datos con el programa estadístico spss 13.0®.

**Resultados:** De un total de 299 pacientes con el diagnóstico histológico de cáncer testicular, 8 pacientes fueron diagnosticados como linfoma testicular confirmado por histología e inmunohistoquímica. El promedio y mediana de edad fue 52 años y 47 años (18-73) respectivamente. Tres casos (37,5%) correspondieron a presentaciones secundarias. En 6 de los casos (75%) el testículo afectado fue el derecho. Histológicamente, el 63% correspondió a Linfoma difuso de células grande B. Clínicamente, el todos los casos se presentaron con aumento de volumen y con marcadores en rango normal. En 7 casos (87,5%) el diagnóstico y manejo inicial fue mediante orquidectomía radical, y en un caso por biopsia testicular, con orquidectomía posterior. 3 casos presentaron diseminación. En 7 casos se realizó quimioterapia adyudante. La mortalidad fue de 38% con un seguimiento promedio de 17 meses (5-59 meses).

**Conclusiones:** El linfoma testicular es una patología infrecuente y de mal pronóstico. El diagnóstico histológico es fundamental para el diagnóstico, ya que las terapias adyudantes difieren del manejo clásico de los tumores testiculares. En ese sentido la inmunohistoquímica es de vital importancia para diferenciar los tipos histológicos.

**PO66) ANGIOMIOLIPOMA RENAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER DE CÉLULAS RENALES: EXPERIENCIA EN 20 AÑOS**

**Drs. José Ignacio Vinay B, Francisco Moya, Francisco Sepúlveda, Diego Reyes, Miguel Ángel Cuevas, Iván Gallegos.**

*Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El angiomiolipoma (AML) renal es un tumor hamartomatoso poco frecuente del riñón, constituido por una proporción variable de tejido adiposo, células musculares y vasos sanguíneos anómalos. Da cuenta de aproximadamente el 1% de las neoplasias renales, asociándose el 20% a esclerosis tuberosa. Normalmente tiene un comportamiento benigno. Puede ser asintomático o presentarse con dolor abdominal, hematuria y/o como un síndrome de Wunderlich, cuadro caracterizado por hemorragia retroperitoneal. Las complicaciones son más frecuentes en tumores mayores de 4 cm.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo que tiene como objetivo presentar las principales características clínicas e histológicas de los pacientes con diagnóstico de AML como hallazgo postoperatorio. Se realizó una revisión de

fichas clínicas y biopsias de los pacientes con AML operados por sospecha de cáncer de células renales (CCR) en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1990 y 2010.

**Resultados:** Se identificaron 20 pacientes sometidos a nefrectomía por sospecha de CCR, en los cuales la histología postoperatoria confirmó el diagnóstico de AML renal. Corresponden al 0,2% de todos los tumores renales operados en dicho período. Doce pacientes fueron sometidos a nefrectomía radical y 8 a nefrectomía parcial. El 90% fueron mujeres. La mitad de los pacientes tenía 50 años o menos al diagnóstico. El 70% de los pacientes se presentó con síntomas inespecíficos, principalmente dolor abdominal. Un 30% exhibía hemorragia retroperitoneal en el estudio imagenológico. El tamaño tumoral promedio fue de 7.7 cm, con un rango de 1 a 20 cm. Siete pacientes poseían tumores menores a 4 cm, con una edad promedio de 57 años. La paciente más joven del estudio, de 20 años, fue la única portadora de esclerosis tuberosa. Se presentó con shock hipovolémico por hemorragia retroperitoneal y múltiples tumores bilaterales.

**Conclusiones:** El AML renal es un diagnóstico diferencial poco frecuente de CCR. Como factores de riesgo destacan el sexo femenino, edad temprana de presentación y presencia de hemorragia retroperitoneal en estudios radiológicos. Sin embargo, el desarrollo de las técnicas imagenológicas en los últimos años han mejorado la especificidad para el diagnóstico preoperatorio de AML, disminuyendo el número de cirugías por sospecha de CCR.

#### PO67) NEFRECTOMÍAS PARCIALES EN TUMORES RENALES

Drs. Luis Alejandro Vallejo F, Prof. Danilo Jara V<sup>2</sup>, Oscar Cárcamo M<sup>2</sup>, Juan Loyola<sup>2</sup>, Sergio Ebner<sup>2</sup>, Nelson Ogalde<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad de Valparaíso, Concón, Chile. <sup>2</sup>Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

**Objetivo:** Presentar la experiencia del Servicio de Urología de nuestro centro durante los últimos 10 años, en nefrectomías parciales indicadas por tumores renales factibles de ser resecados mediante esta técnica.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo y analítico del total de las nefrectomías parciales realizadas a pacientes con el diagnóstico de tumor renal desde el año 2000 a marzo del presente año, obteniendo un total de 50 casos. La mayor cantidad de casos fueron encontrados en los últimos 5 años principalmente. Las variables analizadas fueron, sexo, edad, ubicación y tamaño del tumor, sobrevida libre de enfermedad. Dentro del grupo estudiado, tres pacientes presentaron tumores renales bilaterales y otro paciente era monorreno.

**Resultados:** En nuestra serie no hubo fallecimientos a consecuencia del procedimiento, así como tampoco recidivas de la enfermedad durante el seguimiento. La distribución por sexo fue similar, con edad promedio de 58.9 años al momento de la cirugía, los tamaños tumorales variaron de los 0.6 a los 10 centímetros. La técnica mayormente utilizada fue la nefrectomía parcial por lumbotomía. El 84% de los tumores fueron Carcinoma Renal de células claras, 6% oncocitomas, 6% Angiomiolipomas y el 4% Carcinomas Papilares.

**Conclusiones:** La nefrectomía parcial resulta una técnica segura y confiable para la resección de tumores renales factibles de ser resecados mediante esta técnica, sin mortalidad atribuible al procedimiento, sin complicaciones mayores, y en nuestra experiencia sin recidivas de la enfermedad.

**PO68) UTILIDAD DE LAPAROSCOPIA PARA RESCATE DE TENCKHÖFF Y/O PERITONEO**

**Drs. Pedro José López, Francisco Reed, Soledad Celis, Danielle Reyes, Nelly Letelier, Ricardo Zubieta, Alejandra Ovalle, Claudia Norambuena, Carolina Acuña.**

*Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.*

**Introducción:** En pacientes pediátricos, la modalidad de elección en cuanto a terapia dialfítica es la peritoneodiálisis, su complicación más compleja a largo plazo es la pérdida del peritoneo como membrana. Presentamos la experiencia de nuestro servicio en diagnóstico y tratamiento de patología de la cavidad peritoneal asociado a instalación y rescate de catéteres de peritoneodiálisis mediante abordaje laparoscópico.

**Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, basado en la revisión de fichas clínicas de niños en quienes se práctica procedimientos vía laparoscópica relacionados con catéter de peritoneodiálisis entre los años 2006 y 2010. Se revisa tipo de procedimiento, edad, género, diagnóstico, número de catéteres previos, tiempo operatorio, motivo de cambio de catéter, tiempo de uso del mismo y complicaciones.

**Resultados:** En un periodo de 4 años hubo 10 procedimientos correspondientes a 7 pacientes. En todos ellos se utilizaron catéteres swan neck, coiled, con doble cuff. 8 fueron revisión de catéteres y/o peritoneo y en 2 instalación. La distribución por género fue 7 hombres y 3 mujeres. El rango de edad fue entre 3 meses y 16 años. En 9 casos la causa de la Insuficiencia Renal fue crónica y en 1 caso fue agudo (SHU). 9 casos habían tenido previamente instalación de uno o más CPD y en uno fue el primer CPD instalado. El tiempo operatorio promedio fue de 67 minutos (40-120 min). En 5 pacientes se diagnosticaron adherencias peritoneales, liberándose y 2 requirieron omentectomía subtotal porque ocluía el CPD. Complicaciones inherentes al procedimiento no hubo; dos pacientes presentaron peritonitis <15 días. El tiempo de uso promedio fue de 187 días, con una mediana de 120 días.

**Conclusiones:** En nuestra serie la técnica laparoscópica ha permitido hacer un adecuado diagnóstico de la cavidad peritoneal y manejo de patologías concomitantes (adherencias), además de la instalación y salvataje de catéteres. Basados en nuestra experiencia, consideramos a ésta la técnica de elección para rescate de CPD y/o peritoneos.

**PO69) LA PRESERVACIÓN DE HACES NEUROVASCULARES DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA ES UN FENÓMENO GRADUADO Y NO ABSOLUTO**

**Drs. Oscar Schatloff<sup>1</sup>, Sanket Chauhan<sup>2</sup>, Rair Valero<sup>2</sup>, Young H. Ko<sup>1</sup>, Fabio Ortega<sup>2</sup>, Kenneth J. Palmer<sup>1</sup>, Vipul R. Patel<sup>2</sup>, Ananthkrishnan Sivaraman<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health, Celebration, FL, United States. <sup>2</sup>Florida Hospital Celebration Health, FL.*

**Introducción:** El objetivo de este estudio es demostrar la existencia de diferentes grados de preservación de los haces neurovasculares (HNV) durante la prostatectomía radical robótica (PRR). Para esto comparamos la intención del cirujano de preservar los HNV con el tejido nervioso remanente en la pieza quirúrgica (TNRPQ).

