# REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Fundada en Agosto de 1925

### SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

VOL. 74

- Nº3 (Suplemento) -

AÑO 2009

XXXII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA HOTEL DE LA BAHÍA, ENJOY COQUIMBO - CHILE 28 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE, 2009





# Líder por naturaleza

# RAPIDO...

La parte externa de la bicapa (35%) se libera inmediatamente, proporcionando altos niveles en sangre las primeras 2 horas.(1)

# SOSTENIDO...

El remanente (65%) se libera gradualment asegurando que con una dosis diaria se logre actividad bactericida las 24 horas





Unica Quinolona UROESPECÍFICA de una toma diaria Mayor éxito clínico (2) que las presentaciones Bid en ITU

- Erradicación más rápida = menor probabilidad de resistencia
- Comodidad y mayor cumplimiento de la Terapia ¡Sólo un comprimido al día!

### Anferencia ::

- 1) Stass H.y cols. Pharmacokinetics of a new ciprofloxacin once daily formulation for the treatment of complicated unit
- 2) Talan DA, y cols. Extended-Release ciprofessorin (Cipro XR) for treatment of utinary tract infections. int. L'Antimicrobial Agents 2004: 2251-554-66.



Bayer HealthCare Bayer Schering Pharma



# XXXII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA HOTEL DE LA BAHÍA, ENJOY COQUIMBO - CHILE 28 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE, 2009



# **REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA**

# DIRECTOR - EDITOR

Dr. Octavio Castillo C.

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. Octavio Castillo C,
Edificio Médico Alcántara, Apoquindo 3990, oficina 809, Las Condes, Santiago
E mail: E mail: dr.octaviocastillo@gmail.com



Producción gráfica Gaete y Cia Ltda Fono 225 3951 - 204 2464 • E-mail: gaeteycia@gmail.cl



# COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXXII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA

Dr. Humberto Chiang M.
Dr. Rodrigo Leyton N.
Dr. Gustavo Salgado B.
Dr. Alfredo Velasco P.
Dr. Norman Zambrano A.
Dr. Ricardo Zubieta A.

## PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Cristian Trucco B.

# PRESIDENTE COMITÉ DE PREMIACIÓN

Dr. Mario Gorena P.

# PRESIDENTE COMITÉ LOCAL

Dr. Sergio Vildósola B.

# SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGÍA DIRECTORIO 2009-2010

Presidente Dr. Alfredo Velasco P.
Vicepresidente Dr. Cristián Trucco B.
Secretario Dr. Norman Zambrano A.
Tesorero Dra, Paulina Baquedano D.
Past President Dr. Gustavo Salgado B.

Directores Dr. Humberto Chiang M.
Dr. Rodrigo Leyton N.
Dra Nelly Letelier C

Dra. Nelly Letelier C. Dr. Tomás Olmedo B.

Dr. Juan Pablo Valdevenito S.

Filial Sur Dr. Mario Orio A. (Presidente)

Capitulo Incontinencia Urinaria Vejiga Neurogênica y Urodinamia

Vejiga Neurogénica y Urodinamia Dr. Humberto Chiang M. (Presidente)
Capitulo Urología Pediátrica Dr. Ricardo Zubieta A. (Presidente)



### **AUSPICIADORES**

Bayer S.A.
GlaxoSmithKline
Promedic
Corporación Farmacéutica Recalcine
Reich S.A.
Roche Chile Ltda.
UMS Chile S.A.

Abbott Laboratories de Chile Ltda.
Importadora y Distribuidora Arquimed Ltda.
AstraZeneca
ATM

Boehringer-Ingelheim
Johnson & Johnson
Laboratorio Pasteur
Laboratorio Labomed
Novartis Oncology
Pharma Investi de Chile S.A.
Promedon Chile S.A.
Surmedical
Torregal Chile

Eli Lilly Laboratorio Rider Tecnofarma S.A.

Allmedica Bacsa Laboratorio Kampar Mellafe y Salas

### **PATROCINIOS**

Confederación Americana de Urología (CAU)
Federación Argentina de Urología (FAU)
Universidad de Chile
Pontificia Universidad Católica de Chile
Universidad Diego Portales
Universidad de Santiago de Chile
Universidad Finis Terrae
Universidad de los Andes
Universidad Mayor

Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)

Colegio de Enfermeras

Ilustre Municipalidad de Coquimbo

Ilustre Municipalidad de Coquimbo
Ilustre Municipalidad de La Serena
Servicio de Salud Coquimbo IV Región
Sociedad Médica de Santiago



### **PROFESORES INVITADOS**

Gerald Andriole, MD
Professor of Surgery and Chief,
Division of Urologic Surgery,
Washington University School of Medicine

Dean George Assimos, MD

Wake Forest Univ. School of Medicine
Dept. of Urology – Medical Center Blvd.

Winston-Salem, NC

Dr. Omar Grossi Presidente Federación Argentina de Urología - FAU

Vipul Patel, MD

Medical Director of Global Robotics Institute

Medical Director of Urologic Oncology Program

Associate Professor of Urology at

University of Central Florida

Prof. Michael Peyromaure
Professor of Urology,
Department of Urology, Cochin Hospital
Paris-René Descartes University, Paris, France

Prof. Richard C. Rink Riley Hospital for Children Indiana University Medical Center

Chung Kwong Yeung, MD Institute of Chinese Medicine The Chinese University of Hong Kong Prince of Wales Hospital Shatin, Hong Kong

Dr. Jorge Gutiérrez Correa Hemato-Oncólogo Clinica Las Condes Director del Grupo Oncológico Cooperativo Chileno, GOCCHI 



# EDITORIAL

### Estimados urólogos:

Este año como es tradicional realizamos nuestro Congreso anual de la Sociedad Chilena de Urología, en provincia. Hemos organizado el Congreso en las ciudades de La Serena y Coquimbo que nos reciben con nuevas instalaciones y un moderno centro de convenciones.

Como Sociedad, Directorio y, especialmente, el Comité Organizador ha realizado un importante esfuerzo para traer lo más avanzado de la Urología mundial a este Congreso, por lo que pensamos que será una inigualable posibilidad de compartir y expandir el conocimiento.

El programa científico es de primer nivel y además cuenta con dos cursos Precongreso para urólogos pediatras y para urólogos generales.

El curso Precongreso se ha consolidado como una buena instancia para conocer en forma práctica y coloquial algunos trucos que son útiles en la práctica clínica habitual.

Durante el Congreso contaremos con importantes invitados extranjeros de primer nivel: Dres. Vipul Patel, Gerald Adriole, Dean George Assimos, Michael Peyromaure (Francia) y los urologos pediatras Dres. Richard Rink y CK Yeung.

El Dr. Patel nos mostrarà los avances en cirugia robótica que se ha instalado como una nueva alternativa para resolver la patología urológica. En la técnica de cirugia robótica, el es una autoridad mundial en la materia. Así mismo estos avances posiblemente sean la vanguardia del desarrollo de la urología del siglo XXI.

En el área de la urología pediátrica, haremos el Congreso en conjunto con las jornadas del Hospital Exequiel González Cortés, donde también se contará con invitados de prestigio mundial.

Destacamos la presencia también del Dr. Peyromaure quien viene como invitado especial de la Asociación Francesa de Urologia, con quien la Sociedad tiene un convenio de intercambio para estadías de perfeccionamiento.

Como ya se les ha comunicado oportunamente, el directorio ha decidido solicitar los trabajos in extenso, junto con los abstracts o resúmenes. Esto, con el fin de tener el material de publicación para la Revista Chilena de Urologia y poder evaluar, por parte del comité de premiación, a los mejores trabajos con todos los elementos y objetividad.



No quisiera dejar pasar esta instancia para recordarles que el próximo año tendremos, como es habitual, el curso de la Sociedad que será organizado en conjunto con la ICS —International Continence Society—, curso que ya se encuentra confirmado. Así también el próximo año seremos la sede del congreso CAU, al cual hemos destinado importantes esfuerzos y recursos, para que sea también recordado como el que realizó nuestro país en el año 1996.

Por último quiero destacar y agradecer, especialmente, al Comité Organizador, al Comité Científico, al de Premiación y al Comité Local, que han postergado sus propias actividades, sacrificando muchas veces tiempo de descanso y familiar para poder llevar a ustedes este nuevo Congreso.

Esperamos que este Congreso sea, una vez más, una instancia para compartir, aprender y disfrutar en grupo.

Dr. Alfredo Velasco Presidente de la Sociedad Chilena de Urologia



# EDITORIAL

### Estimados colegas:

Como una iniciativa de este Editor, hace 3 años comenzamos a publicar el programa y los resúmenes del Congreso Chileno de Urologia como un suplemento de la Revista.

Nuestro propósito era que cada resumen presentado y, eventualmente, no publicado en esta Revista u otras, existiera como una referencia bibliográfica para futuras publicaciones sobre el mismo tema.

Esta finalidad se ha cumplido hasta hoy, de tal modo que es un cigullo presentaries el Suplemento de la Revista Chilena de Urologia, correspondiente al XXXII Congreso Chileno de Urologia, a efectuarse en Coquimbo Chile, entre el 28 y 31 de octubre de 2009.

Dada la calidad de los trabajos presentados y al prestigio de los invitados nacionales y extranjeros, este Congreso, al igual que los que le han antecedido, tendrá pleno éxito.

El rol de la Sociedad Chilena de Urologia, y de la revista como su principal organo de difusión, es velar por la excelencia académica y de la práctica profesional. Para cualquiera que lea este Suplemento, este objetivo está plenamente cumplido.

Gaete & Cia. han hecho una excelente labor y no puedo dejar pasar la oportunidad de agradecerles una vez más por su trabajo de excelencia.

Que tengan una grata estadía en Coquimbo, disfruten del Congreso, de su mar y de sus productos, y que el Congreso sea todo un éxito.

Les saluda afectuosamente.

Octavio Castillo Editor Jefe Revista Chilena de Urologia

Santiago de Chile, octubre de 2009





# XXXII CONGRESO CHILENO DE UROLOGÍA - 2009

# PROGRAMA CIENTÍFICO

# Miércoles 28 de octubre de 2009 Curso Urología Pediátrica

	riogia i calatifoa	
SALÓN PLE	NARIO - BAHIA 2	
08:00-08:30	Inscripciones	
08:30-08:45	Bienvenida	Dr. R. Zubieta
A DESCRIPTION OF THE PARTY OF T	Reseña Histórica	Dra. D. Reyes
	Módulo I	200.000
	Moderan: Dr. R. Gana, Dra. M. Quitral	
08:45-09:05	Daño Renal y Reflujo Pre-Natal ¿cuál es su relación?	Dr. E. Ruiz
09:05-09:25	Puesta al dia Complejo extrofia - epispadia	Dr. P.J. López
09:25-09:45	¿Cômo y cuándo estudiar la vegija en RN con patología compleja?	en rue copec
- Endrana Inte	(VUP, MAR, RVU, MMC y PB).	Dr. C. K. Yeung
09:45-10:05	Disrafia Oculta, ¿cuándo preocuparse?	Dr. E. Cornejo
10:05-10:25	Discusión	an a contrapt
10:25-10:45	Café	
10:45-12:15	Mesa Redonda: Disfunciones miccionales	
3170111100011110	Moderan: Dra. N. Letelier, Dr. J. Rodriguez	
10:45-10:55	¿Puede una disfunción miccional fetal explicar una HN congénita?	Dra. G. Retamal
10:55-11:05	¿Qué hacer hoy frente a un tactante con ITU y con estudio normal?	Dr. I. Salgado
11:05-11:15	¿Cuáles son los test validados para disfunción miccional en niños?	Dr. R. Ramirez
11:15-11:25	¿Cuáles son los exámenes no invasivos en disfunción miccional?	Dra. K. Ramirez
11:25-11:35	¿Influyen las disfunciones miccionales pediátricas en la edad adulta?	Dr. R. Rink
11:35-11:45	¿Cômo enfrentar en el siglo XXI las disfunciones miccionales en el niño?	With the Milling
	¿Qué resultados esperamos a corto y largo plazo?	Dr. C. K. Yeung
11:45-12:15	Discusion	Service In Testing
12:15-13:30	Almuerzo	
	Módulo II	
	Moderan: Dr. P.J. López, Dr. R. Encalada	
13:30-13:50	Experiencia en Rabdomiosarcoma Vesical con Braquiterapia	Dr. R. Gana
13:50-14:10	Manejo quirúrgico en Vejiga Neurogénica; Puesta al dia.	Dr. R. Rink
14:10-14:30	Ampliación Vesical con Sigmoide desmucosado; Puesta al dia.	Dr. R. Zubieta
14:30-14:50	Rol de la Laparoscopia en RVU: Ventajas y Desventajas. Técnica de	Or. Ct. Edibiotis
	Neoimplante Neumovesical	Dr. C. K. Yeung
14:50-15:10	Discusion	or of the roung
15:10-15:30	Café	
15:30-17:30	Mesa Redonda : Cuello Vesical	
	Moderan: Dr. R. Zubieta, Dr. J. M. Escala	
15:30-15:45	¿Qué se entiende por incompetencia cervical?	Dr. R. Yánez
15:45-16:00	Estudio actual de la competencia del cuello vesical	Dr. R. Rink
16:00-16:15	¿Cuándo haría un cierre de cuello?	Dr. F. Ossandón
16:15-16:30	¿Cuales son los resultados actuales de la cirugía de cuello y estinter artificial.	Dr. C. K. Yeung
16:30-16:45	¿Cuáles técnicas del adulto podemos utilizar en nuestros niños? ¿Cuándo?	Dr. R. Rink
16:45-17:30	Discusión	Art. 15; 15ility
17:30-18:00	Cierre Comité Organizador - Premiación	



# Miércoles 28 de octubre de 2009 Curso Pre-Congreso

SALÓN BAH	HA3	
STORES NOT A CONTROL	CURSO PRE-CONGRESO. Coordina: Dra. Nelly Letelier	
14:00-15:00	Inscripciones	
15:00-16:00	Infección urinaria en la mujer. Una puesta al día	
15:00-15:30	Enfrentamiento inicial	Dra. P. Yunge
15:30-16:00	ITU Recurrente	Dr. J. P. Valdevenito
16:00-16:30	Infección urinaria en pediatria	Dra. N. Letelier
16:30-17:00	Café	AGENTA THE SCHOOL SACRATION
17:00-18:00	Complicaciones en cirugia de incontinencia urinaria femenina	
M SANGAGAMODA	Manejo práctico. Panel Interactivo. Casos clínicos	Dr. H. Chiang
18:00-18:30	Disfunción eréctil. Rol de las prótesis peneanas	Dr. R. Leyton
20:00	Cena Residentes	140 S 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

# Jueves 29 de octubre de 2009

SALÓN PLE	NARIO - BAHÍA 3	
07:30-08:30	Inscripciones	
08:45-09:00	Discurso de Bienvenida	
TO SECURE OF THE PARTY.	Presidente Sociedad Chilena de Urología	Dr. A. Velasco
09:00-09:30	Futuro de la Cirugia Robótica	Dr. V. Patel
09:30-10:00	Manejo quirúrgico de pacientes con cálculos complejos	Dr. D. G. Assimos
10:00-10:30	Prostatectomia radical robótica, experiencia de 3.000 casos	Dr. V. Patel
10:30-11:00	Café	ASSOCIATION SOCIETY
11:00-13:00	Trabajos científicos	
13:00-14:00	Mesa Redonda: Cancer de Prostata	
	Modera: Dr. C. Trucco	
SECTIONS	Participan: Dr. F. Balbontin, Dr. M. Orio, Dr. V. Patel, Dr. M. Peyromaure	
14:00-15:30	Simposio Lunch: "Urodinamia". Moderan: Dr. H. Chiang - Dr. R.Zubieta.	married and a second
	Estado actual de las indicaciones de urodinamia (10 minutos)	Dra. K. Ramirez
	Estudios no invasivos y llene natural de la vejiga (10 minutos)	Dr. C. K. Yeung
	Estudio Urodinámico normal en el RN, lactante y preescolar (10 minutos)	Dr. C. K. Yeung
	Estudio Urodinámico en el adulto con vejiga neurogênica (10 minutos)	Dr. H. Chiang
	Estudio Urodinámico en la incontinencia de esfuerzo (10 minutos)	Dr. A. Dell'Oro
	Estudio Urodinámico en la incontinencia urinaria post prostatectomia (10 minutos)	Dr. R. Leyton
10.00 40.00	Discusión (30 minutos)	
15:30-16:00	Evolución a largo plazo de las Ampliaciones Vesicales	Dr. R. Rink
16:00-16:30 16:30-18:00	Manejo del paciente con hiperoxaluria	Dr. D. G. Assimos
18:00-18:30	Trabajos científicos	
18:30-19:00	Café  Caté	255
19:00-20:00	Sesión de videos: Caso de cirugia robótica	Dr. V. Patel
19.00-20.00	Simposio GlaxoSmithKline: Rol de los inhibidores de la 5c reductasa.	Dr. G. Andriole
20:30	Puesta al dia en hiperplasia prostática y prevención en cáncer de próstata Ceremonia de inauguración	
21:00	Cóctel de inauguración (Auspiciado por GlaxoSmithKline)	20060000
SALÓN BAHI	The Desire of the Control of the Con	Dr. A. Velasco
11:00-13:00	Presentación Posters	
SALON VALL		
6:30-18:00	Presentación Videos	
SALON AREN	VA.	
09 00-10:30	Encuentro Chileno-Argentino de Casos Clínicos Urologia Pediátrica Coordinadores: Dr. R. Zubieta - Dr. F. de Badiola	



11:00-14:00 Encuentro Chileno-Argentino de Casos Clinicos Urologia Pediátrica

# Viernes 30 de octubre de 2009

vicines 5	o de octubre de 2003	
SALON PLE	NARIO - BAHÍA 3	
08:00-08:30	Cirugia renal robótica	Dr. V. Patel
08:30-09:00	Cáncer vesical invasor ¿qué hay de nuevo en 2009?	Dr. M. Peyromaure
09:00-09:30	Impacto de la obesidad en la formación de cálculos renales	Dr. D. G. Assimos
09:30-10:00	Estudio COMBAT sobre prevención de cáncer de próstata con Dutasteride	Dr. G. Andriole
10:00-10:30	Cafe	
10:30-11:30	Mesa Redonda: Casos Clínicos en Urologia Pediátrica.	
	Modera: Dr. F. De Badiola	
	Participan: Dr. R. Rink, Dr. C. K. Yeung, Dr. J. Rodriguez, Dra. M. T. López, Dr.	J. Mena
11:30-12:00	Laparoscopia en Urologia Pediátrica: Pasado, presente y futuro	Dr. C. K. Yeung
12:00-12:30	Puesta al dia de reconstrucción de tracto urinario y técnicas de	19973-640-733-496
CONTRACTOR	Ampliaciones Vesicales	Dr. R. Rink
12:30:13:00	Novedades en hiperplasia prostática benigna	Dr. G. Andriole
13:00:13:30	Rol de la dieta en la formación de cálculos renales	Dr. D. G. Assimos
13:30-14:00	Tratamiento del cáncer renal localizado	Dr. M. Peyromaure
14:00:15:30	Simposio Lunch, Investigación y Desarrollo en Biotecnología (Cupo limitado)  Auspicia: Corporación Farmacéutica Recalcine	PhD Bernardita Araya
15:30-16:00	Visión actual y evidencias en el tratamiento de la enuresis. Auspicia: Ferring	Dr. C. K. Yeung
16:00-16:30	Observación activa en cáncer de próstata	Dr. M. Peyromaure
16:30-17:00	Avances técnicos en cáncer renal localizado	Dr. M. Peyromaure
17:00-18:00	Trabajos Científicos	Or. W. Coyloniaara
18:00-18:30	Café	
18:30-19:30	Mesa Redonda: Litiasis	
HER CONTRACTOR	Modera: Dr. C. Stein	
	Participan: Dr. A. Domenech, Dr. A. Krebs, Dr. D. G. Assimos	
20:30	Noche del Arte (Auspicia Bayer)	
SALÓN BAH	IA 2	
11:30-12:30	Presentación de Posters	
17:00-18:00	Presentación de Posters	
SALON ARE	ENA	

# Sábado 31 de octubre de 2009

10:30-11;30

Curso Enfermeria

SALÓN PLE	NARIO - BAHÍA 3	
08:00-09:00	Trabajos científicos	
09:00-10:00	Mesa Redonda: Tumor Testicular	
	Modera: Dr. S. Guzmán	
down regulariya	Participan: Dr. I. Pinto, Dr. G. Mac Millan, Dr. R. Riveri	
10:00-10:30	Café	
10:30-11:00	Simposio Roche: Impacto de la terapia antiangiogénica en el câncer renal	Dr. J. Gutiérrez
11:00-11:30	Cirugia del prolapso uro-genital ¿Mallas si o mallas no?	Dr. O. Grossi
11:30-12:00	¿Qué hacer cuando falla un sling?	Dr. O. Grossi
12:00-13:30	Trabajos científicos	Di. O. Giossi
13:30-15:30	UROTON (5 kms). Auspicia: Laboratorios Pasteur	
13:30-15:30	Almuerzo	
15:30-16:30	Mesa Redonda: Disfunción eréctil	
	Modera: Dr. R. Leyton	
	Participan: Dr. S. Moreno, Dr. A. Salazar, Ps. X. Fuentes, Dr. J. M. Ilzauspe	



16:30-17:00	Conferencia: Desarrollo patrimonial del urologo: Inversiones, tributación y	0.5588 (0.05 TO 5)
	protección patrimonial	Dr. A. Oswald
18:00-18:30	Café	
18:30-19:30	Mesa Redonda: Mallas en Urologia	
	Modera: Dr. A. Dell'Oro	
	Participan: Dr. T. Olmedo, Dr. O. Grossi, Dr. J. Frias	
19:30-20:00	Premiación Laboratorios	
20:30	Cena de Clausura	
SALÓN BAH	IIA 2	
16:30-18:00	Presentación de Posters	
SALON VAL	LE	
12:00-14:30	Presentación Videos	
16:30-18:00	Presentación Posters	
SALÓN ARE	NA .	
12:00-14:30	Curso Enfermeria	





# Zoladex 10.8 mg es el único análogo LH-RH premiado a nivel internacional.



2006: Premio "Starpack Technical Innovation Award", por el diseño del sistema SafeSystem.'



1991: Premio "Queen's Award for Technological Achievement", por el avance en el tratamiento del Cáncer de Próstata y por su sistema de liberación prolongada en una sola inyección.



1991: Premio "Award for for Drug Discovery", a los tres científicos: Barry Furr, Anand Dutta & Frank Hutchinson, por el descubrimiento de Zoladex.

Referencias:

- 1 www.starpack.uk.com/awards/index06.htm
- 2. www.queensawards.org







### Folleto de Información al Profesional

### 1. HOMBRE DEL PRODUCTO FARMACEUTICO

Zotadek I.A impante subcidáneo de liberación protongada 10 fins

### Z. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Occeniona sociato (equivalente a 15.8 nig de genanima)

### I FORMA FARMACEUTICA

implante depot jenneja pre-lienarta

### 4. PARTICULARIDADES CLÍNICAS.

4.1/m@cacignes terapeutices

Caricar de Préstata: Zotatica 10 il mg està indicado para el tratatrierro del cancer de printata positive del

Endometrissis: Zirladex 10 li mg esta indicado en el manayo de redometrisses, que incluye, el alves de cintomas. tales como dolor y reducción del tansario y numero do lessaries endometrales. El uso esta tentado a mugeres: mayores de 1E aros tratados por 6 reeses.

A.2 Posiblogra y metado de astronistración Varores adultos: Un implento de 10.5 mg de Zulades 10.8mg por myeculos subcutanes en la pased abdominal antennr, nata 12 servanos (ver Sección 5.1).

Majeres adultas: Un impliene de 111 fi ing de Zolades 10 filing por invección subcultanes en la pareit abdominal redevor, cada 12 servanas. No existe información clínica que axale el uso de este producto por ride de 6 exeses.

Ancientos: No es recesario apotar la docie en anciance.

Insuficiencia Renal: No ex recesami apellor la plujus un paciertes con insuficiencia renal.

Investigancia Hepatica: No ne recesario apetar la dosio en pecierera con insuficiencia hepatica.

Minos: No está intequeto se uso en ronos

Para la correcta administración de Zúlados, ver las midracopres en el solinelestache.

### 4.3 Contraindicaciones

Expense rockinidad como cida el la sundancia entiva o la otros analogos de LERRE o la cuelquena de sus exciprentes de este producto

Emburatory Archiespa (ver Second 4 E)

### 4.4 Advertencias especiales y precausiones especiales de uso

Zolodevi 10.6 mg no with indicado en niños, ya sue no se han establecció su segundad y eficucia en asie grupo

El trataferents con Zuradex 10.8 mg debe comoderana custadosamente en varoces que presentan un riesgo. expecial de desarrollar obetracción uniteral o comprissión de la medada espiral, y los paciertes deben vigilarue enfrechamente durante el primer mais de tratamiento. En caso de compresión de la medida supriar o multicarricar renal debida a stratrucción uniterial, o si se desarrollari estas complicaciones, debe administrarse el traquisiento Dorwendrandi contrapordenta:

En roueres. Zutades 10.8 mg está solamente indicado para uso en endometrosis. Para las mujeres que responsen un tratamiento con gesentina, consulte le información para prescribir de Zotodex 3 6 mg.

El viso de agonistas de LMMH puede causar una reducción de la donaciad mineral mos. En mujeres, la información actualmente disponible sugare que en la mayoria, la recupiración parcial de pondida done ocurre al suspender la terapia. En pacientes que reciben Zoladex 3 firig para el tratorniento de endomentana, la adición de una ferapla de reemptico hormanal (un estrogeno y un progestágino diarios) disminuya la perdida. de la demodad mineral seele y los sintornes vausenciores. No se cuerta con expenencia en el uno de tenapea. de namplaza hormonia en muerro due reciben Zoladex 10 fireg.

De ha observado uma reducción en la toteraticia a la glucosa en vanines que recises aponistas LHRH. Estase puede manifestar como diadetes o perdista no control de la gilcemia en aquellos con dishetes mellifiya preexciptionte. Por lo santo se debe tener en consideración la monitorización de la ginamia.

En algunus pacientes se puede prolonger el tampo para volver a mensionar luego de suspender la tesapa con: Zotader 10 imp.

El salo de Zolodex poedo provocar un aumento de la resistancia del coello atemio y debe tener presaución

Acquatyrantes, no hay información climica disponible sobre los efectos del tratamiento de enfermedades. ginecologicas benignas con Zoladex duraria periodos mayores de seix meses:

4.5 interacciones con eliros medicamentos y otras formas de interacción

### No se consce reguese.

### 4.6 Enthurazu y lactancia Enthweato

cuando se ditata el cuello uterco-

Zotadex 10 6 mg no debe ser usado durante el entranzos ya que existe un nesgo teórico de aborto is de anormalidad fecal at usor agonistas de la LHRH durante la gestación. Potencialminto, las mujeres fertiles debem examinarse cuidadosumente antes del troboniento para descurtar el embanaza. Deben empleante métodos antique applicate no hormonides durante el tratamento hasta que se manade la minafruscion.

Latterwie

No se reconventa el uno de Zatadex 10 8 reg sturante la tactancia.

### 4.7 Efectos en la capacidad de conducir o manejar maquinas

tivo hay evidencias que Zotades 10 firm produzha alteración arguna en la capacidad de conduite o manejar. MAGAININI IA

4.6 Efectos No desendos

Se han cumuricado casos raros de reacciones de rigidisensibilidad, incluyendo pertas mandestaciones de

Se han sellatado casos de artragia. Se han comunicado casos de panestasia inespecífica. Tumbién se han ustarresado casos de emposos custarea, que generalmente fueron teven y montraron una tegrescon sin que fuera terminario suspiendor al tratamininto

En pacientes tratados con Zolades se han observado ocasionalmente carridos de la presión arterial que se han muturodo en housenado o hipertensión. Generalmente, estas planaciones son instrutorias y ad repuelven dunante se tratamiento con Zolades o después de la suspensión del mismo. Diches alteraciones raramente bat. sido suficientes como para patificar una intervención médica, por ejemplo, la suspensión del tratamiente com-Zokeden

Como crun otros medicarceritos de esta clasar, se han saltatado casos mos tanos de apopietra hipóficia me la administración inicial de Zoladox 3.6 mg

En las yaranes, los efectos farmacoragicos consultan en Isuchonios, sudación y destinución de la I sexual, que rana vez requieren la syspensión del tratamiento. Se han observado raramente ginero sensitifidad mamaria. Al principio del tratamiento, file pacientes con cáncer de printata pueden no aumento temponol del dono illuso, el vuel puede tratana en forma serbenábila. Se han registrado con de compresión de la médute espinal.

Sie handbervielts una restunción en la tolorarena a la giuppas en varones que reciber agomistra LPF se puede manifester como diabeles si pendida del control de la giorenia en aquellos con diabeles m evirámite. Por lo tanto se distri terrer en consideración la monitorización de la gicentia

Despuirs de la setministración de Zoladex 3.6 mg se han requirado cacos antiestas de obstrucción (

La offização de agomites de LHFRH en virrones punde provocar una pérdida de la densidad minera SECCION 4.41.

En las myrers, on effectes farmacologicos consisten en pechamps, susbeción y disminución de la p servuiii, que rara vez requiexen la suspensión del tratamiento. Se han observado caramente cafalea de arorei moluyents depresión, requiedad vagoral y cambios en al tomprio de la marva. En incases co puede pourre una degeneración de los fibrirries.

Como con obse agonidas de LHRN, se tian reportado casos de formación de svano poliquetos.

La expenencia es sentaga con respecto a sobredusia en el ser humano. En los casos en que, por a se volvió a administrar Zuladex premuturamente o con una dosse mayor, no se observaron electos i chences supericultivos. Los ensayos en prompies augeren que, con deurs prox de Zidades 10 feng. mienfretarian otras reacciones aparte de los efectos terapecipos buscados sobre las concentracos hormones sexuales y soors el apprato reproductor. En caso de sobredoirs, esta debe manigarse a sintsmatca.

### 5 PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

Zolaiter (D. Ser(Butil) Azgly10 LHRH) es un analogo sinsitico de la hormona natural LHRH (hormona de fromona Meinicante). La administración cronica de Zondes 10 ting provista la intribución de la s Vigoficiaria de hypmona futernizanto, que conduce a una disminución de las concentraciones plasmi testrataryna en los varoces y las concernaciones de extrades plesandros en troperes. En la étapa i trabermento, como últico agoristas de la LHRH. Zolaries 10 8mg puede elevar en forma pasajera la cun planmatica de textusorona en hordires y la concentración de estradiol plasmatico en respons.

En les varones, aproximadamente 21 dias después de la primera inyección del implante, las comoes de festissierona alcanzari valorez equivalentes a los dosenvachos en la castración, y esta supresein o el se sigue administrando el tratamiento cuda 12 semanas.

En las mujeres, list concentraciones interreticais de estradici se suprimen por aproximadamente 4 : después de la prevera injección del anglante y se mantiene inhibida hasta el termino del periodo de in En pacientes con estradel ya entitudo por una analogo de LHRH, la supresión se maintiene en el ca terapia è Zotèdez 10 firm. La supressio del estradiol està associada con una respuesta en emborsele faxores utadivos y se refejará en una amenoresa en la respona de los pascentes

Durante el inicio del tratamiento cem Zotades algunas muperes poeden experimentar sungramanto s duración e internidad variable. Tal sangramento probativemente indica el sese de sangramiento est y se espera detención espontanea.

Durante at tratamiento con analogos de LHRIH los pocientes puestes comenzas la menopassia nature. H algunas mujeres no miniciam la menumiación al ferminal la terapia.

### 5.2 Propiedades farmacocineticas

La administración de Zolades 10 ting, de acuendo a les dose recomendas, parantiza que las exposigosenelina se mantengan sin acumulación de importancia clínica. Zalades se una muy poco a las pr fame una vida media de eliminación plasmatica de dos a cuatro horas en suprios cuya función renal e La vida media aumenta en pacientes con insuficienza renal. Cuando el compuesto la administra, i recomendado, en su presentación en impliente de 10 8 mg, este cambio no printipo acumulación. Po no es recesario modificar la dosse en estos paciernes. No se observan modificaciones importantes d farmacocinetica en pacientes con incuficiencia hepatica:

5.3 información proclinico de aemoridad

Despues de la administración repetida de Zotadex a largo plazo, se ha observado un sumente de la de tumbres tripoficiatios benignos en rates machos. Aunque este habitago es armiar al que se habita previornante un esta especio despoés de la castración quintegica, no se ha estatracido si es importa-

En natures, la administración repetida de múltiplos de la desse recomendada pala si ses humano proaffertackpress histologicals are cierties regiones del agravator digestrae, last cuales se traduprien en legery ios islotes pariorealidos y en una enformedad proliferativa beregna en la region pábrica del extimago registral terrésers serviciones lesson expontaneix en esta especie. Se désconçoir la importancia climas Publication.

### E PARTICULARIDADES FARMACEUTICAS

6.1Lista de excipiantes

Una meccia de copolimente de Michidolykiologii

### 8.2 Incompatibilidades

No sw-conscs ninguns

### 6.3 Vieta uni

3 after over feithe de expiración en el envises.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No se conservé a más de 25°C.

### 6.5 Maturaleza y contenido del envasa.

Dools ensca en jeringa aplicadora en un sobre sellado que contiene un dececarier Dools unica en jer aplicactura zon sustema de popunidad en un sobre sellado que contiene un deserunte

### 6.6 instrucciones de usa, manejo y desecho

Seguir las vistrucciones del medico. No se use si la bolius esta statasta. Osar el producto inmediatam después de abor la borsa.