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo de 133 pacientes consecutivos que fueron sometidos a PRR por un cirujano único (VRP) entre enero y febrero de 2011. El cirujano asignó un puntaje intraoperatorio independiente para cada lado a la cantidad de HNV preservado como sigue: 1= sin preservación, 2=<50% de preservación, 3=50% de preservación, 4=75% de preservación y 5= $\geq$ 95% de preservación. Un uropatólogo ciego al puntaje del cirujano midió el área de TNRPQ en la zona posterolateral de la próstata.

**Resultados:** Un puntaje más alto se correlacionó significativamente con una disminución del área de TNRPQ ( $p < 0,001$ ). En general, el área de TNRPQ fue significativamente diferente entre los grupos ( $p < 0,001$ ). Al hacer un

análisis intergrupo entre aquellos pacientes con al menos 50% de preservación de HNV, diferencias significativas en el área de TNRPQ fueron encontradas en todas las comparaciones (mediana (IQR): puntaje 3 vs 4 =13 (7-23) mm<sup>2</sup> vs 3 (0-8) mm<sup>2</sup>, p =0,01; puntaje 4 vs 5 =3 (0-8) mm<sup>2</sup> vs 0,5 (0-2) mm<sup>2</sup>, p =0,001, puntaje 3 vs 5 =13 (7-23) mm<sup>2</sup> vs 0,5 (0-2) mm<sup>2</sup>, p =0,001).

**Conclusión:** Nuestra clasificación subjetiva de la cantidad de HNV preservado durante una PRR se correlaciona significativamente con el área de TNRPQ. El cirujano puede conscientemente ajustar la cantidad de HNV preservado durante una PRR, lo que demuestra que la preservación de HNV durante una PRR es un fenómeno graduado y no absoluto.

## PO III) SESIÓN DE POSTER III

### PO73) NEFRECTOMÍA RADICAL VERSUS NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES RENALES <4 CM: COMPARACIÓN DE SUS EFECTOS EN LA SOBREVIDA CARDIOVASCULAR

Drs. Alvaro Saavedra, Alvaro Zúñiga, Carlos Rodríguez, Ignacio San Francisco, Luis López, José Antonio Salvado, Sergio Guzmán, Arturo DellOro, Cristian Trucco.

*Hosp. Clínico P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

La nefrectomía radical (NR) ha sido el tratamiento de elección para el cáncer renal (CR). El tratamiento quirúrgico del CR ha evolucionado hacia la cirugía preservadora de nefrones, nefrectomía parcial (NP), sin comprometer el control oncológico. Publicaciones recientes sugieren que los pacientes sometidos a NR tendrían una menor sobrevida global (SG) y mayor riesgo de muerte cardiovascular (CV). El objetivo de este estudio fue evaluar la SG, sobrevida cáncer específica (SCE) y sobrevida cardíaca específica (SCV) en pacientes sometidos a NR versus NP por CR  $\leq 4$  cm.

**Materiales y Método:** Este estudio retrospectivo incluye 349 pacientes sometidos a nefrectomía por neoplasia renal entre 1999 y 2008. Se incluyeron para este estudio los pacientes con diagnóstico histológico de CR. La información y seguimiento fue obtenida de la base de datos computarizada, registros clínicos e informes de anatomía patológica. El análisis de sobrevida se efectuó a través de curvas de Kaplan Meier. Se realizó una regresión de Cox para determinar factores pronósticos de sobrevida.

**Resultados:** La frecuencia de NR y NP fue de 214 (61,3%) y 135 (38,6%), respectivamente. Las muertes por causa CV se observaron en 5 (2,34%) pacientes con NR y 3 (2,22%) pacientes con NP. La mediana de seguimiento fue de 37,8 meses (rango 0,2-130,1). Al analizar las curvas de SG, SCE y SCV, no se observaron diferencias significativas según el tipo de cirugía utilizado (NR y NP). La regresión de Cox demostró que el tipo de cirugía no es factor predictor de SCV. Conclusiones: En este estudio retrospectivo la NR en tumores  $\leq 4$  cm no se asocio a muerte CV, lo que contrasta con otras series recientemente publicadas. El número reducido de muertes CV (n =8) entrega una potencia estadísticamente insuficiente para evidenciar potenciales efectos del tipo de cirugía (NR versus NP) sobre la SCV.



**PO74) LA EMBOLIZACIÓN PRECOZ SALVA RIÑONES EN SANGRADOS POSNEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA**

**Drs. Iván Sáez V, Sergio Guzmán, Ignacio San Francisco, Pablo Troncoso, José Salvadó, Christian Trucco, Carlos Rodríguez, Javier Domínguez.**  
*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica compleja, ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, pero tiene el riesgo de hemorragia derivado de la sutura laparoscópica del parénquima renal. El objetivo de este trabajo es mostrar en una experiencia retrospectiva el papel de la embolización precoz y selectiva de la arteria renal en casos de sangrado posterior a nefrectomía parcial laparoscópica.

**Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica por tumores renales entre agosto 2005 a octubre 2010, seleccionando los pacientes con complicaciones hemorrágicas. Se analiza la conducta clínica y los resultados de ésta.

**Resultados:** Desde agosto 2005 a marzo 2011, se han realizado 86 nefrectomías parciales laparoscópicas por tumores renales T1a o T1b seleccionados. 8 (9%) de estos pacientes presentaron hemorragia significativa en el posoperatorio diagnosticada por inestabilidad hemodinámica, caída de hematocrito y dolor. El cuadro se presentó las primeras 48 hrs posoperatorias en 5 pacientes, a los 7 días en 2 Pacientes y en 1 paciente al día 30 del postoperatorio. 5 pacientes fueron a angiografía inmediata localizándose sitio de sangrado, con embolización exitosa. En un caso, con coagulopatía por daño hepático asociado, se realizó una nefrectomía abierta de emergencia sin dar tiempo a la angiografía. En 1 paciente se logró estabilización médica sin embolización.

**Conclusión:** La hemorragia posnefrectomía parcial laparoscópica se presentó durante todo el primer mes del posoperatorio en nuestros pacientes. Con una conducta activa de angiografía precoz posdiagnóstico de hemorragia logramos salvar 6 de 7 unidades renales en riesgo. La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica compleja que debe ser realizada en centros con apoyo terciario para asegurar el manejo de sus complicaciones.

**PO75) CISTOMETRÍA DE LLENE EN PROSTATECTOMIZADOS INCONTINENTES**

**Drs. Aníbal Salazar<sup>1</sup>, Sebastián Badilla<sup>1</sup>, César Vicherat<sup>1</sup>, Carolina Carrasco<sup>2</sup>, Eleonore Schwarze<sup>1</sup>, Juan Sandoval<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital Fach, Santiago, Chile. <sup>2</sup>U. Católica del Norte, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La prostatectomía radical es una de las cirugías urológicas más reglada y reproducible, sin embargo hay complicaciones inherentes a ella, independiente de muchos factores ampliamente estudiados. Una de estas complicaciones es la incontinencia urinaria posprostatectomía radical que se presenta en un % de los pacientes operados, siendo una complicación reportada prácticamente por todas las series publicadas. La teoría etiopatogénica principal es la lesión directa del esfínter y/o daño vasculonervioso de éste. La aproximación diagnóstica más cercana se puede realizar por medio de los estudios urodinámicos y específicamente a través de la cistometría de llene.

**Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a estudio urodinámico con diagnóstico de Incontinencia urinaria secundaria a prostatectomía radical. El diagnóstico de la fase de llene se correlacionó con la clínica.

**Resultados:** En el periodo 2008-2010 hemos recibido 33 pacientes (edad promedio 66 años) para evaluación urodinámica. El diagnóstico clínico fue de IOE en 17 (51,5%), IOM en 9 (27,3%) e IOU en 7 (21,2%). En la urodinamia confirmamos escape de orina con esfuerzo en 15 (45,5%) pacientes e hiperactividad del detrusor en 24 (73%), incluyendo entre los pacientes con hiperactividad 11 (65%) de los 17 pacientes con IOE clínica. Encontramos urodinamia normal en 2 (6%)

pacientes. La amplitud promedio de las contracciones involuntarias del detrusor fue de  $42,6 \pm 27,6$  cm. de agua. La capacidad cistométrica máxima fue  $337 \pm 105$  ml. El valor de VLPP promedio fue de  $91,6 \pm 29,7$  cm. de agua.

**Conclusiones:** Creemos que la evaluación urodinámica de estos pacientes es fundamental ya que hay un 65% de pacientes portadores de detrusor hiperactivo en quienes clínicamente no se ha sospechado esta condición. Esto corrobora hallazgos anteriores que demuestran que una parte significativa de estos pacientes pierden orina por la hiperactividad y no por daño esfinteriano. Planteamos la hipótesis que la hiperactividad también sea secuela quirúrgica y por ello sería tan frecuente en pacientes incontinentes. Por último pensamos que el estudio urodinámico permite planificar mejor el tratamiento, por lo cual es indispensable en este grupo de pacientes.

#### PO76) EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS REINYECCIONES VESICALES CON BOTOX EN VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA

**Drs. Aníbal Salazar, Alejandro Miranda, Sebastián Badilla, César Vicherat, Juan Sandoval.**  
*Hospital Fach, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El uso de Botox intravesical se ha convertido en un tratamiento eficiente para la vejiga hiperactiva por Hiperactividad del detrusor resistente a antimuscarínicos. La eficacia del tratamiento decrece a partir de los 6 a 9 meses y se hace necesario la reinyección. Hay suficiente evidencia científica que justifica el uso de repetidas inyecciones en pacientes respondedores ya que se ha visto que los efectos del Botox se mantienen constantes, incluso se ha descrito una mejoría significativa de la función vesical después de la tercera inyección. No se ha descrito taquiflaxia, tolerancia a la droga, formación de anticuerpos ni fibrosis vesical después de repetidas inyecciones.

**Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a reinyecciones vesicales con Botox. Se evalúa resultados, duración de éste y complicaciones. Para comparar la duración del efecto entre la primera y segunda inyección se usó la prueba t de Student.

**Resultados:** En el periodo 2007-2011 hemos realizado 65 inyecciones de Botox en 51 pacientes con un promedio de edad de 64 años. Es decir, que se han reinyectado a 11 pacientes (9 hombres y 2 mujeres) con 100 Unidades de Botox, con excepción de 1 paciente en que la reinyección se realizó con 200 Unidades. Nueve pacientes han sido inyectados en 2 ocasiones y dos en 3 ocasiones. En todos los casos, la reinyección fue solicitada por el paciente dado los buenos resultados de la primera inyección. La duración promedio del resultado con la primera inyección fue de 9,45 meses y de 9,1 meses para la segunda inyección ( $p=0,78$ ). No presentamos complicaciones durante las reinyecciones.

**Conclusiones:** Las reinyecciones de Botox han demostrado ser una alternativa de tratamiento segura y eficaz en pacientes que han respondido con anterioridad a esta terapia. La respuesta es tan buena como en la primera inyección y no aparecen nuevas complicaciones.

#### PO77) URODINAMIA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA DE ORINA OPERADA

**Dr. César Vicherat M, Aníbal Salazar H, Sebastián Badilla O, Alejandro Miranda B, Juan Carlos Sandoval R.**  
*Hospital Fach, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de la Incontinencia de orina consta de diversas técnicas, siendo las técnicas de Burch, TVT y TOT, las que tienen mejores resultados. La correcta evaluación de estas pacientes, una vez

que fracasa la cirugía para incontinencia es tanto clínica como de laboratorio, y requiere de la realización de estudios funcionales, de los cuales el principal es la Urodinamia. Nuestro objetivo es describir la indicación de urodinamia y los hallazgos urodinámicos en pacientes operadas de incontinencia.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo, descriptivo de los estudios urodinámicos post-operatorios realizados entre 1990 y 2010 a pacientes con antecedentes de cirugía por Incontinencia de orina.

**Resultados:** En el periodo 1990-2010 hemos realizado 141 estudios urodinámicos a igual número de pacientes con el antecedente de cirugía antiincontinencia. La indicación para urodinamia de estas pacientes fue: IOM en 61 (43,3%), IOE en 36 (25,5%), IOU en 40 (28,4%), UOB en 2 (1,4%), polaquiuria en 1 (0,7%), prolapso en 1 (0,7%). Los resultados muestran ausencia de IOE (IOE tipo 0) en 25 (18,1%) pacientes, IOE tipo I en 34 (24,5%) pacientes, IOE tipo II en 16 (11,5%), IOE tipo III en 10 (7,2%), HD exclusiva en 38 (27,5%), Hipersensibilidad en 6 (4,3%) y urodinamia normal en 7 (5,1%), uropatía obstructiva baja en 2(1,4%).

**Conclusiones:** El principal motivo clínico por el cual consultan las pacientes poscirugía de incontinencia es la IOM, lo que contrasta con el hallazgo urodinámico que revela que el principal factor involucrado en la persistencia o reaparición de los síntomas es la IOE, esto nos demuestra la necesidad de una completa evaluación clínica que debe completarse con el estudio urodinámico, ya que el 95% de estas pacientes presenta alguna alteración en estos estudios.

#### PO78) DISFUNCION ERÉCTIL, SINDROME METABÓLICO Y STIU, ¿EXISTE ALGUNA CORRELACION?

**Dr. Ignacio Morales<sup>1</sup>, Luis López<sup>1</sup>, Cristian Garrido<sup>1</sup>, Miguel Seminario<sup>2</sup>, Christian Morales<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile.

**Introducción:** El conocimiento de los factores de riesgo de la DE es imperativo para un adecuado tratamiento. La enfermedad vascular y la diabetes son los factores etiológicos asociados más comunes para DE orgánica. Estudios epidemiológicos han evidenciado la asociación entre STUI y DE como condiciones prevalentes del envejecimiento.

**Objetivos:** Correlacionar la severidad de síntomas de la disfunción erectiva con los síntomas del tracto urinario inferior y parámetros bioquímicos del síndrome metabólico.

**Material y Método:** Estudio de 68 pacientes que consultan por DE, categorización de pacientes según severidad por cuestionario IIEF. Análisis de parámetros bioquímicos y correlación estadística con Stata 11.2.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes fue de 50 años. La testosterona total y libre promedio fueron de 452,1 ng/ml y 18,7 respectivamente. El colesterol total, Idl y tgs fue de 194,4, 113,1 y 203 respectivamente. El valor promedio de PSA fue de 1,8 ng/ml. La mediana del Score IIEF y AUA fue de 11 y 7 respectivamente. El 25% de los pacientes presentaba Diabetes, Hipertensión o Tabaquismo. Se aprecia una relación lineal entre el Score IIEF y la edad, viéndose que por cada año el score disminuye 0,1 aprox. ( $p < 0,05$ ). Además el Score se correlaciona negativamente con la presencia de diabetes, dislipidemia, y con el score AUA. Por cada punto que aumenta el colesterol, el score IIEF disminuye 0,03 ( $p < 0,03$ ). Por cada punto que aumenta la glicemia, el score IIEF disminuye 0,03 puntos ( $p < 0,001$ ). Por cada punto que aumenta el score AUA de síntomas del tracto urinario inferior, el score IIEF disminuye 0,26 puntos ( $p < 0,01$ ). Se encontró relación borderline del score IIEF con niveles de testosterona libre ( $p: 0,057$ ).

**Conclusiones:** El conocimiento de los factores de riesgo de DE, principalmente asociados a riesgo de disfunción del endotelio vascular permitirá educar a nuestros pacientes para modificar causas reversibles de DE. La asociación de DE y STUI se asocia al incremento de la prevalencia de ambos en relación a la edad.

## PO IV) SESIÓN DE POSTER IV

### PO79) DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER VESICAL

**Drs. José Francisco López J, Luis Fernando Coz C.**

*Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Conocer la distribución geográfica de una patología permite identificar poblaciones de riesgo, proporcionando información para focalizar el uso de recursos en su estudio y control. Estudios previos han mostrado un aumento en la mortalidad por cáncer vesical en el norte del país, asociándolo con exposición a factores ambientales como la contaminación del agua potable con arsénico. El objetivo de este estudio es explorar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer vesical en Chile.

**Método:** Se construyeron las tasas de mortalidad a nivel comunal por cáncer vesical, utilizando los registros de mortalidad del Ministerio de Salud y las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas para el periodo 2000-2009. Para dar mayor estabilidad a las tasas se agregaron los datos de mortalidad y población de ambos sexos por todo el periodo. Para su cálculo se utilizó una regresión de Poisson, método que permite estimar la razón de tasas de mortalidad (RTM) que expresa un mayor o menor riesgo respecto a una tasa de referencia, utilizándose en este caso la tasa de mortalidad nacional por cáncer vesical durante el mismo periodo. Las RTM fueron representadas en mapas de coropletas, utilizando una escala divergente de colores.

**Resultados:** Se encontraron tasas de mortalidad significativamente más altas en las regiones de Tarapacá: comuna de Iquique (RTM: 1,6, IC 95%: 1,2-2,1); Antofagasta: comunas de Calama (RTM: 2,0, IC 95%: 1,4-2,8), Antofagasta (RTM: 6,1, IC 95%: 5,4-6,8), María Elena (RTM: 7,9, IC 95%: 3,0-21,1) y Tocopilla (RTM: 10,4, IC 95%: 7,8-13,9); Metropolitana: comunas de Las Condes (RTM: 1,4), Vitacura (RTM: 1,7), Providencia (RTM: 1,6), Santiago (RTM: 1,6), Nuñoa (RTM: 1,3) y Quinta Normal (RTM: 1,4).

**Conclusión:** Se identifican dos zonas en que dos o más comunas geográficamente adyacentes presentan una RTM elevada: la región de Antofagasta y el sector centro-oriente de la región Metropolitana. En la región de Antofagasta se ha descrito un aumento en la mortalidad por cáncer vesical asociado a la exposición a arsénico en el agua potable. Si bien en el sector centro-oriente de la región Metropolitana las RTM reflejan una elevación discreta de la mortalidad, no se han descrito factores que puedan explicar esta diferencia.

### PO80) NIVELES DE TESTOSTERONA Y SU RELACIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL: UNA MEDICIÓN OBJETIVA DEL SÍNDROME DE DEFICIENCIA ANDROGÉNICA

**Drs. Sebastián Badilla<sup>1</sup>, Juan López<sup>1</sup>, Aníbal Salazar<sup>2</sup>, Juan Sandoval<sup>2</sup>, Miguel Cortés<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Clinica Uromed, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital FACH, Santiago, Chile.*

Existen escasos estudios acerca del síndrome de deficiencia androgénica masculina, tampoco existen estudios en Chile. Desde el estudio de Massachusetts se ha suscitado un creciente interés por conocer la relación entre la disminución de los andrógenos con la edad y la aparición de disfunciones sexuales que apoyen la teoría del hipogonadismo de instalación tardía.