Fecha de revisión del texto: 18 julio 2007





# ÍNDICE DE TRABAJOS LIBRES

		Pagina
JUEVES :	29 DE OCTUBRE AHÍA 3	
11:00-13:	00 hrs.	
CO 01	CORRELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE P53, KI67, CD30 Y CD117 Y LA PRESENCIA DE METÁSTASIS CLÍNICAS AL DIAGNÓSTICO EN SEMINOMA TESTICULAR Valdebenito JP, Miranda R, Fernández C, Vargas M Hospital Clínico Universidad de Chile	31
CO 02	EFICACIA DE LEUPROLIDE 11,25 MG PARA SUPRESIÓN DE TESTOSTERONA EN PACIENTES CON GÁNCER PROSTÁTICO  Corti D, Fonerón A, Troncoso L, Ebel L, Gil G, Valdevenito G, Vargas R, Pereira N  Servicio de Urología, Hospital Clínico Regional de Valdivia, Universidad Austral de Chile.	
	Nutricionista Hospital Clínico Regional de Valdivia	31
CO 03	IMPACTO DE LA OBESIDAD CENTRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PRÓSTÁTICO Y SU AGRESIVIDAD EN TUMORES cT1c Salvadó JA, Saavedra A, Sáez I, Trucco C, Arenas J, Montoya C, Cavada G Departamento de Urología, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Urología Hospital Sótero del Río	32
CO 04		32
CO 04	EL GLEASON TERCIARIO 5 ES UN IMPORTANTE PREDICTOR DE RECIDIVA EN PA- CIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y SCORE DE GLEASON 7 SOMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL Dominguez J, Lira F, Bustos F Departamento de Urología Universidad Católica de Chile	
		32
CO 05	GENES POSITIVOS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL?  Dominguez J, Lira F, Bustos F	
0000000	Departamento de Urologia Universidad Católica de Chile	33
CO 06	PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS DE 90 CASOS  Kerkebe M. Reyes E. Orellana N. Olivares R. Fuentealba C. Rojas J. Andrusco A. Wilckens J.  Sandajo de Uniterio Universita DEDESA. S.	
	Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile	34
CO 07	PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN ENTRE ABORDA- JE TRANSPERITONEAL Y EXTRAPERITONEAL	
	Kerkebe M, Reyes E, Orellana N, Olivares R, Fuentealba C, Rojas J, Andrusco A, Wilckens J	
	Servicio de Urología Hospital DIPRECA. Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile	34



		Página
CO 08	NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES DE 10 O MÁS CENTÍME- TROS	
	Kerkebe M, Reyes E, Orellana N, Olivares R, Fuentealba C, Rojas J, Andrusco F. Alexander, Rojas JC, Irusta G, Sandoval C, Salgado G, Wilckens J	
	Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. Servicio de Urologia Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile	35
CO 09	CISTECTOMÍA RADICAL: CALIDAD DE VIDA EN CONDUCTO ILEAL Y NEOVEJIGA ORTOTÓPICA	
	Trucco C, Walton A, San Francisco I, Int. Sujima E, EU. Diaz S, Dominguez J, Guzmán S. Martinez P, Martinez L	
	Departamento de Urologia, Hospital Clinico Pontificia Universidad Católica de Chile	36
CO 10	PROGRESIÓN METASTÁSICA EN EL CARCINOMA RENAL DESPUÉS DE NEFRECTO- MÍA RADICAL: APLICACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO	
	Westendarp M, Löpez JF, Vivaldi B, Coz LF, Domenech A, Fernández M, Figueroa A, Krebs A, Pizzi P y Zambrano N.	
	Servicio de Urología, Hospital Militar de Santiago	36
CO 11	COMPROMISO DE LA GRASA PERIGANGLIONAR COMO FACTOR DE RIESGO EN LINFADENECTOMIA INGUINAL MODIFICADA DE CÂNCER DE PENE Rojas J, Iturriaga C, Salgado G, Canales O, Salinas J, Sandoval C Gomez-Lobo M, Hidalgo J, Vidal A, Irusta G, Alvear M, Ravello I	
	Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. Campus Occidente, Universidad de Chile	37
JUEVES 2	29 DE OCTUBRE	
SALÓN B. 11:00-13:0		
POS 01	MORTALIDAD POR CÂNCER UROGENITAL EN CHILE Lôpez JF	
	Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes	41
POS 02	LA EXPRESIÓN DE HER-2 EN LAS CÉLULAS CANCEROSAS EN LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA EN HOMBRES CON CÁNCER PROSTÁTICO NO ES UN MARCADOR DE DISEMINACIÓN: CORRELACIONES CON LA PRESENCIA Y EXPRESIÓN DE HER-2 EN MICROMETÁSTASIS ÓSEAS	
	Murray N, Reyes E, Badinez I, Orellana N, Dueñas R	41
POS 03	CÉLULAS PROSTÁTICAS EN LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA SECUNDARIAS (2º CPCS) EXPRESANDO P504S PREDICEN LA RECIDIVA BIOQUÍMICA EN PACIENTES SOME- TIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL CON ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO DETECTABLE SIN CRITERIO DE RECIDIVA BIOQUÍMICA	
	Badinez I, Orellana N, Dueñas R, Reyes E	42
POS 04	IDENTIFICACIÓN DE FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF) EN CÁNCER DE PRÓSTATA	
	Acuña P, Ellwanger A, Ramirez A, Madrid E Viña del Mar	44
		43



		Página
POS 05	RECIDIVA DE CANCER DE PRÓSTATA, EN PACIENTES TRATADOS CON BRAQUITERAPIA DESPUÉS DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO, USANDO DISTINTOS PARÁMETROS	
	Balbontin F, Gomez R, Castillo O, Pizzi P	1000
	Clínica Santa Maria	43
POS 06	CIRUGÍA PROSTÁTICA PREVIO A BRAQUITERAPIA CON YODO 125 EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO Balbontin F, Gómez R, Castillo O, Pizzi P	122
	Clinica Santa Maria	44
POS 07	TESTOSTERONA PLASMÁTICA, ¿ES UN PREDICTOR DE ESTADIO EN CÂNCER DE PRÓSTATA? INFORME PRELIMINAR	
	Fonerón A, Corti D, Troncoso L, Ebel L, Valdevenito G, Gil G, Vargas R, Osorio F Instituto de Especialidades, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Urología, Hospital Clínico Regional de Valdivia	45
POS 08	TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA Balbontin F	
	Clinica Santa Maria	45
POS 09	RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREOPERATORIO Y EL HISTOLÓGICO POSTOPERATORIO, EN EL CÁNCER PROSTÁTICO LOCALIZADO	
	Nicolai H, Gabler F, Maldonado E, De la Torre JM, Lynch R, Araya F, Araya C, Layera S, Salinas C, Vargas F	
	Servicio de Urología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago	46
POS 10	CÁNCER DE PRÓSTATA: APE Y SU VALOR EN LA LINFADENECTOMÍA	
	Morales I, Garrido C, Morales CH, López L	46
POS 11	EXPRESIÓN Y FUNCIÓN DE PROTEÍNAS DE MULTIRRESISTENCIA A DROGAS (MDR) EN LÍNEAS CELULARES DE CÁNCER DE PRÓSTATA	
	Mercado A, Sánchez C, Fullá J, Ledezma R, Acevedo C, Cabezas J, Huidobro C, Contreras H, Castellón E	
	Laboratorio de Andrologia Celular y Molecular. Programa de Fisiologia y Biofisica. Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Servicio de Urologia. Hospital Clínico Universidad de Chile	42
POS 12		47
FUO 12	DESIGUALDAD EN CÂNCER DE PRÓSTATA EN CHILE López JF, Gutiérrez C	
	Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes	48
POS 13	CÁNCER DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADO DE MANERA INCIDENTAL EN RESECCIÓN TRAN URETRAL DE PRÓSTATA POR ADENOMA PROSTÁTICO Reyes E, Kerkebe M, Orellana N, Suzuki K, Riffo A	11.000
	Programa formación de especialistas en Urología, Universidad de Santiago de Chile, Campus Hospital DIPRECA. Médico Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile, Alumno Medicina sexto año.	
	Universidad Diego Portales	48



		Pagina
POS 14	PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPUBICA. EXPERIENCIA HOSPITAL PADRE HURTADO Pinto F, Catalán G, Barroso JP, Mandujano F, Candia W, Marchetti P, Donoso M Servicio de Urología, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Interno Medicina, Facul- tad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo	49
POS 15	METÁSTASIS TESTICULAR DE CÁNCER PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA Cerda A, Bernal J, Bonomo J Servicio de Urologia, Complejo Asistencial Barros Luco. Universidad de Santiago de Chile	50
POS 16	CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN CÂNCER DE URACO Pinto I, Hornig A, Diaz J, Sandoval C Unidad de Urologia, Fundación Arturo López Pérez	50
POS 16A	RESULTADOS DE UNA SEGUNDA BIOPSIA PROSTÁTICA SATURADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER PERSISTENTE Sandoval C, Pinto I, Díaz J, Hornig A Unidad de Urología. Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez	51
JUEVES 29 SALON BAH 16:30-18:00		
CO PED 01	TÉCNICA MODIFICADA DE CUCKOW: MEJORAMIENTO COBERTURA CUTÁNEA PARA MEGAPREPUCIO CONGÊNITO Ramirez R. Campos J. Retamal M, Montaño D Urologia Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile. Urologia Pediátrica. Clínica Indisa	55
CO PED 02	¿SE PUEDE COLOCAR UNA SOLA PROTESIS TESTICULAR PARA TODA LA VIDA ANTES DE LA ADOLESCENCIA? López PJ, Reed F, Reyes R, Acuña C, Gana R, Letelier N, Zubieta R Unidad de Urologia Pediátrica, Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile	55
CO PED 03	INCIDENCIA DE LA COLONIZACIÓN BACTERIANA DEL SURCO BALANOPREPUCIAL EN PACIENTES OPERADOS CON DIAGNÓSTICO DE FIMOSIS Ortega M, Zamorano M, López M, Luna C, Bernal M Hospital San Borja Arriarán	56
CO PED 04	DESCENSO LAPAROSCÓPICO DE TESTES INTRAABDOMINALES EN UN TIEMPO: DONDE LA ALTURA SI IMPORTA Gana R, Reyes D, López PJ, Reed F, Letelier N, Olivos M, Zubieta R Hospital Exequiel Fernández Cortés	56
CO PED 05	HEMINEFRECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA: DISTINTO ABORDAJE, MISMOS RESULTADOS Gana R, Reyes D, Concha G, Reed F, Lopez PJ, Letelier N, Zubieta R Hospital Dr. Exequiel Fernández Cortés	57
CO PED 06	ESTENOSIS PIELOURETERAL (EPU): EXPERIENCIA CON TÉCNICA DE PIELOPLASTÍA VIDEOASISTIDA Ramírez R, Campos J, Retamal M, Montaño D Urología Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile. Urología Pediátrica. Clínica Indisa. Urología Pediátrica. Clínica Dávila	58



		Página
CO PED 07	AMPLIACIÓN VESICAL CON INTESTINO EN NIÑOS: SEGUIMIENTO A MÁS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL GARLOS VAN BUREN Jara D, Cifuentes M, Fuentes C, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A. Servicio de Urología Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urología, Escuela de Medici-	58
	na, Universidad de Valparaiso	50
CO PED 08	DESCENSO ANORRECTAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPÍA (DARAL); SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO  López PJ, Acuña C, Guelfand M, Reyes R, Reed F, Gana R, Letelier N, Zubieta R  Unidad Urologia y Cirugia Pediatrica. Hospital Exequiel González Cortés, Santiago-Chile	59
CO PED 09	EVALUACIÓN DE 14 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL URETEROCELE: ¿QUÉ SE PUEDE MEJORAR? Letelier N, Reyes D, Reed F, López PJ, Gana R, Norambuena C Hospital Dr. Exequiel Fernández Cortés	60
CO PED 10	CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (LEC) EN PEDIATRÍA Escala JM	60
JUEVES 29 SALÓN VAL 16:30-18:00		
VID 01	CISTOCELE: REPARACIÓN POR VÍA VAGINAL CON MALLA DE CUATRO BRAZOS TRANSOBTURATRICES Cifuentes M. Bennett C, Prado J, Franck Ch, Mac Millan G, Jara D, Molina L, Fuentes C	63
VID 02	SLING TRANSOBTURADOR INSIDE-OUT PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTI- NENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL De Leval J, Diaz M, Waltregny D	
	Hospital Universitario de Liège, Bélgica, Clinica Santa Maria, Santiago, Chile	63
VID 03	USO DE ECOGRAFÍA TRANSRECTAL PARA LA COLOCACIÓN DE PRO- ACT, EN PA- CIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL Balbontin F, Velasco A, Moreno S, Cabello JM	
	Clinica Santa Maria	64
VID 04	CIRUGIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZOS MASCULINA CON SLING ARGUS T. ABORDAJE TRANSOBTURATORIO Olea M. Olmedo T, Flores JM, Recabal P, Storme O	
100.00	Unidad de Urologia Complejo Hospitalario San José. Universidad de Chile	64
VID 05	TÉCNICA INSTALACIÓN MINI SLING  Olmedo T, Román J, Olea M, Storme O, Marchant F, Diaz P, Flores J, Ruiz C  Servicio de Urología Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Urología Hospital	
	San José	65



		Página
VID 06	HOLEP, LA TÉCNICA Trucco C, Sáez I, Martinez A	
	Departamento de Urologia. Pontificia Universidad Católica de Chile	65
VID 07	OTROS PROCEDIMIENTOS CON LASER DE HOLMIUM Trucco C, Sáez I	
	Departamento de Urologia, Pontificia Universidad Católica de Chile	66
VIERNES 30 SALÓN BAH 11:30-12:30		
POS PED 01	ASIMETRÍA EN FUNCIÓN RELATIVA Y TAMAÑO RENAL EN DOBLE SISTEMA EXCRE- TOR NO COMPLICADO: VARIANTE NORMAL. Donoso G, Pérez A, Gutiérrez D, Lobo G, Escala JM Servicio de Medicina Nuclear, Hospital San Juan de Dios - Departamento de Pediatria y Cirugia Infantil Sur - Univ. de Chile-Corporación Mater	69
POS PED 02	RIÑON INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGEN Ramirez R, Campos J, Retamal M, Montaño D, Valenzuela M, Correia G Urologia Pediátrica y Cirugia Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile	69
POS PED 03	TUMOR DE WILMS BILATERAL Yañez R. Oliveros E. Martinez G Servicio de Urologia, Hospital Clínico Regional de Concepción, Depto, Cirugia, Universidad de Concepción, Chile	70
POS PED 04	NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN Martinez G, Yáñez R, Oliveros E, Arias E, López PJ Servicio de Urología, Hospital Clínico Regional de Concepción	70
POS PED 05	RVU MANEJO ENDOSCÓPICO, MISMA ENFERMEDAD, MISMO TRATAMIENTO, DIS- TINTA SUSTANCIA: ¿CAMBIA EL RESULTADO? López PJ, Acuña C, Astorga D, Reyes R, Reed F, Gana R, Letelier N, Zubieta R Unidad Urología Pediátrica. Hospital Exequiel González Cortés, Santiago-Chile	71
POS PED 06	PROTECCIÓN TESTICULAR; CÓMO PREVENIR COMPLICACIONES FUTURAS López PJ, Reed F, Reyes R, Acuña C, Gana R, Leteller N, Zubieta R Unidad de Urología Pediátrica. Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile	71
POS PED 07	QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTE MONORRENO: CASO CLÍNICO Ramírez R, Campos J, Retamal M, Montaño D.	
	Urologia Pediatrica, Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile	72
VIERNES 30 SALÓN BAH 17:00-18:00 h		
CO 12	FULL TUBELESS EN NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA: REEMPLAZO DEL CATÉ- TER DOBLE-J POR UN CATÉTER URETERAL EXTERIORIZADO Marchant F, Recabal P, Storme O, Román J, Ledezma R, Olmedo T	
	Hospital Clinico Universidad de Chile	75



		Págin:
CO 13	CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL TUBELESS EN DECÚBITO DORSAL: EXPERIENCIA INICIAL Y COMPARACIÓN CON TÉCNICA NO TUBELESS Silva B, Valdebenito P, Araya F, De la Torre JM, Maldonado E, Lynch R, Vargas F Hospital San Borja Arriarán	75
CO 14	ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA LITIASIS CORALIFORME Kerkebe M, Román J, Olivares R, Reyes E, Fuentealba C, Andrusco A, Salgado G, Wilckens J Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile, Becado Programa de Formación de cirugía laparoscópica urológica, Departamento de urología, Universidad de Chile	76
CO 15	OPTIMIZACIÓN DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO CON APOYO COMPUTACIONAL Domenech A, Pizzi P, Figueroa A, Krebs A, Fernández M, Westendarp M, Vivaldi B, Zambrano N, Coz F Hospital Militar de Santiago	76
CO 16	HOLEP: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM. EXPERIENCIA PRE- LIMINAR UC Trucco C, Sáez I, Guzmán S, Dominguez J, Salvado J Departamento de Urologia. Pontificia Universidad Católica de Chile	77
CO 17	RESECCIÓN PROSTÁTICA TRANSURETRAL: ENERGÍA MONOPOLAR VERSUS BIPOLAR. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO Pinto I, Hornig A, Sandoval C, Díaz J Unidad de Urología, Fundación Arturo López Pérez	78
CO 18	VAPORIZACIÓN FOTOSELECTIVA DEL ADENOMA PROSTÁTICO OBSTRUCTIVO CON LASER KTP. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO Mandujano F, Pinto F, Westendarp M, Marcheti P, Catalán G, Donoso M, Candia W, Bustmante A, BarrosoJP Hospital Padre Hurtado	79
VIERNES SALÓN B. 17:00-18:0	AAA, AAA (A - C - C - C - C - C - C - C - C - C -	
POS 17	CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. CORRELACIÓN ANATOMO-RADIOLÓGICA SE- GÚN CLASIFICACIÓN TUMORAL "T" EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE 10 MESES DE SEGUIMIENTO Irusta G, Iturriaga C, Rojas JC, Sabando M, Alvear M, Salgado G, Canales O, Kerkebe M, Salinas J, Gómez-Lobo M, Sandoval C, Hidalgo Jp, Vidal A	83
POS 18	LESIONES BENIGNAS EN TUMORES RENALES MENORES A 7 CMS: REVISIÓN CA- SOS DEL HCSBA DEL 2005 AL 2009 Valdebenito P, Lynch R, Silva B, Int. Lamas L, Int. Lynch R, De la Torre JM, Araya F, Maldonado E Servicio de Urología; Hospital Clínico San Borja Arriarán	2577
POS 19	NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR RADIOFRECUENCIA: UNA NUEVA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE MASAS RENALES PEQUEÑAS Pinto I, Hornig Å, Diaz J, Sandoval C	83
	Unidad de Urología, Fundación Arturo López Pérez	84



		Página
POS 20	ANÁLISIS DE MORTALIDAD POR CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES DE UROTELIO ALTO EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA C. Parra, Salvado JA, Arenas J, Riquelme F, Parada L, Sáez I, Walton A, San Francisco I, Zuñiga A  Departamento de Urologia, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Urologia Hospital Sótero del Río	85
POS 21	MANEJO PERCUTANEO DE TUMORES DE CELULAS TRANSICIONALES DE LA PEL- VIS RENAL: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA Pinto I, Homig Á, Diaz J, Sandoval C	
	Unidad de Urologia, Fundación Arturo López Pérez	85
POS 22	REPORTE DE UN CASO DE TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS RE- DONDAS.  Troncoso L, Corti D, Fonerón A, Ebel L, Carrasco C, Valdevenito G, Gil G, Vargas R,	
	Osorio F. Instituto de Especialidades e Instituto de Histología y Patología, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Urología, Hospital Clínico Regional de Valdivia	86
POS 23	TUMORES GERMINALES EXTRAGONADALES EXPERIENCIA HOSPITAL BASE VALDIVIA 1993-2008 Cortí D. Fonerón A. Troncoso L. Ebel L. Vargas R. Valdevenito G. Gil G. Muñoz J Hospital Base Valdivia	86
POS 24	LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA PARA CÁNCER TESTICULAR NO SEMINOMATOSO ESTADIO CLÍNICO I Olivares R, Finsterbusch C, Cabrerizo G, Kerkebe M, Femandois P, Fuentealba C, Alvarado O, Wilckens J Servicio de Urología Hospital Ramón Barro Luco Trudeau. Servicio de Urología Hospital DIPRECA	87
POS 25	TUMORES PARATESTICULARES UN DIAGNÓSTICO INUSUAL Lynch R, Vargas F, Nicolai H, Portalier P, Gabler F, Silva B, Ebensperger M, Estrugo A, Cabello R, Riffo C, Valdebenito P, De La Torre JM, Araya F, Maldonado E Hospital Clínico San Borja Arriarán	87
POS 26	LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA MODIFICADA EN TUMOR TESTICULAR NO SEMINOMA ESTADIO I. EXPERIENCIA Y RESULTADOS Navarro M, Tagle R, Montes J, Al. Zegpi B, Urrutia J Servicio de Urologia. Hospital Regional de Copiapo. Chile. Alumno Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile. Servicio de Anatomia Patológica. Hospital Regional de Copiapó	88



		Pagina
SÁBADO SALÓN B 08:00-09:		
CO 19	EFECTO DE LA ORQUIEPIDIDIMITIS POR ESCHERICHIA COLI UROPATOGÉNICA SO- BRE LA ESPERMATOGÉNESIS Y LA PRODUCCIÓN DE TESTOSTERONA Marconi M, Camacho JP, Weidner W, Meinhardt A Servicio Urología Hospital Clínico Universidad de Chile. Interno Medicina Universidad de Chile. Departamento de Urología Universidad de Giessen, Alemania	91
CO 20	EXTRACCIÓN TESTICULAR DE ESPERMATOZOIDES ASISTIDA POR MICROSCOPIO EN PACIENTES CON AZOOSPERMIA NO OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS DE RESULTADOS Marconi M, Keudel A, Bergmann M, Diemer T, Weidner W Servicio Urologia Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Urologia, Universidad de Giessen, Alemania	91
CO 21	DIEZ CASOS DE ESTENOSIS DE URETRA SECUNDARIA A LIQUEN ESCLEROSO (LE) RESULTADOS QUIRÚRGICOS CON URETROPLASTÍA DE AUMENTO EN 2 TIEMPOS CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL Bustamante A, Aroca P Servicio de Urología Clínica Alemana de Santiago. Centro Asistencial Dr. Sótero del Rio	92
CO 22	VASOVASOSTOMÍA: EXPERIENCIA PERSONAL CON UNA TÉCNICA MICROQUIRÚR- GICA SIMPLIFICADA Venegas JA Unidad de Andrologia y Sexologia, Hospital Van Buren, Valparaiso	93
CO 23	PLASTÍA PENEANA CON MALLA SURGISIS® PARA LA CORRECCIÓN DE LA ENFER- MEDAD DE PEYRONIE Navarro M, Tagle R, Montes J Servicio de Urologia. Hospital Regional de Copiapó. Chile	93
SÁBADO SALÓN B 12:00-14:3		
CO 24	RESULTADOS DEL USO DE SEGMENTO INTESTINAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD IDIOPÁTICA DEL DETRUSOR Jara D, Cárcamo O, Mac Millan G, Jara O, Cifuentes M, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Daviù A, Carmona C, Fuentes C Servicio de Urologia Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urologia, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso, Chile	97
CO 25	HIPERACTIVIDAD NEUROGÊNICA DEL DETRUSOR REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONSERVADOR: EXPERIENCIA CON EL USO DE SEGMENTOS INTESTINALES Jara D. Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A Servicio de Urología Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso	97



		Pagina
CO 26	ESTUDIO PLACEBO CONTROLADO PARA EVALUAR EL USO DE DESMOPRESINA ORAL EN EL MANEJO DE LA NICTURIA	
	Storme O, Huidobro C, Fullá J, Ledezma R, Mercado A, Cabezas J, Acevedo C, Díaz P.	
	Olmedo T, Olea M Hospital Clinico Universidad de Chile	98
CO 27	RESULTADOS DE CIRUGÍA TIPO TVT CON UN SEGUIMIENTO MÍNIMO DE 6 AÑOS. Valero G, Ortiz F, Marchant G, Vásquez J, Carrizo M, Rendic C	
	Servicio de Urologia. Hospital Regional de Rancagua	99
CO 28	SLING ARGUS RETROPÚBICO Y TRANSOBTURADOR EN EL MANEJO DE INCONTI- NENCIA URINARIA MASCULINA POSTQUIRÚRGICA	
	Olmedo T, Román J, Valdevenito R, Ossandon E, Olea M, Acevedo C, Flores JM Servicio de Urología Hospital Clínico U de Chile. Unidad de Urología Hospital San José	99
CO 29	MICCIÓN OBSTRUCTIVA POSTERIOR A CINTA SUB URETRAL: MANEJO SIN URETROLISIS REGULANDO LA MALLA DE ACUERDO A PRESIÓN DE ESCAPE INTRAOPERATORIO	
	Mac Millan G, Cifuentes M, Jara D, Fuentes C, Càrcamo O	*00
	Servicio de Urología Hospital Van Buren	100
CO 30	RESULTADOS DE SLING BULBOURETRAL PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MASCULINA POST CIRUGÍA PROSTÁTICA, SEGUIMIENTO A CUATRO AÑOS	
	Oyanedel P, Sandoval JC, Verdugo F, Salazar A, Romano SV Servicio de Urologia, Hospital Fuerza Aérea de Chile. Centro de Vejiga y Continencia Urinaria. Cátedra "B" de Urologia. Universidad de Valparaiso. Hospital Durand. Capital Federal. Buenos Aires, Argentina	101
CO 31	USO DE SEGMENTOS INTESTINALES EN UROLOGIA: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS Jara D, Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A.	
	Servicio de Urologia Hospital Van Buren, Catedra de Urologia, Escuela de Medicina, Uni-	7.880
	versidad de Valparaiso	101
CO 32	OSTOMÍAS CONTINENTES PARA CATETERISMO INTERMITENTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Jara D, Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A,	
	Ruiz R, Carmona C, Carcamo O, Acuña A.	
	Servicio de Urologia Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urologia, Escuela de Medici- na, Universidad de Valparaiso	102
CO 33	ANTECEDENTES QUIRURGICOS ABDOMINALES Y SU LOCALIZACIÓN: ¿TIENEN AL- GUNA INCIDENCIA EN LOS RESULTADOS QUIRURGICOS DE NEFRECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS?	
	Kerkebe M, Reyes E, Orellana N, Olivares R, Fuentealba C, Rojas J, Andrusco A, Rojas JC, Irusta G, Susaeta R, Sandoval C, Iturriaga C, Salgado G, Wilckens J	
	Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. Servicio de Urologia Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile	103



		Pagina
CO 34	EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA UROLÓGICA CON LESS Bermudez H, Ledesma R, Storme O, Stein C, Lyng R, Valdevenito R, Gómez A, Bernier P Servicio de Urología Clínica Alemana, Hospital Clínico Universidad de Chile y Hospital FACH	104
CO 35	REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS LESIONES URETERALES DISTALES Bermúdez H, Ledezma R, Storme O, Marchant F, Fullá J, Mercado A, Moya F, Hidalgo JP, Stein C, Lyng R, Valdevenito R, Bernier P Hospital Clínico Universidad de Chile	104
CO 36	ALTERNATIVAS DE EXTENSIÓN DE LA VENA RENAL DERECHA EN TRASPLANTE RENAL Troncoso P, Mandujano R Departamento de Urología, Unidad de Trasplante Renal, Pontificia Universidad Católica de Chile	105
CO 37	DONANTE VIVO RENAL LAPAROSCÓPICO, EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD CA- TÓLICA DE CHILE Guzmán S, Torrealba J, Salvadó J, Troncoso P, Dominguez J, Zúñiga A Pontificia Universidad Católica de Chile	105
CO 38	NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA (NPL): EXPERIENCIA DE 55 CASOS Bermudez H, Ledezma R, Storme O, Fullá J, Moya F, Mercado A, Bernier P, Stein C, Lyng R, Valdevenito R Hospital Clinico Universidad de Chile	106
SÁBADO SALÓN V 12:00-14::		
VID 08	INSTALACION BILATERAL DE URÊTER ARTIFICIAL (DETOUR®) EN MANEJO DE FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA  Marchant F, Ledezma R, Recabal P, Román J, Esveile C, Storme O, Reyes D, Olmedo T, Olea M Hospital Clínico Universidad de Chile. Hospital San José	109
VID 09	USO DE LA VÍA TRANSVAGINAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA UROLÓGICA  Marchant F. Bermüdez H, Hidalgo J, Díaz J, Palma C, Storme O, Ledezma R, Recabal P,  Olmedo T  Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Hospital El Pino	109
VID 10	NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA TUBELESS EN DECUBITO DORSAL EN LITIASIS CORALIFORME URICA ASOCIADA A CUERPO EXTRAÑO Silva B. Valdebenito P. Araya F. De la Torre JM, Maldonado E. Lynch R, Vargas F	110
VID 11	NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA LESS: PRIMER CASO EN CHILE Bermúdez H, Ledesma R, Storme O, Bernier P, Stein C, Lyng R, Bustamante A, Valdevenito R Servicio de Urología Clínica Alemana. Hospital Clínico Universidad de Chile. Hospital Fach	110
VID 12	NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: TÉCNICA 3 BRAZOS Cabello JM, Benway BM, Bhayani SB Washington University School of Medicine, Division of Urologic Surgery, St. Louis, MO, USA. Clínica Santa Maria, Santiago, Chile	111



		Pagina
VID 13	NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA CON RADIOFRECUENCIA	
	Balbontin F, Cabello JM, Cabello R, Moreno S, Velasco A	
	Clinica Santa Maria, Santiago, Chile	111
VID 14	HERNIOPLASTÍA LUMBAR LAPAROSCÓPICA	
a second	Trucco C, Sáez I	10.00
	Departamento de Urologia. Pontificia Universidad Católica de Chile	112
VID 15	PENECTOMÍA PARCIAL TÉCNICA QUIRÚRGICA	
	Morales I, Morales Ch	112
VID 16	ELONGACIÓN PENEANA, TÉCNICA QUIRÚRGICA	
	Morales I, Seminario M, Morales Ch	113
SÁBADO	31 DE OCTUBRE	
SALON B		
16:30-18:0	0 hrs.	
POS 27	EGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA GENITOURINARIA EN CHILE. TERCE- RA PARTE	
	Westendarp M, Fernández M, Vivaldi B, Coz F	
	Servicio de Urologia, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de	
	Los Andes	117
POS 28	EGRESOS HOSPITALARIOS POR CÂNCER UROGENITAL EN CHILE. TERCERA PARTE	
	Westendarp M, Fernández M, Vivaldi B, Coz F	
	Servicio de Urologia, Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina, Universidad de	
	Los Andes	117
POS 29	ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: ALGUNAS IMPRESIONES SOBRE LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD AVANZADA	
	Venegas JA	
	Unidad de Andrologia y Sexologia, Hospital Van Buren, Valparaiso	117
POS 30	EFECTIVIDAD DE LA URETROPLASTÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS	
	URETRAL, EXPERIENCIA EN 89 PACIENTES	
	Bustamante A, Aroca P	
VV-1198988	Servicio de Urologia Clinica Alemana de Santiago. Centro Asistencial Dr. Sótero del Río	118
POS 31	GANGRENA DE FOURNIER: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO	
	Eduardo Rojas C, Jose Bernal R Servicio de Urologio Mozaltol Barres Luce Trudente Centrale Oblica University de La	
	Servicio de Urologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile, Universidad de Santiago de Chile	118
2.200RF		
POS 32	CISTITIS EOSINOFÍLICA: RUPTURA VESICAL ESPONTÁNEA RECURRENTE EN UN ADULTO	
	Cerda A, Bernal J, Bonomo J, Venegas V	
	Servicio de Urología, Complejo Asistencial Barros Luco. Facultad de Medicina, Universi-	10 see
	dad de Santiago, Santiago, Chile	119



		Página
POS 33	TRATAMIENTO DE LA NOCTURIA DEL ADULTO CON DESMOPRESINA (DDAVP) Salazar A. Montiglio C, Acuña JI, Vega C, Orellana N, Schwarze E, Al. Orellana S Centro de Urologia Femenina, Vejiga y Continencia Urinaria. Servicio de Urologia Hospital FACH, Clinica Uromed, Docentes Universidad Mayor, Dirección de Sanidad FACH, Universidad del Desarrollo	119
POS 34	USO DE TOXINA BOTULÍNICA-A (BOTOX) EN HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR Salazar A, Miranda A, Vicherat C, Acuña A, Montiglio C, Vargas M, Vega C, Verdugo F, Schwarze E, Furnaro F	
	Centro de Urología Femenina, Vejiga y Continencia Urinaria. Servicio de Urología Hospital FACH. Dirección de Sanidad FACH. Consultorio A. Ariztia	120
POS 35	50 CASOS DE REPARACIÓN DE CISTOCELE POR VIA VAGINAL CON MALLA DE CUA- TRO BRAZOS TRANSOBTURATRICES EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Cifuentes M, Bennett C, Molina L, Prado J, Franck Ch, Mac Millan G, Jara D, Fuentes C Hospital Carlos van Buren. Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaiso	120
POS 36	INDICACIONES Y RESULTADOS DE ALTERNATIVAS NO QUIRÚRGICAS DE TRATA- MIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA: EXPERIENCIA A TRES AÑOS DE LA UNIDAD DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Cifuentes M, Ciudad D, Tapia A, Bennett C, Prado J, Frank Ch, Mac Millan G, Jara D, Molina L, Fuentes C,	121
SÁBADO : SALÓN VA 16:30-18:0		(10,00.0
POS 37	EXTRACCIÓN DE PIEZA OPERATORIA POR VÍA TRANSVAGINAL EN CIRUGÍA LAPA- ROSCÓPICA UROLÓGICA Palma C, Diaz J, Storme Ó, Marchant F, Hidalgo J, Ledezma R, Recabal P, Bermúdez H Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Hospital El Pino	224
POS 38	LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ASISTIDA (LAI VA). EXPERIENCIA Y RESULTA- DOS Navarro M, Tagle R, Montes J, Urrutia J Servicio de Urología. Hospital Regional de Copiapó. Chile. Servicio de Anatomía Patológi- ca. Hospital Regional de Copiapó	125
POS 39	EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE STENT METALICO RESONANCE® EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN URETERAL POR CAUSA NEOPLÁSICA Navarro M. Tagle R. Montes J Servicio de Urología. Hospital Regional de Copiapó. Chile	
POS 40	NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN 62 CASOS  Kerkebe M. Reyes E. Orellana N. Olivares R. Fuentealba C. Rojas J. Andrusco A. Rojas	126
	JC, Irusta G, Susaeta R, Sandoval C, Iturriaga C, Salgado G, Wilckens J Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. Servicio de Urologia Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile	127



		Página
POS 41	PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA: LECCIONES APRENDIDAS EN 5 AÑOS  Bermudez H, Marchant F, Hidalgo JP, Moya F, Fulla J, Ledezma R, Mercado A, Bernier P, Stein C, Lyng R	
	Hospital Clínico Universidad de Chile	127
POS 42	PIELOPLASTÍA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEAL.  Kerkebe M, Olivares R, Iturriaga C, Fuentealba C, Reyes E, Andrusco A, Wilckens J, Salgado G  Servicio de Urología Hospital DIPRECA. Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios	128
POS 43	NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ACCESO ÚNICO CON INSTRUMENTAL FLEXI- BLE: UN MODELO EXPERIMENTAL Guzmán S, Salvadó J, Parra C, Tapia V	
	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Urología, Fa- cultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudiante de Pregrado Es- cuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile	128
POS 44	TÉCNICA VAPORESECCIÓN PROSTÁTICA. LÁSER REVOLIX  Olmedo T, Román J, Marchant F, Recabal P, Flores J, Reyes D, Ruiz C  Servicio Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Urología Hospital San José	129
POS 45	MANTENCIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES CON STENT PROSTÁTICO TRANSITORIO Román J, Palma C, Ruiz C, Recabal P, Reyes D	12220
POS 46	Hospital Clínico Universidad de Chile. Complejo Hospitalario San José  DILATACIÓN URETERAL INTRAMURAL CON LA TÉCNICA "RAILWAY": OPCIÓN COS- TO-EFECTIVA PARA HOSPITAL PÚBLICO González R. Arenas J. Kompatzki A. Aroca P. Dell'Oro A	130
	Hospital Dr. Sötere del Río	130
POS 47	INDICACIÓN QUIRÚRGICA TARDIA EN TRAUMA RENAL: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Rojas J, Iturriaga C, Salgado G, Canales O, Salinas J, Sandoval C, Gomez-Lobo M, Hidal-	
	go J, Vidal A, Irusta G, Alvear M, Hernández J Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios. Campus Occidente, Universidad de Chile	131



COMUNICACIONES ORALES
1 a 11

JUEVES 29 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 3

11:00 - 13:00 HRS.





### CO 01

# CORRELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE P53, KI67, CD30 Y CD117 Y LA PRESENCIA DE METÁSTASIS CLÍNICAS AL DIAGNÓSTICO EN SEMINOMA TESTICULAR

Valdebenito JP, Miranda R, Fernández C, Vargas M.

Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: El objetivo de este estudio es determinar la expresión inmunohistoquímica de p53, ki67, CD30 y CD117 y relacionarla con factores histológicos y con la presencia de metástasis clínicas al momento del diagnóstico en seminoma testicular puro. Esto podría ayudar para decidir radioterapia u observación en pacientes con etapa clínica I.

Material y Método: Estudio retrospectivo de pacientes con seminoma puro. El retroperitorieo fue etapificado con tomografía computada y el tórax con radiografía simple y/o tomografía computada. Los patólogos desconocian la etapa clínica de los pacientes. Se confeccionaron microarregios manuales de áreas de tumor viable representativo. Se analizó la expresión inmunohistoquímica de p53, ki67, CD30 y CD117 y clasificó en cualquier grado de expresión, expresión de más del 10% y de más del 50% de las células teñidas. El análisis estadístico se hizo con la prueba de Chi-cuadrado, calculando los "odds ratio". El análisis multivariado fue hecho con regresión logistica.

Resultados: Se analizan 62 casos: 43 casos correspondían a etapa clínica I (69.4%), 17 pacientes a etapa clínica II (27,4%) y 2 pacientes a etapa clínica III (3,2%). Cuarenta y dos casos presentaron expresión de p53 (68%), todos presentaron expresión de ki67, 8 casos presentaron expresión de CD30 (13%) y 56 casos presentaron expresión de CD117 (90%). Se encontró: a) asociación inversa entre la expresión de p53 e invasión de rete testis (p=0,011) y penetración albuginea (p=0,024); b) asociación inversa entre la expresión de ki67 mayor al 10% y tamaño tumoral mayor de 6 cm (p=0,017), invasión de rete testis (p=0,0001) y penetración albuginea (p=0,024); y c) asociación inversa entre la expresión de ki67 mayor al 50% e invasión de rete testis (p=0,019). No se encontró diferencias en la expresión de p53, ki67, CD30 y CD117 en seminomas con y sin metástasis clínica al diagnóstico, independientemente de su magnitud de expresión.