**Objetivo:** Determinar la correlación entre disfunción sexual (DS) y la testosterona total (TT) y libre (TL) plasmática, como indicador objetivo de la presencia de deficiencia androgénica.

**Materiales y Métodos:** Revisión de 158 pacientes que consultaron por DS entre 2006 y 2008. Se solicitó TT y TL medida en sangre a todos los pacientes, considerando como anormal un valor menor a 3 ng/ml para TT y 9 pg/ml para TL. Los datos se ingresaron en RCommander, utilizando T test para análisis estadístico.

**Resultados:** El promedio de edad fue de  $52,8 \pm 12,6$  (23-88) años. De estos pacientes, 145 (92%) presentaron a lo menos una DS. El valor promedio de TT fue de  $4,9 \pm 2,1$  ng/dl (1,6-18,3) mientras que para TL fue de  $12,8 \pm 5,6$  pg/dl (8,5-31). El promedio de TT en los pacientes que tenían al menos un DS fue de  $5 \pm 2,2$  ng/dl (1,6-18,3), y en pacientes sin DS fue de  $4,4 \pm 1,4$  (2,7-7,1). El promedio de TL de los pacientes con DS fue de  $12,9 \pm 5,7$  (1-31) y para aquellos sin DS  $11,2 \pm 4,8$  (1,6-18,4). El promedio de TT y TL en los menores de 40 años fue de 5,2 ng/ml y 17 pg/ml, respectivamente, entre los 40 y 59 años fue de 5 y 12 y entre los 60 y 79 años fue de 4,6 y 12. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los promedios de TT y TL en pacientes con o sin DS ( $p = 0,2$  y  $p = 0,3$  respectivamente).

**Conclusiones:** No hemos encontrado una relación en la aparición de disfunción sexual y los niveles de testosterona en sangre, lo que se explicaría, probablemente, por la presencia de patologías sexuales de carácter funcional, más que la existencia de un componente orgánico. Además encontramos una disminución de los niveles hormonales en relación a la edad, lo que es concordante con otros estudios realizados en la materia.

#### PO81) ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD QUIRÚRGICA EN 23 PACIENTES HOMBRES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROTÉSICA POR DISFUNCIÓN ERÉCTIL E INCONTINENCIA DE ORINA

**Drs. Alberto Bustamante, Pablo Bernier, Mario Fernández, Conrad Stein, Hugo Bermúdez, Alfred Krebs, Lyng Raúl,**  
*Clínica Alemana Santiago, Santiago, Chile.*

El manejo actual de la disfunción eréctil y patología uro-oncológica contempla lograr un diagnóstico precoz, tratamiento con intención curativa y rehabilitación integral de la continencia y actividad sexual. En nuestro trabajo analizamos la morbilidad quirúrgica asociada a implante de prótesis peneana (IPP) y esfínter urinario artificial (EUA).

**Material y Método:** Veinte y tres pacientes con seguimiento completo fueron sometidos a cirugía protésica entre octubre 2007 y junio 2011 por 2 cirujanos. En 18 pacientes con disfunción eréctil se realizó implante de prótesis peneana, en 17 de ellos con un modelo de 3 componentes inflables (AMS LGX, CR) y en uno con un modelo semirrígido (Spectra). En otros 4 pacientes con incontinencia urinaria secundaria a deficiencia intrínseca esfinteriana se realizó implante de esfínter urinario artificial (EUA). Los datos fueron recolectados en forma prospectiva, realizándose un análisis descriptivo de las variables clínicas.

**Resultados:** La edad promedio fue 56 años (rango 38-88). El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 min (rango 90-160 min). Dentro de las complicaciones postoperatorias inmediatas se registró en un paciente un cuadro febril a las 48 horas, no lográndose establecer una etiología clara (cultivos resultaron negativos). Un caso presentó un linfedema genital de resolución espontánea a las 2 semanas. La estadía hospitalaria promedio fue de 36 horas. El 50% de los pacientes refirieron dolor e incomodidad escrotal en relación a la ubicación de la bomba, persistiendo hasta 2 semanas. Un paciente requirió exploración a las 8 semanas por un mal funcionamiento de la bomba. No se registraron complicaciones en los pacientes sometidos a un implante de EUA. Todos los pacientes están satisfechos con el funcionamiento de los IPP y EUA.

**Conclusión:** La cirugía protésica como manejo de la disfunción eréctil e incontinencia de orina en nuestra serie es una intervención segura de baja morbilidad, no presentándose complicaciones postoperatorias graves ni significativas.

**PO82) CORRELACIÓN ENTRE PROSTATITIS TIPO IV Y SÍNTOMAS DE PROSTATITIS CRÓNICA EN PACIENTES CON BIOPSIAS PROSTÁTICAS REPETIDAS**

**Drs. Camilo Novoa B<sup>1</sup>, César Vicherat<sup>2</sup>, Aníbal Salazar<sup>1</sup>, Sebastián Badilla<sup>3</sup>, Alejandro Miranda<sup>3</sup>, Nelson Orellana<sup>2</sup>, Juan Sandoval<sup>3</sup>, José Ignacio Acuña<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital FACH, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Uromed, Santiago, Chile.

**Introducción:** En 1999 el NIH de EEUU clasificó las prostatitis en 4 grupos. El grupo IV, es la prostatitis crónica inflamatoria asintomática, la que habitualmente es diagnosticada en el contexto de una biopsia de próstata realizada por un APE elevado. Por definición, el grupo IV de las prostatitis son asintomáticas, sin embargo, la relación clínica de este hallazgo histológico, con cuestionarios validados de síntomas no se encuentra disponible en la literatura urológica. El significado patológico de esta inflamación y su potencial traducción clínica no está estudiado. Trabajos recientes confirman que individuos en los que la biopsia de próstata muestra inflamación, la posibilidad de un cáncer de próstata a cinco años es estadísticamente más alta que en los que no tenían inflamación. Comprender el real significado de este hallazgo y su eventual traducción clínica es una tarea pendiente.

**Material y Métodos:** Se aplicó el cuestionario Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica (NIH-CPSI) a pacientes con biopsias prostáticas repetidas. Se correlacionó el índice NIH-CPSI con el diagnóstico histológico de prostatitis. Se utiliza Chi cuadrado para análisis estadístico.

**Resultados:** Evaluamos 40 paciente. El promedio de edad fue 60,3±5,8 (50-72), el APE fue 5,6±1,8 (2,5-10). 37 (92,5%) habían sido sometidos a 3 biopsias y 3 (7,5%) a 2 biopsias. El diagnóstico histológico fue HNP en 40, Prostatitis crónica en 33, atrofia en 29, Cáncer de próstata en 9, prostatitis aguda en 9, NIE 5 y ASAP 1. El puntaje promedio del HIN-CPSI de los pacientes con prostatitis crónica fue 4,27±4,7 (0-21) y en los sin prostatitis fue 2,5±2,6 (0-8), con un p >0,05. De las tres áreas evaluadas por el HIN-CPSI, la mayor diferencia se produjo en las preguntas 5 y 6 que evalúan síntomas urinarios y que dio 1,4±1,8 en pacientes con prostatitis crónica y 0,4±0,8 en pacientes sin prostatitis crónica en la biopsia (p >0,05).

**Conclusiones:** Pacientes con prostatitis crónica en la biopsia no presentaron más síntomas de prostatitis que aquéllos sin ella.

**PO83) IMPLANTE DE PRÓTESIS PENEANA SIN DILATACIÓN DE CUERPOS CAVERNOSOS, UNA TÉCNICA MÁS SEGURA E IGUAL DE EFICAZ**

**Drs. Cristián Palma<sup>1</sup>, Marco Sobrón<sup>1</sup>, Diego Reyes<sup>1</sup>, Rodrigo Palma<sup>2</sup>, Raúl Valdevenito<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital de Valencia, Santiago, Chile.

**Introducción:** La técnica estándar para el implante de los cilindros en las prótesis peneanas incluye la dilatación de los cuerpos cavernosos. Aunque esta técnica facilita el implante, este procedimiento puede dañar severamente el tejido eréctil residual y aumentar las complicaciones perioperatorias. El objetivo de este estudio es presentar una serie personal de implantes de prótesis peneanas sin dilatación de cuerpos cavernosos.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron en este trabajo a 23 pacientes con disfunción eréctil refractaria a tratamiento médico a quienes se les implantó una prótesis de pene en el periodo entre noviembre de 2009 y diciembre de 2010. Se excluyeron pacientes con fibrosis corpórea severa y pacientes con antecedentes de prótesis previa. Se utilizaron las siguientes prótesis: AMS 700CX<sup>®</sup> con InhibiZone (15 pacientes), AMS Ambico<sup>®</sup> (2 pacientes), Genesis<sup>®</sup> (2

pacientes), Excel® (2 pacientes) y TITAN OTR® (2 pacientes). Se determinó la satisfacción con la pregunta directa “¿Está satisfecho con el resultado para su vida sexual?” al término del seguimiento.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de  $58,9 \pm 8,2$  años, con una mediana de seguimiento de 11 meses (6-18 meses). El tiempo operatorio promedio total fue de  $76 \pm 13,6$  minutos. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. Se observaron dos complicaciones postoperatorias (1 caso de dolor posoperatorio de un mes de evolución, y un caso de activación espontánea de una prótesis AMS Ambicor®), ambas recuperadas. La satisfacción en relación al resultado de la cirugía fue del 95%.

**Conclusión:** El implante protésico sin dilatación de cuerpos cavernosos se presenta como una técnica quirúrgica de elección para los pacientes que se someten por primera vez a un implante protésico. Aunque este estudio corresponde a un grupo pequeño de pacientes, vemos que el implante sin dilatación de cuerpos cavernosos presenta escasas complicaciones perioperatorias, consiguiendo la misma satisfacción de los pacientes.

**PO84) DETERMINACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN LA REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA AL USO DE CATÉTER (ITU AC) CON RECUBRIMIENTO DE AG VERSUS EL USO DE CATÉTER TRADICIONAL DE LÁTEX**

**Drs. Esteban Quintana, Juan Godoy, Peter Argo, Alfred Pugh, Duberly Bascur, Oscar Cifuentes, Leonel Herrera, José Quiroga, Cristian Guichard, Jorge Salman, Carlos Bustamante, María Vera.**

*Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile.*

**Resumen:** Las ITU nosocomiales son frecuentes. El riesgo de ITU/CUP depende del tipo y duración del cateterismo así como de factores de riesgo del huésped y la atención hospitalaria. Los costos asociados a infecciones en dinero, días cama, exposición y resistencia antibiótica hace importante buscar estrategias para ser eficientes en el uso de recursos y minimizar los riesgos de complicaciones.

**Objetivos:** Determinar la efectividad en la reducción de ITU AC, asociado al uso de catéter con recubrimiento de AG versus el uso de catéter tradicional de látex; Determinar % de reducción de ITU AC; Determinar Tasa de ITU AC; Determinar N° de microorganismos y resistencia; Calcular el ahorro por el uso de Sonda con revestimiento de AG. Diseño: Se trata de un estudio comparativo randomizado con grupo control para determinar la efectividad del uso de sonda con recubrimiento de ag. Se determinó la población a estudiar con una precisión de 3% y un grado de confianza de 95% excluyéndose los con litiasis, atb previos y sonda previa.

**Resultados:** Análisis de variables Reducción de itu asociada a catéter pacientes 7,14%; Con sonda de plata desarrollaron ITU y 23,8% en los que no. p: menor de 0,05 entre sonda de AG con grupo sin AG.-3 microorganismos aislados en orina con sonda plata sin resistencia. 12 aislados sin sonda plata encontrándose multirresistencia en 4 de ellos. Los días de uso de sonda con cobertura de plata variaron entre 4-8 días. Y con sonda regular fue de 4-15 días P mayor de 0,05 ahorro: Un Tratamiento para germen no resistente con ciprofloxacino 500 mg. es de 8.330 con IVA. Un Tratamiento para germen resistente aislado en orina con Meropenem 500 mg. ev. es de 856457,28 pesos. Un Tratamiento para germen resistente con Meropenem 1 gr ev. es de 497800.8 pesos.

**Conclusiones:** En población sin factor de riesgo la sonda de plata genera mejores perspectivas en reducción de itu y sigue siendo significativo el ahorro que involucra la menor cantidad de días y de uso de atb Costo de tratar a un paciente con infección a germen resistente tiene diferencia importante en cuanto a que se puede financiar el uso de sonda con recubrimiento iónico de plata en todos los pacientes comparados. El tener menos días con sonda y menos infecciones y a gérmenes más sensibles significa un ahorro económico y en estadía hospitalaria.

**PO85) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA PROSTÁTICA ECOGUIADA: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CALIDAD**

**Drs. Pablo Bertelsen D<sup>1,2</sup>, Lorena Vargas<sup>2</sup>, Teresita Risopatrón<sup>2</sup>, José Navarrete<sup>2</sup>, Felipe Olivares<sup>2</sup>, Verónica Julio<sup>2</sup>, Loreto Vallejos<sup>3</sup>, Claudia Sepúlveda<sup>3</sup>.**

*<sup>1</sup>Clínica Dávila Santiago, Chile. <sup>2</sup>Universidad de Los Andes, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Clínica Avansalud, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La biopsia prostática ecoguiada es un procedimiento diagnóstico ampliamente extendido y su realización no está exenta de efectos adversos y complicaciones.

**Material y Método:** Estudio de seguimiento prospectivo 266 pacientes sometidos a biopsia de próstata transrectal ecoguiada de acuerdo a un protocolo definido de preparación y procedimiento, en un período de 24 meses. El seguimiento consistió en una entrevista telefónica realizada por enfermera 2 y 7 días posprocedimiento en que determinaba cumplimiento de indicaciones, magnitud de dolor, complicaciones hemorrágicas e infecciosas posbiopsia.

**Resultados:** Se analizaron los resultados de 266 pacientes con edad promedio de 63±9 años, que recibieron una preparación previa con enema evacuante (100%), aminoglicosidos endovenoso (gentamicina (98%), ampicilina + gentamicina (0,75%)) y esquema antibiótico oral (ciprofloxacino (89%) y cefpodoximo (9,5%) ajustado según exposición previa. El cumplimiento de las indicaciones fueron acatadas por la mayoría de los pacientes: enema evacuante (100%) y reposo (89%). En el control precoz se pesquisó dolor en 60 pacientes (22%) con una mediana de EVA de 3 (1-10), complicaciones infecciosas en 2 pacientes (0,75%), hematuria en 196 (73%) pacientes (mediana 1 día duración), rectorragia en 54 (20%) y hematospermia en 12 pacientes (4,5%). En el control de 7 días no se observó dolor, fiebre o rectorragia y sólo 2 pacientes (0,75%) presentaban hematuria y 6 pacientes (2,2%) hematospermia. No fue posible obtener datos de 24 pacientes (9%).

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a biopsia tienen una alta tasa de cumplimiento de las indicaciones y efectos adversos de corta duración y magnitud, aunque algunas son de alta frecuencia como la hematuria. Las complicaciones infecciosas se pueden evitar significativamente si se ajusta la profilaxis a cada paciente.

**PO86) FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES CLÍNICAS POST BIOPSIA PROSTÁTICA. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA SERIE**

**Dr. José Ignacio Bonomo F<sup>1</sup>, Christian Morales D<sup>1</sup>, Cristian Garrido S<sup>2</sup>, Rafael Poblete G<sup>1</sup>, Eduardo Chaparro R<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>HBLT, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Candidato a Magister. Universidad de los Andes, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Las complicaciones después de una biopsia prostática si bien son poco frecuentes, se presentan como un gran problema cuando suceden. Con el uso de profilaxis antibiótica adecuada, las complicaciones disminuyen a un 1-5% aproximadamente según las diferentes series. Los factores de riesgo descritos como exposición reciente a quinolonas, edad avanzada, comorbilidades, catéter urinario permanente y contacto con el sistema de salud han sido reportadas en la literatura, pero no hay publicaciones nacionales prospectivas a gran escala que pretendan identificar estas variables.

**Materiales y Métodos:** Desde diciembre de 2010, prospectivamente, se realizaron en el Complejo Asistencial Barros Luco (CABL) biopsias prostáticas ecodirigidas utilizando un equipo General Electric con transductor de 6,5 MHz. Se realizó profilaxis con pauta corta de ciprofloxacino y enema fleet la noche anterior. Se recolectan en forma



prospectiva datos demográficos, probables factores de riesgo, hallazgos ecográficos durante el procedimiento y complicaciones hemorrágicas e infecciosas en un control telefónico realizado a las 48 horas de este.

**Resultados:** Se han realizado 89 biopsias prostáticas hasta la fecha. La edad promedio de la serie fue de 66 años, con un APE promedio ajustado de 9,8 ng/ml y un volumen prostático de 43,5 cc. Complicaciones hemorrágicas menores y autolimitadas se observaron en un 36%, no presentándose complicaciones hemorrágicas mayores. Cabe destacar que hubo 10 casos con complicaciones infecciosas, resultando 3 de ellas con sepsis que requirieron hospitalización. No se encontró mayor incidencia de complicaciones en pacientes diabéticos ni fumadores, como tampoco en aquellos cuya biopsia fue positiva. Al contrario, sí hubo correlación en usuarios de catéter urinario permanente y uso de quinolonas previo al procedimiento.

**Conclusiones:** Si bien el análisis preliminar de los datos demuestra asociación entre factores de riesgo y complicaciones, la serie aún es pequeña para poder extrapolar estas asociaciones a la población general. Actualmente, la serie descrita sigue su curso prospectivo. Es nuestro deber aumentar la casuística, ya que pueden agregarse nuevos factores de riesgo que tenemos que tener en cuenta al realizar una biopsia a nuestros pacientes.

#### PO87) URGENCIA UROLÓGICA Y SU MANEJO EN UNIDAD DE EMERGENCIA

**Drs. Gastón Astroza E<sup>1</sup>, Cristian Díaz<sup>1</sup>, Daniella Espinola<sup>2</sup>, Pablo Aroca<sup>1</sup>, Gonzalo Valdevenito<sup>1</sup>, Alvaro Kompatzki<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital Barros Luco, Santiago.*

**Introducción:** Las urgencias urológicas, en el servicio público, suelen ser ingresadas y manejadas por la unidad de emergencia. En esta unidad son cirujanos generales quienes deben decidir manejos o indicaciones de hospitalización en estos pacientes. Hoy en día la rotación por especialidades como urología no está incluida en la totalidad de mallas curriculares de las especialidad de cirugía general. A su vez, no todas las unidades de emergencia cuentan con especialistas de llamado.

**Objetivo:** Evaluar conocimientos generales de patología urológica de urgencia y su manejo por cirujanos de las unidades de emergencia. Evaluar si existe o no diferencias entre especialistas que realizaron rotación en urología o no.