Conclusión: Este estudio no demuestra correlación entre p53, ki67, CD30 y CD117 y la presencia de metástasis clínicas al momento del diagnóstico en seminoma testicular, por lo que se deberán estudiar otros marcadores para tal efecto.

### CO 02

# EFICACIA DE LEUPROLIDE 11,25 MG PARA SUPRESIÓN DE TESTOSTERONA EN PACIENTES CON CÁNCER PROSTÁTICO

Corti D, Fonerón A, Troncoso L, Ebel L, Gil G, Valdevenito G, Vargas R, Pereira N\*
Servicio de Urología, Hospital Clinico Regional de Valdivia. Universidad Austral de Chile. \*Nutricionista
Hospital Clinico Regional de Valdivia

Introducción: Los agonistas LHRH son de elección en bloqueo androgénico por cáncer prostático. En base a pacientes castrados se considera un bloqueo adecuado una testosterona total plasmática s 50 ng/dl. Se ha sugerido controlar la testosterona total por la posibilidad de no lograr una supresión adecuada.

Material y Método: Entre junio/2008 a marzo/2009 se midió el nivel de testosterona total al tercer mes de administrada una dosis de leuprolide 11,25 mg IM. Los exámenes se realizaron en la mañana y en el mismo laboratorio. En un grupo de pacientes se estimó peso, talla e indice de masa muscular (IMC) y se evaluó su asociación con los niveles de testosterona alcanzados.

Resultados: Se evaluaron 81 pacientes, la edad promedio fue 76,4 años. La testosterona total plasmática promedio fue 33,9 ng/dl. En 12/81 pacientes (14,8%) el nivel de testosterona fue >50 ng/dl. No se observó asociación entre la duración de hormonoterapia y los niveles de testosterona. En 40 pacientes se estimó peso, talla e IMC sin encontrarse asociación de estas variables con el nivel de testosterona. En los pacientes en que se aumento la dosis a leuprolide 22,5 mg se obtuvo una adecuada supresión de testosterona.



Conclusiones: En los pacientes en tratamiento con agonistas LHRH se debe medir el nivel de testosterona plasmática dada la posibilidad de un bloqueo inadecuado. En pacientes en tratamiento con leuprolide 11,25 mg y testosterona >50 ng/dl el aumento de la dosis a 22,5 mg lograria un nivel de testosterona en rangos de castración quirúrgica.

### CO 03 IMPACTO DE LA OBESIDAD CENTRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PRÓSTÁTICO Y SU AGRESIVIDAD EN TUMORES CT1C

Salvadó JA, Saavedra A, Sáez I, Trucco C, Arenas J, Montoya C, Cavada G Departamento de Urologia, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile Servicio de Urologia Hospital Sótero del Río

Introducción y Objetivo: La obesidad y el sobrepeso afectan al 62,8% de la población chilena. Esta condición aumenta los niveles de insulina, IGF-1 y otros mediadores inflamatorios asociados al cáncer prostático (CaP). La relación entre CaP y obesidad, utilizado al indice de masa corporal (IMC) como indicador, ha evidenciado resultados inconsistentes. Sin embargo, la obesidad central (OC), determinada por una circunferencia de cintura (CC) mayor de 95 cms, es en la actualidad un mejor predictor de efectos metabólicos y cardiovasculares de la adiposidad. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre OC y CaP, como objetivo secundario se evaluó los efectos de la OC sobre volumen prostático (VP), APE, score de Gleason y porcentaje de cáncer en biopsia transrectal (BTR).

Materiales y Método: Se diseño un estudio de casos y controles prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a BTR, con clasificación cT1c, en dos hospitales de Santiago, entre junio de 2008 y julio de 2009. Se realizó medición de IMC, la CC previo a la BTR, según protocolos validados. Se realizaron tests estadísticos para medir asociaciones brutas entre las variables estudiadas y el resultado histológico de la BTR.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes. El promedio de edad fue 63,1 años. El 53,3% tuvo una CC mayor de 95 cms. Ambos grupos de exposición fueron comparables. Hubo un 40,0% con CaP y, entre ellos, el 40,0% fue considerado de alto riesgo. No se encontró asociación significativa entre CC y las variables: VP, APE y presencia de cáncer en la biopsia. Sin embargo, en el análisis multivariado la CC se asoció positivamente con el score de Gleason (p=0,0352) y con el porcentaje total de CaP en la biopsia (p=0,0341). El VP ajustado por la edad fue protector para CaP y la densidad del APE predijo significativamente el 70% de CaP.

Conclusiones: En este estudio, la CC no fue un factor de riesgo significativo para la presencia de CaP. Sin embargo, la presencia de una CC patològica se asoció positivamente a score de Gleason más altos y a un mayor porcentaje total de CaP, hecho consistente con la evidencia, que muestra a la obesidad como un factor de progresión del CaP. Nuestros datos sugieren que la CC patològica podría estar asociada a CaP de mayor riesgo.

# CO 04 EL GLEASON TERCIARIO 5 ES UN IMPORTANTE PREDICTOR DE RECIDIVA EN PACIENTES CON CÂNCER DE PRÓSTATA Y SCORE DE GLEASON 7 SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Dominguez J, Lira F, Bustos F
Departamento de Urologia Universidad Católica de Chile

Introducción: El score de Gleason es un importante factor pronóstico del cáncer de próstata. Actualmente se da énfasis al factor pronóstico del Gleason terciario 5 en los pacientes con score de 7. Evaluamos el factor predictivo del Gleason terciario 5 en nuestros pacientes sometidos a Prostatectomia Radical.



Material y Método: Revisión retrospectiva pacientes con cáncer de próstata sometidos a Prostatectomia Radical abierta entre enero de 1999 y diciembre de 2008, seleccionando aquellos con Score de Gleason 7 (n=636). Edad promedio 62±7 años, 76% estadio clinico T1c, 22% T2 y 2% T3. APE promedio de 9±7 ng/ml. El promedio de seguimiento fue de 38±27 meses. Se evaluó la sobrevida libre de recurrencia bioquímica (APE >0.2), con un modelo de Cox de riesgos proporcionales. Como cofactores estudiamos, la edad, el estadio clinico, el valor del APE al diagnóstico, el volumen tumoral y la presencia de compromiso de vesiculas seminales o ganglios positivos, además de la presencia o no de un Gleason 5 terciario y su porcentaje en forma independiente.

Resultados: El 15% de los pacientes tuvo una recurrencia. La edad (p< 0,05 IC 0,94-0,99), el APE (p<0,001 IC 1,02-1,06), la presencia de un Gleason terciario 5 (p<0,05 IC 1,01-2,72) y la invasión de vesiculas seminales (p<0,002 IC 1,4-4,57) fueron todos predictores independientes de recurrencia. No así el porcentaje de Gleason 5 terciario. Al analizar sólo el grupo de pacientes en los que no existia un Gleason 5 observamos que el porcentaje de Gleason 4 o su predominio (>50%) no eran predictores de recurrencia.

Conclusión: La presencia de un Gleason terciario 5 es un factor pronostico muy importante de recidiva bioquímica. En el subgrupo con Gleason 7 "puro" el predominio de Gleason 4 parece no ser un factor importante. Es probable que la distinción entre un Gleason 7 con predominio de 4 (4-3) pierda significado si no se acompaña de un Gleason 5 terciario.

## CO 05 ¿ES IMPORTANTE LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN EL PORCENTAJE DE MÁRGENES POSITIVOS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL?

Dominguez J, Lira F, Bustos F

Departamento de Urologia Universidad Católica de Chile

Introducción: Los márgenes positivos son un factor de riesgo de recurrencia después de una prostatectomia radical. La experiencia del cirujano sería fundamental para prevenirlos. Estudiamos el impacto de los márgenes positivos en la recurrencia y la experiencia del cirujano como factores predictores de márgenes positivos.

Material y Método: Revisión de pacientes de bajo a intermedio riesgo (Estadio T2 o menos, APE 10 o menos y Gleason 7 o menos) sometidos a Prostatectomia Radical entre enero de 1999 y diciembre de 2008 (n=498). Edad promedio 61±7 años, 83% estadio clínico T1c, 17% T2. APE promedio de 6,2±1,9 ng/ml. Promedio de seguimiento de 30±20 meses. Se evaluó la sobrevida libre de recurrencia bioquímica (APE >0,2), con un modelo de Cox de nesgos proporcionales. Como cofactores estudiamos, la edad, el estadio clínico, el APE, el score de Gleason, el volumen tumoral, compromiso de vesiculas seminales, y margen positivo. Se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar el impacto de estos factores en los márgenes positivos, considerando también la experiencia del cirujano; (se calculó una mediana de cirugias promedio por año y se dividió el grupo de cirujanos en de alto volumen (mayor a la mediana) o bajo volumen) y cirugias realizadas primariamente por residentes.

Resultados: El porcentaje de margenes positivos bajó significativamente durante el período 39% vs 28% (p<0,05 primeros vs segundos 5 años). El porcentaje de margenes positivos por cirujano varió entre un 4 y un 47%. Los márgenes positivos (p<0,0003 IC 1,7-6,8) y el compromiso de vesículas seminales (p<0,001 IC 2-20,1) predijeron una mayor recurrencia. El volumen del tumoral y la edad se correlacionaron con mayores márgenes positivos no asi la experiencia del cirujano o que la cirugia fuera realizada por un residente.

Conclusión: El margen positivo es un factor de riesgo significativo para recidiva bioquímica en pacientes de bajo a intermedio riesgo. No parece estar relacionado a la experiencia del cirujano sino a factores del tumor como su volumen.



#### CO 06

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS DE 90 CASOS Kerkebe M<sup>1,2</sup>, Reyes E<sup>1</sup>, Orellana N<sup>1</sup>, Olivares R<sup>1</sup>, Fuentealba C<sup>1</sup>, Rojas J<sup>1</sup>, Andrusco A<sup>1</sup>, Wilckens J<sup>1</sup>

<sup>†</sup>Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. <sup>‡</sup>Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile

Introducción: Desde que Guilleneau y Vallancien presentaron su experiencia en prostatectomia radical laparoscópica, esta técnica se ha difundido rápidamente en los centros urológicos del orbe. Presentamos nuestra experiencia y resultados en la realización de prostatectomias radicales laparoscópicas.

Material y Métodos: De un total de 98 pacientes sometidos a prostatectomia radical laparoscópica entre julio de 2001 y agosto de 2009, se realiza un análisis prospectivo descriptivo de 90 pacientes que tenían como mínimo 6 meses de seguimiento registrando variables como peso, talla, edad, duración de cirugia, PSA pre y post operatorio, resultado de biopsia, complicaciones, necesidad de transfusión, continencia, potencia sexual, tiempo de sonda foley y tiempo de hospitalización.

Resultados: La edad promedio fue de 64,6 años con un PSA promedio preoperatorio de 8,9 ng/dl. El tiempo quirúrgico promedio fue 196 minutos. El sangrado intraoperatorio promedio fue 412 cc. Ocurrieron 6 complicaciones en el intra operatorio, 2 episodios de hipercapnia, una perforación de recto, una falsa via uretral, un desgarro de punto de anastomosis y un sangrado incoercible del complejo dorsal del pene, sólo esta última necesitó de conversión a cirugia abierta.

Existieron 2 otras cirugías que necesitaron de conversión, una por adherencias recto-prostáticas y otra por una combinación de próstata de gran tamaño y pelvis estrecha que no permitieron una buena visualización ni maniobrabilidad en el campo quirúrgico.

Diez pacientes desarrollaron filtración a nivel de la anastomosis uretro vesical y 6 retención de orina post retiro de sonda foley.

En el 18,8% de los pacientes se informaron bordes quirurgicos positivos, y en el 4,4% compromiso tumoral de vesículas seminales.

El tiempo de estadia en hospital fue de 7 dias promedio, con un tiempo promedio de retiro de sonda de 7,5 dias. La continencia fue de un 85% a los 6 meses post operatorio. La potencia sexual fue evaluada en 69 de los 90 pacientes, un 50% de ellos tienen relaciones sexuales con erección adecuada en un promedio de tiempo de 13,46 meses post operatorio.

Conclusión: Nuestra serie presenta resultados comparables con los de series internacionales, convirtiendo así a la prostatectomia radical laparoscópica en una buena alternativa a la prostatectomia radical retropúbica para el tratamiento del câncer de próstata órgano confinado.

#### CO 07

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN ENTRE ABORDAJE TRANS-PERITONEAL Y EXTRAPERITONEAL

Kerkebe M'.º, Reyes E', Orellana N', Olivares R', Fuentealba C', Rojas J', Andrusco A', Wilckens J'

'Servicio de Urología Hospital DIPRECA, <sup>□</sup>Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile

Objetivo: Comparar la prostatectomia radical laparoscópica transperitoneal (PRLT) versus la extraperitoneal (PTRLE) en cuanto a técnica operatoria, complicaciones intra y post operatoria, resultados oncológicos y funcionales.

Material y Métodos: Se analizaron de forma prospectiva los pacientes sometidos a prostatectomia radical laparoscópica entre agosto de 2001 y junio de 2009, registrando en cada caso variables como peso, talla, edad, anteceden-



tes morbidos, duración de cirugia. PSA pre y post operatorio, resultado de biopsia, complicaciones, necesidad de transfusión, continencia y potencia sexual, tiempo de sonda Foley y tiempo de hospitalización. Noventa y seis pacientes fueron incluidos en este estudio, 71 sometidos a PRLE y 25 a PRLT. Los datos fueron analizados con test ANOVA y Chi cuadrado, considerando como estadisticamente significativo un p<0,05.

Resultados: Al comparar las variables edad, peso, talla, estadio preoperatorio, Indice de Gleason preoperatorio, antigeno prostático específico preoperatorio y clasificación de la sociedad americana de anestesiólogos (ASA) no se encontro diferencias significativas entre ambos grupos. Al analizar el sangrado intra operatorio, la necesidad de transfusión de unidades de glóbulos rojos, los dias de uso de sonda Foley, porcentaje de complicaciones dias de hospitalización y tiempo operatorio no se encontraron diferencias significativas a excepción de este último (p=0,0146), siendo mayor en las PTRT (promedio 215 minutos) que en las PTRE (promedio 190 minutos). En cuanto a los resultados oncológicos (porcentaje de bordes positivos y antigeno prostático específico postoperatorio) y funciona-les (continencia postoperatoria y potencia sexual postoperatoria) no se encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas.

Conclusión: La PRLT y la PRLE son alternativas viables para el tratamiento del cáncer de próstata órgano confinado, con resultados tanto oncológicos como funcionales comparables a excepción del tiempo operatorio en el que la PRLE requiere de menos tiempo para su realización.

## CO 08 NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES DE 10 O MÁS CENTÍMETROS

Kerkebe M¹³, Reyes E¹, Orellana N¹, Olivares R¹, Fuentealba C¹, Rojas J¹, Andrusco F Alexander¹, Rojas JC², Irusta G², Sandoval C², Salgado G², Wilckens J¹

'Servicio de Urología Hospital DIPRECA. Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile

Introducción: La nefrectomia radical laparoscópica es la técnica de elección para la extirpación de tumores renales en estadio T1 y T2. Existe controversia sobre su factibilidad en grandes tumores renales, ya que habitualmente estos se presentan en etapas localmente avanzadas. Presentamos nuestra experiencia en tumores renales de 10 cms o mayores.

Material y Métodos: Se analizaron de forma prospectiva todas las nefrectomias radicales laparoscópicas realizadas entre el año 2003 y el año 2009. De un total de 216 nefrectomias, 23 pacientes presentaron tumores renales mayores o iguales a 10 cms en el TAC de abdomen. Datos como edad, sexo, peso, talla, antecedentes mórbidos, cirugia previas, clasificación ASA pre-operatoria, tamaño tumoral, tiempo operatorio, complicaciones, sangrado, días de hospitalización y seguimiento fueron registrados y analizados.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 59 años, trece de los cuales tenían antecedentes de cirugia abdominal previa al momento de la nefrectomia.

El motivo de consulta más frecuente es la hematuria en un 52% de los casos.

En cuanto a las características del tumor, 10 eran izquierdos (43%) y 13 derechos (57%), teniendo un tamaño promedio de 11,2 cm. El tumor de mayor tamaño media 16 cms de diámetro.

En la totalidad de los pacientes la técnica utilizada fue trans peritoneal, siendo en 4 de los casos necesario transformar a mano asistida. El tiempo operatorio promedio fue de 139 minutos. El sangrado promedio fue de 280 cc. 3 pacientes (13%) necesitaron transfusiones de sangre debido a sangrado intraoperatorio. En un paciente se produjo un sangrado en el postoperatorio que obligó a su reexploración. En otro se produjo una hernia incisional en incisión de la fosa iliaca por donde se extrajo el riñón. El promedio de días de hospitalización fue de 6 días.

En 5 (21,7%) pacientes hubo progresión de la enfermedad, 3 fallecieron dentro del 1º año de operados los 2 restantes realizaron recidivas, uno en el de sitio de punción en flanco que fue reoperada y otro recidiva en el lecho operatorio a los 6 meses de operado y también se pierde de controles. El seguimiento promedio fue de 21,52 meses (r. 4-64 meses).



Conclusión: El abordaje laparoscópico de tumores renales de 10 o más centimetros es factible en manos entrenadas, convirtiéndose así en una alternativa válida a la nefrectomia radical abierta. Nuestra serie es una de las más extensas publicadas en la literatura.

## CO 09 CISTECTOMÍA RADICAL: CALIDAD DE VIDA EN CONDUCTO ILEAL Y NEOVEJIGA ORTOTÓPICA

Trucco C, Walton A, San Francisco I, Int. Sujima E, EU. Diaz S, Dominguez J, Guzmán S, Martinez P, Martinez L

Departamento de Urologia, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La cistectomia radical por cáncer de vejiga infiltrante (CVI) requiere establecer una derivación urinaria, empleándose frecuentemente el conducto ileal (CI) y la neovejiga ortotópica (NO).

Objetivo: Evaluar calidad de vida alejada, comparando ambos tipos de derivaciones urinarias.

Pacientes y métodos: Se aplicó encuesta de autoevaluación de calidad de vida, de 43 preguntas con 5 niveles de respuesta, previamente validada en el Servicio de Urología de la Universidad de Vanderbilt, Estados Unidos, a pacientes sometidos a cistectomia radical, entre enero de 1999 y agosto de 2008 en el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica con al menos un año de evolución de su cirugia. Se evaluó condición física, bienestar social y tamiliar, bienestar emocional, bienestar funcional y preocupaciones adicionales. Análisis con prueba no paramétrica de Mann-Whitney, p significativo < 0,05.

Resultados: 22 pacientes califican para la evaluación, de los cuales 21 responden la encuesta. 14 hombres y 7 mujeres. Diez CI y 11 NO. La edad promedio es de 69,3 años (74,7 para el CI y 64,4 años para NO). Se observó diferencias significativas entre ambos grupos respecto de edad, cuidados de la derivación, despertar por la derivación y avergonzarse por su nueva condición. En estos hay una percepción de significativa mejor calidad de vida en NO. El 71,4% de los pacientes se mantiene laboralmente activos. Ambos grupos mantienen percepción constante de enfermedad (53,4%) y están siempre contentos con su calidad de vida el 61,9%.

Conclusiones: Nuestros pacientes con NO describen ventajas significativas en sólo 3 de 43 aspectos evaluados. El 70% de los CI se avergüenzan la mitad o más de las veces por su derivación. Sin embargo, en la mayor parte de los aspectos evaluados no se observó diferencias significativas y ambas derivaciones permiten al 71% una vida activa. Futuras evaluaciones que incorporen morbilidad nos orientarán a la mejor elección de derivaciones.

## CO 10 PROGRESIÓN METASTÁSICA EN EL CARCINOMA RENAL DESPUÉS DE NEFRECTOMÍA RA-DICAL: APLICACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO

Westendarp M, López JF, Vivaldi B, Coz LF, Domenech A, Fernández M, Figueroa A, Krebs A, Pizzi P y Zambrano N

Servicio de Urología, Hospital Militar de Santiago

Introducción: La combinación de factores clínicos e histopatológicos permitiria establecer un pronóstico más preciso y clasificar a los pacientes en diferentes categorías de riesgo de progresión. El objetivo de este estudio fue aplicar, a un grupo de pacientes sometidos a nefrectomía radical por carcinoma de células renales clínicamente localizado, un modelo de puntuación desarrollado para la predicción de enfermedad metastásica.

Material y Métodos: Análisis de cohorte histórica. Para este análisis se consideraron 210 pacientes sometidos a nefrectomia radical con diagnóstico de carcinoma renal, sin evidencias de metástasis al momento del diagnóstico. Se aplicó una modificación del modelo de puntuación de la Clinica Mayo para la predicción de metástasis y que consideró estadio pT y pN (TNM), tamaño tumoral y grado histológico. Los pacientes fueron estratificados según su



puntaje en tres grupos, según el riesgo de progresión a metástasis. La sobrevida libre de metástasis fue estimada utilizando el método de Kaplan-Meier. Para comparar las curvas de sobrevida entre los grupos de riesgo se utilizó el test de log-rank.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 43 meses (rango: 4 a 287 meses). Durante el seguimiento, 28 pacientes presentaron metástasis, con una mediana para su ocurrencia de 18 meses posterior a la cirugia (rango: 4 a 159 m). Al aplicar el modelo de puntuación, se obtuvo un puntaje promedio de 2. Los pacientes fueron estratificados como de bajo riesgo (0-2 puntos) (122 pacientes), riesgo intermedio (3-4 puntos) (68 pacientes) y alto riesgo (5-7 puntos) (20 pacientes). La sobrevida libre de metástasis en el grupo de alto riesgo fue de 79,1%, 55,5% y 48,5% a 1, 3 y 7 años, respectivamente, siendo significativamente menor que los pacientes de riesgo intermedio y bajo (p<0.05).

Conclusión: La aplicación de este modelo modificado permitió identificar pacientes con mayor riesgo de progresión metastásica, siendo concordante con los resultados obtenidos en el estudio original.

## CO 11 COMPROMISO DE LA GRASA PERIGANGLIONAR COMO FACTOR DE RIESGO EN LINFADE-NECTOMÍA INGUINAL MODIFICADA DE CÁNCER DE PENE

Rojas J, Iturriaga C, Salgado G, Canales O, Salinas J, Sandoval C, Gómez-Lobo M, Hidalgo J, Vidal A, Irusta G, Alvear M, Ravello I

Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. Campus Occidente, Universidad de Chile

Introducción: La linfadenectomia en cáncer de pene cumple un importantisimo rol en la etapificación y tratamiento. Históricamente ha sido subutilizada por la morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico. Se ha identificado la afectación linfática como el factor pronóstico más constante e importante en cáncer de pene, directamente relacionado con la sobrevida.

Objetivo: Análisis de la linfadenectomia inguinal modificada, su rol etapificador y el compromiso de la grasa periganglionar como factor de mal pronostico.

Material y Método: Revisión retrospectiva de 40 linfadenectomias inguinales modificadas, realizadas en 20 pacientes con diagnóstico de cáncer de pene, entre los años 1995 y 2009. La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 63,8 años, con un tiempo de evolución promedio de la lesión de 8,2 meses. La histología en la totalidad de los casos fue carcinoma escamoso, realizándose como primera aproximación quirúrgica 8 penectomías parciales y 12 totales. Técnica quirúrgica utilizada: Linfadenectomía Inguinal modificada.

Resultados: Se realizaron 22 linfadenectomias profitàcticas, obteniéndose ganglios inguinales superficiales (+) en 4 oportunidades y ganglios profundos (+) en 1 de ellas. Se realizaron 18 linfadenectomias terapéuticas, obteniéndose ganglios inguinales superficiales (+) en 12 procedimientos y ganglios profundos (+) en 4 de ellos. La sobrevida general a 5 años, fue de 15% y la específica de 10%.

Los factores limitantes de sobrevida reportados corresponden a la presencia de un tumor indiferenciado a la histología y el compromiso de grasa periganglionar en la disección inguinal, correspondiendo esta última a un 38% de los pacientes con ganglios positivos en la linfadenectomia, presentando recidiva local antes de un año. El 71% de los pacientes fallecidos presenta compromiso periganglionar en la biopsia.

Discusión: No existiendo actualmente exâmenes con adecuada sensibilidad y especificidad para detectar el compromiso ganglionar inguinal en el câncer de pene, se plantea como rol primario de la linfadenectomia, la etapificación;
sin embargo, su rol terapeutico es el más importante, pudiendo ser curativo especialmente en pacientes con
micrometástasis. Detectados factores de mal pronóstico, como el compromiso de la grasa periganglionar, se podría
mejorar la sobrevida de la enfermedad en pacientes seleccionados con terapias adyuvantes como la radioterapia o
la quimioterapia combinada.





Debido a la HPB, él se ha perdido este momento inolvidable.





Avodart® en combinación con tamsulosina reduce la necesidad de esas molestas interrupciones.

Avodart en combinación con tamsulosina ofrece:

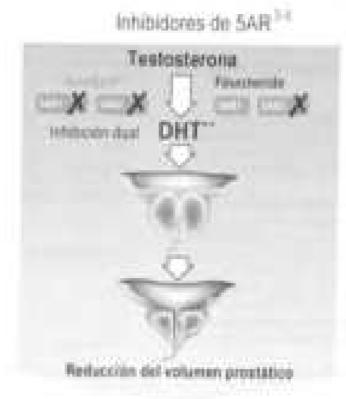
- □ Continua mejoria de los sintomas de la HPB moderada a severa
- Reducción importante de las complicaciones relacionadas con la HBB
- Mejoria considerable de la calidad de vida comparada con las monoterapias²

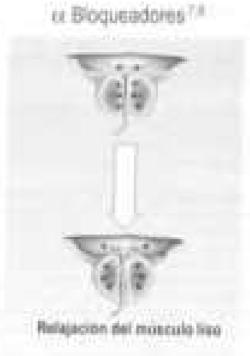




## Avodart trata la causa que origina la HPB 34

D' Avodart' es el único inhibidor dual de la 5AR que inhibe las dos isoenzimas, tipo 1 y tipo 2. produciendo una potente supresión de la DHT.100





75 to helbucteous "Dhidrotestraderina

Avodart" ofrece una reducción continua del volumen prostático a lo largo de 2 años. (Estudo compat)



## Avodart en combinación con tamsulosina: una opción efectiva de tratamiento

## En pacientes con sintomas molestos de la HPB:

- Ofrece una continua mejoria de los sintomas a través del tiempo"
- Reduce considerablemente las complicaciones relacionadas con la HPB1
- Ofrece una superior y constante mejoria en la calidad de vida comparado con las monoterapias



Prescribe a su paciente (0.5mg) en combinación con tamsulosina (0,4mg), una vez al dia.

To September 12 or at The Stitute of September Terreprocess professional Process in Local Straight September 2 or an International Straight September 1 or an International September 2 or an

Different P. and March of The Benefit of Displacement of the Annex Service and Link Science (Associated Services and Servi

Class No. of a Market Degree of Discovery of the and having Process Paperson of Discovery & Degree of the National Action in Page 1981.

Topography of the process of the Pro

IN REPORT OF A DESCRIPTION OF THE OWNERS OF THE PROPERTY OF THE PERSON OF THE PERSON NAMED IN

The best of the second second

Billion (C. al.a. at 1 at ) and at presentative of the array shallow land to approve the present.

Name and property fortier





AVCCART!

DUTASTERIDA CAPSULAS BLANDAS 9.5 mg - FOLLETO DE INFORMACION AL PROFESIONAL COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada căpsula para usu coul contiene îi 5 mg de dutastentia (visse Luta de Exograntici)

PRESENTACION FARMACEUTICA

Capeulas: capeulas hiandas y obiongas de gelatria, de color artunito opaco y apagado, con las siglas GX CE2 impresas con tinta rosa en umo de los lados.

CARACTERISTICAS CLÍNICAS

Précaciones: Tratamiento de la hipertrofia prostatica benigna (HPE) sintomática en xarpnes con un aumentado tamaño de prostata. Además AVCIDART, administrado en combinacion con el alfaboquisidor tamajosma, trata y previerre la progresión de la repersola provisica benigna (HPE) mediante la reducción del temporio de la printata, el alivio de los sintomas y mesoria del flujo umano (velisee Extudios Crinicos).

Dogin v Administración

Embarago y Lactancia

Varones adultos (incluso los de edad avargada): AVOCART puede ser administrado como monoteriose o en contrinscido con el alfabilidacido tampuicisme (0.4mg). La dissis recurrendista de AVOCART coneiste en una capsula (0.5 mg) administrada ocimiente una vez al día. Las capsulas deten dequême enteras, por lo cual no riste en masticaren ni abricire, ya que el contacto con el contenido de la capsula podría produce intación de la intuitos ordaninges. AVOCART puede tomana con el sin almentos. Aurque puede observarse mejora en una impartemporna, puede ser necesario masticar un tratamiento de cuando menos 6 meses para existian objetivamente si puede obtenense una respuesta satisfactoria a la terapia. Insuficiencia riental: No an ha estudiado el efecto de la insuficiencia venal entre la farmacionistica de la disastenda. Sin emborgo, no se antropa apate alguno en la disaficación de los paciantes con visuficiencia renal (valade Farmocionistica).

Innaficiencia begática: No se ha estudado el efecto de la insuficiensia hepática intes la formacionitica.

de la dutastirista (setanoe Adventoricas y Precauciones y Faretaccionatica):

Contraindicaciones: AVCIDART se contraindos en aquellos pacientes con tripersensibilidad corocida a la dubalizada, a circa imbatores de la 5 alfa-reductasa, o a cualquier componente de la preparación (vilase Lista de Encipieres). El uso de AVCIDART se contraindos en migres y niños (vilase Embanços La defendada.)

Advertencias y Precaucieres: La dutastenda se absorbe a traves de la prel, por lo que las mujeres y los rafico deben exitar el contacto con capacitas que presenten demames luciuso Embarado y Loctanoso. Se se tiene contacto con raipisulas que presenten demames, el ansa expuesta debe lavarse nimediatamente con agua y con jation. No se ha estudado el efecto de la insuficiencia hepatica sobre la formacionistica de la dutastenda. Como lo dutastenda se metabolica ampliantende y posse una vida media de 3 a 5 semanas, debe tenense precaución cuando se administre dutastenda a pacientes con entermedades.

hepiticas (veurse Dosis y Administración y Farmacosinética).

Efectos sobre el antigeno prestatico especifico (PSA, del inglés prostate specific antigen) y la detección del cáncer de prostata: Los pacientes con BPH deben someterse a un examen zigital rectal. así como otras evaluaciones de cáncer de prostata, antes de iniciar la terapia con distastenda y periodicamente en la sucissivo. La concentración del antigeno prostatico específico (PSA) en el suero es un componente importante del proceso de selección para detector carcor de próduta. Por lo general, una concentración de PSA serico superior a 4 ng/mi. (Hybritech) requiere una evaluación adicional, así como: la consideración de una diograe de próxitata. Los médicos deben estar conscientes de que un valor basal de PSA inferior à 4 rigimil., en les pacientes que reciber dutaitlerida, no excluye un dagnissico de concerde prostata. AVDDART causa una disminución en los reveles de PSA serico, de aproximacionente 50%. después de 6 meses en los paicientes con BPH, aun en presencia de cáncer de proyunta. Aun cuando puede haber una variación individual, es predecible una reducción en la concentración de PSA de aproximadamente 50%, ya que ésta se ha observado a lo targo del rango total de valores bossies de PSA (1.5 a 10 right). Por tanto, para interpretar un valor alpiedo de PSA en un hombre tratado por AMDOART. durante 5 minera, o más, deben duplicarse los valores de PSA para companidos con los limites normales: en hombres no tradados. Este ajuste preserva la semalbilidad y especificidad del análisis de PSA y mantene: su capacidad para sidectar parcer de prostata. Cuando se está traio historizanto con AVOCART, deter evaluarse cuidadospremite cualquier aumento sosterado en los niveles de PSA considerando, inclusive... urla falta de cumplimiento de la terapia con AVODART. Los rivieles totales de PSA serco neconari a la limes bissili dentro de un plazo de 6 mesés posterior a la suspensión del tratamiento. La relación entre: el PSA total y libre permanece constante bajo la influencia de AVODART. Si los medicos eligen utiligar el percercaje de PSA libre como auxiliar en la detección de cancer de pritidata, en viscores sometidos a terapia con dutastenda, no es necesario nualizar un ajusta en su valor.

Interacciones: Estudios in vitro octure el metabolismo del Tamaco demuestran que la dutanterida se metaboliza por la assenzima CYP3A4 del citocromo P450 humano. Por tavito: las concentraciones del dutasticrida en la sangre pueden aumentar en presencia de infebidores del CYPSA4. Los datos de la Fase il reconarce una disminución en la depuración de la dutastenda, cuando se coadministró con los inhibidores. de CYPSA4, versparvi (37%) y ditiazeon (44%). En contraste, no se observó reducción sigura en la depuración cuando se coadministro amlodipino, otro antaganista del canal del calcio, con dutastenda. Es improbable que la disminución en la depuración y el aumento subsiguierde en la exposición a la distastenda, en presencia de inhibidores del CYPDAR, sese clinicamente significativas, detado al amplio. marperi de seguridad (los pacientes han recisido fueda 10 vacies la dos a recomendada, por hasta seis mesest; por tanto no es necesario realizar algún asuela en la doses. In vitro, la dutastenda no se metaboliça. per las isserusmas CYP1A2. CYP2C9. CYP2C16 y CYP2D6 del eteoromo P450 humano. La dutastenda no inhibe las eripirtos metabolizarses de fármacos del silocomo PASO humano er yeno, ni induce las repondenas CYP1A, CYP2B y CYP3A dei otogramo P450 en ratas y piema in vivo. Estudios in vitro demuestran que la dutastenda no desplaza a la warfarna, diazeparo o fenitoria, de su unido a proteinas. plasmaticas, ni estos compuestos moderos desplacan a la dutastenda. Entre los compuestos apresidos a proetos de mienicolores medicamentosas en el ser humano se incluyen la tamisolosina, ferazosina, warfarma, digoxina y colestiramina, y no se fum observado interacciones clinicamente significativas. Aurique no se realizaron estudios específicos de interacción con otros compuestos, aproximadamiente al 90% de los sujetos reclutados en estudios amplios de Fase III, que recibieron dutastenda, se encontraban contando otros medicamientos en forma concomitaros. En las pruebas clínicas no se observaron interacciones adverties d'incamente significativas, cuando se coadministro dutastenta con hipoligierrantes, apentes establidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), agentes bioquesdores beta adrevérgicos. Moquesatures del carse del carso, corticoesteroides, diuniticos, fármacos artirifamatorios no esteroides (AMEs), inhibidores fipo V de la fesfodiesterses y antibidicos del grupo de las gumplosas. Un estudio de Interfección medicamentosa con tames/osina o teraposina, administradas en combinación con AVCIDART. durante dos semanas, no mostro indicios de interacciones tarmacocinéticas o fermacodinárnicas.

Fertifidad: En volumentes romaires de 16 a 52 años de edad (#=27 ducasterida; #=23 placebo), as evaluator los efectos resultantes de la administración de 0.5 regidio de dutastenda sobre las características. del liquido saminal, a lo largo de 52 semanas de tratamiento y durante 24 semanas de aequimiento. politanomo al tratamiento. A las 52 semanas, el promedio de reducción pontensual inicial en el recuento intal de espermatorostes, volumen seminal y motilicad de espermatoroides files de 23%, 26% y 18%, respectivamente, en el grupo tratado con stutastenda, al realizar apostes con respecto a los cambios. appenyados a partir de la linea basal en el grupo tratado con placebo. La concentración y la morfología. de los inspermeto, ruides permaneciente inalteradas. Una vez transcurridos las 24 semanas de seguirmento. el promedio de cambio porcantosi en el recuento total de espermatoro des de los pacientes tratados condiubisterida siguió siendo 23% menor que el de la linea basal. Mientras que los xalores promedio da todos: los parametros seminalas permanecieron dentro de los intervalos normales en todo momenta, por lo que no cumplierum con el ortano predefinido de cambio clinicamente significativo (30%), pos sujetos. juriorecambre al grupo fratado con ciutarlando presentados disminuciones en el recuento de expermatododes. superiores at 00% del valur registrado en la fines basal a las 52 semanas, con una recuperación parcial. un el periodo de seguimiento cumustiente en 24 semanus. Se descondos la importancia clinica del efecto de la dutastroida cobre las características servinales vinculadas con la fertifidad de cada paciente.