**Material y Métodos:** Se realizó encuesta, anónima, con preguntas de patología urológica de urgencia y manejo relacionado a estas, a cirujanos de 2 unidades de emergencia de hospitales tipo I. Se asigna puntaje considerando correctas menos incorrectas/2. Se analizan puntajes obtenidos según porcentajes sobre el total y se compara si existe diferencia entre cirujanos con o sin rotación de urología en programa de especialidad. Para análisis se utilizó T. Student,  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Total de 36 encuestas. En 29 casos, los entrevistados recibieron instrucción de urología en su período de formación. El puntaje alcanzado de respuestas correcta por cirujano varía entre 4,5 y 15,5 de un total de 17 puntos. En 13 casos (36,1%) se obtuvo más del 75% de los puntos, en 8 menos de 60% y 3 menos del 50%. No hubo diferencia entre quienes recibieron o no formación urológica ( $p 0,99$ ).

**Conclusión:** Los puntajes obtenidos son regulares a bajos, sin encontrarse diferencia entre quienes realizaron rotación de urología y quienes no. Esto se podría traducir en la clínica en manejos no óptimos.

**PO88) DAPOXETINA NUEVO FÁRMACO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ**

**Drs. Cristián Palma<sup>1</sup>, Antonio Fernández-Lozano<sup>1</sup>, David Ruiz<sup>2</sup>, Diego Reyes<sup>3</sup>, Rodrigo Jarpa<sup>1</sup>, Raúl Valdevenito<sup>4</sup>.**

*<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Servicio Andrología, Bogotá, Colombia. <sup>3</sup>Fundación Puigvert, Santiago, Chile. <sup>4</sup>Hospital Universitario Mayo, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La eyaculación prematura (EP) es la disfunción sexual más prevalente a lo largo de la vida del hombre. Diferentes intervenciones, ya sean psicológicas o farmacológicas, han sido utilizadas en su tratamiento con éxito variable en sus resultados. Presentamos un estudio sobre la eficacia de Dapoxetina en el tratamiento de la EP.

**Material y Métodos:** Se incluyeron 68 pacientes, con una edad media de 39 años (rango 22-64), activos sexualmente, con pareja estable, sin otra disfunción sexual concomitante ni adicciones a drogas o alcohol. Los pacientes presentaban EP primaria (42) y EP adquirida (26), con un tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria (IELT) inferior a 2 minutos. Se realizó un seguimiento durante 6 meses, con anamnesis general, cuestionario IIEF y valor del IELT mediante medición cronometrada por la pareja. Recibieron tratamiento con 30 mg de Dapoxetina a demanda y se realizaron visitas de base y mensuales durante el tratamiento. Se evaluó la respuesta clínica y efectos adversos.

**Resultados:** Abandonaron el estudio por cefalea 6 (9%), molestias digestivas 3 (4%) y compromiso del estado general 3 (4%). De los restantes 56, 18 (32%), no obtuvieron respuesta al tratamiento, mientras que los otros 38 (68%) mejoraron su IELT de una media basal de 39 segundos a 154 segundos de media. Los pacientes con EP adquirida respondieron mejor al tratamiento que aquellos con EP primaria. La satisfacción sobre su actividad sexual fue medida de 0 a 5 puntos (pregunta número 13 del cuestionario IIEF) mejorando desde 1,7 antes del tratamiento, a 3,8 puntos después del mismo ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La Dapoxetina se presenta como un fármaco seguro y útil en pacientes con EP, y como un apoyo efectivo en tratamientos combinados con terapias conductuales. Los resultados son similares a los obtenidos con los otros fármacos utilizados para la EP.

**PO89) NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA ECOGUIADA CON CATÉTER ARROW. EXPERIENCIA 2008-2011 DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

**Drs. Oscar Andrés Cárcamo M, Juan Andrés Venegas V, Danilo Jara V, Luis Vallejo.**

*Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile.*

**Introducción:** La nefrostomía es una técnica urológica que se utiliza para la derivación temporal de la vía urinaria. En el Hospital Van Buren de Valparaíso se ha implementado una técnica de nefrostomía percutánea ecoguiada que utiliza la técnica de Seldinger y el catéter Arrow 14 comúnmente utilizado como CVC. El presente estudio busca mostrar a la comunidad urológica las distintas aplicaciones y la técnica utilizada, el perfil de pacientes que se han visto beneficiados y el bajo costo y complejidad de su aplicación si bien no exento de complicaciones.

**Material y Método:** Se realizó un trabajo retrospectivo de revisión de fichas clínicas. El registro de pacientes se rescató del departamento de diagnóstico del Servicio de Urología del Hospital Van Buren entre los años 2008 y 2011. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, causa de derivación urinaria, bilateralidad, tiempo de mantención del catéter y complicaciones.

**Discusión:** Se obtuvieron un total de 45 pacientes con un promedio de edad de 50 años. De éstos 18 mujeres con un promedio de edad de 58 años y 27 hombres con un promedio de edad de 55 años. Dentro de las causas de

derivación se encontraron cáncer cérvico uterino, cáncer de próstata, litiasis, cáncer de vejiga, estenosis pieloureteral entre otras. Del total de pacientes 19 se sometió a nefrostomía bilateral mientras que el resto a nefrostomía unilateral. En promedio la o las nefrostomías se mantuvieron por 1,7 meses y dentro de las complicaciones se presentaron el desplazamiento del catéter, hematoma renal, hematuria, obstrucción del catéter y la descarga séptica.

**Conclusiones:** La nefrostomía percutánea ecoguiada con catéter arrow es una técnica muy útil para la derivación urinaria de urgencia, de bajo costo y con un nivel menor de complicaciones. Permite mejorar la función renal del paciente que cursa con una IRA post renal y posteriormente realizar una cirugía definitiva. Nuestra intención es describir la técnica para especialmente los Hospitales Públicos puedan considerarla dentro de los procedimientos invasivos que se pueden realizar con anestesia local.

#### PO90) VALOR DEL UROCULTIVO EN LA BIOPSIA PROSTÁTICA. ANÁLISIS PRELIMINAR DE UNA SERIE PROSPECTIVA

**Drs. José Ignacio Bonomo F<sup>1</sup>, Eduardo Chaparro R<sup>2</sup>, Cristian Garrido S<sup>3</sup>, Christian Morales D<sup>1</sup>, Francisco Bilbao P<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>HBLT, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile. <sup>3</sup>Universidad de los Andes. Candidato a Magister, Santiago, Chile.

**Introducción:** Dentro de los exámenes necesarios para disminuir la incidencia de complicaciones infecciosas tras una biopsia prostática se encuentra el examen de orina aséptica. En algunas ocasiones los pacientes programados en el sistema público de salud no acuden con éste y sólo cuentan con un examen de orina completa. Las horas de procedimientos son limitadas y en ocasiones uno decide realizar las biopsias sin este examen poniendo todo el peso de evitar las complicaciones en la profilaxis antibiótica. Cierta literatura internacional ha documentado que no aumentan las complicaciones infecciosas tras una biopsia prostática al no tener este examen, pero no existen publicaciones nacionales que evalúen esta variable.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal a contar de marzo de 2011 en el Hospital Regional de Antofagasta (grupo A) y en el Complejo Asistencial Barros Luco (grupo B). Se realizaron biopsias prostáticas ecoguiadas, enema fleet y pauta corta de ciprofloxacino. No se requirió urocultivo para su realización solo en la serie del grupo A. Se realizó un seguimiento telefónico a las 48 horas posprocedimiento para evaluar complicaciones infecciosas.

**Resultados:** El grupo de casos de los grupos A y B fueron 17 y 69 biopsias respectivamente. Las complicaciones infecciosas para el grupo A y B fueron de un 5 y un 12% respectivamente, no existiendo diferencia estadística. En el grupo A, sólo se documentó un caso de prostatitis el cual no requirió de hospitalización y se resolvió con tratamiento antibiótico oral en forma ambulatoria. En el grupo B, hubo 6 casos de prostatitis de los cuales 3 desencadenaron en sepsis requiriendo hospitalización.

**Conclusión:** Si bien es una serie pequeña y en aumento; el análisis estadístico realizado nos permite concluir que el urocultivo no es un factor determinante en las complicaciones infecciosas posbiopsia prostática. Esta conclusión es de doble importancia; clínicamente nos es útil para entregar mayor información a nuestros pacientes. En segundo lugar tiene un valor médico-legal; si nos vemos enfrentados a una complicación en un paciente al cual no le realizamos urocultivo contamos con una experiencia nacional que demuestra que el riesgo no aumentó.

---

## SESIÓN DE VIDEO

---

### Sesión de video I (V I)

**SÁBADO, 08 DE OCTUBRE DE 2011**

**14:30-16:30**

**SALÓN VOLCÁN CALBUCO, PISO -1**

**PRESIDEN: FELIPE BALBONTÍN**

**MARCELO SILVA**

V 50	TUMOR RENAL DERECHO CON TROMBO TUMORAL EN VENA CAVA INFERIOR Drs. Luís López; Cristian Garrido; <i>Ignacio Morales</i> ; Sr. Cristian Morales. Hospital Parroquial de San Bernardo	235
V 51	DIFICULTADES Y COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN URETERORRENOSCOPIA Drs. <i>Mario Fernández</i> ; Sr. Cristóbal Bettancourt; Alfred Krebs; Pablo Bernier; Raúl Lyng. Clínica Alemana de Santiago	235
V 52	MODELO ANIMAL DE PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA. Drs. Sergio Guzmán; <i>Iván Sáez</i> ; Javier Domínguez; Julián Varas; Francisco Rojas. Pontificia Universidad Católica de Chile	236
V 53	BACTERIURIA CRÓNICA SECUNDARIA A LITIASIS INFUNDIBULAR OBSTRUCTIVA: TRATAMIENTO CON URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE Drs. <i>Alfred Krebs</i> ; Sr. Cristóbal Bettancourt; Mario Fernández; Raúl Lyng. Clínica Alemana de Santiago	236
V 54	EL ROL DE LA VASCULATURA PROSTATICA COMO SEÑAL VISIBLE DE LA LOCALIZACION Y CURSO DE LOS HACES NEUROVASCULARES EN LA PROSTATECOMIA RADICAL ROBOTICA Drs. <i>Oscar Schatloff</i> ; Sanket Chauhan; Rair Valero; Young H. Ko; Fabio Ortega; Kenneth J. Palmer; Vipul R. Patel; Ananthakrishnan Sivaraman. Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health	237
V 55	PROSTATECOMIA RADICAL ROBOTICA DE SALVATAGE LUEGO DE CANCER DE PROSTATA RADIORRECURRENTE Drs. <i>Oscar Schatloff</i> ; Sanket Chauhan; Ananthakrishnan Sivaraman; Rafael F. Coelho; Marcelo A. Orvieto; Kenneth J. Palmer; Sr. Vipul R. Patel. Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health	237



- V 56 ASPECTOS TECNICOS DE NUESTRA TECNICA DE PROSTATECTOMIA RADICAL 238  
ROBOTICA APRENDIDOS DURANTE 4500 CASOS  
Drs. *Oscar Schatloff*, Rafael F. Coelho; Marcelo A. Orvieto; Kenneth J. Palmer; Vipul R. Patel;  
Haider A. Muhsin; Sanket Chauhan; Ananthkrishnan Sivaraman; Rair Valero; Jeff Coughlin.  
Global Robotics Institute, Florida Hospital Celebration Health
- V 57 VASOVASOSTOMÍA MICROQUIRÚRGICA 239  
Drs. *Cristián Palma*; Joaquim Sarquella; Raúl Valdevenito.  
Hospital Clínico Universidad de Chile

## V I) SESIÓN DE VIDEO I

### V 50) TUMOR RENAL DERECHO CON TROMBO TUMORAL EN VENA CAVA INFERIOR

**Drs. Ignacio Morales, Luis López, Cristian Garrido, Ignacio Morales, Cristian Morales.**  
*Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.*

Los tumores renales presentan trombo tumoral en el 4% a 10 % de los casos, pudiendo abarcar éste desde la vena renal, comprometiendo la vena cava inferior (VCI) hasta el atrio derecho. Según Neves y Zincke el compromiso tumoral por trombo se divide en I (renal, extensión <5 cm), nivel II (infrahepático, debajo vena cava infrahepática), nivel III (retrohepático) y nivel IV (atrial). Su manejo es un desafío para el cirujano por la dificultad operatoria, el potencial de hemorragia masiva y la posibilidad de embolia. Se presenta caso de paciente masculino de 62 años, con hematuria de 1 mes, cuyo estudio inicial con ecoabdominal fue compatible con hallazgo de masa renal derecha. Angiotac: masa heterogénea de 12 x 10 x 8 cms con ocupación de pelvis renal, trombo en vena renal con desplazamiento y compromiso por trombo de VCI. Etapificación negativa para diseminación secundaria T3bNxM0. Se clasifica como trombo nivel II, por lo que se decide realizar trombectomía asociado a cavotomía, con abordaje anterior. Se muestra técnica de clampeo de vena cava, cavotomía y trombectomía.

**Resultados:** 5 días de hospitalización, sin necesidad de transfusión. Drenaje retirado al 4 día. Histología: Tu variante células claras Grado III de fuhrman, con invasión de cápsula y vena renal.

### V 51) DIFICULTADES Y COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN URETERORRENOSCOPIA

**Drs. Mario Fernández<sup>1,2</sup>, Cristóbal Bettancourt<sup>2</sup>, Alfred Krebs<sup>1,2</sup>, Pablo Bernier<sup>1</sup>, Raúl Lyng<sup>1</sup>.**  
*<sup>1</sup>Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.*

**Introducción:** El objetivo del video es mostrar soluciones y recalcar conceptos frente a distintas situaciones de dificultad técnica relativamente frecuentes durante la ureterorrenoscopia semirrígida y flexible.

**Material y Métodos:** En el primer caso se muestra una falsa vía en la unión pieloureteral en un caso en el cual se prescindió de guía de seguridad, a pesar de lo cual se logra, en forma fortuita, paso a la pelvis renal. En el segundo caso se observa el paso del ureteroscopio a través de una zona estrecha en el uréter proximal con ayuda de una segunda guía instalada a través del mismo instrumento. En el tercer caso se muestra la fragmentación con laser Holmium de múltiples cálculos en un canastillo impactado en una zona estenótica del uréter distal. Por último, se aprecia la extracción de un fragmento litiasico de un cáliz renal con ayuda de un sistema de irrigación de alta presión.

**Resultados:** Como se demuestra en el video, es posible resolver cada una de las situaciones presentadas aplicando los métodos descritos.

**Conclusiones:** La ureterorrenoscopia semirrígida y flexible no está exenta de riesgos y presenta con frecuencia dificultades técnicas que pueden conducir a complicaciones o a la imposibilidad de completar el procedimiento. Recursos técnicos simples pueden ayudar a superar estos problemas, concluyéndose el procedimiento en forma exitosa. Consideramos relevante la estandarización del procedimiento, lo cual contribuye a reducir los riesgos al mínimo.

**V 52) MODELO ANIMAL DE PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA**

**Drs. Iván Sáez V, Sergio Guzmán, Javier Domínguez, Julián Varas, Francisco Rojas.**

*Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

**Introducción:** La cirugía laparoscópica requiere la adquisición de habilidades y destrezas que son factibles de entrenar en laboratorios de realidad simulada. Uno de los modelos de simulación con mejor validez es el modelo animal. Presentamos en este vídeo un modelo animal de Pieloplastia laparoscópica, cirugía de alta complejidad técnica, que requiere entrenamiento avanzado.

**Materiales y Métodos:** Se disecciona un pollo doméstico por la cara anterior, exponiendo el buche y el esófago. Estas estructuras se asemejan a la pelvis renal y el uréter. Se trabaja en un endotrainer, seccionando la unión de ambas estructuras. Luego se espátula el esófago (uréter) y se anastomosa sobre el buche (pelvis renal) con sutura continua de vicryl 3.0. Finalmente se prueba la permeabilidad y hermeticidad mediante el llene del buche a través de una sonda esofágica.

**Resultados y Conclusiones:** Este modelo está siendo aplicado en el programa de entrenamiento avanzado de los residentes de urología de nuestro hospital. Con los resultados de la curva de aprendizaje, más el análisis de cada uno de los intentos realizados, se pretende validar el modelo para su publicación.

**V 53) BACTERIURIA CRÓNICA SECUNDARIA A LITIASIS INFUNDIBULAR OBSTRUCTIVA: TRATAMIENTO CON URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE**

**Drs. Alfred Krebs<sup>1</sup>, Cristóbal Bettancourt<sup>2</sup>, Mario Fernández<sup>1</sup>, Raúl Lyng<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Medicina CAS-UDD, Santiago, Chile.*

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente hombre de 70 años, con múltiples antecedentes cardiovasculares. En su historia urológica destaca litotripsia extracorpórea hace aproximadamente 10 años por litiasis renal derecha. El paciente presenta bacteriuria crónica y anemia de 1 año de evolución, con requerimiento de múltiples transfusiones. La evaluación hematológica es compatible con anemia de enfermedad crónica. El TAC de Abdomen y Pelvis, muestra: Litiasis infundibular media derecha obstructiva de 9 mm, con severa dilatación de cálices. Se revisa el caso en conjunto con Cardiología y Hematología. Dadas las imágenes, se plantea que la litiasis infundibular obstructiva pudiera ser la causa de la bacteriuria crónica y secundariamente, de la anemia en este paciente. Se decide intentar resolución mediante ureterorenoscopia flexible.

**Material y Métodos:** Se recopila información de su historia médica previa y se rescatan las imágenes realizadas. Se muestra el video de la ureterorenoscopia flexible realizada, además de los resultados postoperatorios.

**Resultados:** Procedimiento sin incidentes. Retiro de catéter doble pigtail a las 6 semanas. Control a los 6 meses demuestra buena evolución clínica, hematócrito estable sin requerimiento de nuevas transfusiones y urocultivo negativo.

**Conclusiones:** Se expone el caso de un cálculo infundibular obstructivo, que condiciona bacteriuria crónica y anemia secundaria, en el contexto de un paciente con alto riesgo quirúrgico. La URS flexible es una opción terapéutica segura y efectiva en este caso.

V 54) **EL ROL DE LA VASCULATURA PROSTÁTICA COMO SEÑAL VISIBLE DE LA LOCALIZACIÓN Y CURSO DE LOS HACES NEUROVASCULARES EN LA PROSTATECOMÍA RADICAL ROBÓTICA**

Drs. **Oscar Schatloff**<sup>1,2</sup>, **Sanket Chauhan**<sup>2</sup>, **Rair Valero**<sup>2</sup>, **Young H. Ko**<sup>1</sup>, **Fabio Ortega**<sup>2</sup>, **Kenneth J. Palmer**<sup>1</sup>, **Vipul R. Patel**<sup>2</sup>, **Ananthkrishnan Sivaraman**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Global Robotics Institute, <sup>2</sup>Florida Hospital Celebration Health, Celebration, FL, United States.