Embarazo: La stubisferida se contrarrelica para usanse en mujeres. La diutariterida no ha sido mitudioda en mujeres, datido a que los datos preclimicos ougeren que la supresión de los niveles cinculardes de unido el descanario de los organos genéales externos en fetos masculmos de mujeros separativo a diutarienda.

Lactancia: Se deutorocce si la distasteritta se expreta en la teche materna.

Efectos sobre la Capacidad de Conducir y Operar Máquinas: Can tiaxe en las propiedates farmacconéticas y farmaccidirámicas de la dubaterida, no se esparar la que el tratamiento con este farmaio interferera con la cassocidad de conducir o operar magionaria.

Efector Adversor.

Datos de Pruebas Clinicos

Monostrapia coe AVDDART i,os siguierres efectos adventos relocionados con el fármado, a julios del investigador com una madencia 21%), han sido comunicados con mayor fecuencia en los tres estudios de Falle III, comunados con placados, donde el historianio con AVDDART se compario con placados.

Events Athenia	Incidentita durante si artic 1 de Indiamiento		trodencia durante el alto 3 de tratamiento		
	Placebo 01-2156)	#(ODART (th/2167)	Placebo (6=1736)	M/ODART (m=1744)	
imposencia	2%	0%	116.	2%	
Alteración idistruscioni de la libido	25	4%	<1%	43%	
Trastorron de le eyaculación	eth.	2%	41%	47%	
Trastornes inamanes»	<1%	1%	41%	1%	

<sup>.</sup> Include hipemensibilidad mamaria y ginecomontia

No hubo ringun cambio aparente en el perfil de efectos adversos durante un persolo de 2 artis; adviorales en estudios abvertos de extension.

Terapia de Combinación con AVODAR7 y Tameulosina

Los siguientes efectos adversos relacionados con el Tármaco, a pucio del investigador, con una tasa de ricidencia mayor o qual a 1%) han vido notificatora en el análisio de 2 años de dunación del Estudio CombAT (Combinación de AVOCART y Tamautorina), el qual consistio en comparar Q 5mg de AVOCART y 0.4mg de tamautorina, administrados una vez al ritia durante cuatro años, ya seis en combinación o como monoterapa.

Eventa Advensa	Prodensia durante el año 1 de excamiento			Incidencia ducante el año 2. de tracamiento		
	Avodart • Tarreulosina (n. • 1610)	Augstart (n = 1623)	Tensulosine (n = 1511)	Avodart + Tarraulosina (s.= 5424)	Avodet (n = 1457)	Timuosna on + 1460
impolencia:	7%	5%	3%	15	1%	41%
Alterwolani (disminución) de la libido	5%	4%	:9%	45%	41%	58%
Trastomos de la eyecutación	9%	25	3%	47%	ville.	41%
Transomos mamarios-	2%	2%	-61%	41%	1%	305
Mireos	1%	<ff()< td=""><td>2%</td><td>&lt;1%</td><td>1.4957</td><td>41%</td></ff()<>	2%	<1%	1.4957	41%

incluye hiperawnobilidad mamana y ginecomastia

Datos Posteriores a la Comercialización:

Máis adelante se listan, por claso da sistema de dejamos y frecuencia de ocurrencia, los efectos adversos netectinacios con el medicamento. La frecuencia de ocurrencio se define como: oruy comun (2-1/10), comun (2-1/10), no común (2-1/10), no común (2-1/10), resa (2-1/10), resa (2-1/10) y < 1/1000) y muy resa (4-1/10), con inclusión de comunicaciones areladas. Las categorias de frecuencio, determinadas por datos posteriores a la comercialización, se refierem a tassas xomunicadas máis que a una frecuencia vendadera. Trastornos del sistema inmunitario.

Muy raros: Reacciones alérgicas, que incluyen exantema, prunto, unicaria, edenta i tacalizada; y anocisidema.

Sobredosis:

En estudios realizados en voluntarios, se han administrado doeix emples de dutastenda, de hanta 40 mg/dia (60 veces la desis terapholica) por 7 dias, en que haya preolupaciones segnificacivas en ouante, a segundad. En las pruebas clinicas los papientes han recibido dosis diarias de 5 mg, durante 6 mesers, sin efectos adversos adicionales a sis observados con la dosis terapeutos de 9.5 mg. No evide algun antidoto específico para la dutastenda por tento, en casas de sospedas de sobredosficación debe proporcionarse un tratamiento sintomático y de soporte, segun sea apropilado CARACTERISTICAS FARMACEUTICAS

Lista de Excipientes

Contenido de la capsula: monodiglicandos de ácido caprilico/coursos. Busiliscroviosueno.

Cubierta de la capeula gelatina giossei dioxide de titano (E171, C) 77891); deido de hierro amarilio (E172, C) 77492); finta roja de impresión con doido de hierra mos E172; C) 77491); incompatibilidades: No aplicable

Vida de Anaquet: La fecha de caducidad se indica en el empaque.

Precauciones Especiales de Almacenamiento: No almacenar a temperaturas superiores a 30° C. Naturaleza y Contenido del Envase: Envases alveciados (bilatera) de pelicula opaca de PVC/PVDC, empecados en capa de cartico.

Instrucciones para su Uso/Manejo: La dutaxierida se absorbe a través de la piet, por lo que les mujeres y les nufres deben evitar el contacto con cépsulas que presenten derrantes (sivanse Advertençais, y Precauciones, Embarazo y Lactanoue. Si se tiene contacto con cépsulas que presenten demantes, el area expuesta debe lavarse symédiatamente con aqua y con jahon.

Número de versión: GD567/iPios.

Para Mayor Información a disposición en el Departamento Médico GioxoSmithKline Chile Ltda. Av. Andrés Bello 2687. Piso 19, Las Condes. Tel: (56 2) 382 9116. Fax: (56 2) 382 9002. GLAXOSMITHKLINE





PÓSTERS
1 A 16 A
JUEVES 29 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 2
11:00 - 13:00 HRS.



#### POS 01 MORTALIDA

### MORTALIDAD POR CANCER UROGENITAL EN CHILE

Lopez JF

Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: El cáncer urogenital es responsable de parte importante de la mortalidad por patología neoplásica. El objetivo de este estudio fue realizar una descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer urogenital en Chile entre los años 1997 y 2007.

Método: Se construyeron las tasas de mortalidad por câncer genitourinario a partir de los registros de mortalidad del Ministerio de Salud (MINSAL) y de las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Para identificar estas patologías se utilizaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) correspondientes a neoplasias genitales masculinas (próstata, testiculo, pene) y de vias urinarias (riñón, ureter, vejiga). Se describió la distribución regional y demográfica.

Resultados: La tasa de mortalidad por câncer genitourinario aumentó de 12,7 x 100 000 habitantes en el año 1997 a 16,5 el año 2007. Regando a dar cuenta de un 12,7% (2.742 muertes) de las muertes por patología neoplásica. Para el câncer de próstata aumentó de 15,4 muertes x 100.000 hombres el año 1997 a 20 el año 2007 dando cuenta del 60% de las muertes por câncer urogenital. El cáncer de testiculo disminuyó de 1,3 a 1,08 x 100.000 hombres en igual período (3,2% de las muertes por câncer urogenital). Tanto para el câncer de riñan como de vejiga se observó un aumento en las tasas, subiendo de 2,6 a 3,3 x 100.000 habitantes para el primero, y de 1,6 a 2,3 x 100.000 habitantes para el segundo entre los años 1997 y 2007.

Conclusión: Se observa una tendencia al alza de la mortalidad por cancer genitourinario, siendo el cancer de próstata el principal responsable. Se hace necesaria la realización de estudios de carga de enfermedad para dimensionar el real significado de este aumento y proponer medidas para su control.

#### POS 02

LA EXPRESIÓN DE HER-2 EN LAS CÉLULAS CANCEROSAS EN LA CIRCULACIÓN SANGUÍ-NEA EN HOMBRES CON CÁNCER PROSTÁTICO NO ES UN MARCADOR DE DISEMINACIÓN; CORRELACIONES CON LA PRESENCIA Y EXPRESIÓN DE HER-2 EN MICROMETÁSTASIS ÓSEAS

Murray N, Reyes E, Badinez I, Orellana N, Dueñas R

Introducción: En cáncer de mama existen estudios que sugiero en que la expresión de HER-2 aumenta las posibilidades de células cancerosas así como las micrometástasis en médula ósea siendo la frecuencia de detección de HER-2 es hasta 3 veces mayor en la médula ósea que en el tumor original. En hombres con cáncer prostático la expresión de HER-2 en micrometástais y células circulantes se asocia con resistencia a la supresión androgénica. Presentamos un estudio de la expresión del HER-2 en las 1º y 2º CPCs y micrometástasis óseas, para determinar si la expresión de HER-2 aumenta el riesgo de diseminación tumoral.

Método y Pacientes: Todos los hombres con cáncer prostático atendidos desde el julio de 2006 en un Centro Oncológico. Después de consentimineto informado, 8 ml de sangre venosa fue colectada en EDTA, las células mononucleares obtenidas por centrifugación diferencial y células prostáticas identificadas con inmunocitoquímica con un anticuerpo monoclonal dirigido contra el APE. Pacientes CPC positivas tuvieron un segundo procesamiento con el Hercep Test. Micrometástasis fueron detectadas en improntas de una biopsia de la médula ósea, utilizando anticuerpos monoclonales dirgidos contra el APE e identificadas con inmunocitoquímica y sub-clasificada con el Hercep Test. El APE sérico, etapa, Índice de Gleason y tratamineto fueron registrados y analizados por la expresión de HER-2.

Resultados: 113 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 33 pre tratamiento, 59 post tratamiento radical y 21 con supresión androgênica posterior al tratamiento local. La edad promedio fue de 69,4, 71,8 y 75,5 años



respectivamente. CPCs fueron detectadas en 25/33 (76%), 32/59 (54%) y 12/21 (57%) respectivamente, hubo significamente más 1" CPCs que 2" CPCs (p<0.04). Las CPCs expresaron HER-2 en 4/25 (16%), 5/32 (16%) y 6/12 (50%) respectivamente, pacientes con la supresión androgência tuvo un expresión de HER-2 aumentada (p<0.05. Las muestras de la médula ósea mostraron micrometástasis en 14/33 (42%), 26/59 (44%) y 10/21 (48%) respectivamente, sin diferencia estadística. La expresión de HER-2 fue positiva en 2/14 (14%), 4/26 (15%) y 6/10 (60%) respectivamente. Pacientes con la supresión androgênica tuvo una expresión de HER-2 mayor a la registrada en pacientes sin la supresión androgênica p<0.03.

Conclusiones: La expresión de HER-2 en 1º y 2º CPCs y micrometástasis en pacientes sin tratamineto con supresión androgência es semejante, lo que nos lleva a concluir que la expresión de HER-2 no es importante en la diseminación primaria o secundaria en cáncer prostático, pero en un ambiente que carace de andrógenos las células que expresan HER-2 sobreviven. Por lo tanto, no es útil como marcador de diseminación tumoral, pero es útil como marcador de la resistencia a la supresión androgência y podría indicar que la terapia neoadyuvante está indicada al tiempo del diagnóstico.

Palabras claves: Cáncer prostático, células tumorales circulantes, micrometástasis, HER-2, terapia neoadyuvante, supresión androgénica.

POS 03 CÉLULAS PROSTÁTICAS EN LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA SECUNDARIA (2º CPCS) EXPRE-SANDO P504S PREDICEN LA RECIDIVA BIOQUÍMICA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL CON ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO DETECTABLE SIN CRITERIO DE RECIDIVA BIOQUÍMICA

Badinez I, Orellana N, Dueñas R, Reyes E

Introducción: El valor de corte exacto de antigeno prostático específico (APE) para definir recidiva bioquímica en pacientes sometidos a prostatectomia radical ha sido motivo de controversia. Es aceptado que un valor mayor que 0.2 ng/ml significa una recidiva bioquímica y consideración para terapia de la supresión androgênica. No obstante, hay un grupo de pacientes que aún no cumptan con estos criterios, presentan una elevación en el APE serico, al menos transitoria, saliendo del rango indectable. Este no representa necesariamente una recidiva bioquímica y podría corresponder a una elevación inespecífica del APE, ya sea por la presencia de tejido prostático benigno remanente o la producción de APE por glándulas extra-prostáticas. 2º CPCs son definidas como células en la circulación sanguinea que expresan APE después de una terapia radical. Si co-expresan la proteina P504S son consideradas como malignas. Evaluamos la frecuencia de detección de 2º GPCs en estos pacientes y el cambio en el APE con el tiempo.

Método y Pacientes: Todos los hombres con cancer prostático sometidos a prostatectomia radical, un APE serico 
< 1,0 ng/ml y atendidos desde julio de 2007 en un centro oncológico. Después de consentimiento informado, 8 ml de 
sangre venosa fue colectada en EDTA, las células mononucleares obtenidas por centrifugación diferencial y células 
prostáticas identificadas con inmunocitoquímica con un anticuerpo monoclonal dirigido contra el APE. Muestras 
positivas tuvieron un segundo procesamineto con anti-P504S. El APE sérico, fecha de operación y tratamiento 
fueron registrados. 3 grupos con un APE sérico de <0,02 ng/ml, 0,02-0,20 ng/ml y >0,2 ng/ml fueron analizados por 
la frecuencia de 2º CPCs. Los pacientes fueron monitoreados durante el seguimiento con APE sérico y CPC detección. Una recidiva bioquímica fue definida como un APE sérico <0,2 ng/ml.

Resultados: 52 pacientes participaron, con una edad promedio de 71.7±8,6 años. CPCs fueron detectadas en 3/11 (27%), 8/15 (53%) y 15.726 (58%) respectivamente en los 3 grupos. 22 pacientes sin una recidiva bioquímica tuvieron una segunda elevación después de un año, pacientes CPC positiva tuvieron un aumento en el APE sérico 12/13 (92%) vs 1/9 (11%) en pacientes CPC negativa (p<0.0002), 8/13 de pacientes CPC positiva alcanzando una recidiva bioquímica.



Conclusiones: La detección de 2º CPCs se identifica un grupo de pacientes sometidos a prostatectomia radical con un alto riesgo de recidiva bioquímica entre 1 año, independiente del APE serico logrado después de la operación. El examen podría ser útil en el seguimiento para la identificación de estos pacientes.

### POS 04 IDENTIFICACIÓN DE FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF) EN CÁN-CER DE PRÓSTATA

Acuña P, Ellwanger A, Ramirez A, Madrid E Viña del Mar

El cancer de prostata es la segunda causa de muerte en hombres y su comportamiento es tan heterogêneo que ha sido necesario buscar factores pronósticos que sean fiables. Entre ellos, se está investigando la angiogênesis, proceso necesario para el crecimiento y desarrollo de metástasis del cáncer. El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), es uno de los factores proangiogênicos más potentes encontrados. No se ha llegado a un consenso en cuanto a su validez como factor pronóstico y tampoco hay estudios en Chile que demuestren una diferencia en su presencia entre el cáncer prostático y la hiperplasia benigna prostática (HBP). Se propuso investigar ambas relaciones.

Se contaron con 66 biopsias obtenidas de cirugia prostática convencional, de las cuales 30 eran cáncer y 36 eran HBP. Se les realizo inmunohistoquímica para VEGF y se obtuvo el porcentaje de marcaje de células glandulares por paciente.

Se encontró una relación estadisticamente significativa en el porcentaje de marcaje entre cancer y HBP, siendo prácticamente ausente en la HBP. No se encontró relación entre el porcentaje de marcaje y la recidiva bioquímica en el caso de los cánceres que evolucionaron con recidiva definida como PSA mayor de 0,2 ng/ml.

Como conclusión, el patrón de presencia de VEGF en chilenos se comporta de igual manera que en el resto del mundo. El VEGF podría tener utilidad en facilitar el diagnóstico de câncer y un eventual uso como criterio para optar por una terapia antiangiogénica. En este estudio no se pudo demostrar una relación entre el marcaje positivo y la presencia de recidiva bioquímica, lo que puede deberse a lo limitado de la muestra.

## POS 05 RECIDIVA DE CÂNCER DE PRÓSTATA, EN PACIENTES TRATADOS CON BRAQUITERAPIA DES-PUÉS DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO, USANDO DISTINTOS PARÁMETROS

Balbontin F, Gómez R, Castillo O, Pizzi P Clinica Santa Maria

Introducción: El criterio de recidiva bioquímica posterior a una braquiterapia es dificil de establecer, ya que el Antigeno Prostático Específico (APE) desciende progresivamente, además entre los 6 meses y 3 años de tratamiento se producen fenómenos benignos de rebote o "bounce" que elevan el antigeno prostático que luego vuelve a descender. Sin embargo, cualquier ascenso después de los 3 años es altamente sospechoso de recidiva bioquímica. La prostatectomia radical es considerada hasta hoy el tratamiento estándar para el cáncer de prostata localizado, siendo mucho más fácil la identificación de recidiva, ya que cualquier ascenso después de la cirugia es considerado una recidiva bioquímica. El propósito de este trabajo es mostrar distintos métodos de recidiva bioquímica de pacientes tratados con braquiterapia guiada por ecografía con Yodo 125 (I-125), mayor o igual a 3 años de seguimiento para así evitar el error de interpretación causado por el rebote o "bounce".

Material y Método: Desde febrero de 2005 en Clínica Santa María se han tratado 99 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. De ellos, 27 tienen 3 o más años de seguimiento. Los criterios de inclusión para braquiterapia



son aquellos pacientes considerados de bajo riesgo o de riesgo intermedio según nomograma de Kattan. El seguimiento se realiza con PSA cada 3 meses el primer año, cada 6 meses el segundo y anualmente a partir del tercero. Se utilizaron 2 definiciones de recurrencia bioquímica: Criterio A: Definición de Phoenix: elevación del PSA en > 2 ng/ml sobre el nadir después de los 3 años. Criterio B: En forma arbitraria estimamos como recurrencia cualquier elevación del APE > 0,3 ng/ml por sobre el nadir después de los 3 años de seguimiento, esto con el fin de poder establecer parámetros comparables con la prostatectomia radical.

Resultados: De los 27 pacientes que tienen 3 o más años de seguimiento, once (41%) tienen 4 años de seguimiento. La edad promedio fue 61,3 + 7,9 años. Seis pacientes (22,2%) eran de riesgo intermedio según nomograma de Kattan, ya que tenian un Gleason 7 o un APE > 10 ng/ml. Recidiva bioquímica: El APE promedio fue de 0,78 + 0,92 ng/dl y 0,42 + 0,37 ng/dl a los 3 años y 4 años de seguimiento respectivamente. Existe sólo una recidiva bioquímica a los 4 años de seguimiento utilizando el criterio A (Phoenix). Y al utilizar el Criterio B (APE > 0,3 sobre el nadir) y esto se mantiene a los 4 años de seguimiento. Este análisis entrega una sobrevida libre de recidiva bioquímica global de 97%.

Conclusión: Nuestros resultados en cánceres prostáticos sometidos a braquiterapia han demostrado un excelente control bioquímico a los 4 años, superando como monoterapia los resultados obtenidos por prostatectomia radical.

## POS 06 CIRUGÍA PROSTÁTICA PREVIO A BRAQUITERAPIA CON YODO 125 EN PACIENTES CON CÁN-CER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Balbontin F, Gómez R, Castillo O, Pizzi P Clinica Santa Maria

Introducción: Se analiza en un estudio retrospectivo nuestra experiencia en pacientes portadores de cáncer prostático localizado sometidos a braquiterapia de baja tasa con Yodo 125 (BBTI125) en los que previamente se ha realizado cirugia de Hiperplasia Benigna de la Próstata (HBP). El objetivo es evaluar resultados respecto de sintomas urinarios y dosimétricos.

Material y Método: De un total de 99 pacientes tratados con BBTI125 desde el 2005 al 2008, 10 pacientes recibieron previamente cirugía por HBP, 6 de ellos se planificó como tratamiento complementario previo a la BBTI125,
porque tenian un gran volumen prostático y/o un gran lóbulo medio y/o síntomas prostáticos superiores a 12 según
el Indice Internacional de Sintomas Prostáticos (IISP). Tres fueron sometidos a resección transuretral (RTU) y uno
a adenectomia transvesical previo al diagnóstico de cáncer de próstata.

Resultados: El promedio del IISP de los 10 pacientes fue de 4 (rango 0-7) previo al implante. De los 6 pacientes en los que se planificó como tratamiento complementario a la braquiterapia el IISP fue de 21 (rango 16 a 32) y uno de ellos estaba en retención completa usando una sonda uretrovesical permanente. En 3 de ellos se realizó RTU bipolar y en los 3 restantes el láser de tulium (Revolix).

El promedio de IISP después de la cirugia fue de 4 (rango 1 a 6), en aquellos pacientes que se planifico como tratamiento complementario la braquiterapia se realizó en promedio 1 mes después de la RTU. Ninguno presentó incontinencia a los 9 meses de seguimiento. El IISP promedio a los 3 meses después de la braquiterapia fue de 6 (rango 3 a 9). El promedio del D90, V100 y V150 fue de 147 (rango 126 a 178), 92 (rango 65 a 115) y 46 (rango 38 a 63) respectivamente, no presentado diferencia significativa con el grupo control.

Conclusión: Hoy en dia no se observa gran morbilidad en pacientes con braquiterapia que previamente han sido sometidos a cirugia previa por HBP. Esto gracias a un cambio en la técnica de implantación más periférica. La RTU puede se puede realizar confiablemente antes del implante e incluso se puede reemplazar al uso de terapia hormonal para reducir volumen y así evitar los efectos adversos de esta.



#### POS 07

## TESTOSTERONA PLASMÁTICA, ¿ES UN PREDICTOR DE ESTADIO EN CÂNCER DE PRÓSTA-TA? INFORME PRELIMINAR

Fonerón A, Corti D, Troncoso L, Ebel L, Valdevenito G, Gil G, Vargas R, Osorio F Instituto de Especialidades, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Urología, Hospital Clínico Regional de Valdivia

Introducción: El câncer de próstata (CaP) es una patología frecuente. Una alternativa válida de tratamiento es la cirugia. Algunos informes sugieren una posible asociación entre el CaP agresivo y niveles séricos bajos de testosterona. El objetivo es evaluar la asociación entre niveles de testosterona sérica y estadio histopatológico del CaP en estadios precoces.

Método: Estudio prospectivo, no randomizado. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a prostatectomia radical desde noviembre de 2007 hasta mayo de 2009. Previo a la cirugia se les extrajo una muestra sanguinea en donde se determinó la cantidad total de testosterona y además se almacenó una muestra de suero.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, la edad promedio fue 65,4 años (44 a 74 años). El IMC promedio fue 29 (21 a 40). El PSA promedio fue 8,49 (1,15 a 52) y 16 (25%) tenian tacto rectal sospechoso. El Score Gleason promedio: 6,12 (4 a 9). La testosterona serica total promedio fue de 381 ng/dL (66 a 720 ng/dL). El 37% (23/62) presentaron estadio patológico T3a o T3b. Al evaluar la testosterona total promedio por etapa fue de 400 ng/dL (145 a 720 ng/dL), 354 ng/dL (66 a 542 ng/dL), 323 ng/dL (310 a 337 ng/dL), para T2, T3 y N (+), respectivamente. No se encontró diferencia estadisticamente significativa al evaluar bajos niveles de testosterona con estadio patológico. Conclusiones: Con los datos obtenidos hasta el momento no es posible demostrar una relación entre la testosterona y el estadio patológico del CaP. Es necesario completar la serie con un mayor número de pacientes. Debido a que se está almacenando suero de los pacientes se podría evaluar la necesidad de otro tipo de estudio hormonal. Palabras claves: Câncer de próstata, testosterona sérica total.

#### **POS 08**

## TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTA-TA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA

Balbontin F

Clinica Santa Maria

Introducción: La terapia de reemplazo con testosterona (T) es reconocida como un tratamiento efectivo para los pacientes con sintomas y signos de hipogonadismo. Sin embargo, en los últimos 68 años ha existido la convicción absoluta que elevadas concentraciones plasmáticas de T se asocian a un mayor desarrollo de cánceres prostáticos (CaP) y que la suplemementación con esta hormona podría convertir CaP ocultos en cánceres clinicamente significantes. A pesar de que aún no existen trabajos controlades con seguimiento a largo plazo acerca del efecto de la T sobre el riesgo de CaP, en el último tiempo ha aparecido evidencia creciente que la T tendría un efecto mínimo o nulo en pacientes con CaP tratados. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto de la terapia de reemplazo con T en pacientes con cáncer prostático tratados con braquiterapia.

Material y Método: Desde febrero de 2005, 99 pacientes con CaP han sido tratados con braquiterapia por un urólogo. Desde hace un año se ha incorporado en nuestro protocolo la medición de T total y T libre en pacientes con sintomas de hipogonadismo. En total, 26 pacientes disponen de estudio hormonal y en 7 de ellos se dispone de seguimiento luego de recibir reemplazo con testosterona utilizando Nebido®.

Resultados: La edad media de los 7 pacientes con estudio hormonal fue de 59,6 años (i: 49-72). El APE promedio al momento del diagnóstico fue de 6,1 ng/dl (i: 3,3-9,7). El score de Gleason fue de 2+3 en 1 paciente, 3+3 en 4 pacientes, 3+4 en 1 paciente y 4+4 en 1 paciente. Con respecto al estadio clínico, 3 pacientes presentaron estadio T1c y 4 T2a. Los 7 pacientes presentaban sintomas o signos de hipogonadismo. La T total media fue de 384 (i: 270-



508) y la libre de 7,9 (i: 2,1-9,7). En los 7 pacientes se indicò reemplazo con testosterona utilizando Nebido®. Todos los pacientes presentaron mejoria en sus sintomas de hipogonadismo (encuestas, calidad de vida, SHIM). El APE no mostró variaciones significativas luego de iniciar la terapia con T, con un seguimiento promedio de 8 meses (i: 3-12).

Conclusión: En este reducido grupo de pacientes con CaP tratados con braquiterapia, la terapia de reemplazo con T utilizando Nebido®, ha tenido un positivo impacto en el manejo de los sintomas y signos de hipogonadismo, sin representar un efecto deletéreo sobre el control oncológico de los pacientes.

### POS 09 RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREOPERATORIO Y EL HISTOLÓGICO POSTOPERATORIO, EN EL CÁNCER PROSTÁTICO LOCALIZADO

Nicolai H, Gabler F, Maldonado E, De la Torre JM, Lynch R, Araya F, Araya C, Layera S, Salinas C, Prof. Dr. Vargas F

Servicio de Urologia, Hospital Clinico San Borja Arriarán, Santiago

Material y Método: Se estudian retrospectivamente 119 prostatectomias radicales entre enero 2004 y marzo 2009. Se consideraron: edad, tacto, Antigeno Prostático Específico (APE) y Gleason. Se excluyeron pacientes con tratamiento antiandrogênico u hormonal neoadjuvante. En el análisis de datos se resguardo la privacidad de los pacientes.

Objetivo: Analizar y relacionar los elementos de diagnóstico preoperatorio con el histológico postoperatorio en cancer prostático localizado.

Resultados: En el preoperatorio la mediana de edad fue de 66 años (61-68), de APE 7,35 ng/ml (5,38-11,8) y de Gleason fue de 6 (5-7). El 87,4% de los pacientes tenia un APE > 4,0 ng/ml. El 54% (n=64) tenia un estadio clínico T1c y el 46% (n=55) un estadio T2. En el postoperatorio un 23,5% (n=28) tuvo un estadio pT2 y el 74% (n=88) un estadio pT3. En pacientes con estadio pT2 el APE preoperatorio fue de 5,9 ng/ml (4,4-9,4), en el estadio pT3 fue de 7,9 ng/ml (5,7-12,8). El Gleason en pT2 fue de 5 (5-6), en el pT3 fue de 6 (5-7). No encontramos diferencia de edad en los estadios pT2 y pT3.

Discusión y conclusiones: En el estudio histopatológico de pacientes con estadio clínico T1c y T2, se confirmó un estadio pT2 sólo en un 23,5%, el 74% tenían un estadio pT3 (a, b). En el cáncer prostático localizado, el tacto rectal no fue útil en su correlación con el estadio histológico, particularmente en el estadio T3. El Gleason preoperatorio tuvo una utilidad relativa, ya que observamos un sub-estadiaje de 36,2% y un sobre-estadiaje de 21,8%. Se destaca la importancia del APE en el diagnóstico de estadios iniciales de cáncer prostático.

## POS 10 CÁNCER DE PRÓSTATA: APE Y SU VALOR EN LA LINFADENECTOMÍA

Morales I, Garrido C, Morales CH, López L

Introducción: El cáncer de próstata sigue siendo una patologia de alto impacto en nuestro medio, siendo en hombres, la tercera causa de muerte por cáncer en Chile. La Prostatectomia Radical (PR) está reservada para lesiones órgano-confinadas, por lo que el compromiso linfático cambia el pronóstico del paciente. Nuestro objetivo es estudiar el valor del Antigeno Prostático Específico (APE) en la predicción de infiltración tumoral de los nodos linfáticos pelvianos para determinar a qué pacientes se debiese realizar la Linfadenectomia llio-Obturatriz Bilateral (LIOB).



Material y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 114 casos de pacientes sometidos a PR con LIOB entre los años 2005 y 2009. Se incluyeron los pacientes con estudio pre-operatorio completo (APE, Gleason y TNM) y análisis post-operatorio (número de linfonodos resecados, compromiso de nodos, márgenes quirúrgicos y Gleason). Se utilizó Stata 10.0 para análisis. Se aplicó la prueba t-Test y Regresión Logistica Univariada correlacionando el APE con la presencia de linfonodos positivos.

Resultados: Encontramos que existe una asociación estadisticamente significativa entre el APE y el compromiso de nodos linfáticos (p. 0,0005). El modelo predice que por cada punto que aumenta el APE, el Odds Ratio de Infiltración Linfática aumenta en un 13% (p. 0,0096). La curva ROC nos mostró que para lograr una detección del 100% de compromiso linfático, el APE de corte debe ser de 5,2 ng/ml, con una especificidad de 22,64%.

Conclusión: Según nuestra experiencia, el APE predice el compromiso linfático en el cancer de próstata, y se debiese realizar LIOB a todo paciente con valores sobre 5 ng/ml de APE, en contraste con lo que recomienda la literatura que es con APE sobre 10 ng/ml. La asociación de otras variables como el Gleason pre-operatorio, podría predecir de mejor manera el punto de corte de APE para realizar la linfadenectomia.

### POS 11 EXPRESIÓN Y FUNCIÓN DE PROTEÍNAS DE MULTIRRESISTENCIA A DROGAS (MDR) EN LÍ-NEAS CELULARES DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Mercado A<sup>1,3</sup>, Sánchez C<sup>1</sup>, Fullá J<sup>1</sup>, Ledezma R<sup>1,3</sup>, Acevedo C<sup>1,2</sup>, Cabezas J<sup>1,3</sup>, Huidobro C<sup>1,2</sup>, Contreras H<sup>1</sup>, Castellón E<sup>1</sup>

Laboratorio de Andrologia Celular y Molecular. Programa de Fisiologia y Biofisica. Instituto de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Servicio de Urologia. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Nuestro grupo ha reportado previamente asociación entre la sensibilidad a quimioterapia y la expresión de proteinas MDR (P-gp y MRP1) en lineas celulares y cultivos primarios de cancer de prostata, quedando por estudiar la funcionalidad de las mismas.

Material y Métodos: Se utilizaron lineas celulares de câncer de próstata PC3 y DU145. Se evaluaron niveles de mRNA de P-gp y MRP1 mediante RT-PCR. La expresión de ambas proteínas se determinó mediante inmunocitoquímica. Se estableció un ensayo funcional en base a la acumulación de sustratos fluorescentes (DiOC(2)3 para P-gp y CFDA para MRP1) y al uso de inhibidores específicos para ambas proteínas (Ciclosporina A para P-gp y MK571 para MRP1). Se incubaron las células durante 30 minutos a 37° C en presencia del sustrato con o sin el inhibidor específico. La acumulación del sustrato se determinó midiendo la intensidad de fluorescencia mediante citometria de flujo.

Resultados: No se detectó expresión de P-gp (mRNA ni proteina) en las líneas celulares utilizadas, mientras que si se detectó MRP1. Mediante el ensayo funcional se observó que las células acumulaban más CFDA cuando eran tratadas con MK571. No se observó diferencias en la acumulación de DiOC(2)3 frente al tratamiento con Ciclosporina A.

Conclusión: La mayor acumulación intracelular de CFDA frente al tratamiento con MK571 indica que la proteína MRP1 expresada en las líneas celulares utilizadas es funcional. P-gp no se expresa en las líneas evaluadas. En estudios en curso nos encontramos evaluando la expresión y función de ambas proteínas en cultivos primarios.



#### POS 12 DESIGUALDAD EN CANCER DE PRÓSTATA EN CHILE

#### López JF, Gutiérrez C

Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias de mortalidad por cáncer de próstata (CaP) entre las regiones de Chile según el nivel de ingreso de cada región y describir como esta diferencia ha cambiado desde 1990.

Metodología: Estudio ecológico. Se construyó la tasa de mortalidad por CaP considerando información de mortalidad del Ministerio de Salud y las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas. Como indicador de nivel de ingreso utilizamos el ingreso monetario de los hogares por región obtenido de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (Casen), realizada por última vez el 2003. Para estudiar la desigualdad de la mortalidad por CaP entre regiones se calculó el coeficiente de Gini. Para estudiar la desigualdad en la distribución de la mortalidad en relación al nivel de ingreso entre las regiones, se calculó la razón de tasas (RT), diferencia de tasas (DT) y riesgo atribuible poblacional (RAP).

Resultados: La tasa de mortalidad por CaP aumento de 7,34 a 9,9 muertes por 10.000 hombres mayores de 50 años, del año 1990 al 2003. Diferencias de la tasa de mortalidad por regiones. El Coeficiente de Gin fue cercano a 0, lo que representa una desigualdad baja de la mortalidad por CaP entre las regiones. Se observa una tendencia a su disminución. Desigualdad de la mortalidad según nivel de ingreso: en el año 1990 morian 2,04 veces más hombres por CaP en la región con la peor situación económica con respecto a la con mejor situación, diferencia que ha tendido a disminuir reduciéndose a 1,44 veces el año 2003 (RT). Si todas las regiones tuviesen la misma tasa de mortalidad por CaP que la región con mejor situación económica las muertes pueden reducirse en un 5,4%, lo que equivale a 79 muertes en el año 2003 (RAP).

Conclusión: Las diferencias en la distribución por CaP entre regiones no son de gran magnitud, y han tendido a disminuir con el tiempo. La brecha económica entre regiones explica parte de esta diferencia, por lo que su reducción disminuiría la desigualdad existente en la mortalidad por CaP.

# POS 13 CÁNCER DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADO DE MANERA INCIDENTAL EN RESECCION TRAN URETRAL DE PRÓSTATA POR ADENOMA PROSTÁTICO

#### Reyes E¹, Kerkebe Mº.3, Orellana Nº, Suzuki K⁴, Riffo Aª

\*Programa formación de especialistas en Urología, Universidad de Santiago de Chile, Campus Hospital DIPRECA. \*Médico Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. \*Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile. \*Alumno Medicina sexto año, Universidad Diego Portules

Objetivo: La incidencia de cáncer de próstata incidental (CaPI) varia de un 3 a un 16% en distintas publicaciones, así como también varia su manejo en los distintos centros a nivel mundial. Con el fin de conocer nuestra realidad respecto a este grupo de pacientes se analizan los CaPI diagnosticados en los últimos 5 años en pacientes sometidos a resección trans uretral de próstata (RTUP).

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente 367 pacientes intervenidos por RTUP por sintomas obstructivos urinarios bajos entre los años 2004 al 2008 en el servicio de Urologia del Hospital DIPRECA.

Se excluyeron los pacientes sometidos a RTU de próstata desobstructiva con diagnóstico previo de cáncer de próstata y los pacientes que fueron sometidos a técnicas en los que no se envió tejido a estudio anátomopatológico.

Resultados: Catorce pacientes (3,8%) fueron diagnosticados CaPI en este período, con un promedio de edad de 68 años al momento de la RTUP. No existieron diferencias estadisticamente significativas entre la edad o el peso del tejido resecado entre los pacientes con CaPI y los pacientes con patología prostática benigna.



El PSA promedio pre y post RTUP fue de 3,9 y 1,5 ng/ml respectivamente, con un promedio de lejido resecado de 16,6 gramos.

El puntaje de Gleason promedio de los pacientes con CaPI fue de 4,4, con un máximo de 7 y un mínimo de 3. El 54% de los pacientes fueron manejados sólo con seguimiento, el 27% con bloqueo hormonal y al 18% restante se le realizo una prostatectomia radical retropúbica.

No se registraron defunciones atribuibles a câncer de próstata en los pacientes portadores de CaPI, con un promedio de seguimiento de 37 meses.

Conclusión: El CaPI tiene baja mortalidad así como bajas tasas de progresión a enfermedad clínica, pese a esto, el manejo de estos pacientes es un tema controversial entre los Urólogos, siendo las alternativas más utilizadas el manejo conservador y la hormonoterapia. Se necesita de más estudios comparativos para orientar de mejor manera al clínico sobre cuales son los pacientes candidatos a terapias agresivas y aquellos candidatos a observación.

## POS 14 PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA. EXPERIENCIA HOSPITAL PADRE HURTADO

Pinto F<sup>2</sup>, Catalàn G<sup>1</sup>, Barroso JP<sup>1</sup>, Mandujano F<sup>2</sup>, Candia W<sup>1</sup>, Marchetti P<sup>1</sup>, Donoso M<sup>1</sup>

Servicio de Urologia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. <sup>2</sup>Interno Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Introducción: A través del siguiente reporte damos a conocer nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del cáncer de prostata.

Material y métodos: Se revisó retrospectivamente la ficha clinica de 60 pacientes sometidos durante 6 años (2003 - 2008) a una Prostatectomia Radical Retropúbica (PRR) con o sin linfadenectomia ileoobturatriz. Analizamos los resultados desde una perspectiva demográfica, clinica, bioquimica, quirúrgica y patológica.

Resultados: El periodo de seguimiento promedio fue de 2,5 años (0,5 - 5,5). La edad promedio al someterse a la intervención fue de 64,6 años (52 - 78). El antigeno prostático específico (APE) promedio preoperatorio fue de 10,72 ng/ml (2,5 - 56,8) con el 57,9% detectados con APE < a 10 ng/ml. El estadio preoperatorio fue T1c en 72,5%, T2 en el 23,5% y T3 en el 4%. El tiempo operatorio promedio fue de 197 minutos (120 - 330). Hubo necesidad de transfusión sanguinea postoperatoria en el 30% de los operados. En 2 pacientes (3,3%) hubo lesión de recto. Un paciente tuvo TEP recuperado. No hubo mortalidad perioperatoria. El promedio de dias de hospitalización fue de 7 dias (4 - 48) y el promedio de dias de sonda de 17 dias (7 - 30). Se comparó el Gleason de la biopsia transrectal con el de ta pieza operatoria. La biopsia transrectal subestimó en el 42% de los casos, sobreestimó en el 11,3% de los casos y en el resto se mantuvo (46,7%). Hubo un 21% de márgenes quirúrgicos positivos. El estadio TNM fue de 55% pT2, 45% pT3 y 5% pN1. A los 6 meses de seguimiento un 82% de los pacientes había negativizado sus antigenos. En un 18,3% se agrego radioterapia a la cirugia. La sobrevida global libre de enfermedad al momento de hacer el corte en el estudio fue de 73%.

Conclusiones: Presentamos nuestra experiencia en prostatectomia radical. Nuestros resultados oncológicos son comparables a lo reportado en la literatura nacional. Es necesario un mayor periodo de seguimiento para confirmar-los en el tiempo.



## POS 15 METÁSTASIS TESTICULAR DE CÁNCER PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

#### Cerda A, Bernal J, Bonomo J

Servicio de Urologia, Complejo Asistencial Barros Luco. Universidad de Santiago de Chile

Introducción: El clincer de próstata es la neoplasia más frecuente en hombres, y en Chile representa la tercera causa de mortalidad por cancer en el sexo masculino. Cuando presenta metástasis, lo hace más frecuentemente en ganglios iliacos, hueso, pulmón e higado y muy raramente a testiculo, donde se detecta principalmente como hallazgo en autopsias u orquiectomias.

Caso Clínico: Hombre de 80 años, obeso e hipertenso, sometido a una Prostatectomia Radical hace 11 años por adenoarcinoma próstatico, grado moderado. Score de Gleason 8 (5+3) y hace 4 años, tras recidiva bioquímica, inicia análogos LHRH de forma trimestral. En ese momento no se consignaron hallazgos anormales en el examen físico. Asintomático desde entonces consulta en septiembre de 2008 por aumento progresivo de volumen en testiculo izquierdo, indoloro y de consistencia pétrea. Los marcadores tumorales testiculares resultaron normales, el antigeno prostático (APE) elevado (94,7 ng/dl) y el ecodoppler sugerente de tumor testicular.

Se realiza orquiectomía radical izquierda. La biopsia informa metastasis testicular extensa de carcinoma prostatico gleason 8 (5+3), epididimo, cordon y vaginal libres de neoplasia. La tinción inmunohistoquímica detecta APE intenso en las células tumorales, develando su origen. La tomografía computarizada abdominal y cintigrafía ósea descartan diseminación a otros órganos.

Discusión: A pesar de la alta incidencia del cáncer prostático, las metástasis a testiculo son muy raras. Desde 1938, se han reportado en la literatura internacional poco menos de 200 casos. Aproximadamente, 10% de los tumores testiculares son metastásis de otros organos, siendo la próstata el primario más frecuente. En un estudio realizado este año por Korkes et al, donde se comparó la evolución clínica con la histología testicular de 1693 pacientes con câncer próstatico sometidos a orquiectomia, resultaron sólo 3 (0,18%) casos con metástasis desde la próstata. Pueden detectarse como hallazgo o simulando un tumor primario testicular. Para diferenciarlos es necesaria una adecuada historia, examen físico y marcadores tumorales, sobretodo en el examen histológico.

El pronóstico del câncer prostático con metástasis testicular es desconocido, pero en estudios recientes se ha establecido que conferirla un peor pronóstico, debiendose considerar como signo de enfermedad diseminada y por lo tanto, instaurar tratamiento sistémico y controlar estrictamente a estos pacientes.

El caso expuesto ilustra la infrecuente presentación de una metástasis de cáncer de próstata como masa testicular. Además, sin metástasis en otros órganos, lo cual es aun más infrecuente. Se logró determinar el diagnóstico al exámen histológico con inmunohistoquímica. Además, recalca la necesidad de una evaluación adecuada para asegurar el estadio tumoral.

Conclusión: Aunque la metàstasis testicular es infrecuente, y no ha sido descrita previamente en nuestro medio, debiese ser considerada frente a una masa, sobre todo si existe el antecedente de otro câncer primario.

## POS 16 CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE URACO

Pinto I, Hornig A, Diaz J, Sandoval C Unidad de Urologia, Fundación Arturo López Pérez

Introducción: Las opciones quirúrgicas para tratar el adenocarcinoma de uraco incluyen la cistectomia radical y la cistectomia parcial en bloque con escisión del uraco y el ombligo. Actualmente, la taparoscopia es utilizada para resolver patología vesical y de uraco. El objetivo es presentar la cistectomia parcial laparoscópica con resección en bloque de uraco y ombligo como una alternativa terapeutica oncológicamente segura y minimamente invasiva en el tratamiento del carcinoma de uraco.



Material y Método: Presentamos una serie de casos de tres pacientes portadoras de adenocarcinomas del uraco sometidas a cistectomia parcial laparoscópia con escisión en bloque de uraco y ombligo. Las variables analizadas fueron el tiempo quirúrgico, el sangrado estimado del intraoperatorio, las complicaciones perioperatorias, la histología del tumor y la presencia de compromiso muscular de éste, el status oncológico de los linfonodos, los dias de hospitalización, el tiempo de seguimiento y el estado oncológico actual.

Resultados: El tiempo quirúrgico promedio fue de 210 minutos. El sangrado estimado promedio fue de 133 ml. No hubo complicaciones quirúrgicas. Dos tumores correspondieron a adenocarcinomas pobremente diferenciados y el tercero a adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Todos se catalogaron como invasores. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos. Actualmente las tres pacientes se encuentran sin evidencias de enfermedad con periodos de seguimiento de 12, 18 y 38 meses.

Conclusiones: La cistectomia parcial en bloque y la linfadenectomia pélvica extendida por via laparoscópica representa una alternativa minimamente invasiva y segura en la resolución de los tumores de uraco.

Palabras clave: Cáncer de uraco, cistectomia parcial taparoscópica.

### POS 16A RESULTADOS DE UNA SEGUNDA BIOPSIA PROSTÁTICA SATURADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER PERSISTENTE

Sandoval C, Pinto I, Diaz J, Hornig A

Unidad de Urologia. Clinica Oncológica Fundación Arturo López Pérez

La biopsia prostática transrectal es la forma de confirmar el diagnóstico ante la sospecha de un cáncer de próstata. Una biopsia prostática negativa no descarta la presencia de una neoplasia. Cuando se mantiene un alto indice de sospecha por presentar un anfigeno elevado o existen elementos en la primera biopsia sugerentes de malignidad el urólogo se ve ante la necesidad de repetir el examen en el tiempo. En nuestra institución las segundas biopsia se realizan tomando un total de por lo menos 24 muestras (saturada). Con la intención de conocer cuales son los resultados de estos procedimientos se realizó la siguiente revisión retrospectiva.

Material y método: Se registraron todas las biopsias prostáticas realizadas en la institución entre el año 2003 y el 2007. Se analizaron los casos en los que se tuvo que indicar una segunda biopsia saturada y cuales fueron los resultados.

Resultados: Durante este período se realizaron un total de 417 biopsias a pacientes con sospecha inicial de câncer de próstata. En un total de 62 pacientes se decidió realizar una segunda biopsia saturada por persistencia de la sospecha. Hubo un total de 181 biopsias positivas a adenocarcinoma prostático en los pacientes sometidos a una primera biopsia lo que corresponde al 43% de los casos sospechosos. En los pacientes en los que se realizo la biopsia saturada solo hubo diagnóstico de câncer en 13 (21%).

Conclusión: La biopsia saturada permitió reconocer un porcentaje de pacientes que no fueron detectados en una primera instancia. Existe una probabilidad relativamente baja (21%) de positividad en estudios sucesivos luego de una biopsia inicial negativa. El uso de técnicas como la espectrometria a la resonancia o estudios de PCA3 podrían disminuir la necesidad de segundas biopsias, ya que éstas son en un alto porcentaje innecesarias.





COMUNICACIONES ORALES PEDIÁTRICAS

1 a 10

Jueves 29 de octubre - Salón Bahía 3

16:30 - 18:00 hrs.



CAMERACES DELLAS EMPLOSE ES RESIDENTE DE SE ESTADA DE SE



## CO PED 01 TÉCNICA MODIFICADA DE CUCKOW: MEJORAMIENTO COBERTURA CUTÁNEA PARA MEGAPREPUCIO CONGÉNITO

Ramirez R, Campos J, Retamal M, Montaño D.

Urología Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile. Urología Pediátrica. Clinica Indisa.

Introducción: siendo la técnica de Cuckow para megaprepucio congénito, reproducible, adolece de brevedad de la piel para cobertura cutánea y complicaciones isquémicas de los colgajos, por lo que se decide modificar ésta.

Material y Métodos: estudio prospectivo de pacientes operados de megaprepucio congénito con técnica modificada por el autor. Las modificaciones consisten en una mayor longitud del reborde mucoso, la no realización de resección de tejido graso y ausencia de incisión ventral peneana.

Resultados: se operaron 16 pacientes entre mayo de 2007 y febrero de 2009. El rango de edad fue entre 6 meses y 14 años (promedio 70 meses). El diagnóstico fue clínico, encontrándose megaprepucio. En todos se usó ta modificación descrita por el autor. El tiempo quirúrgico promedio fue de 95 minutos. A todos se les colocó sonda Foley uretral, curación tipo embarrilamiento, con un promedio de 2 días hospitalizado, con un seguimiento promedio de 15,6 meses. El resultado estético fue bueno, lográndose una buena elongación de los cuerpos cavernosos, solución de la estrechez prepucial y buena cobertura cutánea. No hubo complicaciones de ningún tipo (hematomas, epidermolisis, infección).

Conclusiones: la incorporación de estas modificaciones, permite evitar las complicaciones derivadas de la técnica de Cuckow original, según nuestra experiencia, lográndose buen resultado estético con buena longitud peneana.

## CO PED 02 ¿SE PUEDE COLOCAR UNA SOLA PROTESIS TESTICULAR PARA TODA LA VIDA ANTES DE LA ADOLESCENCIA?

López PJ, Reed F, Reyes R, Acuña C, Gana R, Letelier N, Zubieta R. Unidad de Urologia Pediátrica, Hospital Exequiel Ganzález Cortes, Santiago, Chile.

Objetivo: El uso de prótesis testiculares en pediatria es un hecho poco reportado debido a que se ha optado por posponerlo hasta el inicio de la adultez. Siendo un centro de alta complejidad en Urologia Infantil, nos vemos a menudo enfrentados a esta disyuntiva. El objetivo es evaluar nuestra experiencia en la colocación de prótesis testiculares así como sus complicaciones, y comparar nuestros resultados con la escasa literatura en el tema analizando la edad de colocación de la prótesis.

Métodos: Revisión retrospectiva de fichas de pacientes en los que se colocaron protesis testiculares desde enero de 2000 hasta marzo de 2009. Se evaluo causas, técnica quirúrgica, complicaciones y seguimiento a largo plazo. Resultados: En el periodo de 9 años de estudio se colocaron 21 prótesis testiculares; tres casos bilaterales. Fue posible rescatar la información de 15 pacientes; 3 fueron derechas. 10 izquierdas, así como 2 bilaterales (n=17). La media para la edad fue de 11.8 años (5 a 20 años). La prótesis numero 4 fue la más utilizada. La orquiectomía secundaria a torsión testicular fue la primera causa (70%) de perdida del teste original. Comparando fa vía de acceso para la colocación de la prótesis la vía escrotal fue ligeramente más frecuente (53%), que la vía inguinal. Con un seguimiento de 1.8 meses (1 a 43m) no se presentaron complicaciones perioperatorias ni a largo plazo. Conclusiones: De acuerdo a esta serie, la colocación de prótesis testiculares es un procedimiento seguro, con un alto indice de exito e infrecuentes complicaciones. A pesar de lo pensado, la colocación por vía escrotal es tan segura como la vía inguinal. Con un promedio de 11.8 años, impresionaria que no es necesario esperar a la adolescencia para colocar la prótesis definitiva, en especial si la decisión es compartida con el paciente familia Existen pocos registros lo suficientemente grandes de prótesis testiculares en pediatría en la literatura; y aunque comparativamente esta seria una gran sene (n=17), los autores están concientes que aun faltaria mayor número de casos y seguimiento a largo plazo para determinar adecuadamente el seguimiento sicológico de los pacientes.



### CO PED 03 INCIDENCIA DE LA COLONIZACIÓN BACTERIANA DEL SURCO BALANOPREPUCIAL EN PA-CIENTES OPERADOS CON DIAGNÓSTICO DE FIMOSIS

Ortega M, Zamorano M, López M, Luna C, Bernal M.

Hospital San Borja Arriaran

Introduccion: La Fimosis en una de las patologías más frecuente en la población infantil. Es siempre discutida su relación con la infección urinaria y la balanitis.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la flora presente en el surco balanoprepucial.

Materiales y Método: Se tomaron cultivos del surco balanoprepucial durante la cirugia a todos los pacientes operados con diagnóstico de fimosis, entre junio y diciembre del 2008, en la Unidad de Urologia.

Se registro la edad, cirugia realizada, antecedentes de infección urinaria (ITU) y balanitis, presencia de adherencias balanoprepuciales (ABP) y resultado del cultivo.

A todos los pacientes se les realizó aseo con solución fisiológica previo. No recibieron antibioprofilaxis

Resultados: Se operaron 80 pacientes con diagnóstico de fimosis. Se efectuo circuncisión 93% y prepucioplastía 7%. La edad promedio de cirugia 5,95 años. Intervalo de 1 a 11 años. Se analizaron 80 cultivos; el 46% resulto ser positivo y 54% negativos. En cultivos positivos las bacterias más frecuentes fueron Enterococcus sp 49%, Escherichia Coli 16% y Proteus Mirabilis 11%.

El 80% de los pacientes tenían ABP, de los cuales el 52% presentaron cultivos positivos, siendo la bacteria Enterococcus sp la más frecuente (52%), y E. Coli (18%). En los pacientes sin ABP sólo un 25% presenta cultivos positivos.

En nuestro trabajo sólo 2 pacientes (2,5%) tenían antecedentes de infección urinaria y 12 (15%) de balanitis. En ambos casos todos tenían ABP. Sólo 1 paciente (1,25%) presento infección de herida operatoria

Conclusiones: Casi en el 50% de los pacientes los cultivos fueron positivos, y la bacteria que más frecuente se encontró (49%) fue el Enterococcus.

Más del 50% de los pacientes con ABP están colonizados con cultivos positivo.

El 100% de los pacientes con antecedentes de ITU presentaron cultivos positivos.

El 41,6% de los pacientes con antecedentes de Balanitis presentaron cultivos positivos.

Existió un porcentaje minimo de infecciones postoperatorias a pesar de la colonización del surco balanoprepucial.

## CO PED 04 DESCENSO LAPAROSCÓPICO DE TESTES INTRAABDOMINALES EN UN TIEMPO: DONDE LA ALTURA SI IMPORTA

Gana R, Reyes D, López PJ, Reed F, Letelier N, Olivos M, Zubieta R Hospital Exequiel Fernández Cortéz

Objetivo: La laparoscopia se ha utilizado desde 1976, como herramienta diagnóstica y terapeutica en testes no palpables. El objetivo de este trabajo es describir la técnica quirúrgica utilizada para descenso laparoscópico en un tiempo para testiculos intraabdominales bajos y analizar nuestra experiencia y resultados.

Método: Se revisan historias de 84 pacientes portadores de teste no palpable sometidos a laparoscopia entre enero 2000 y junio 2009. Se incluyeron aquellos pacientes con teste intra abdominal uni o bilateral que fueron descendidos en forma laparoscópica en un solo tiempo. Se consideran consideraron como testes intraabominales bajos los "peeping testis" y los localizados a 2 cm o menos del anillo inguinal profundo. Se reportan características demográficas de los pacientes, así como técnica quirúrgica empleada y seguimiento.



Resultados: De los 84, se identifican 9 pacientes con teste intraabdominal: 13 testes fueron operados en un tiempo por via laparoscópica; 2 derechos, 3 izquierdos y 4 bilaterales. La mediana de edad al momento de la cirugía fue 3 años (r 1–11). El tiempo operatorio promedio fue 88 minutos. (r 60–120). Se usaron 3 trócares de 5 mm, el primero en ombligo y otros dos, en flanco y fosa iliaca contralateral, triangulados. Se elaboró un pediculo vascular adecuado, mediante un colgajo peritoneal o esquelitización de los vasos, para su descenso al escroto. No hubo complicaciones perioperatorias. Los testes fueron fijados con técnica de Surraco. El seguimiento promedio fue 2,4 meses (1-10 m). Ojo esto implica que el primero que se opero fue en 2008?? Entonces porque revizamos desde el 2000?? Hubo 1 teste hipotrófico más retracción, pesquisado a los 5 meses. No hubo necrosis testicular.

Conclusiones. En los 9 casos esta técnica permitió realizar disección amplia de los elementos vasculares con menor agresión quirúrgica, asegurando el descenso de los 13 testes. Hubo un sólo con un caso de hipotrofia testicular y retracción. Es fundamental clasificar los teste intraabdominales en altos y bajos, a la hora de elegir la técnica a realizar. La orquidopexía en dos etapas es el procedimiento de elección para el descenso de teste intraabdominales altos, en los que el descenso en un tiempo no sería recomendable, por el riesgo de isquemia y necrosis. Se recomienda el abordaje laparoscópico para el descenso testicular en un tiempo para testes intraabdominales "bajos", lo que evitaria repetir la anestesia y la extensa disección que ocasionalmente se requiere durante la reoperación.

### CO PED 05 HEMINEFRECTOMIA RETROPERITONEOSCÓPICA: DISTINTO ABORDAJE, MISMOS RESUL-TADOS

Gana R, Reyes D, Concha G, Reed F, Lopez PJ, Letelier N, Zubieta R Hospital Dr. Exeguiel Fernández Cortés

Objetivo: Los procedimientos laparescópicos en cirugia urológica han sido exitosos en niños, con baja morbilidad y rápida recuperación. Se evalúa la heminefrectomia con la técnica laparoscópica retroperitoneal, en pacientes operados en los hospitales Exequiel González Cortés y Padre Hurtado y en la Clinica Las Condes, entre enero de 2002 y junio de 2009.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias de todos los pacientes. Se registraron datos de edad en la cirugia, sexo, indicación de heminefrectomia, función y características del polo renal resecado, tiempo quirúrgico, técnica quirúrgica, uso de drenaje, estadía hospitalaria y complicaciones.

Resultados: En los 7 años de estudio, hubo 19 pacientes, 8 niños y 11 niñas, implicando 21 unidades renales. La mediana de la edad fue de 12 meses (r2 meses a 9 años). Los diagnósticos principales asociados al doble sistema fueron Ureterocele en 7, Ureter Ectópico en 2 y Reflujo VesicoUreteral masivo al sistema inferior en 6. Hubo diagnóstico antenatal en 8. La función de los polos resecados fue medida con DMSA en 17 pacientes (19 unidades renales), intinerando entre la exclusión del polo hasta no más del 10% del total de la función renal del paciente. Se realizaron 15 heminefrectomias superiores y 6 inferiores. La técnica utilizada fue de tres trócares de 5mm uno en ángulo costovertebral, otro en cresta iliaca y un 3º en flanco, en triangulación. El procedimiento duró en promedio 151 minutos (r75 a 210). Se dejó drenaje en 6 casos, que correspondieron a los iniciales de la sene, la estadía hospitalaria fluctuó entre 1 y 7 dias con un promedio de 2,7 dias. Hubo un caso donde la salida de orina infectada al lecho, pudiera explicar su evolución febril en el post operatorio precoz y la presencia de un quiste a este nivel en controles posteriores. Hubo una conversión en la serie, dada por sangrado. Luego de un seguimiento promedio de 12,5 meses (r1-48) con ecografía no existen mayores complicaciones.

Conclusiones: La heminefrectomia por retroperitoneoscopia puede ser realizada para enfermedades benignas en niños, con minima morbilidad, mejor cosmética y corta estadia hospitalaria. El abordaje retroperitoneoscópico, está siendo considerado hoy el gold estándar en la técnica de heminefrectomia. Con entrenamiento laparoscópico avanzado, esta técnica constituye una alternativa factible para el tratamiento de unidades renales duplicadas no funcionantes, con minima morbilidad y riesgo, en lactantes y niños.



## CO PED 06 ESTENOSIS PIELOURETERAL (EPU): EXPERIENCIA CON TECNICA DE PIELOPLASTIA VIDEOASISTIDA

#### Ramirez R, Campos J, Retamal M, Montaño D.

Urología Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile. Urología Pediátrica. Clinica Indisa. Urología Pediátrica. Clinica Dávila.

Introducción: El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia en el manejo videoasistido de la EPU en niños, dando a conocer los resultados obtenidos con esta técnica.

Material y Métodos: Revisión de registros clínicos de pacientes operados de EPU mediante pieloplastía videoasistida con sutura extracorporea, entre los años 2001 y 2009. Se confirmo diagnóstico con ecografía y MAG 3. En los casos necesarios se confirmo o descarto RVU con uretrocistografía. La desición quirúrgica se tomo considerando el compromiso de función renal, el adelgazamiento del parenquima y la curva obstructiva en la cintigrafía.

Resultados: Se operaron 38 pacientes que cumplian con los criterios de inclusión. El rango de edad fue entre 3 meses y 14 años (promedio 37,7 meses). El diagnóstico fue antenatal en 18 pacientes, infección unnaria en 10, hematuria en 1, cólico en 9. En 37 se realizó pieloplastía de A-Hynes y 1 paciente en que se hizo técnica de Fender. El tiempo operatorio promedio fue 81 min. En todos los pacientes se utilizó sonda Foley en el postoperatorio por 5 dias y en todos se dejó drenaje retroperitoneal perianastómosis (penrose). Se usó pigtail en 6 pacientes. La analgesia y antibioticoterapia endovenosa se utilizó por 24 hr. manteniéndose terapia antibiótica profiláctica oral hasta 3 meses. Los dias cama postoperatorios fueron en promedio 3,8 dias. Hubo 4 complicaciones: 1 reestenosis en paciente con tècnica de Fender, 1 filtración manejada con pigtail, 2 ITU que requirieron tratamiento antibiótico hospitalizados, ambos episodio único.

Conclusiones: Esta técnica reúne las ventajas de la via laparoscópica, en cuanto a incisiones minimas, manejo del dolor y las ventajas de la técnica abierta al hacer una sutura extracorpórea, asegurando impermeabilidad, demostrando que no es necesario el uso de pigtail.

## CO PED 07 AMPLIACIÓN VESICAL CON INTESTINO EN NIÑOS: SEGUIMIENTO A MÁS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Jara D, Cifuentes M, Fuentes C, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A

Servicio de Urologia Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urologia, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso

Introducción: El intestino se ha utilizado para ampliar vejigas patológicas de niños en el Servicio de Urologia del Hospital Carlos Van Buren desde el año 1988.

Objetivo: Presentar los resultados, a más de 10 años, de niños operados de ampliación vesical en el Servicio de Urología del Hospital Van Buren.

Pacientes y Métodos: Se revisan las más de 300 cirugias con intestino realizadas en el Hospital Van Buren. Se seleccionan aquellos pacientes menores de 16 años, y se revisan los antecedentes clínicos y evolución hasta agosto de 2009 de aquellos operados con más de 10 años de seguimiento.

Resultados: 14 niños fueron operados de ampliación vesical con más de 10 años de seguimiento. La edad al momento de la cirugia varió entre 3 y 15 años con una media de 10 años. Los principales diagnósticos fueron: Vejiga Neurogênica por mielomeningocele en 7/14, otras lesiones neurológicas en 5/14 y daño cervicouretral en 2/14. La cirugia realizada fue ampliación vesical en 8 pacientes, ampliación y cierre de cuello en 5 y ampliación y Burch en 1; además en dos pacientes se realizó neoimplante unétero-vesical. Las complicaciones precoces (antes



de los tres meses) fueron menores (ITU, incontinencia, infección de herida op., alteraciones metabólicas) manejadas con medidas conservadoras. Las complicaciones a largo plazo ocurrieron en 7/14 y corresponden a ITU recurrente en 2/14 con tratamiento farmacológico y 5/14 que requirieron reoperación por incontinencia persistente 3/14, litiasis vesical 1/14 y obstrucción intestinal 1/14. No hay muertes ni complicaciones mayores en nuestra serie. Con seguimiento mayor a 10 años, todos los niños operados se encuentran continentes y autovalentes.

Conclusión. Los resultados obtenidos con niños operados de ampliación vesical con intestino son satisfactorios y sus beneficios se mantienen a 10 años de seguimiento.

## CO PED 08 DESCENSO ANORECTAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPÍA (DARAL); SEGUIMIENTO A MEDIA-NO PLAZO

López PJ, Acuña C, Guelfand M, Reyes R, Reed F, Gana R, Letelier N, Zubieta R Unidad Urologia y Cirugia Pediátrica. Hospital Exequiel González Cortés, Santiago-Chile

Objetivo: El paradigma de las malformaciones anorectales (MAR) altas es el dificil manejo de las fistulas rectales a vejiga, próstata y uretra. Frecuentemente para liberar adecuadamente las estructuras e identificar ciaramente la fistula rectal se requiere realizar un abordaje abdominal simultáneo al sagital posterior. Con el advenimiento de la cirugia minimamente invasiva se ha planteado el enfrentamiento de esta patologia a través del abordaje laparoscópico. Presentamos nuestra experiencia en esta técnica, aun en desarrollo, de descenso anorectal asistido por laparoscopía (DARAL) en pacientes con MAR y fistula uretral.

Método: Seguimiento prospectivo de tres pacientes con MAR con fistula a uretra. Todos se manejaron en el periodo de recién nacido con colostomia y se corrigieron definitivamente dentro de los primeros tres meses de vida
mediante abordaje laparoscópico. Se utilizaron tres trocares transperitoneales que permitieron una disección clara
del espacio retrovesical, una movilización satisfactoria del fondo de saco rectal y una identificación apropiada de la
fistula. Luego de la completa disección del intestino distal, la fistula recto-uretral fue ligada con clips metálicos. Un
trocar de 10mm fue insertado a través del centro del complejo esfinteriano, que fue previamente identificado bajo
visión laparoscópica durante la estimulación eléctrica perineal. El descenso anorectal se llevó a cabo sin tensión. La
vejiga permaneció drenada con catéter uretral por 14 días.

Resultados: Los tres pacientes se manejaron laparoscópicamente; sólo uno de ellos requirió convertirse, debido a una fistula de gran calibre, siendo finalizada su resección por vía sagital posterior. En todos los paciente la movilización y disección taparoscópica previa permitió que el manejo abierto de la fistula fuera más facil. Luego de un seguimiento de 10, 12 y 18 meses respectivamente, la evolución posterior de estos pacientes ha sido satisfactoria sin presentar complicaciones.

Conclusiones: El descenso anorectal asistido por laparoscopia (DARAL) en el manejo de malformaciones anorectales con fistula uretrales resulta ser seguro y efectivo, incluso en casos que requieran de un tiempo abierto perineal posterior. El seguimiento a largo plazo de estos pacientes es muy importante, considerando que se han descrito complicaciones tardias con esta técnica, así como evaluar la técnica y su evolución en un grupo mayor de pacientes.



## CO PED 09 EVALUACIÓN DE 14 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL URETEROCELE: ¿QUÉ SE PUEDE MEJORAR?

Letelier N, Reyes D, Reed F, Löpez PJ, Gana R, Noramb (OJO FALTA NOMBRE)

Hospital Dr. Exequiel Fernández Cortés

Objetivo: El ureterocele representa un problema importante en patología urológica pediátrica por dos grandes razones; (1) pérdida parcial o total de parenquima renal ipsi y contralateral por obstruccion y (2), presenta disfunciones vesicales de dificil manejo. El manejo médico-quirúrgico no es universal con resultados no siempre satisfactorios. Nuestro objetivo es evaluar el protocolo de manejo del ureterocele aplicado en nuestra unidad desde 1995 a la fecha.

Método: Estudio retrospectivo, de los últimos 14 años, de pacientes manejados por nuestra unidad de Urologia con diagnóstico de ureterocele. Se consignan, sexo, edad, forma de presentación, estudio radiológico, coexistencia de doble sistema pielocaliciario (DSPC), daño renal, manejo médico-quirúrgico y seguimiento clínico e imaginologico a largo plazo.

Resultados: Hubo 74 pacientes en el periodo estudiado. El 74% de esta serie corresponde al sexo femenino, 71% corresponde a ureterocele en DSPC, en el 29% de los ureteroceles en sistema único 77% corresponde a varones. La infección Urinaria es la causa más frecuente de motivo de estudio para el hallazgo de esta patologia, seguido por el diagnóstico antenal de hidronefrosis, sólo 2 casos de ureterocele diagnosticados como tal en forma antenatal. 33% de los pacientes presentaban función renal disminuida en el polo renal comprometido al momento de su estudio. En el 57% de estos pacientes sólo se realizaron procedimientos extravesicales; en el 17% sólo se realizan procedimientos intravesicales y en el 27% se realizan intra como extravesicales en forma simultánea y/o diferida. 22% de los pacientes requirieron más de 1 cirugia, 7% más de 2 intervenciones, 3% 3 o más cirugias. La asociación con disfunciones miccionales se presenta en el 27% de los pacientes evaluables;

Conclusiones: Esta malformación urológica obstructiva requiere de un diagnóstico y de un manejo precoz, en especial la evaluación antenatal y el manejo preventivo postnatal para disminuir la posible infección urinaria sobreagregada. En la gran mayoria de los pacientes es posible un manejo extravesical alto como unica cirugia. Los autores estamos concientes que por lo general los pacientes regieren una evaluación individual, requiriendo más tratamiento por punción que lo descrito previamente.

### CO PED 10 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (LEC) EN PE-DIATRIA

#### Escala JM

La LEC es reconocida como un metodo eficaz para tratar la litiasis del aparato urinario superior. Hay reportes que indican buenos resultados en poblacion pediátrica, incluso con litiasis grandes.

Material y Metodo: Revisamos los casos de niños tratados entre marzo de 2004 a marzo de 2009, 25 casos de los cuales 22 tenian suficiente información para el presente reporte. Se revisó la edad, forma de presentación, anoma-lias asociadas metabólicas otras.

Se analizó el número, tamaño y ubicación del cálculo y su composición, así como el número de sesiones requeridas (y número de impulsos por sesión).

Resultados: 15/22 fueron de sexo masculino, 10/22 menores de 5 años. La mitad se presentaron con cólico como único síntoma La mayoría eran de ubicación alta, entre calices y pelvis renal. El 65% fueron calculos únicos. (3 coraliformes), la mayoría con un diámetro de entre 1 y 2 cms.

Seis pacientes requirieron más de una sesión y 19/22 quedan libre de cálculo.

Conclusión: LEC es un método efectivo para tratar los cálculos urinarios en niños, con resultados similares a los adultos.



VIDEOS 1 A 7 JUEVES 29 DE OCTUBRE - SALÓN VALLE 16:30 - 18:00 HRS.



62



#### VID 01

#### CISTOCELE: REPARACIÓN POR VÍA VAGINAL CON MALLA DE CUATRO BRAZOS TRANSOBTURATRICES

Cifuentes M, Bennett C, Prado J, Franck Ch, Mac Millan G, Jara D, Molina L, Fuentes C

Introducción: La reparación con malla del descenso patológico de la vejiga a través del hiato urogenital o cistocele, se ha llevado a cabo con buenos resultados desde la década de los 90. Se puede realizar mediante abordaje abdominal abierto, laparoscópico o por via vaginal. Cada uno de ellos con sus indicaciones, ventajas y complicaciones. Durante los últimos años, cada vez más urologos en chile se han interesado por este tipo de corrección.

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica de reparación vaginal del cistocele con malla de cuatro brazos transobturatrices de bajo costo.

Material y Métodos: Se muestran los principales tiempos quintrgicos de la cirugía de reparación vaginal del cistocele, utilizando una malla de polipropileno, macroporo, de baja densidad, recortada con 4 brazos. Estos atraviesan el agujero obturador para desplegar la superficie rectangular de la malla que reemplaza la facia vésico vaginal dañada.

Resultados: Durante los últimos 2 años, se han realizado más de 50 cirugias como la descrita, con corrección adecuada del cistocele en todos los casos. La complicación más frecuente fue extrusión de la malta, manejada en su mayoría con recorte del segmento erosionado en la consulta.

Conclusiones: La reparación del cistocele por via vaginal, utilizando mallas de bajo costo, con cuatro brazos transobturatrices, se sitúa como una herramienta valiosa, con buenos resultados a dos años de seguimiento.

#### VID 02

### SLING TRANSOBTURADOR INSIDE-OUT PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URI-NARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL

De Leval J, Diaz M, Waltregny D.

Hospital Universitario de Liége, Bélgica, Clinica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: Se presenta la técnica quirúrgica de un sling transobturador inside-out con tensión para el tratamiento de la incontinencia urinaria post-prostatectomia radical.

Material y Método: La técnica es parte de un estudio prospectivo observacional. Se incluyen como candidatos pacientes con incontinencia urinaria post-prostatectomía radical con más de un año de evolución que han fallado al tratamiento conservador. Se excluyen los pacientes con inestabilidad del detrusor y con infección urinaria. La técnica consiste en la instalación, a través de una incisión perineal, de una malla de polipropileno especialmente diseñada, con una técnica inside-out por sobre el bulbo-esponjoso, con dos brazos que entran y salen del foramen obturador para luego anudarse consigo mismos en la linea media. La tensión de la malla se ajusta con el uso de urodinamia intraoperatoria para lograr un ALPP cercano a 100 cmH2O.