**Introducción:** La preservación de los nervios cavernosos es uno de los pasos más desafiantes de la prostatectomía radical, principalmente debido a la falta de señales visuales que permitan identificar la localización y curso de los haces neurovasculares (HNV). La arteria prostática se ubica a lo largo del borde lateral de la próstata y pudiera ayudar a localizar los haces neurovasculares durante la prostatectomía radical. El objetivo de este estudio es determinar el rol de la vasculatura prostática como señal de la localización de los HNV durante la prostatectomía radical robótica.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo de 133 pacientes consecutivos que fueron sometidos a PRR por un cirujano único entre enero y febrero de 2011. Se realizó una evaluación intraoperatoria para identificar la relación entre la técnica de preservación de HNV con la vasculatura de la próstata. Un uropatólogo ciego a la evaluación del cirujano midió el área de tejido nervioso remanente en la pieza quirúrgica (TNRPQ) en la zona posterolateral de la próstata.

**Resultados:** La arteria prostática fue identificada durante la cirugía en 73,3% (195/266) de los lados operados. El área de TNRPQ fue significativamente menor cuando la técnica de preservación de HNV correspondió a un plano medial a la vasculatura prostática (entre la próstata y la vasculatura prostática) que a un plano lateral a dicha vasculatura (mediana (IQR) de 0 (0-3) mm<sup>2</sup> vs 14 (9-25) mm<sup>2</sup>, p <0,001).

**Conclusión:** La vasculatura prostática es una señal identificable durante la preservación de HNV en la prostatectomía radical robótica. Pequeños ajustes entre el plano entre la vasculatura y la próstata resulta consistentemente en una preservación completa o casi completa de nervios cavernosos.

V 55) **PROSTATECOMÍA RADICAL ROBÓTICA DE SALVATAGE LUEGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA RADIORRECURRENTE**

Drs. **Oscar Schatloff**<sup>1,2</sup>, **Sanket Chauhan**<sup>2</sup>, **Ananthkrishnan Sivaraman**<sup>1</sup>, **Rafael F. Coelho**<sup>2</sup>, **Marcelo A. Orvieto**<sup>1</sup>, **Kenneth J. Palmer**<sup>2</sup>, **Vipul R. Patel**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Global Robotics Institute, <sup>2</sup>Florida Hospital Celebration Health, Celebration, FL, United States.

**Introducción:** Nuestro objetivo es reportar los resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos iniciales en una serie de prostatectomía radical robótica de salvataje (PRR-S) en pacientes con cáncer de próstata radiorrecurrente.

**Material y Métodos:** La información de 19 pacientes operados por un cirujano único (VRP) entre julio de 2002 y octubre de 2010 fue prospectivamente recolectada. El tratamiento previo consistió en radiación externa (RE) en 9 casos, braquiterapia (BT) en 7 casos, RE + BT en 2 casos y tratamiento con protones en un caso. Se definió recidiva bioquímica de acuerdo al criterio de la ASTRO (nadir + 2 mg/ml). Se realizó una biopsia confirmatoria y estudio de diseminación en todos los casos. La continencia urinaria se definió como continencia completa y no uso de paños. Pacientes con erecciones suficientes para penetración fueron considerados potentes. Recidiva bioquímica se definió como APE >0,2 ng/ml.



**Resultados:** La mediana (IQR) de la edad, IMC, puntaje SHIM y AUA fue de 66 años (60-70,5), 30 kg/m<sup>2</sup> (27-32,5), 5(4-15), y 12 (7,5-13) respectivamente. La mediana (IQR) del nadir del APE después de RT y del APE al momento de la cirugía fue 1,2 ng/ml (0,75-1,2) y 4,3 ng/ml (3,4-4,9) respectivamente. Seis pacientes estaban en terapia hormonal al momento de la cirugía. La mediana (IQR) del tiempo operatorio y sangrado intraoperatorio fue de 92,5 min (90-107,5) y 100 ml (100-100) respectivamente. En 26,3% (5/19) de los pacientes se realizó una preservación parcial de los haces neurovasculares, mientras que en el resto no hubo preservación. No hubo complicaciones intraoperatorias. En análisis histopatológico, 26,3% tuvo estadio pT2, 42,1% pT3a y 26,3% pT3b. Márgenes quirúrgicos positivos se encontraron en 15,8% de los casos. La mediana (IQR) de estadía hospitalaria y días de cateterización fue de 1 día (1-2) y 8 días respectivamente (7-11). Hubo 3 complicaciones (15,8%) en dos pacientes (10,5%). Quince pacientes completaron al menos 6 meses de seguimiento, de estos un 80% estaban continentales y ninguno potente. Con una mediana (IQR) de seguimiento de 29 meses, 21% tuvo recidiva bioquímica.

**Conclusión:** PRR-S es un procedimiento seguro y con resultados oncológicos esperanzadores cuando es realizado por un cirujano experimentado.

## V 56) ASPECTOS TÉCNICOS DE NUESTRA TÉCNICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA APRENDIDOS DURANTE 4.500 CASOS

**Dr. Oscar Schatloff<sup>1,2</sup>, Rafael F. Coelho<sup>2</sup>, Marcelo A. Orvieto<sup>1</sup>, Kenneth J. Palmer<sup>2</sup>, Vipul R. Patel<sup>1</sup>, Haider A. Muhsin<sup>2</sup>, Sanket Chauhan<sup>1</sup>, Ananthakrishnan Sivaraman<sup>2</sup>, Rair Valero<sup>1</sup>, Jeff Coughlin<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Global Robotics Institute, <sup>2</sup>Florida Hospital Celebration Health, Celebration, FL, United States.

**Introducción:** Demostrar los aspectos técnicos más relevantes de nuestra técnica quirúrgica a lo largo de nuestra extensa experiencia de más de 4.500 casos.

**Material y Métodos:** Demostración audiovisual de estas modificaciones técnicas y sus resultados. Abordaremos la suspensión uretral, plicatura vesical, técnica de preservación de haces neurovasculares y reconstrucción posterior del esfínter estriado. Continencia fue definida como la ausencia de goteo y el no uso de paños. Potencia fue definida como la capacidad de tener erecciones suficientes para penetración en al menos 50% de los casos.

**Resultados:** La suspensión uretral se asoció a mayor continencia a los 3 meses (83% vs 92,8%,  $p=0,01$ ). La reconstrucción posterior se asoció con menor tiempo hasta continencia (4 vs 6 semanas,  $p=0,03$ ) y menor porcentaje de fístula urinaria (0,4% vs 2,1%,  $p=0,03$ ). La técnica retrógrada y atérmica de preservación de haces neurovasculares se asoció con una alta tasa de recuperación de la función sexual a los 12 meses (91%) en pacientes con puntaje SHIM >21 preoperatorio.

**Conclusión:** Modificaciones técnicas adoptadas en una vasta experiencia de 4500 casos han contribuido a conseguir excelentes resultados funcionales en prostatectomía radical robótica.

**V 57) VASOVASOSTOMÍA MICROQUIRÚRGICA****Drs. Cristián Palma<sup>1</sup>, Joaquim Sarquella<sup>1</sup>, Raúl Valdevenito<sup>2</sup>.***<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>2</sup>Servicio Andrología, Santiago, Chile.*

**Introducción:** La vasectomía es un procedimiento quirúrgico electivo que pretende obstruir o eliminar un segmento de ambos conductos deferentes. Es actualmente la causa más frecuente de azoospermia obstructiva. Se estima que hasta el 6% de los hombres que se han sometido a ella desean que sea revertida. El objetivo de este video es presentar la técnica de vasovasostomía microquirúrgica (VV) en un paciente de 42 años operado de vasectomía hace 8 años.

**Material y Métodos:** Se realiza una incisión longitudinal de 2 cm a cada lado del escroto. Después de identificar, disecar y seccionar los extremos de los vasos deferentes, se comprueba la permeabilidad del deferente testicular observando a través de análisis microscópico la presencia de espermatozoides en el fluido seminal secretado. Utilizando el aproximador de Goldstein y material microquirúrgico básico se realiza la anastomosis microquirúrgica término-terminal con 4 puntos cardinales de sutura con un monofilamento de nylon 10-0 no reabsorbible (Alcon) en un plano mucosa-muscular y de 4 a 6 puntos adicionales con el mismo material para anclar la capa músculo-serosa. Se comprueba que la anastomosis quede libre de tensión. Todo el procedimiento se desarrolló con un microscopio quirúrgico Carl Zeiss® modelo OPMI.

**Resultados:** Se realiza espermograma de control a los 3 meses objetivando una concentración de  $24 \times 10^6$ /ml de espermatozoides en el eyaculado.

**Conclusiones:** La VV es una técnica efectiva, con buenos resultados, y que además tiene una morbilidad similar a la que existe tras una biopsia testicular necesaria para la realización de una FIV-ICSI, con la ventaja de eliminar todo riesgo para la mujer. Presenta además menor riesgo de embarazos múltiples y la posibilidad de conseguir más de un embarazo. De esta manera, estimamos que la VV es el método de elección para aquellos pacientes que deseen tener hijos después de haberse sometido a una vasectomía.