Resultados: Hasta la fecha se han operado 124 pacientes, de los cuales 58 tienen un seguimiento igual o superior a un año. La edad promedio de los pacientes es 68 años. La severidad de la incontinencia es 24%, 45% y 31% para leve, moderada y severa, respectivamente. Un 14% de los pacientes tenian radioterapia previa. Nueve pacientes tenian cirugia de incontinencia previa, de los cuales 4 tenian un esfinter artificial. El tiempo operatorio promedio fue 65 min. No se registran complicaciones intraoperatorias ni complicaciones mayores en el postoperatorio. La tasa de cura, definida como no-uso de pads es 53,5%. La tasa de mejoria, definida como el uso de hasta 2 pads o una disminución del 50% en el uso de los mismos es 34,4%. El resto se considera falla al tratamiento. De los últimos, se han instalado posteriormente 2 esfinteres artificiales sin problemas.

Conclusión: El sling transobturador con tensión es un método eficaz, seguro y barato para el tratamiento de la incontinencia urinaria post-prostatectomia radical.



#### VID 03 USO DE ECOGRAFÍA TRANSRECTAL PARA LA COLOCACIÓN DE PRO- ACT, EN PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL

Balbontin F, Velasco A, Moreno S, Cabello JM

Clinica Santa Maria

Introducción: La incontinencia urinaria en hombres constituye una complicación devastadora después de prostatectomia radical, el Pro-Act se utiliza desde el 2000 en pacientes con incontinencia urinaria post-prostatectomia radical. El principio es el uso de dos balones ajustables. Los resultados son discutibles ya que la instalación debe ser simétrica. Su instalación e realiza bajo rayos, por lo que sólo se obtiene la simetria antero-posterior. El objetivo es describir la instalación guiada por ecografía transrectal utilizando la técnica de braquiterapia.

Material y Método: Se describe la instalación de Pro-Act, bajo visión ecográfica y radioscópica utilizando la técnica de braquiterapia, es decir guiándose por la grilla electrónica y guiado por el stepper.

Resultado: La instalación del Pro-Act es posible y más fácil y exacto guiado por ecografía mediante técnica de braquiterapia y radioscopia.

Conclusión: Los resultados del Pro-Act en incontinencia urinaria post-prostatectomia radical, debieran ser mejores cuando se utiliza ecografía transrectal y técnica de braquiterapia, ya que los balones quedan simétricos en forma exacta.

## VID 04 CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZOS MASCULINA CON SLING ARGUS T: ABORDAJE TRANSOBTURATORIO

Olea M, Olmedo T, Flores JM, Recabal P, Storme O

Unidad de Urologia Complejo Hospitalario San Jose. Universidad de Chile

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzos posterior a cirugia o irradiación por câncer prostático es un problema de alta incidencia, reportándose entre un 5 y 30%, según las definiciones empleadas. Dependiendo de su gravedad la resolución va desde kinesiterapia de piso pelviano a técnicas quirúrgicas de esfinter artificial, existiendo un campo intermedio para el uso de sling y agentes de abultamiento de la submucosa uretral.

Objetivo: Dar a conocer, mediante un video, la técnica quirúrgica de Sling Argus T, de abordaje transobturatorio. Material y Método: Se presenta caso de paciente portador de cáncer prostático, operado e irradiado, con incontinencia urinaria de esfuerzos, 5 pañales al día, con cistoscopia que descarta elementos obstructivos y urodinamia que confirma baja presión de escape (50 cmH20), con vejiga estable, de buena capacidad. Dispositivo utilizado: Sling Argus T, constituido por pad de silicona central y dos columnas de anclaje, con arandelas para fijación y calibración, con potencialidad de futuros reajustes.

Técnica quirúrgica: Anestesia regional. Posición de litotomia. Aseptización region de procedimiento. Calibración de cinta métrica con cero a nivel del pubis. Determinación de presión uretral pre-operatoria. Instalación de sonda foley. Incisión perineal vertical a nivel del rafe y disección hasta reconocimiento de músculos bulboesponjoso e isquiocavernosos. Incisión cutánea bilateral en pliegue genitofemoral externo a un cm bajo el ligamento del aductor. Introducción de agujas en área de seguridad del agujero obturador y exteriorización perineal bajo asistencia digital a nivel de la crura. Transferencia de Sling Argus y calibración con tracción simétrica de columnas de anclaje, fijándose arandelas, hasta lograr presión uretral de 35 cmH<sub>2</sub>0. Aseptización de campo operatorio y material protésico con gentamicina. Cierre de pared por planos. Sonda foley por 24 horas.

Resultados. Paciente continente, sólo utiliza un paño al dia por seguridad.

Conclusiones: Técnica es más sencilla que la versión retropúbica, reproducible, sin requerimiento de cistoscopia intraoperatorio, sin riesgo de perforación vesical. El dispositivo empleado permite el reajuste.



#### VID 05 TECNICA INSTALACIÓN MINI SLING

### Olmedo T, Román J, Olea M, Storme O, Marchant F, Diaz P, Flores J, Ruiz C.

Servicio de Urología Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Urología Hospital San José

Introducción: La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es una patologia de alta prevalencia, la que habitualmente está subestimada por la demora de los pacientes en consultar. Produce un marcado deterioro en la calidad de vida de las pacientes. Con el advenimiento de las técnicas minimamente invasivas tanto retropúbica como especialmente transobturatriz, el manejo quinúrgico abierto actualmente es de excepción. El desarrollar procedimientos ambulatorios, y con adecuado perfil de seguridad y exito ha impulsado la creación de dispositivos cada vez más pequeños y faciles de instalar.

Objetivo: Mostrar la técnica quirúrgica en la instalación de una malla medio uretral, fijada a tejidos o mini-sling. Resultados: Se han instalado 12 dispositivos mini-sling. 10 marca Zipper y 2 Ophira en pacientes con IOE tipo 2. El tiempo promedio de instalación fue de 10 minutos. De los 12 procedimientos 11 fueron ambulatorios y uno hospitalizada por 24 horas por razones previsionales. Todos con anestesia local con Bupivacaina más sedación. En ningún caso se realizó cistoscopia intraoperatoria ni se dejó sonda uretrovesical post procedimiento. Con un seguimiento promedio de 12 semanas, 6 de 10 pacientes con dispositivo Zipper estaban secas, 1 presentaba mejoría parcial y 3 no presentaron mejoría. Las 2 pacientes con dispositivo Ophira estaba continentes a las 12 semanas de seguimiento.

Conclusiones: Los dispositivos Mini-Sling, son adecuados en el manejo de la IOE tipo 2, con buen perfit de seguridad y aceptables resultados. Es una técnica minimamente invasiva, ambulatoria y que no requiere anestesia para su realización. Necesita estudios a largo plazo para ver su real utilidad.

#### VID 06 HOLEP, LA TÉCNICA

#### Trucco C, Saez I, Martinez A

Departamento de Urologia. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La hiperplasia benigna de próstata (HPB) es una de las patologías más frecuentes para el urólogo. El tratamiento quirúrgico gold estándar en la actualidad es la resección transuretral (RTU). Sin embargo, esta técnica se asocia a una morbilidad perioperatoria cercana al 15%, dada principalmente por sangrado y absorción de solución de imigación.

Recientemente han surgido alternativas a la RTU que pretenden disminuir estos aspectos adversos. Dentro de ellas las más estudiadas se relacionan con el empleo de láser. La enucleación prostática transuretral mediante láser de Holmium (HoLEP), se asocia a menor tiempo de catéter urinario y menor estadía hospitalaria. También permite obtener material para evaluación histológica y tratar pacientes de HPB de un amplio margen de volumen, hasta los 150 grs.

Objetivo: Presentar la técnica de enucleación prostática transuretral con laser de holmium (HoLEP) en un centro clínico universitario

Material y Método: Se presenta el caso de un hombre de 65 años en tratamiento con Tamsulosina, los últimos 4 años por HPB de 85 grs. Su antigeno prostático específico preoperatorio es 3,2 ng/m.

Se realizó HoLEP mediante el uso de fibra de 550 micras, con equipo de Láser de Holmium Versa Pulse LUMENIS, programado entre 80 a 100 watts. 40 a 50 Hz y 2 Joules, a través de resectoscopio 26Fr de flujo-aspiración continua con óptica de 30°.

Técnica: Se realiza uretrocistoscopia, reconociendo el Veru Montanum, la arquitectura de los lóbulos prostáticos y sus volúmenes. En vejiga se identifican sus paredes y los orificios ureterales. Se introduce la fibra a través del elemento de trabajo y comienza con prostatotomia a la hora 5 desde el cuello vesical y hasta el veru, llegando en



profundidad hasta visualizar las fibras transversales de la capsula prostática. Luego se repite prostatotomia a hora 7 y unen ambas incisiones inmediatamente proximales al veru. En plano capsular se avanza hacia el cuello, enucleando el fóbulo medio, y abandonándolo en vejiga.

Se procede posteriormente a realizar la tercera prostatotomia a la hora 12, desde el cuello y hasta el ver. Por delante del mismo se unen las incisiones desde la hora 12 y hasta las laterales al veru, enucleando ambos lóbulos laterales en plano capsular hasta seccionar su mucosa vesical a nivel del cuello. Así se abandonan en vejiga, habitualmente 2 lóbulos laterales y el medio.

Pare extraer los lóbulos prostáticos de vejiga, se introduce morcelador VERSACUT, a través de nefroscopio 24 Fr óptica de 0°, cerrando la aspiración y distendiendo completamente la vejiga. Por su extremo, posicionando en el cuello vesical, se aspira y fragmentan los lóbulos prostáticos descritos, obteniendo tejido que irá a estudio anatomopatológico. En este paso, se debe insistir en tener especial cuidado de no atrapar mucosa vesical.

Resultados: Se presenta los resultados de los primeros 55 HoLEP realizados en nuestra institución, que han demostrado menor estadia hospitalaria, menor tiempo de uso de sonda Foley y mayores volúmenes resecados. Conclusión: Consideramos que la técnica HoLEP es una opción segura para los pacientes con hiperplasia prostática que requiere tratamiento quirúrgico. En ellos, obtenemos un notorio mejor control del sangrado intra y postoperatorio un menor tiempo de catéter urinario y una menor estadia hospitalaria. La técnica requiere de una

postoperatorio un menor tiempo de catéter urinario y una menor estadía hospitalaria. La técnica requiere de una curva de aprendizaje, pero es factible de realizar por la mayoria de los urólogos habituados a realizar RTU prostática.

#### VID 07 OTROS PROCEDIMIENTOS CON LÁSER DE HOLMIUM

Trucco C, Sáez I.

Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El láser de Holmium ha permitido ampliar la resolución de patologías por via endoscópica, obteniendo siempre el beneficio de mayor control de la hemostasia y tiempos de estadía hospitalaria reducidos. Su versatilidad le permite la aplicación en múltiples procedimientos urológicos.

Se presenta 3 procedimientos endoscópicos con uso de láser de Holmium Versa Pulse LUMENIS, con fibra de 550 micras de disparo frontal.

Apertura de Ureterocele + Litotripsia Intracorpórea: Se realizó a una paciente portadora de ureterocele al lado izquierdo, que además presenta un cálculo de 10 mm en su interior. Mediante el resectoscopio se utiliza la fibra láser con el equipo programado en 80 watts. Se procede a incidir el ureterocele hasta abrirlo ampliamente, luego de lo cual se fragmenta el cálculo con el láser programado en 20 watts. Se extrae los fragmentos con pinza Se presenta otro procedimiento igual en un paciente portador de ureterocele al lado derecho.

Fotofulguración de Lesiones Tumorales en Pelvis Renal: Se trata de un paciente operado previamente de un tumor de uréter distal, al que se realizó ureterectomia distal más reimplante urétero-vesical. En el control se pesquisó recidiva tumoral a nivel de pelvis renal ipsilateral. Se procede mediante Ureteroscopio flexible a ureteroscopia del lado afectado, visualizándose las lesiones tumorales. Se avanza fibra del taser, con equipo programado en 60 watts. Se fulguran completamente las lesiones, obteniêndose una hemostasia satisfactoria.

Cervicofomia Endoscópica: Se realizó a un paciente con esclerosis de cuello vesical secundario a RTU de próstata antigua. Se realiza mediante resectoscopio de 26 french, óptica de 30°. A través del elemento de trabajo se avanza fibra. Con una energía de 80 watts se realiza incisiones del cuello a las 07, 05 y 12 horarias, avanzando hasta la altura del veru montanum, y profundizándose hasta la cápsula prostática. Se aprecia el aspecto exangüe del procedimiento. Se dejó posteriormente sonda Foley simple por 24 horas.

Conclusión: El láser de Holmium permite un gran número de procedimientos, dado su capacidad de regular la potencia según necesidad, y dado la flexibilidad de su fibra, que permite su uso en instrumentos flexibles como el Ureteroscopio.



PÓSTERS PEDIÁTRICOS

1 A 7

VIERNES 30 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 2

11:30 - 12:30 HRS.



A I SAIN BANKS - THE TOO



## POS PED 01 ASIMETRÍA EN FUNCIÓN RELATIVA Y TAMAÑO RENAL EN DOBLE SISTEMA EXCRETOR NO COMPLICADO: VARIANTE NORMAL

#### Donoso G, Perez A, Gutierrez D, Lobo G, Escala JM

Servicio de Medicina Nuclear, Hospital San Juan de Dios - Departamento de Pediatria y Cirugia Infantil Sur - Univ. de Chile - Corporación Mater

Introducción: Debido al hallazgo relativamente frecuente de doble sistema excretor (DS) al Cintigrama Renal (CR) DMSA con asimetría en la función relativa, sin otras alteraciones, evaluamos su incidencia, correlación con ecografía y valores de función relativa en estos riñones.

Material y Método: Se seleccionaron todos los CR DMSA con diagnóstico cintigráfico de DS sin otras alteraciones, todos derivados por infección urinaria. Ecografías sin otros hallazgos. Se obtuvieron los valores de función relativa en niñones con y sin DS realizandose una comparación con T-Test para muestras independientes. Se correlacionó el DMSA con la ecografía. Se evaluó la función relativa en riñones con y sin asimetría de tamaño.

Resultados: De 2.097 CR DMSA revisados 140 fueron sugerentes de DS, 6,67%. En 79 pacientes (158 unidades renales (UR) se dispuso de ecografía. 17 pacientes con DS bilateral (21,5%), 72% mujeres, promedio de edad: 54,4 meses (1-204 meses). Función relativa promedio en riñones con DS unitateral: 51,8% (Rango: 43-61%) significativamente mayor que en riñones sin DS, 48,19% (Rango: 39-57%), p<0,0001. Diferencia promedio en función relativa entre riñón con DS y riñón sin DS fue de 6,96 puntos (Rango: 0-22). En riñones con DS y aumentados de tamaño la diferencia con el riñón contralateral fue mayor que en los riñones de igual tamaño. En 52,63% la ecografía fue concordante con el CR DMSA.

Conclusiones: 1) La función relativa en riñones con Doble Sistema es significativamente mayor que en riñones sin Doble Sistema.

- La asimetria en la función relativa en pacientes con DS sin otras alteraciones, especialmente asociada a asimetría del tamaño renal, debe considerarse variante normal lo que evitará la interpretación errada de riñones contralaterales anormales, hipofuncionantes.
- 3) En la mitad de los pacientes hubo concordancia con la ecografía en diagnóstico de DS, hallazgo esperable.

## POS PED 02 RIÑÓN INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA (HDC): CASO CLÍNICO

Ramirez R, Campos J, Retamal M, Montaño D, Valenzuela M, Correia G. Urologia Pediátrica y Cirugia Pediátrica. Hospital Roberto del Río. Santiago. Chile.

Introducción: El riñón intratorácico es una variedad del riñón ectópico que se presenta con una frecuencia inferior al 0.01% y en el 0,25% de las hernias diafragmáticas se asocia a riñón intratorácico. El siguiente caso describe la experiencia con un neonato con esta asociación.

Material y Método: se analiza caso de recién nacido, femenino, que presenta a los 14 dias estridor inspiratorio, retracción subcostal y cianosis facial, seguido de hipotonia después de factancia materna. Radiografía de tórax: Imagen densa derecha pulmones. Ecografía abdominal: imagen de rinon derecho intratorácico en cavidad pleural derecha asociado a hernia diafragmática ipsilateral con ascenso parcial de lóbulo hepático derecho. TAC toracoabdominal: niñón intratorácico derecho con desviación del mediastino. Se decide intervención quirúrgica por via abdominal.

Resultados: se aborda hemia diafragmática, reduciendo a la cavidad abdominal higado y riñón intratorácico a retroperitorieo sin mayor dificultad en el intraoperatorio. Se corrige HDC, reparando el defecto e instalando drenaje pleural. Paciente evoluciona con trombosis de la vena cava superior que fue resuelta quirúrgicamente.



Conclusión: es importante determinar si estamos en presencia de riñon ectópico torácico o riñon intratorácico, intrapleural y la asociación a hernia diafragmática congénita, por las implicancias quirúrgicas que esta tiene. Es de vital importancia que la reducción quirúrgica de los elementos intratorácico sea lenta y progresiva para evitar lesiones vasculares por exvacuo.

#### POS PED 03 TUMOR DE WILMS BILATERAL

#### Yanez R<sup>1,3</sup>, Oliveros E<sup>1</sup>, Martinez G<sup>1</sup>

'Servicio de Urología, Hospital Clínico Regional de Concepción, Depto, Cirugia, Universidad de Concepción, Chile

En el año 2009 hemos recibido 2 pacientes portadores de Tumor de Wilms estadio V (tumor bilateral, sincrónico). Considerando diversas instituciones, se aprecia una tasa de sobrevida mayor al 75% a 3 años de seguimiento. Diferentes modalidades de manejo han sido propuestas en base al National Wilms Tumor Studies 2 y 3. Se analizan ambos casos en detalle. Se trata de una paciente de sexo femenino, 3 años 10 meses de edad, quien consulta por astenia, dolor abdominal, estudio por imágenes identifica tumor renal bilateral masivo; y de un paciente sexo masculino, 1 año 8 meses de edad, portador de hemihipertrofia, en control con U/S seriado se pesquisa tumor renal bilateral masivo. En ambos pacientes sus biopsias iniciales demuestran histología favorable.

La modalidad propuesta en nuestros casos consistió en biopsia inicial, seguida por quimioterapia y reseccion quinúrgica al cabo de 12 semanas. La reducción de masa tumoral fue significativa , permitiendo cirugía con preservación renal, aun en el caso de tumor masivo. Factores de mejor pronóstico corresponden a: edad menor a 3 años, histología favorable, lesiones menos avanzadas y ausencia de enfermedad en nódulos linfáticos.

Actualmente, se recomienda la rutina de biopsia tumoral bilateral, seguido por quimioterapia de acuerdo al estadio e histologia de la lesión más avanzada, continuando posteriormente con cirugia resectiva, intentando preservación renal (biopsia excisional o nefrectomia parcial) más que nefrectomia radical.

#### POS PED 04 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL REGIO-NAL DE CONCEPCIÓN

Martinez G, Yáñez R, Oliveros E, Arias E, López P-J

Servicio de Urología, Hospital Clínico Regional de Concepción

Objetivos: Mostrar la experiencia inicial en relación a las Nefrectomias Laparoscópicas realizadas en los últimos 13 meses en la Unidad de Urologia Pediátrica del Hospital Regional de Concepción.

Material y Método: Análisis de las fichas clínicas de 9 pacientes sometidos a Nefrectomia Laparoscópica total o parcial en el periodo comprendido entre julio de 2008 y agosto de 2009. Se analizaron los diagnósticos, vía de acceso, tiempo operatorio, complicaciones del procedimiento y evolución postoperatoria.

Resultados: Se intervinieron 4 hombres y 5 mujeres. El promedio de edad fue de 6 años. Se realizaron 7 Nefrectomias totales y 2 Nefrectomias parciales. Los diagnósticos incluyeron 3 miños con Dúplex complicado, 3 miños con Atrofia renal secundarias a Reflujo Vesicoureteral (RVU), 2 miños con riñones multiquisticos y 1 miño con Atrofia renal secundaria a Obstrucción Pietoureteral (OPU), La via de acceso fue la Transperitoneal en 8 pacientes y la Retroperitoneal en 1 paciente. La mediana del tiempo operatorio fue de 200 minutos, disminuyendo gradualmente caso a caso. No hubo complicaciones operatorias ni necesidad de conversión en ningún caso. La evolución postoperatoria y el seguimiento han sido satisfactorios en todos los casos.



Conclusión: El uso de la Laparoscopia en Nefrectomia total o parcial en niños ha demostrado ser segura y confiable, logrando excelentes resultados en los distintos periodos de seguimiento de los pacientes. Como Unidad creemos que la técnica laparoscópica es de elección en niños que requieran este tipo de procedimiento, salvo casos excepcionales.

#### POS PED 05 RVU MANEJO ENDOSCÓPICO, MISMA ENFERMEDAD, MISMO TRATAMIENTO, DISTINTA SUS-TANCIA; ¿CAMBIA EL RESULTADO?

López PJ, Acuña C, Astorga D, Reyes R, Reed F, Gana R, Letelier N, Zubieta R. Unidad Urología Pediátrica. Hospital Exequiel González Cortés, Santiago-Chile

Objetivo: El tratamiento endoscópico del RVU ha demostrado ser una alternativa efectiva. Actualmente el Dextranómero de Ácido Hialurónico es la más utilizada. Hoy está disponible una nueva sustancia cuya diferencia sería su capacidad de permanecer en el tiempo. Se diseño un estudio prospectivo para evaluar esta nueva sustancia en el tratamiento de RVU en niños:

Método: Estudio prospectivo a pacientes con indicación de tratamiento endoscópico de RVU en los que su usó el copolimero de poliacrilato-polialcohol (Vantris®). Se evalúan los resultados a mediano plazo, así como la opinión de los urólogos pediatras en relación al nuevo producto.

Resultados: Entre marzo 2008 y abril 2009 se trataron endoscopicamente 14 pacientes (5 masculinos) correspondientes a 21 uréteres (3 izquierdos, 4 derechos, 7 bilaterales). En cuanto al grado de RVU hubo 3 grado I, 6 grado II, 8 grado III y 4 grado IV. Un paciente presentaba vejiga neurogênica y otro un doble sistema pieloureteral. La edad promedio al momento de la cirugia fue 5 años (1-13 años). El tiempo promedio del procedimiento fue 12 minutos (7-16 min). Se inyectó en promedio 1,1 cc (0,7 cc-2,8 cc); sin incidentes durante el procedimiento. En un seguimiento promedio de 10 meses (rango 5-18 m), 14/14 pacientes están libre de ITU. El segundo paciente de la serie presento una recidiva del RVU a un grado menor operándose en forma abierta. Otro paciente desarrolló hidroureteronefrosis no obstructiva. Todos se han controlado ecográficamente, faltando el control UCG posterior.

Para los autores, el material seria algo más denso y menos dúctil, sin impedir la formación de un buen "volcán". La aguja flexible, que acompaña al producto, presenta en nuestras manos algunas dificultades para controlar el sitio exacto de inyección y su profundidad.

Conclusión: Impresionaría que el nuevo producto en forma inicial mostraria los porcentajes de resolución conocidos para el tratamiento endoscópico del RVU. Las diferencias de consistencia del producto y de aguja flexible modificarian la sensación del procedimiento, superándose con el uso. Los autores reconocen que aún faltan estudios de seguimiento a largo plazo con UCG y ecografía que mida la permanencia del producto en el tiempo, característica descrita por el fabricante.

#### POS PED 06 PROTECCIÓN TESTICULAR; COMO PREVENIR COMPLICACIONES FUTURAS

Lôpez PJ, Reed F, Reyes R, Acuña C, Gana R, Letelier N, Zubieta R.

Unidad de Urologia Pediátrica. Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile

Objetivo: El reposicionamiento testicular después de una transposición gonadal protectora en pacientes con patologia oncológica puede llegar a ser un procedimiento de extrema complejidad. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en estos casos difíciles describiendo una técnica simple, de bajo costo y reproducible. Se compara con los escasos casos publicados.



Métodos: Revisión retrospectiva de casos en los que debido a un tumor en la zona pelvica-genital y trauma, se realizó una transposición testicular en un primer tiempo, protegiendo el teste con una cubierta de plástico (polietileno) para evitar las futuras adherencias, preparando el camino para el redescenso testicular.

Resultados: En 15 años (1994-2009) hubo 3 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Por disposición de almacenaje, sólo se rescataron dos ficha completas. Un niño de 7 años con diagnóstico de rabdomiosarcoma embrionario paratesticular izquierdo. Post orquidectomía, y antes de iniciar radioterapia, se realizó la recolocación del testiculo derecho u orquidopexia reversa. Otro niño sufrio una mordedura de perro en escroto, y mientras se reparaba la zona genital con injertos, se repocionó en teste en cara anterior de muslo. A diferencia de lo descrito, cuando se ubica cercano a creta inguinal, se incindió la aponeurosis, liberando el cordón espermático y liberando el testiculo de gubernáculum. Se colocó el testículo en una bolsa de plástico (polietileno) rectangular esterifizada, suturando bordes con protene 4-0; y fijando la túnica vaginalis a dicha bolsa. Posteriormente se colocan clips de titanio en bordes superior e inferior como marcas. Se deja testículo por debajo de fascia, cercano a cresta illiaca, cuidando la curvatura del cordón para evitar nesgo en la irrigación. No se presentaron complicaciones en control ecográfico posterior. Once meses más tarde, post radioterapia; se redescendió el testículo al escroto, en un procedimiento sin complicaciones ni riesgos de lesiones por ausencia de adherencias gracias a la cubierta plástica. El control clínico y ecográfico 6 meses después de la última cirugia mostraba un testículo derecho normal.

Conclusiones: La envoltura plástica del cordón espermático y el testiculo en una movilización testicular, independientemente de la causa; es una técnica fácilmente reproducible y segura, evitando el posible daño estructural que pudiera resultar al liberar las adherencias habituales que se forman. El uso de una simple bolsa estéril tiene un menor costo a diferencia de lo reportado previamente en la literatura con cobertura de silastic.

#### POS PED 07 QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNI-CA EN PACIENTE MONORRENO: CASO CLÍNICO

Ramirez R, Campos J, Retamal M, Montaño D

Urologia Pediatrica. Hospital Roberto del Rio. Santiago. Chile

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria endémica en nuestro país. La prevalencia en menores de 19 años es 183/100.000 hab. Su localización más frecuente es hepática y pulmonar, con un 10% de localización nes infrecuentes. Se presenta un caso de ubicación retroperitoneal cuya frecuencia es de 0,8 a 1%.

Material y Método: Se analiza caso de paciente femenino, 6 años, proveniente del sector rural de la 4º región Ingresa con compromiso del estado general progresivo, en anuria, retardo crecimiento pondoestatural, edema generalizado, con edema pulmonar, deshidratada, taquicárdica, hipertensa, destacando masa palpable en FID, creatininemia 19,5 mg%, BUN: 278 mg%, acidosis metabólica, hiperkalemia severa, manejándose en UCI con diálisis peritoneal. Ecografía: monorreno derecho, con hidroureteronefrosis. Imagen quistica paravesical derecha, que no se continúa con la via urinaria. TAC y RNM muestra imagen quistica paravesical derecha, sin lograr identificar etiologia. Se decide exploración laparoscópica.

Resultados: A la exploración se identifica quiste retroiliaco que se rompe accidentalmente en la disección, dando salida a agua de roca y a membranas hidatidicas. Se realiza exhaustivo aseo de la cavidad peritoneal, sin presentar shock anafiliactico. Se inicia terapia con albendazol. En el postoperatorio progresivamente se normalizó la creatinina y hubo regresión de la hidroureteronefrosis. Paciente libre de recidiva de quiste hidatidico a 2 años de seguimiento.

Conclusión: El quiste hidatídico retroperitoneal puede ser considerado primario, si no se encuentra en otras localizaciones, llegando por vía hematógena, atravesando la barrera gastrointestinal y hepática o por vía linfática. La enfermedad puede presentarse por consecuencias funcionales, como en este caso, por compresión extrinseca al ureter del único niñon (monorrena congenita). Dentro del diagnóstico diferencial de masas quisticas paravesicales debe estar el quiste hidatídico, en especial en pacientes que provienen de zonas endemicas, pues es de vital importancia el diagnóstico preoperatorio para prevenir la siembra hidatídica y el shock anafilactico.



Monte Verde

Nueva planta de producción
de 6000 m² en San Juan, Argentina.

## Tecnofarma, un compromiso con la Urología Chilena

Tecnofarma S.A. posee en la actualidad, una línea urológica que ofrece a médicos y pacientes, medicamentos de alta calidad, producidos bajo exigentes normas internacionales de fabricación GMP (Práctica de Buena Manufactura), lo que garantiza una respuesta farmacológica efectiva, por todo el tiempo que dura el tratamiento.

Nos preocupamos de entregar accesibilidad económica a nuestros medicamentos, que propende al cumplimiento efectivo de la terapia indicada.





## Etaconil

Flutamida 250mg

bioequivalente

# Adecur

Terazosina 2mg y 5mg

# Bladuril

Flavoxato 200mg

# Decapeptyl

Triptorelina 3,5mg - 11,25mg

# Gotely

Tamsulosina 0,4mg

# Lutamidal

Bicalutamida 150mg

## Nordox<sup>\*</sup>

Fenazopiridina 200mg

# Urazol CR

Oxibutinina 10mg

## Vastus

Finasteride 5mg



NOLOGIA FARMACEUTICA DE AVANTADA

LA DOSIS ADECUADA, CON EL PRECIO ADECUADO

# Eligard

PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA

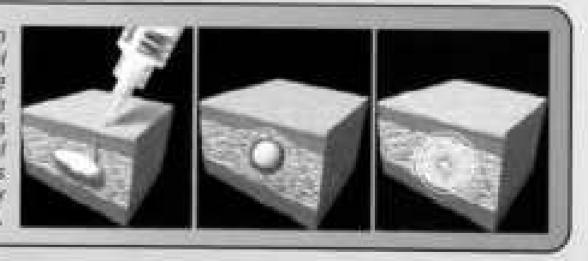
O UNA AGUJA MAS PEQUEÑA QUE FACILITA LA ADHESION AL TRATAMIENTO

Escala 1:1

Invección subcutánea Calibre de la aguja: 20 G. (diámetro aproximado 0.90 mm.) Largo de la aguja: 1,27 cm.

O SISTEMA DE LIBERACION EXCLUSIVO E INNOVADOR ATRIGEL®

implante solido de un polimero que contiene al principio activo -Leuprolide Acetato- liberándolo de manera constante con una biodisponibilidad superior al 90%, logrando mantener los niveles de testostevona por debajo de 20 ng/dl .



O LEUPROLIDE 22.5 MG, LA DOSIS APROBADA POR LA FIDE EN CANCER DE PROSTATA







COMUNICACIONES ORALES
12 a 18
VIERNES 30 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 3
17:00 - 18:00 HRS.





#### CO 12 FULL TUBELESS EN NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA: REEMPLAZO DEL CATÉTER DO-BLE-J POR UN CATÉTER URETERAL EXTERIORIZADO

Marchant F, Recabal P, Storme O, Roman J, Ledezma R, Olmedo T Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: La modalidad Tubeless en Nefrolitectomia Percutánea (NLP) –uso de un catéter doble-j en lugar de la nefrostomia como drenaje postoperatorio— ha demostrado ser segura en casos seleccionados. Proponemos el uso de un catéter ureteral exteriorizado por 24 horas en reemplazo del catéter doble-j, lo cual hemos denominado Full Tubeless. Las potenciales ventajas de esta variación serian menores molestias asociadas al catéter y el retiro del catéter sin requerir cistoscopia. El objetivo del estudio es establecer la factibilidad y describir las complicaciones de la técnica. Este trabajo describe la experiencia en nuestro centro con esta variación de la técnica.

Materiales y Método: Se realizó 21 NLP con la técnica Full Tubeless. Los criterios de inclusión fueron: punción unica, ausencia de sangrado y ausencia de fragmentos significativos. Los únicos drenajes utilizados fueron un catéter ureteral exteriorizado y una sonda Foley uretrovesical. Ambos fueron retirados a las 24 horas postoperatorio, previa ecografía renal. Se registró estadia hospitalaria postoperatoria, caida de hematocrito, transfusiones, ecografía postoperatoria y el dolor mediante la Escala Visual Análoga (EVA). Se realizó un control postoperatorio a los 7 días. Resultados: La edad promedio fue 48,9±7,8 años. El IMC promedio fue 26,8±2,2 kg/m². La carga litiásica media fue 4,27±1,96 cm². La caida de hematocrito fue 1,42 gr/dL ± 1,39 gr/dL. No se requirió de transfusiones. No se visualizó hematoma ni colecciones perirrenales en la ecografía. En la valoración subjetiva del dolor (EVA) se evidencia un descenso de 4,0 el primer día a 1,4 el segundo día. La estadia hospitalaria postoperatoria fue 46,1 horas (rango 44 a 48). No hubo complicaciones tardias del procedimiento.

Conclusiones: El uso de un catéter ureteral exteriorizado como drenaje postoperatorio es factible y seguro en un grupo seleccionado de pacientes que son sometidos a NLP. Se debe realizar estudios prospectivos con grupo control para determinar el posible beneficio de esta variación.

## CO 13 CIRUGÍA PERCUTÁNEA RENAL TUBELESS EN DECÚBITO DORSAL: EXPERIENCIA INICIAL Y COMPARACIÓN CON TÉCNICA NO TUBELESS

Silva B, Valdebenito P, Araya F, De la Torre JM, Maldonado E, Lynch R, Vargas F Hospital San Boga Amarán

Objetivos: La posición supina es una alternativa aceptada y creciente para la Cirugia Percutánea Renal (CPR). Recientemente ha habido interés creciente en la cirugia tubeless debido a datos de seguridad reportados. Mostramos nuestra experiencia inicial y resultados en CPR en decúbito dorsal tanto tubeless como no tubeless (NT). Métodos: Estudio prospectivo observacional de todos nuestros casos de CPR supina. Datos demográficos y operatorios, incluyendo edad, sexo, IMC, volumen litrásico, tiempo operatorio, complicaciones, días de hospitalización, fueron registrados. Los paciente fueron divididos en 2 grupos: 1. grupo standard no tubeless (NT) 2. grupo tubeless (TL).

Resultados: Desde agosto de 2005 a julio de 2009, fueron operadas 90 unidades renales (88 pacientes) por 1 cirujano. Grupo 1 consistió en 68 u. renales, incluyendo 4 casos de endopielotomia, y 1 diverticulo calicitar. Grupo 2 consistió en 22 pacientes, incluyendo 1 caso de dilatación anteriograda de estenosis uréteroileal. Ambos grupos fueron comparables en términos de vol. litiásico (425 mm2 NT vs 570 mm2 TL), IMC, tiempo operatorio (80 min NT vs 62 min TL). Se utilizó anestesia regional en el 25,3% del grupo NT y 85% del grupo TL. Tasa de stone free o fragmentos residuales <5mm fue 72,3% en grupo NT, vs 94,7% en grupo TL. La tasa de complicaciones fue similar, transfusión en 2,9% grupo NT, ninguno en TL. Infección en 5,9% grupo NT y 10% grupo TL. Una conversión en grupo NT, ninguna en grupo TL. El alta fue significativamente más temprana en grupo TL: mediana dia 1 po (1-3) vs dia 4 (3-17) en grupo TL (p<0,005).



Conclusiones: CPR tubeless en posición supina es segura y efectiva en casos seleccionados, puede realizarse bajo anestesia regional, permite instrumentación simultánea de vía urinaria baja, y acorta la estadia hospitalaria.

#### CO14 ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA LITIASIS CORALIFORME

Kerkebe M<sup>1,2</sup>, Román J<sup>3</sup>, Olivares R<sup>1</sup>, Reyes E<sup>1</sup>, Fuentealba C<sup>1</sup>, Andrusco A<sup>1</sup>, Salgado G<sup>2</sup>, Wilkens J<sup>1</sup>

Servicio de Urología, Hospital DIPRECA. Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile. Becado Programa de Formación de cirugía laparoscópica urológica, Departamento de urología. Universidad de Chile

Introducción: El tratamiento de la litiasis coraliforme representa un desafío por su complejidad considerando el alto porcentaje de litiasis residual de los procedimientos Minimamente invasivos (Nefrolitotomia Percutánea, Ureterorrenolitectomia o Litotricia extracorpórea), que generalmente necesitan más de un procedimiento para dejar al riñón libre de litiasis; y a la Nefrolitotomia anatrófica con técnica abierta, que es más efectiva pero se pierde entre 10 a 15% de función renal y su morbilidad es alta. El abordaje laparoscópico representaria un punto intermedio entre técnicas endourológicas y la cirugia tradicional, siendo minimamente invasiva y con buenos resultados con procedimiento único. En la literatura existen pocos trabajos sobre el abordaje laparoscópico de la litiasis coraliforme, siendo nuestra serie una de las más extensas en publicarse.

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo de 7 pacientes portadores de litiasis coraliforme operados entre agosto de 2004 y marzo de 2006. Los criterios de inclusión son: litiasis coraliforme incompleta asociado a pelvis renal extrasinusal. A todos se les realizó pielolitectomia ampliada por via laparoscópica. Se analiza tiempo operatorio, sangrado, porcentaje libre de litiasis residual.

Resultados: Se intervinieron 4 hombres y 3 mujeres, 5 por lumboscopia, y 2 por abordaje transperitoneal, estos últimos correspondian a Riñón en herradura y a Estenosis Pieloureteral. La edad promedio fue de 43 años (33 a 65). El tamaño promedio de la litiasis fue 4,14 cm (3-5 cm). El tiempo operatorio promedio fue de 125 minutos (90-160). Sangrado estimado fue 98, 57 cc (20-200 cc). Tiempo de hospitalización promedio fue 2.85 días (2-5). Pacientes libres de litiasis 6, un caso (14,3%) con litiasis residual 6 mm en cáliz medio la que fue resuelta con litotricia extracorpórea. No hubo complicaciones mayores en esta serie, dentro de las complicaciones menores en un casos hubo sangrado por herida del trocar. Una paciente presenta recidiva completa a los 8 meses de operada.

Conclusiones: La Pielolitectomia ampliada por vía laparoscópica es un procedimiento seguro y eficaz en casos seleccionados. Es técnicamente demandante y representa una herramienta más en el tratamiento de la litiasis coraliforme. Hace falta estudios comparativos con otras técnicas.

#### CO 15 OPTIMIZACIÓN DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO CON APOYO COMPUTACIONAL

Domenech A, Pizzi P, Figueroa A, Krebs A, Fernández M, Westendarp M, Vivaldi B, Zambrano N, Coz F

Hospital Militar de Santiago

Introducción y objetivos: En la evaluación del abordaje quirúrgico se debe tener en cuenta las relaciones anatómicas y ubicación de la patología, aportadas por los estudios radiológicos. Actualmente las imágenes de tomografía computada, resonancia magnética. PET y ecografías están disponibles en formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine), lo que ha permitido la aparición de programas computacionales que procesan dicha información y permiten reconstruirla en 2 y 3 dimensiones. OsiriX es uno de estos programas, gratis, de codigo



abierto, para navegación multidimensional en imágenes DICOM y que funciona con sistema operativo Mac OS X. Su uso ha ido en aumento no solo por radiólogos, sino también por especialidades quirúrgicas, pues su facilidad de uso permite que sea el propio urólogo quien realice personalmente el estudio preoperatorio, de ésta forma es el propio cirujano el que puede estudiar cada caso en particular y definir el mejor abordaje quirúrgico. Al ser gratis y de código abierto, esta herramienta ha permitido que se empiece a utilizar masivamente y se generen aplicaciones especificas para distintas necesidades.

El objetivo del presente trabajo es presentar nuestra experiencia con el uso de OsiriX para optimizar el abordaje quirúrgico.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 19 pacientes que se encontraban en evaluación preoperatoria, desde mayo hasta agosto de 2009. Las cirugias realizadas fueron: Nefrolitectomia Percutánea (NLP) en 7 casos, nefrectomia radical laparoscópica en 4 pacientes, tumorectomia renal laparoscópica en 2 casos y una de cada una de las siguientes operaciones: pieloplastia laparoscópica, suprarrenalectomia laparoscópica, cistectomia parcial, resección transuretral de tumor vesical, litotricia extracorpórea y colocación de Catéter Doble J.

Las tomografías computadas de abdomen se obtuvieron en formato DICOM y fueron procesadas en una computadora personal con sistema operativo Mac OS X con software OsinX, realizando reconstrucciones 3D y videos, que estuvieron disponibles dentro del pabellón de operaciones.

En la planificación de NLP, los modelos computacionales reconstruidos en 3 dimensiones fueron colocados en decúbito prono y supino. En ellos se identificó pleura, bazo y colon para elegir la via de acceso más segura y se midio el volumen del cálculo.

Resultados: Todas las reconstrucciones fueron concordantes con los halfazgos intraoperatorios. No hubo complicaciones en las cirugias.

En todos los pacientes sometidos a NLP se pudo acceder sin dificultad al cáliz seleccionado. El volumen promedio del cálculo fue de 3,75cm3 (rango 0,3 a 6,24). El acceso percutáneo se logró sin dificultad. No hubo daño a órganos vecinos. En el caso de la estenosis pieloureteral se realizó una pieloplastia de Anderson Hynes laparoscópica transperitoneal. La imagen computacional descartó la presencia de arteria polar inferior hecho que fue corroborado en la cirugia. En la paciente del tumor renal se accedió por vía transperitoneal, realizando una tumorectomía laparoscópica.

Conclusiones: El software OsiriX es una herramienta útil en la evaluación del abordaje quirúrgico, puesto que permite realizar reconstrucciones tridimensionales que muestran las relaciones anatómicas, áreas de cuidado y volumen de áreas de interés (cálculos, pelvis renal no contrastada, etcétera).

## CO 16 HOLEP, ENUCLEACIÓN PROSTATICA CON LASER DE HOLMIUM, EXPERIENCIA PRELIMI-

Trucco C, Sáez I, Guzmán S, Dominguez J, Salvado J Departamento de Urologia. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El tratamiento quirúrgico más frecuente para la Hiperplasia Prostática (HPB) es la Resección Endoscópica (RTU), incorporada masivamente hace más de 30 años. Técnica asociada a una morbilidad cercana al 15%, determinada principalmente por la hematuria postoperatoria y sus consecuencias. El HoLEP, se ha planteado como una alternativa eficaz en la desobstrucción permanente del vaciamiento vesical, con excelente control de la hematuria.

Objetivo: Comparar perioperatorio y seguimiento inicial de una serie preliminar de HOLEP v/s RTU, en un centro universitario.

Pacientes y Método: Se comparan los datos de pacientes sometidos a las últimas 37 RTU y 55 HoLEP realizados entre diciembre 2007 y julio 2009. Se comparó tiempo de cirugia, días de hospitalización, tiempo de uso de sonda Foley y volumen resecado. Se comparó además tiempo de cirugia y de catéter urinario, corregidos para volúmenes



de resección menores y mayores de 25 gramos. Se analizó los datos mediante prueba de Man Whitney para datos no paramétricos, considerando un valor de p significativo menor a 0.05.

Resultados: Los pacientes sometidos a HoLEP muestra un promedio de 3,46 días de hospitalización, comparado con 4,51 para RTU (p=0,001), necesitando catéter urinario, un promedio de 45,3 horas, versus 76,6 horas para aquellos con RTU (p<0,001). La cirugia de HoLEP fue significativamente más prolongada y duró en promedio 110 minutos, comparado con 71 minutos en la RTU, (p<0,001), sin embargo, el volumen de HPB enucleado en HoLEP es significativamente mayor que el resecado por RTU; 36,3 versus 23,6 gramos (p=0,012). Al corregir los grupos según volumen resecado menor y mayor de 25 gramos, se mantienen tiempos de cirugia significativamente mayores en HoLEP, como también significativamente menor tiempo de catéter urinario (p<0,001).

Conclusiones: En esta sene preliminar de nuestro centro, HoLEP ofrece resultados seguros e incluso mejores que la RTU en cuanto menor tiempo de catéter urinario y estadía hospitalaria, asociado a mayores volúmenes de HPB enucleadas. Sin embargo, es una cirugia más prolongada que la RTU.

## CO 17 RESECCIÓN PROSTÁTICA TRANSURETRAL: ENERGÍA MONOPOLAR VERSUS BIPOLAR. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

Ivan Pinto G, Álvaro Hornig E, Camillo Sandoval H, Jorge Diaz M Unidad de Urologia, Fundación Arturo López Pérez

Introducción: La resección transuretral prostàtica (RTUP) permanece como el gold standard para la resección de tejido prostàtico obstructivo. En esta técnica tradicionalmente se ha utilizado energía monopolar, lo que confleva el riesgo de alteraciones hidro-electrolíticas y sangrado profuso. La energía bipolar posee la característica de utilizar un menor voltaje, generar un menor daño térmico por poseer una menor penetrancia tisular y poder ser utilizada, gracias al sistema de retorno activo de energía, con solución fisiológica.

Material y Método: Ensayo clínico aleatorizado controlado abierto y paralelo. Se someten a RTUP monopolar 30 pacientes y a RTUP bipolar 30 pacientes, todos portadores hiperplasia prostática benigna y uropatia obstructiva baja secundaria. Las variables analizadas fueron: edad, variación de hemoglobina y hematocrito, tasa de transfusiones de hemoderivados, variaciones de la natremía, estadia hospitalaria y Omax a 3 meses de la cirugia.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 68 años (51-76), con IPSS score promedio de 30, Qmax preoperatorio de 3,7 mL/seg y volumen ecográfico de 56 cc. El hematocrito postoperatorio disminuyó 10,7% en la señe monopolar y 2,0% en la bipolar, mientras que la hemoglobina bajo 4,1 gr/dL y 0,7 gr/dL respectivamente. Recibieron transfusiones sanguineas un 13% de la serie monopolar y ninguno de la bipolar. La natremia plasmática disminuyó en 5,8 mEq/dL y 1,2 mEq/dL para monopolar y bipolar respectivamente. La estadía hospitalaria fue en promedio de 108 horas (4,5 dias) para monopolar y 27 horas (1,12 dias) para bipolar. El flujo urinario a los tres meses fue de 20,5 mL/seg y 19,8 mL/seg para pacientes sometidos a RTUP monopolar y bipolar respectivamente. Conclusiones: La RTUP bipolar consiguió eficacia similar a la monopolar, con menor estadía hospitalaria, menor sangrado, ausencia de complicaciones hidro-electroliticas y similar eficacia terapeutica al corto y mediano plazo. Se requerirá de mayor tiempo de seguimiento para definir la durabilidad de la eficacia clinica y la aparición de complicaciones tardias.

Palabras clave: RTUP, energia monopolar, energia bipolar.



CO18

VAPORIZACIÓN FOTOSELECTIVA DEL ADENOMA PROSTÁTICO OBSTRUCTIVO CON LASER KTP. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Mandujano F, Pinto F, Westendarp M, Marcheti P, Catalan G, Donoso M, Candia W, Bustmante A. Barroso JP

Hospital Padre Hurtado

Introducción: La vaporización prostática con láser KTP es una alternativa en el tratamiento quirúrgico de la HPB. A fin de evaluar esta técnica presentamos nuestra experiencia.

Material y Método: 88 pacientes operados con laser KTP entre diciembre 2006 y septiembre 2008. Se incluyeron pacientes con HPB mayores de 50 a/los, sintomas más de tres meses. IPSS mayor de 12, volumen por Eco Transrectal menor de 80 cc y sin sospecha de cancer por clinica y APE. A todos se les realizó medición de vol TR. por Eco, IPSS y score de Qol en el preoperatorio y al sexto mes post operatorio. Las cirugias fueron realizadas por 5 urólogos previamente capacitados. Se excluyeron del análisis los pacientes sin seguimiento adecuado y aquellos que se convirtieron a RTU-P tradicional. Se definió Disuria prolongada como sensación de ardor uretral postoperatorio persistente de intensidad y repercusión variable mayor de 30 días de duración y hematuría prolongada como la persistencia de sangrado macroscópico, mayor de 10 días de duración. En el análisis de correlación entre las variables, se utilizó el Coeficiente de Pearson y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics 17. Resultados: Se intervinieron 88 pacientes, excluyéndose 12 del análisis final. En promedio, la edad del grupo fue de 65,8 años, el IPSS de 24,5, el Qol de 4,7 y el volumen prostático de 45,6 cc. El tiempo operatorio promedio fue de 51,1 mins, el de catéter urinario fue de 31,2 horas y la estadía hospitalaria fue de 27,1 horas. En las variables analizadas, hubo una reducción del 65% en el IPSS, de 66% en el Qol y de un 40% en el vol. prostático. El análisis estadistico resulto ser significativo para las tres variables analizadas (p menor de 0,01). Un 25% presento hematuria prolongada y un 31,5% disuria prolongada. Hubo tres pacientes con complicaciones graves, shock séptico de origen urológico, estenosis uretral compleja y lesión de esfinter.

Conclusiones: La vaporización con Láser KTP es una técnica segura y de bajo porcentaje de complicaciones que permite al urólogo tenerla como una alternativa de probada eficacia para el manejo quirúrgico de la HPB.





PÓSTERS 17 a 26 VIERNES 30 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 2 17:00 - 18:00 HRS.



#### POS:17

#### CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. CORRELACIÓN ANÁTOMO-RADIOLÓGICA SEGÚN CLA-SIFICACIÓN TUMORAL "T" EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE 10 MESES DE SEGUIMIENTO

Irusta G, Iturriaga C, Rojas Jc, Sabando M, Alvear M, Salgado G, Canales O, Kerkebe M, Salinas J, Gómez-Lobo M, Sandoval C, Hidalgo Jp, Vidal A.

Objetivo: Correlacionar prospectivamente en cohorte, las características tomográficas de los tumores renales, con los hallazgos anatomopatológicos, para determinar si es posible su diferenciación por imágenes en diagnóstico y clasificación T (TNM).

Material y Método: Se realizó un seguimiento por 10 meses entre octubre 2008 y julio 2009 de todos los tumores renales estudiados y tratados en el Hospital San Juan de Dios. La cohorte recopiló 34 casos de tumores renales sólidos con informe radiológico por TC, de los cuales 30 se sometieron a cirugia, con su posterior análisis anatomopatológico y grado nuclear de Fuhrman. Hombres 23, mujeres 11, con un promedio de edad 55 años (32-84 años). Se evalúa por TC, patrón de realce, homogeneidad, calcificaciones y compromiso vascular. Se correlacionó el tamaño T imagenológico por TNM, con el pT por histopatologia, así como también la presencia o no de síntomas y la modalidad quirúrgica elegida (radical o parcial, laparoscópica o abierta).

Resultados: Un promedio de tamaño tumoral de 6,6 cm (1,5-12 cm), 30 fueron catalogados al TC como Carcinoma de células renales (CCR), de los cuales 24 fueron confirmados por histopatología, siendo las características tomográficas más predictivas, el comportamiento hipervascular (23) y la heterogenicidad (22). En pocos casos de los CCR, se presentó necrosis (5) y calcificaciones (1). El resto de los tumores (6) correspondieron a pielonefritis xantogranulomatosa, angiomiolipoma, mielolipoma suprarrenal, oncocitoma (2) y quiste hidatidico, de los cuales 5 impresionaron como CCR. El acierto entre la impresión diagnóstica por TC y la por histopatología, fue de un 83%. Al desglosar por clasificación T (TNM), el acierto total fue de un 75%. La certeza en el diagnóstico en etapas organoconfinadas (T1 y T1-2) fue significativa (p=0.01 y p=0.02) al confirmarse a la histología. Existe una tendencia de los tumores incidentales a presentarse en etapas más precoces.

Conclusión: Casi el 50% de los CCR diagnosticados, fueron hallazgos incidentales. Las características imagenológicas y el patrón de realce por TC ayudan al diagnóstico de CCR y a su clasificación tumoral "T" del TNM, siendo un método que se correlaciona adecuadamente con la conclusión anatomopatológica, especialmente en etapas precoces T1 y T2. Se requieren mejores elementos diagnósticos para mejorar más los porcentajes de precisión, tanto para el diagnóstico de CCR como para su etapificación.

#### POS 18

#### LESIONES BENIGNAS EN TUMORES RENALES MENORES A 7 CMS: REVISIÓN CASOS DEL HCSBA DEL 2005 AL 2009

Valdebenito P, Lynch R, Silva B, Int. Lamas L, Int. Lynch R, De la Torre JM, Araya F, Maldonado E

Servicio de Urologia: Hospital Clinico San Borja Amaran

Introducción: Varios trabajos recientes, publicados en revistas urológicas con alto factor de impacto muestran que en los tumores renales corticales ≤ 3 cms es cada vez más frecuente el hallazgo de lesiones benignas, con cifras hasta 21,4%, lo que avalaría una conducta expectante en vez de la opción quirúrgica inmediata. El objetivo de esta revisión es el análisis de los casos locales, para determinar si estas conclusiones internacionales son aplicables a la realidad local del HCSBA.

Materiales y Métodos: Revisión de las epicrisis urológicas computacionales del HCSBA entre 2005 a julio de 2009, obteniendo 78 pacientes con tumores renales sometidos a nefrectomia. Posteriormente estos se filtraron usando los registros computacionales del Servicio de Anatomia Patológica, logrando 26 pacientes con tumores ≤ 7 cms. Finalmente, los datos se obtuvieron desde las fichas clínicas. No se aplicaron criterios de exclusión.



Resultados: Proporción hombres 1,6: mujeres 1,0. Mediana de edad 65 años. Tamaño promedio 4,9 cm. En el 77% se realizó cirugia abierta, la via preferida fue la lumbotomia. En el 23% restante se realizó nefrectomia laparoscópica. Del total, un 15% fue sometido a nefrectomia parcial. Un 23% del total fueron tumores corticales y exofiticos. El tipo histológico más frecuente fue el CCR de células claras (92%). No hubo presencia de lesiones benignas en la presente muestra. El 69% de los casos correspondió a un pT1. El 31% restante correspondió a un pT3 a-b.

Conclusiones: La comparación de los resultados locales con los publicados en la literatura internacional, muestran profundas diferencias, pues no se identificó ninguna lesión benigna en el estudio de los tumores renales « 7 cms., desde el año 2005 a la fecha en los registros del HCSBA. Por lo que la conducta expectante sugerida en las revistas urológicas internacional no podría ser aplicada en el medio local, y muy por el contrario, apoyaría continuar con la conducta quirúrgica que tradicionalmente se ha practicado en estos casos. Un cambio de actitud debería basarse en nuevos estudios, desarrollados con un mayor número de casos, en la esperanza de lograr una muestra más representativa que logre despejar la interrogante planteada en el presente estudio.

#### POS 19 NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR RADIOFRECUENCIA: UNA NUE-VA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE MASAS RENALES PEQUEÑAS

Pinto I, Hornig Á, Diaz J, Sandoval C Unidad de Urologia, Fundación Arturo López Pérez

Introducción: Los avances técnicos y la experiencia acumulada han hecho que la nefrectornia parcial laparoscópica sea una opción viable en el tratamiento de masas renales pequeñas (< 4 cm), debido a su efectividad oncológica y la asociación entre la nefrectornia radical y la insuficiencia renal crónica y la morbilidad cardiovascular asociada a ésta. Las terapias ablativas surgen como una alternativa válida en el tratamiento de las masas renales pequeñas, entre éstas la radiofrecuencia. Reportes recientes sugieren que las terapias ablativas no ofrecen un adecuado control oncológico y que la imagenología actual no puede llevar a cabo seguimientos de forma segura.

Material y Método: presentamos una serie de casos de 13 pacientes portadores de 16 tumores renales pequeños, sometidos a nefrectomia parcial laparoscópica asistida por radiofrecuencia entre abril de 2008 y junio de 2009. El procedimiento fue realizado por via transperitoneal en 11 pacientes y por via retroperitoneal en dos. La radiofrecuencia fue administrada por via percutánea bajo control visual laparoscópico y la tumorectomia realizada sin necesidad de clampear los vasos renales.

Resultados: El tiempo quirúrgico promedio fue de 93 mins. (45-135). No hubo sangrado importante intraoperatorio ni complicaciones en el postoperatorio. De los 16 tumores, 14 correspondieron a carcinoma de células renales, uno a oncocitoma y uno a angiomiolipoma. Todos los márgenes quirúrgicos fueron informados como negativos y actualmente todos los pacientes se encuentran en remisión completa con un seguimiento promedio de 8 meses (1-15 meses).

Conclusiones: La rediofrecuencia es una excelente herramienta de ayuda a la nefrectomia parcial laparoscópica. Permite realizar el procedimiento sin necesidad de clampear los vasos renales evitando someter parénquima renal sano a isquemia y con escaso sangrado. Además, oncológicamente seria una técnica más segura que la ablación tumoral pura.

Palabras clave: Masas renales pequeñas, tumorectomia renal laparoscópica, radiofrecuencia.



#### POS 20

#### ANÁLISIS DE MORTALIDAD POR CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES DE UROTELIO ALTO EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Parra C. Salvado JA, Arenas J, Riquelme F, Parada L, Sáez I, Walton A, San Francisco I, Zúñiga A

Departamento de Urología, Hospital Clinico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Urología Hospital Sótero del Rio

Introducción: El cáncer de urotelio alto (CUA) constituye el 5% de los tumores de urotelio. Nuestro objetivo fue conocer la mortalidad de los pacientes operados por CUA en 2 centros hospitalarios de la región metropolitana.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía por CUA en estos dos centros. Se analizaron las historias clínicas entre el año 1992 y 2008. Se excluyeron pacientes con histología distinta a CCT. Se realizó un análisis de sobrevida con el método de Kaplan Meier y log rank test. Para las variables cuantitativas se utilizó ANOVA y X2 para variables categóricas

Resultados: Se obtuvieron datos de 66 pacientes, la edad promedio fue 67.1 ± 11.9 años. Mujeres fueron 33%. Tabaquismo fue consignado en 47% de los pacientes. Exposición a carcinógenos en 5 pacientes. La hematuria como sintoma inicial estaba en 71% y el dolor lumbar en 12% de los pacientes. El seguimiento promedio fue de 41,4 ± 38,3 meses. La ubicación del tumor fue 54% pelvis, 26% ureter y 20% pelvis y ureter. Dentro del estudio 75% de los pacientes tenía TAC y 40% PIV. Tumor sincrónico en vejiga estaba presente en 6 pacientes. En 77% de los pacientes se realizó Nefroureterectomia de los cuales en 41% se realizó por vía laparoscópica. La distribución según el T fue. Ta:4,6%, T1: 30,7%, T2:26,1%, T3:33,8%, T4:4,6%. Ganglios positivos en 12,3%. Recidiva tumoral fue encontrada en 20% de los pacientes. La sobrevida a 5 y 10 años fue de 70,4% y 44,8%. La sobrevida a 5 años para los tumores <T2 vs los ≥T2 fue de 94,1% vs 53,3% (P<0.005). Al analizar la sobrevida a 5 años según bajo grado de diferenciación tumoral vs alto grado, los resultados fueron 87,8% vs 55,6% (p=0,03).

Conclusión: El cáncer de urotelio alto se diagnostica generalmente en etapas avanzadas. Tiene una alta tasa de recurrencia y de mortalidad lo que obliga a mantener un alto indice de sospecha en pacientes con factores de riesgo. La etapa y el grado histológico son los principales predictores de mortalidad en esta serie.

#### POS 21

#### MANEJO PERCUTÁNEO DE TUMORES DE CÉLULAS TRANSICIONALES DE LA PELVIS RE-NAL: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pinto I, Hornig A, Diaz J, Sandoval C

Unidad de Urología, Fundación Arturo López Pérez.

Introducción: El carcinoma de células transicionales de la via urinaria superior es una condición poco frecuente. Poseen un alto porcentaje de recidivas y las alternativas terepeuticas son numerosas. El gold standard terapéutico es la nefroureterectomia radical. Esta se asocia a una mayor incidencia de insuficiencia renal y muerte por condiciones relacionadas a esta. Actualmente se encuentran en desarrollo varias terapias con preservación renal, técnicas minimamente invasivas entre las cuales las principales son la resección por via percutánea y la resección endoscópica por ureteronetroscopía.

Material y Método: Presentamos una serie de casos de cuatro pacientes portadores de CCT-VUS sometidos a tratamiento percutáneo.

Resultados: El tamaño tumoral promedio fue de 14,5 mm (8-20 mm), tres de ellos presentaron lesiones no invasoras y 1 de ellos una lesión invasora. No hubo mayores complicaciones, el sangrado promedio fue de 225 cc, ningún paciente requirió de transfusiones de hemoderivados y la estadia hospitalaria de 3,75 días en promedio. Sólo uno de los paciente requirió de tratamiento complementario (tumor invasor), siendo sometido a una nefroureterectomia radical laparoscópica. Actualmente todos los pacientes se encuentran en remisión completa con un tiempo de seguimiento promedio de 50,25 meses (34-61).



Conclusiones: El tratamiento percutáneo de los CCT-VUS es una alternativa válida, asociada a una baja tasa de complicaciones y segura desde el punto de vista oncológico.

Palabras clave: Carcinoma de células transicionales de la via unnaria superior, cirugia percutánea, insuficiencia renal cronica.

#### POS 22 REPORTE DE UN CASO DE TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS REDONDAS

Troncoso L, Corti D, Foneron A, Ebel L, Carrasco C, Valdevenito G, Gil G, Vargas R, Osorio F Instituto de Especialidades e Instituto de Histologia y Patologia, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Urologia, Hospital Clinico Regional de Valdivia

Introducción: El tumor de células pequeñas redondas desmoplático (TCPRD), es una neoplasia agresiva maligna poco frecuente que afecta adolescentes y adultos jóvenes. Usualmente son intrabdominaes asociados con un mal pronóstico. Existen algunas publicaciones donde incluyen manifestaciones paratesticulares.

Caso: Reportamos un caso de un joven de 29 años que consulta por aumento de volumen del hemiescroto izquierdo de 3 meses de evolución. Al examen destacaba 2 nódulos duros uno en relación al polo inferior y el otro al
epididimo de aproximadamente 2 cm. Alfafetoproteina y beta HCG eran normales. Se decide exploración quirúrgica
donde biopsia rápida confirma tumor que se origina en las envolturas y que infiltra hacia el testículo. La biopsia
definitiva informó tumor desmoplásico de células pequeñas redondas. El estudio de extensión con Tomografía axial
computada y radiografía de tórax no mostró metástasis. El paciente recibió 2 ciclos de QMT con ciclofosfamida,
etoposido, adriamicina y cisplatino, con buena tolerancia, evolucionando con depresión medular moderada que se
recupera. Actualmente 6 años después del diagnóstico el paciente se encuentra en remisión completa.

Conclusiones: Al parecer y según los últimos reportes de la literatura, la ubicación paratesticular ha mostrado mejor pronóstico en comparación con los tumores abdominales. Se debe incluir este diagnóstico diferencial al enfrentarse con tumores paratesticulares.

Palabras claves: Tumores paratesticulares, Tumor de células redondas, Tumor de células pequeñas.

#### POS 23 TUMORES GERMINALES EXTRAGONADALES EXPERIENCIA HOSPITAL BASE VALDIVIA 1993-2008

Corti D, Fonerón A, Troncoso L, Ebel L, Vargas R, Valdevenito G, Gil G, Muñoz J. Hospital Base Valdivia

Introducción: La mayoria de los tumores de células germinales son de origen testicular. Aproximadamente el 3-5% son extragonadales y comparten los mismos componentes histológicos. Se ubican en la linea media del cuerpo, siendo los sitios más frecuentes en orden decreciente: el mediastino, retroperitoneo, región sacro coccigea y la hipófisis, en ausencia de masa intratesticular.

Material y Métodos: El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la serie de pacientes portadores de tumores germinales extragonadales tratados en el Hospital Base Valdivia entre los años 1993 y 2008. Para ello se realizó revisión retrospectiva de las fichas clínicas de estos pacientes durante el periodo señalado, detallando las características más importantes en cada caso.

Resultados: Durante este período se trataron 14 pacientes, que corresponde al 4,5% (14/310) de la serie de turnores de células germinales de nuestro servicio. La edad promedio fue 29,35 años (rango: 17-46 años) y el tiempo de evolución promedio previo al diagnóstico fue 2,6 meses (rango: 1-6 meses) El dolor lumbar fue el motivo de consulta en la mitad de los pacientes. Todos los pacientes fueron confirmados con estudio de imágenes y/o marcadores turnorales. Se obtuvo confirmación histológica en 10 casos (71,4%), encontrando carcinoma embriona-



rio en el 50% de ellos. Todos los pacientes fueron tratados con quimioterapia (esquema BEP), requiriendo quimioterapia de rescate en cuatro pacientes. La sobrevida promedio de 15,2 meses (rango 1-48 meses). Actualmente 5 pacientes (35,7%) se encuentran vivos y en remisión completa.

Conclusiones: Los tumores extragonadales son una entidad poco frecuente en nuestro servicio, coincidente con lo reportado en la literatura. El mal pronóstico de la serie concuerda con lo reportado en la literatura para experiencias con mayor número de pacientes.

#### POS 24 LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA PARA CÁNCER TESTICULAR NO SEMINOMATOSO ESTADIO CLÍNICO I

Olivares R<sup>1,2</sup>, Finsterbusch C<sup>1</sup>, Cabrerizo G<sup>1</sup>, Kerkebe M<sup>2</sup>, Femandois P<sup>3</sup>, Fuentealba C<sup>2</sup>, Alvarado O<sup>1</sup>, Wilckens J<sup>2</sup>

Servicio de Urologia Hospital Ramon Barro Luco Trudeau. Servicio de Urologia Hospital DIPRECA.

Objetivo: Reportar la morbilidad y resultados oncológicos de la Linfadenectomia Lumboaórtica por via laparoscópica en pacientes portadores de tumor de células germinales no seminomatoso (TCGNS) estadio I.

Pacientes y Métodos: Entre octubre de 2005 y mayo de 2009, 35 pacientes con TCGNS estadio I, fueron sometidos a Linfadenectomia Lumboaórtica laparoscópica. No se realizó selección de pacientes en relación a los haltazgos patológicos o a la presencia de factores de riesgo. La Linfadenectomia retroperitoneal fue realizada por el mismo cirujano, respetando los limites descritos por Weissbach y Boedefeld.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 26,9 años (18-37). El IMC promedio fue de 25,6 (19,1-32,1). La pérdida sanguinea promedio fue de 62 cc (0-1200). El tiempo operatorio promedio fue de 172 min (150-255). El número de ganglios resecados promedio fue de 11,7 (4-25). Se realizó una conversión a cirugia abierta debido a lesión vascular. No hubo mortalidad. El tiempo de hospitalización fue de 2,3 días. Se preservó la eyaculación anterograda en el 100% de los pacientes. 6 pacientes (17,1%) tuvieron estadio patológico lla y recibieron quimioterapia adyuvante con Cisplatino, Etopósido y Bleomicina. Ninguno de fos pacientes ha presentado recidiva.

Conclusión: La Linfadenectomia Lumboaórtica por via Laparoscópica ha demostrado ser una excelente herramienta de estadificación, la cual ofrece una alternativa minimamente invasiva a la cirugia convencional abierta. Los resultados de la serie, demuestran su equivalencia oncológica a la cirugia abierta, sumándose los beneficios de la técnica faparoscópica que incluyen, una menor morbilidad y una mejoria tanto en la visualización intraoperatoria, resultado estético como en la calidad de vida postoperatoria del paciente.

#### POS 25 TUMORES PARATESTICULARES UN DIAGNÓSTICO INUSUAL

Lynch R, Vargas F, Nicolai H, Portalier P, Gabler F, Silva B, Ebensperger M, Estrugo A, Cabello R, Riffo C, Valdebenito P, De La Torre JM, Araya F, Maldonado E Hospital Clinico San Borja Amarán

Introducción: El cáncer testicular representa entre el 1,5% de los cánceres en varones y el 5% de los tumores urológicos en general. Los tumores paratesticulares, neoplasias originadas en el cordón espermático en un 70% de los casos, representan el 4% de los tumores testiculares.

Material y Método: Se revisaron informes de anatomia patológica y las fichas clinicas de pacientes con diagnóstico de patología testicular durante el periodo entre enero de 2004 a marzo de 2009. Se analizaron las siguientes variables: edad, testiculo involucrado, tipo histológico y tratamiento.

Objetivo: Es describir los tumores paratesticulares diagnosticados en el Servicio de Urologia del Hospital Clínico San Borja Arriarán.



Resultados: Se revisaron 149 casos, de los cuales 110 casos se confirmaron como tumores testiculares. Los tumores germinales representan el 90%. Los demás tipos histológicos, tres son metástasis testiculares, dos linfornas y uno leucemia. Solo cuatro casos correspondian a tumores paratesticulares representando el 3.6% de los tumores tratados. La mediana de edad de los pacientes con estos tumores paratesticulares es de 62 años. La descripción histológica de los tumores encontrados fue de dos Sarcomas (Rabdomiosarcoma y fibrosarcoma), un Hemangiopericitoma y un Linforna. Los pacientes debutaron clinicamente con aumento de volumen testicular indoloro, excepto un paciente con sintomas compatibles con orquiepidimitis crónica, con antecedentes de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El promedio de evolución de las lesiones fue de 5 meses. A todos los pacientes se les realizó prquiectomia Radical.

Conclusión: Las neoplasias paratesticulares del cordon espermático son raras y representan sólo el 4% de los tumores testiculares. Los tipos histológicos más frecuentes son tumores benignos en 2/3 de los casos, siendo el lipoma el tipo histológico más frecuente. En todos los tumores testiculares la ecografía es útil como método diagnóstico inicial de evaluación. Puede determinar el tamaño, localización, naturaleza quistica o sólida. El diagnóstico definitivo lo dará el estudio de anatomia patológico una vez realizada la orquiectomia Radical.

#### POS 26 LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA MODIFICADA EN TUMOR TESTICU-LAR NO SEMINOMA ESTADIO I. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Navarro M', Tagle R', Montes J', Al. Zegpi B2, Urrutia J1

"Servicio de Urología. Hospital Regional de Copiapó. Chile. "Alumno Medicina Universidad de Los Andes. Santiago, Chile. "Servicio de Anatomia Patológica. Hospital Regional de Copiapó

Introducción: El cáncer testicular afecta principalmente a pacientes jóvenes y la mitad corresponde a tumores germinales no seminomatosos (TGNS). Aún persiste la controversia en el tratamiento del TGNS etapa I, describiéndose la observación rigurosa. la quimioterapia y la linfadenectomia lumboaórtica (LALA). Esta última permite una adecuada etapificación retroperitoneal y logra curación del 70% de los pacientes estadio II patológico. No obstante, la LALA clásica o ampliada produce una alta tasa de aneyaculación con el subsecuente compromiso de la fertinidad y calidad de vida. Actualmente, la via taparoscópica modificada logra un buen estándar oncológico, conservación de eyaculación anterógrada cercana al 90% y menor morbilidad postoperatoria. Presentamos nuestra experiencia inicial de linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica (LRPL) modificada, analizando la morbilidad asociada, seguridad oncológica y conservación de la eyaculación anterógrada, en una serie consecutiva de pacientes con seguimiento estricto post intervención.

Pacientes y Método: Desde octubre 2006 a junio 2009, 18 pacientes portadores de TGNS etapa I fueron sometidos a LRPL de staging en nuestra Institución. Se describen y analizan atributos personales, variables quirúrgicas, oncológicas y período de seguimiento post intervención, utilizando la base de datos del programa estadístico SPSS 15.0 (Microsoft ®).

Resultados: Todas las cirugias fueron realizadas por el mismo cirujano y completadas exitosamente mediante abordaje laparoscópico transperitoneal. Se utilizaron 4 trócares a izquierda (8 casos) y 5 a derecha (10 pacientes). Edad promedio fue de 29,5 años (15-42). Tiempo quirúrgico promedio fue 116 minutos (80-160). El periodo de hospitalización promedio fue de 1,8 días (1-4). La eyaculación se conservó en 89% (16/18). Promedio de ganglios resecados fue de 11 (5-22). Compromiso ganglionar metastático ocurrió en un 28% (5/18). No hubo complicaciones ni conversiones en esta serie.

Conclusión: La LRPL reducida es tan efectiva como la técnica abierta, ofreciendo resultados oncológicos similares a la cirugia tradicional. Posee menor morbilidad y estadia hospitalaria derivadas del acceso minimamente invasivo, logrando mantener la eyaculación anterógrada y la fertilidad en la mayoría de los casos. Creemos que el abordaje laparoscópico debiera considerarse como técnica de elección para pacientes con TGNS estadio I, en quienes se decide realizar una LALA de staging.



COMUNICACIONES ORALES
19 a 23
SÁBADO 31 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 3
08:00 - 09:00 HRS.



90



#### CO 19 EFECTO DE LA ORQUIEPIDÍDIMITIS POR ESCHERICHIA COLI UROPATOGÊNICA SOBRE LA ESPERMATOGENESIS Y LA PRODUCCIÓN DE TESTOSTERONA

#### Marconi M¹, Camacho JP², Weidner W¹, Meinhardt A¹

Servicio Urologia Hospital Clinico Universidad de Chile. Interno Medicina Universidad de Chile. Departamento de Urologia Universidad de Giessen, Alemania

Introducción: Una de las complicaciones de la Orquiepididimitis (OE) aguda al largo plazo es la infertilidad secundaria a la atrofia testicular y el deterioro de la espermatogênesis. Los mecanismos fisiopatológicos exactos a través de los cuales la infección deteriora la espermatogênesis aún no están claros.

Objetivo: Evaluar el impacto de la OE por Escherichia Coli Uropatógena (ECUP) sobre parâmetros específicos de la espermatogênesis y esteroidogênesis.

Materiales y Método: El estudio incluyo 40 ratas Wistar macho. Post anestesia general se realizo una incisión escrotal media con posterior exposición de ambos epididimos y conductos deferentes. Mediante la punción con una aguja 27G en el conducto deferente a un centimetro del epididimo se inyectaron 50 ml de suspensión ECUP (10x6 UFC/ml) (Grupo infectados) o suero fisiológico (grupo control). Las ratas fueron divididas en 4 grupos de 10 animales cada uno: el primer grupo infectado (n=10) y control (n=10) fue sacrificado a los 7 días y el segundo grupo infectado (n=10) y control (n=10) fue sacrificado a los 30 días post inoculación.

Resultados: Respecto de los controles los animales infectados tuvieron significativamente menor (p<0.05): concentración espermática medida en cola epididimo; y significativamente mayor (p<0.05): (i) degeneración del epitelio germinal e infiltración celular inflamatoria a los 30 días, y (ii) número de células espermatogénicas apoptóticas (indice apoptótico) detectadas por prueba de TUNEL a los 7 y a los 30 días. El ensayo inmunohistoquímico antivimentina reveló que las células apoptóticas dentro de los túbulos seminiferos fueron casi exclusivamente células germinales y no de Sertoli. No se observaron diferencias significativas en los niveles plasmáticos de testosterona entre el grupo infectado y control a los siete días y treinta días de ser inyectados.

Conclusiones: La OE aguda provocada por la inoculación retrograda de ECUP en ratas provoca una disminución significativa de la concentración de espermatozoides. En este efecto está involucrado no sólo un factor inflamatorio/infeccioso a nivel epididimario, sino que también un deterioro de la actividad espermatogénica a nivel del túbulo seminifero desencadenado entre otros por un aumento de la actividad apoptótica de las células espermatogénicas. El efecto de la OE sobre la producción de testosterona parece no ser relevante del punto de vista clínico.

#### CO 20

#### EXTRACCIÓN TESTICULAR DE ESPERMATOZOIDES ASISTIDA POR MICROSCOPIO EN PA-CIENTES CON AZOOSPERMIA NO OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### Marconi M¹, Keudel A², Bergmann M², Diemer T², Weidner W²

Servicio Urologia Hospital Clinico Universidad de Chile. <sup>2</sup>Departamento de Urologia, Universidad de Giessen, Alemania

Introducción: Existe una falta de consenso respecto de cual es la mejor técnica quirúrgica para la Extracción Testicular de Espermatozoides (ETE) en pacientes con Azoospermia No Obstructiva (ANO).

Objetivo: Comparar ETE unifocal versus ETE trifocal (biopsia en polo: superior, medio, inferior) con y sin la asistencia de Microscopio (M-ETE) en pacientes con ANO.

Pacientes y Métodos: Cincuenta y siete pacientes consecutivos con ANO fueron reclutados prospectivamente para el estudio. Todos los pacientes fueron sometidos ha ETE trifocal más M-ETE bilateral (cuatro biopsias por lado). Éxito fue definido como la presencia de al menos una espermátida elongada, suceptible de ser usada para



ICSI, en el tejido biopsiado. Se comparo la tasa de éxito entre las diferentes técnicas quirúrgicas (ETE unifocal, ETE bifocal, ETE trifocal, M-ETE) tomando a los pacientes como sus propios controles.

Resultados: Comparado con ETE unifocal, ETE trifocal + M-ETE fue la única técnica quirúrgica que reporto tasas de éxito significativamente mayores (54,4% vs 64,9%, p=0,04). ETE trifocal y M-ETE (solas) no presentaron tasas de recuperación espermática significativamente mayores que ETE unifocal. Se observó una diferencia estadisticamente significativa en los scores y diagnósticos histológicos entre las cuatro áreas biopsiadas (p=0,01). En el análisis de curva ROC el volumen testicular (AUC=0.65) y la FSH plasmática (AUC=0.65) no presentaron ta sensibilidad ni la especificidad necesaria para predecir con un nivel de segundad aceptable el éxito o fracaso de la ETE.

Conclusiones: ETE trifocal más M-ETE es la técnica quirúrgica que presenta mayores tasas de recuperación espermática comparado con ETE unifocal (biopsia convencional). Este hallazgo concuerda con la distribución heterogénea de los focos de espermatogénesis presente en aquellos pacientes con ANO en los cuales se logra recuperar espermatozoides.

Nota: La investigación se ha desarrollado de acuerdo con la Declaración de Helsinski para Investigación en Seres Humanos.

#### CO 21 DIEZ CASOS DE ESTENOSIS DE URETRA SECUNDARIA A LIQUEN ESCLEROSO (LE. RESUL-TADOS QUIRÚRGICOS CON URETROPLASTÍA DE AUMENTO EN 2 TIEMPOS CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL

#### Bustamante A, Aroca P\*

Servicio de Urologia Clínica Alemana de Santiago. \*Centro Asistencial Dr. Sotero del Río

Objetivo: Evaluar la eficacia y recidiva de la Uretroplastia de aumento con mucosa oral en el tratamiento de la estenosis uretral secundaria a Liquen Escleroso (LE).

Introducción: El LE es una enfermedad de la piel de etiología incierta, sin tratamiento médico claro. Cuando compromete la uretra puede determinar estenosis de dificil manejo. Se sabe que cualquier técnica quirúrgica que utilice piel fracasa ya que el LE siempre recurre.

Material y Método: Un total de 10 pacientes operados por estenosis uretral 2" a LE desde enero de 2001 a febrero del 2008. Edad promedio 43 años (34-78 años). Seguimiento promedio 37 meses (12-84 meses).

Ubicación de la estenosis: meatal 2, fosa navicular 7 y 1 pan uretral. Se realizó uretroplastia en 2 tiempos con injerto de mucosa oral. Se controlaron periódicamente con clínica, uroflujometría y uretrocistografía cuando fue necesario. Resultados: La tasa de éxito global de la serie es de un 90% (9/10). Cuatro pacientes se han mantenido en la primera etapa, 5 completaron la 2ª etapa sin recurrencia del LS y orinando satisfactoriamente. El paciente de la pan estenosis presentó una re estenosis en la unión del injerto con la uretra bulbar, requiriendo una revisión. No hubo complicaciones mayores.

Conclusiones: La estenosis uretral secundaria a LE es de dificil manejo. No se recomienda emplear piel genital ya que la enfermedad recurre. La reparación en 2 tiempos, utilizando mucosa bucal parece ser un buen sustituto con resultados promisorios en el tiempo y sin recidiva reportada.



#### CO 22 VASOVASOSTOMÍA: EXPERIENCIA PERSONAL CON UNA TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA SIM-PLIFICADA

#### Venegas JA

Unidad de Andrologia y Sexologia, Hospital Van Buren, Valparaiso

Introducción: La vasectomia es el método de anticoncepción masculina más efectivo y estable, sin efectos adversos en la sexualidad ni función gonadal. En países industrializados es de muy alta demanda, lo que confleva también una relativamente elevada necesidad de reversión quirurgica asociada a la inestabilidad de pareja que existe en la sociedad actual. En nuestro país hasta muy reciente la frecuencia de realización de la vasectomia era bastante baja en comparación a Europa y Estados Unidos, por lo cual la vasovasostomia también es de baja demanda. Las técnicas de vasovasostomia descritas son complejas y obligan a un entrenamiento microquirúrgico significativo. Se describe aquí una técnica microquirúrgica simplificada y que conserva los resultados de permeabilización óptimos esperados.

Material y métodos: 15 enfermos son vasovasostomizados, de acuerdo a la técnica microquirúrgica sugerida, usando una sutura de nailon 8/0 de sólo 4 puntos monoplano.

Resultados: Hubo reaparición espermática en semen en todos ellos, con recuentos muy favorables. 6 de ellos han reportado embarazos espontáneos, 2 más están en protocolo inseminación intrauterina, y los otros siete se han perdido del seguimiento a largo plazo. Dos pacientes, con hijos, resolicitaron ser vasectomizados.

Discusión: Estos resultados nos alienta para insistir, a nivel de programas de salud pública, en fomentar la vasectomia como una forma fácil, sencilla, barata y reversible de contracepción masculina.

## CO 23 PLASTÍA PENEANA CON MALLA SURGISIS® PARA LA CORRECCION DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

Navarro M, Tagle R, Montes J.

Servicio de Urología, Hospital Regional de Copiapó, Chile

Introducción: La Enfermedad de Peyronie (EP) consiste en la formación de una o varias placas fibrosas en el tejido conjuntivo de la albuginea peneana. Esta alteración puede generar una erección curva de grado variable, a menudo dolorosa, ocasionando gran impacto en la calidad de vida. Se reporta una prevalencia entre 3 a 9%, pero estudios más recientes la triplican. Se han descrito variados factores de riesgo involucrados, publicándose diversos tratamientos médicos y quirúrgicos entre los que destacan plicaturas, colocación de prótesis, injertos autólogos, uso de matriz extracelular de tejidos (MECT) o combinación de éstos. El objetivo es presentar nuestra experiencia con el uso de MECT de submucosa bovina (Surgisis®) en pacientes portadores de EP, analizando morbilidad post operatona, resultados estéticos y funcionales en una serie consecutiva de pacientes con seguimiento estricto.

Pacientes y Método: Desde octubre 2007 a enero 2009, 12 pacientes con placas indoloras mayores a 3 cm medidas por ultrasonografia y curvaturas dorsales mayores a 35°, fueron sometidos previo consentimiento informado, a una plastia peneana utilizando malla Surgisis® sin resecar la placa. Todos recibieron 1 gridiario de Vitamina E seis meses previos a su intervención. Se excluyeron pacientes con disfunción erectil severa. Bajo profilaxis con cefazolina, se diseco circunferencialmente hasta la albuginea. Ilberando el complejo dorsal para identificar y seccionar la placa. El tamaño de la malla fue 30% mayor al fecho a reparar. Se analizaron atributos personales, resultados quirúrgicos, indice de satisfacción (escala 0 a10) y seguimiento post intervención. (SPSS 15.0, Microsoft®).

Resultados: La edad promedio fue de 54 años (45–68). Tiempo promedio 56 minutos (37-75). El período de hospitalización fue de 1,5 días (1-3). El total de la serie corrigió su curvatura, reportando un indice de satisfacción estético y funcional mayor al 85%, manteniendo vida sexual satisfactoria. El promedio de seguimiento fue de 14 meses (7–22). No hubo complicaciones ni infecciones en esta serie.



Conclusión: La utilización de submucosa bovina parece ser un excelente procedimiento definitivo para el tratamiento de la EP. Este procedimiento es simple y eficaz, con baja morbilidad postoperatoria a mediano plazo, buena tolerancia y seguridad.



COMUNICACIONES ORALES
24 A 38
SÁBADO 31 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 3
12:00 - 14:30 HRS.



DE A DE HOUSE - SANTE SANTE SANTE DE SA



#### CO 24 RESULTADOS DEL USO DE SEGMENTO INTESTINAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPE-RACTIVIDAD IDIOPÁTICA DEL DETRUSOR

Jara D, Cárcamo O, Mac Millan G, Jara O, Cifuentes M, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Daviú A, Carmona C, Fuentes C.

Servicio de Urologia Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urologia, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso, Chile

Introducción: La hiperactividad idiopática del detrusor se caracteriza por la existencia de contracciones involuntarias del músculo vesical cuya expresión clínica es la urgencia miccional. Su prevalencia puede alcanzar hasta un 16% de la población. Su manejo requiere un esfuerzo multidisciplinario y en casos refractarios el tratamiento quirúrgico. Material y Método: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de un total de 24 pacientes sometidos a cirugia urologia con uso de segmento intestinal para ampliación vesical desde 1987 a diciembre 2008. Se analizaron fichas cinicas y protocolos operatorios. Se incluyen las características de los pacientes tratados y del procedimiento quirúrgico realizado además de la evolución postoperatoria.

Resultados: Del total de 24 pacientes, 21 (87,5%) son mujeres y 3 hombres. De éstos, 18 casos (75%) están entre los 25 y 65 años. La técnica quirúrgica incluyó un parche intestinal generalmente en la cara posterior de la vejiga abierta en "U". En 19 casos (79,17%) se usó lleon, en 4 casos (16,67%) sigmoides y en 1 caso (4,17%) ileon+ciego ascendente. Con micción espontánea postoperatoria 17 casos (70%); 3 casos (12,5%) en autocateterismo y 4 (16,6%) sin antecedentes. En 7 casos se realizó cirugia asociada, 3 quistectomías ováricas, una apendicectomía y 3 Burch. Dos pacientes requirieron nueva cirugia; una hernioplastía incisional y una enterocistoplastía con colon transverso.

Conclusiones: Esta patología, en casos indicados, puede ser tratada a través de una ampliación con segmentos intestinales detubulizados, con alto nivel de satisfacción postoperatoria de los pacientes, logrando la mayoria micción espontánea.

#### CO 25 HIPERACTIVIDAD NEUROGÉNICA DEL DETRUSOR REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONSER-VADOR: EXPERIENCIA CON EL USO DE SEGMENTOS INTESTINALES

Jara D, Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A

Servicio de Urologia Hospital Carlos Van Buren. Cátedra de Urologia, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso

Introducción: A pesar de la gran variedad de terapias descritas para el manejo de Hiperactividad Neurogénica del Detrusor (HND), existe un número importante de pacientes que no logran mejoria con alternativas conservadoras. En ellos, bajar la presión y disminuir el porcentaje de daño renal mediante ampliación vesical con segmentos intestinales detubulizados, es una alternativa vigente.

Objetivo: Describir la experiencia en el manejo de pacientes con HND refractaria a tratamiento conservador, que fueron tratados en forma quirúrgica con técnicas que utilizan segmentos intestinales, su evolución a través del tiempo y sus principales complicaciones.

Materiales y Métodos: Se revisaron fichas clinicas de 75 pacientes con diagnóstico de HND, operados de enterocistoplastía entre 1988 y 2009. Se analizan: causa de daño neurológico, segmentos intestinales usados, técnica quirúrgica, necesidad de ostomia continente y complicaciones.

Resultados: La serie estudiada está compuesta por 46 (61,33%) varones y 29 (38,67%) mujeres, con edad promedio 32,2 años (2,75 a 68 años). Las principales causas de daño neurológico fueron traumatismo raquimedular en 37 pacientes (49,43%) y mielomeningocele en 15 pacientes (20%). En total se realizaron 81 cirugias con uso de



intestino: 6 corresponden a reintervenciones (3 ampliaciones con cierre de cuello y ostomia y 3 ostomias). De las 75 crugias primarias se realizaron 73 (97,33%) enterocistoplastías de aumento (en el 40% de los casos asociado a una ostomia continente). 1 cirugia de solamente ostomia contienente y 1 reservorio. El segmento intestinal más utilizado para ampliación fue sigmoides; en los casos de ampliación y ostomia se prefinó ciego-ileon. La tendencia en los últimos 15 pacientes, es realizar la ostomia con técnica de Yang- Monti con colon o con doble segmento de ileon. Un 30% de los pacientes requirió algún tipo de revisión quirúrgica en el seguimiento a más de 5 años y sus principales indicaciones fueron incontinencia, disfunción de apertura del cuello vesical, litiasis y estenosis de uretra. La continencia fue buena en el 90,67% y regular en 5,33%; se excluyen 3 pacientes que no completaron seguimiento.

Conclusiones: El uso de distintos segmentos intestinales es una alternativa vigente en el manejo de pacientes con HND refractaria a tratamiento conservador. Presenta una buena proporción de pacientes continentes al final de seguimiento, pero requiere herramientas técnicas para el manejo de sus variadas complicaciones.

#### CO 26 ESTUDIO PLACEBO CONTROLADO PARA EVALUAR EL USO DE DESMOPRESINA ORAL EN EL MANEJO DE LA NICTURIA

Storme O, Huidobro C, Fullá J, Ledezma R, Mercado A, Cabezas J, Acevedo C, Diaz P, Olmedo T, Olea M

Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: La nicturia es definida como la afección que obliga a los pacientes a despertar durante la noche para orinar. La sobreproducción noctuma de orina parece ser una de sus principales causas, relacionándose con una disminución de los niveles de Arginina-Vasopresina (AVP). Desde ese punto de vista, el uso de Desmopresina, un análogo sintético de la AVP, parece una alternativa válida para el tratamiento de dicha patología.

Material y Método: Ensayo clínico, controlado con placebo, ciego simple para evaluar la eficacia de Desmopresina en el tratamiento de la nicturia. Dado el escaso número de pacientes se realizo un cross-over. Se indicó Desmopresina por 4 semanas y luego se administró placebo por 4 semanas más. El control de los pacientes se hizo de forma semanal mediante una evaluación clínica y de laboratorio. Como outcome primario se consideró una disminución de al menos un 50% de la frecuencia miccional nocturna, y de los volúmenes urinarios. Como outcome secundario se consideró un cambio en la somnolencia diurna evaluado mediante escala Epworth. La investigación se ha desarrollado de acuerdo con la Declaración de Helsinski para Investigación en Seres Humanos.

Resultados: Se evaluaron 10 pacientes entre Octubre y Diciembre de 2008. Promedio de edad de 63 4 años, todos de sexo masculino. Los pacientes tratados con Desmopresina presentan una disminución del volumen urinario basal (total durante 24 horas) de 2.777 cc a 2.391 cc vs 2.518 cc con uso de placebo (p=0.54). En relación al volumen urinario nocturno basal de 763 cc, pacientes tratados con desmopresina disminuyen a 339 cc (p=0.0001) y con placebo a 529 cc (p=0.0034). La frecuencia miccional nocturna basal fue de 4. En pacientes tratados con desmopresina fue de 1,6 (p=0.0001) y placebo de 2,6 (p=0.0026) y al comparar Desmopresina contra placebo, el resultado fue significativo (p=0.0098).

Conclusión: La Desmopresina oral aparece como un fármaco bien tolerado, seguro y efectivo para el manejo de la nicturia. En nuestra serie se observa una disminución significativa en la frecuencia miccional noctuma, volúmenes urinarios y mejoria importante en la somnolencia diurna de estos pacientes.



#### CO 27 RESULTADOS DE CIRUGIA TIPO TVT CON UN SEGUIMIENTO MÍNIMO DE 6 AÑOS

Valero G, Ortiz F, Marchant G, Vásquez J, Carrizo M, Rendic C Servicio de Urología. Hospital Regional de Rancagua

Introducción: Desde la introducción del TVT en 1993, éste se ha convertido en la técnica de elección para la reparación quirúrgica de la IUE. A través del tiempo, diversos estudios han mostrado tasas de continencia con seguimiento a largo plazo cercanas al 85%.

El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados a largo plazo con un seguimiento mínimo de 6 años de esta técnica.

Material y Método: Con insumos de fabricación local y usando la técnica del TVT, 108 pacientes fueron operadas entre enero de 2002 y agosto de 2003 con anestesia raquidea tipo "saddle block". Los datos analizados fueron: edad, número de partos, cirugias previas, estado nutricional, tiempo de operación, de sonda uretro-vesical y estadia en hospital, residuo post miccional, complicaciones y continencia urinaria.

Resultados: Edad promedio 53 años (27-76). Tiempo de seguimiento promedio 80 meses (72-90). Indice masa corporal promedio 29, número de partos promedio 3,5,37% no tenian antecedente de cirugia previa, 30% antecedente de cirugia ginecológica, 16% abdominal y 12% cirugia correctiva de IUE. Tiempo quirúrgico promedio 33 minutos (15-70). Dias promedio de hospitalización 1,09 (1-3). Residuo post miccional promedio 39,3 cc. Complicaciones: Perforación vesical 14 (13%), retención urinaria 3 (3%), ITU aguda no complicada 1 (1%), infección de herida operatoria 1 (1%).

La tasa de continencia con pacientes secas sin uso de protectores fue de 83%. En 12 pacientes (11%) se desarrolló una urgencia miccional de novo, la que ha sido manejada en forma satisfactoria con anticolinèrgicos.

Discusión: Podemos concluir que la técnica de sling retropúbico es un procedimiento con buenos resultados a largo plazo, minimamente invasiva y con una tasa de complicaciones aceptable que pueden habitualmente ser resueltas sin mayores problemas en la práctica clínica habitual del urólogo.

Los resultados son además concordantes con otras series tanto nacionales como internaciones.

## CO 28 SLING ARGUS RETROPÚBICO Y TRANSOBTURADOR EN EL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA POSTQUIRÚRGICA

Olmedo T, Român J, Valdevenito R, Ossandon E, Olea M, Acevedo C, Flores JM Servicio de Urologia Hospital Clinico U de Chile. Unidad de Urologia Hospital San José

Introducción: La incontinencia urinaria masculina (IOM) es una complicación conocida del tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata. Produce un gran detrimento en la calidad de vida y un costo psicosocial elevado para el paciente. Además representa un desafío para el médico tratante. Se han desarrollado múltiples técnicas para el manejo de la IOM, desde manejo médico, kinésico, uso de polimeros inyectables, cintas, hasta esfinteres artificiales. El sistema Argus ha sido ampliamente difundido con buenos resultados. Este dispositivo está formado por tres componentes, sistema almohadillado radiopaco de espuma de silicona, con dos columnas de silicona formadas por múltiples formaciones cónicas, que permiten el reajuste del sistema y dos arandelas de silicona radiopacas que permiten una correcta fijación y reajuste.

Objetivos: Mostrar resultados de los primeros 15 pacientes tratados con sistema Argus. 10 retro púbicos y 5 transobturatrices.

Materiales y Métodos: Se realizaron 15 procedimientos, 10 con técnica retro púbica y 5 con técnica transobturatriz. A todos los pacientes se les realizó cuestionario de sintomas IPSS, Cistoscopia para descartar estrechez uretral y urodinamia.

Resultados: De los 10 pacientes con sistema retro público 6 lograron continencia completa, dos presentaron mejoria y dos persisten con incontinencia. De los 5 pacientes con sistemas Argus TOT, 4 quedaron continentes y uno



presentó mejoria significativa (reducción paños diarios). Dentro de las complicaciones observadas se evidenciaros 4 retenciones urinarias transitorias manejadas con sondeo intermitente (2 retro y 2 TOT). Un paciente del grupo TOT presentó una lesión de recto que necesito colostomia transitoria y retiro de la prótesis por infección. Lesiones vesicales menores se evidenciaron en 5 pacientes de grupo retropúbico durante el procedimiento con cistoscopia utilizando óptica de 30 y 70 grados. Los cinco pacientes con técnica transobturatriz no presentaron lesiones vesicales ni complicaciones importantes.

Conclusiones: Los sling son una alternativa concreta para el manejo de la incontinencia de orina masculina post quirúrgica. Los sling transobturadores tendrían menos complicaciones que los retro públicos con similar eficiencia. Necesitamos estudios comparativos para elegir la técnica más adecuada.

#### CO 29 MICCIÓN OBSTRUCTIVA POSTERIOR A CINTA SUB URETRAL: MANEJO SIN URETROLISIS REGULANDO LA MALLA DE ACUERDO A PRESIÓN DE ESCAPE INTRAOPERATORIO

Mac Millan G, Cifuentes M, Jara D, Fuentes C, Cárcamo O Servicio de Urología Hospital Van Buren

Introducción: La micción obstructiva es complicación frecuente posterior a la cirugia para incontinencia de orina con cinta sub-uretral. El tratamiento convencional de la presentación tardía es la uretrolisis por vía abdominal o vaginal. Esta técnica corresponde a una cirugia invasiva, que puede requerir varios procedimientos y a nuestro parecer, no se relaciona con la patogenia de la disfunción miccional post operatoria.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico de las mujeres con micción obstructiva posterior a cinta sub uretral sin uretrolisis, con sección de la cinta y disminuyendo la presión de fuga intraoperatoria (PPF-IO). Además mostrar los resultados obtenidos con su aplicación en el Hospital Carlos Van Buren.

Material y Métodos: De 1.293 cirugias con cinta sub uretral, se consideraron obstructivas las pacientes que presentaron sintomas irritativos más uruflujometria patológica con residuo post miccional (RPM) elevado o estudio flujo/presión obstructivo. Con anestesia espinal se seccionó la malta sub uretral y se descendió la uretra hasta alcanzar un escape con Valsalva de 35 cm de agua. Se evalúan datos como mejoría sintomática, uroflujometria, RPM y estudio flujo/presión.

Resultados: Se describen los resultados de 12 pacientes: 6TVT, 5TOT y 1Spark. Todas consultaron por sintomas de disfunción miccional y en el 100% se objetivo uropatía obstructiva previo a la segunda cirugia. Con anestesia espinal y vejiga llena con 300 cc, 4 presentaron escape sobre 60cm de agua y 8 sobre 80cm de agua. Una vez seccionada la malla se ajusta para PPF-IO de 35 cm de agua. Se obtuvo mejoria clínica y urodinámica en el 100% de los casos que completaron seguimiento (11/12).

Conclusiones: Las pacientes obstructivas posterior a cinta sub uretral presentan punto de presión de fuga intra operacrio elevado (bajo anestesia espinal). La regulación de tensión de la cinta sub uretral para obtener escape con Valsalva a 35cm de agua permite predecir un alto porcentaje de éxito tanto clínico como urodinàmico. La sección de la malla sub uretral es un tratamiento adecuado para corregir la obstrucción por cinta. El rol de la uretrolisis nos parece cuestionable.



### CO 30

### RESULTADOS DE SLING BULBOURETRAL PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUER-ZO MASCULINA POST CIRUGÍA PROSTÁTICA, SEGUIMIENTO A CUATRO AÑOS.

Oyanedel P, Sandoval Juan Carlos, Verdugo B. Fernando, Salazar H. Anibal', Dr. Romano, Salomón Victor<sup>2</sup>

'Servicio de Urologia, Hospital Fuerza Aérea de Chile. Centro de Vejiga y Continencia Urinaria. Catedra "B" de Urologia, Universidad de Valparaiso. "Hospital Durand. Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

El tratamiento quirúrgico de la IOE post-prostatectomia incluye las inyecciones transuretrales, el esfinter urinario artificial y las operaciones de Sling bulbouretral (SBU).

Este trabajo intenta mostrar nuestra experiencia inicial y a mediano plazo en el manejo de la IOEM con la instalación de Sling bulbouretral respecto a eficacia y seguridad y su evolución a cuatro años.

A cuatro pacientes incontinentes post prostatectomia radical (PR) y post adenomectomia transvesical (ASPTV) se les realiza cirugia correctora de la incontinencia con Sling ARGUS ®, entre Junio del 2004 y Mayo del 2005, evaluando su evolución con uroflujometria postoperatoria, cistoscopia y análisis clínico registrando: tiempo de evolución de IOEM y magnitud, procedimientos previos, eficacia, seguridad e impacto en la calidad de vida. Se realiza estudio prospectivo comparativo observacional longitudinal aplicando cuestionarios IIQ-7, UDI -6, IPSS y calidad de vida (QoL) relacionada con problemas urinarios respecto a estado preoperatorio y postoperatorio en agosto de 2005 y 4 años más tarde en el postoperatorio.

De los 4 pacientes, 1 fue operado de ASPTV, 3 de PR de los cuales 1 recibió RT. El tiempo de evolución preoperatoria de la IOEM: 20 a 137 meses con un promedio de 74.5 meses.

La magnitud de la IOM fue de severa: 3 casos y moderada: 1 (ASPTV), este último recibió inyecciones de Deflux en 2 oportunidades, recidivando al corto plazo. Todos los pacientes recibieron Kinesiología.

Promedios: IIQ-7 preop: 21.5, postop: 0 y postop -2: 5.25 (0-28); UDI-6 preop: 9, postop: 1.5 y postop-2: 3.25 (0-18); IPSS preop: 3, postop 1.5 y postop-2: 7.5 (0-35), QoL preop: 1, postop: 9.5 y postop-2: 8.75 (0-10).

Los cuatro en el posoperatorio inicial evolucionaron secos y sin obstrucción, presentando IOEM nuevamente 3 de ellos, 2 de carácter leve y uno moderado.

Aparecen en su segunda evaluación un aumento de sintomas obstructivos de carácter leve a moderado.

Las complicaciones presentadas: erosión que requirió retiro del Sling y reinstalación 1 año más tarde. Cistoscopias y UFM postoperatorias iniciales normales.

El SBU es un método eficaz y seguro para resolver la IOEM post cirugía prostática, técnicamente simple y de bueno resultados a corto y mediano plazo.

### CO 31

### USO DE SEGMENTOS INTESTINALES EN UROLOGIA: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Jara D, Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A

Servicio de Urologia Hospital Van Buren Cătedra de Urologia, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaiso

Introducción: Desde hace más de 50 años se utilizan segmentos intestinales en Urología para aumentar o reemplazar vejigas, reemplazar uréteres y derivar la orina a través de segmentos de intestino aistados.

Objetivo: Describir la casulstica de cirugias con uso de segmentos de intestinales y a los menos 5 años de seguimiento completo, realizada en el Servicio de Urología del HCVB, sus principales indicaciones, técnicas y complicaciones.



Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron 291 fichas de pacientes operados con uso de un segmento intestinal, con más de 5 años de seguimiento posterior, evaluando diagnóstico etiológico, técnica utilizada para enterocistoplastia, reservorio, neoimplante, ostomia y sus respectivas complicaciones a 3 meses, 5 años y final de seguimiento.

Resultados: Se efectuaron 301 intervenciones (291 pacientes + 10 reinterveciones con uso de nuevos segmentos intestinales). Se seleccionan 111 casos (36.8%) en los que se dispone de seguimiento superior a 5 años. La principal indicación fue Hiperactividad Neurogénica del Detrusor con 39 casos (35.14%); 30 casos (27.03%) de Cistopatía intersticial; 16 casos (14.41%) de Cáncer vesical; 11 casos (9.91%) de vejiga hiperactiva idiopática. Del total 70 fueron mujeres (63.06%), 41 fueron hombres (36.94%). La intervención más frecuente es la enterocistoplastía detubulizada de ampliación (79.28%), seguido por el reservorio ortotópico (10.9%). La elección del segmento intestinal se basó principalmente en la factibilidad anatómica, el ileon detubulizado en parche en U a la cara posterior para las enterocistoplastías de ampliación y el uso de segmentos de intestino grueso para fabricaciones de ostomias continentes.

La mayor cantidad de complicaciones se presenta en el período entre los 3 meses y 5 años de seguimiento (23 de 111 casos), requiriendo tratamiento médico en 12 casos, cirugia en 6 casos y 3 pacientes estuvieron en riego vital. La continencia a 5 años es buena en el 88,87% de los casos.

Conclusiones: El uso de segmentos intestinales para la fabricación de parches, reservorios y ostomias, permite la resolución de patologías urológicas de alta complejidad, se asocia a un importante porcentaje de complicaciones y permite obtener una buena continencia en la mayoría de los pacientes tratados.

### CO 32 OSTOMIAS CONTINENTES PARA CATETERISMO INTERMITENTE: EXPERIENCIA DEL HOSPI-TAL CARLOS VAN BUREN

Jara D, Fuentes C, Cifuentes M, Mac Millan G, Jara O, Daviú A, Carmona SC, Venegas A, Ruiz R, Carmona C, Cárcamo O, Acuña A

Servicio de Urología Hospital Carlos Van Buren. Catedra de Urología, Escuela de Medicina. Universidad de Valparaiso

Introducción: Existen situaciones en la práctica urológica, en que el daño al aparato esfinteriano, uretra o vejiga obliga a recumir a algún mecanismo que permita derivar un reservorio o vejiga ampliada hacia la pared abdominal. Para estos fines es posible realizar ostomias continentes, con distintos segmentos intestinales, para auto cateterismo intermitente limpio.

Objetivo: Describir la experiencia con distintas técnicas de ostomia continente para cateterismo intermitente limpio, su evolución a través del tiempo y sus principales complicaciones según la casuística del Servicio de Urologia del Hospital Carlos Van Buren.

Materiales y Método: Estudio observacional retrospetivo. Revisión de 77 casos en los cuales se realizan ostomias continentes para cateterismo intermitente desde julio de 1988 a junio de 2009. Se evalúan: diagnóstico etiológico, técnica de ostomia, segmento intestinal, ubicación de extremo distal de ostomia y sus respectivas complicaciones precoces, tardías y estado al final del seguimiento.

Resultado: En 83 ocasiones hemos necesitado hacer alguna derivación urinaria vesical continente a la pared abdominal con uso de segmentos intestinales. En 26 casos (31,3%) utilizamos ileon plicado más alguna variedad que le permita cierta fijación. En nuestros últimos 33 (39,7%) pacientes hemos realizado la técnica de Yang-Monti, para ello se utilizó segmentos de intestino grueso en 27 casos (81,82%). La mayor cantidad de complicaciones de resolución quirúrgica (38,6% del total), se presentan en el periodo de 3 meses a 5 años; a su vez las complicaciones más graves lo hacen en el post operatorio inmediato, en pacientes con baja reserva funcional (6 de 77) con 4 muertes en nuestra sene. La continencia es cercana al 100%, con un 19,48% de reintervenciones de la ostomia para lograr este resultado.



Conclusiones: El uso de ostomias continentes permite alcanzar un alto porcentaje continencia, permitiendo que los pacientes sean autovalentes, con un impacto positivo sobre su calidad de vida, en relación a las derivaciones incontinentes. Requiere dominar las técnicas de uso de intestino y poseer herramientas para enfrentar con éxito las complicaciones que esta cirugia puede generar.

CO 33 ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ABDOMINALES Y SU LOCALIZACIÓN: ¿TIENEN ALGUNA IN-CIDENCIA EN LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE NEFRECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS?

Kerkebe M<sup>1,2</sup>, Reyes E<sup>1</sup>, Orellana N<sup>1</sup>, Olivares R<sup>1</sup>, Fuentealba C<sup>1</sup>, Rojas J<sup>1</sup>, Andrusco A<sup>1</sup>, Rojas JC<sup>2</sup>, Irusta G<sup>2</sup>, Susaeta R<sup>2</sup>, Sandoval C<sup>2</sup>, Iturriaga C<sup>2</sup>, Salgado G<sup>2</sup>, Wilckens J<sup>1</sup>

"Servicio de Urología Hospital DIPRECA. "Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urología, Sede Occidente, Universidad de Chile

Objetivo: Analizar la influencia de los antecedentes quirúrgicos abdominales en los resultados de nefrectomias laparoscópicas.

Material y Métodos: Se analizaron prospectivamente las nefrectomias taparoscópicas por patologías benignas y malignas realizadas entre julio de 2001 a agosto de 2009. Se categorizaron en 3 grupos, el A compuesto por pacientes sin antecedentes de cirugia abdominal previa, el B con antecedentes de cirugia abdominal alejada de la zona operatoria y C con antecedentes de cirugia abdominal en relación a la zona operatoria. Se analizaron datos como edad, peso, talta, cirugia previas, clasificación ASA, tamaño tumoral, tiempo operatorio, complicaciones intra y post operatorias, sangrado, necesidad de transfusiones y días de hospitalización.

Resultados: De un total de 264 pacientes, 142 pacientes (54%) integraron el grupo A, 58 (22%) el B y 64 (23%) el C. No existieron diferencias significativas en cuanto a la edad, peso, talla, clasificación ASA y tamaño tumoral entre los 3 grupos.

El tiempo operatorio promedio del Grupo A fue 120,7 minutos, el B 113 minutos y el C 114 minutos, sin encontrarse diferencias significativas.

El sangrado promedio fue 118cc. 147 cc y 161 cc para el grupo A. B y C respectivamente, siendo mayor para los grupos B y C respecto al A pero sin lograr significancia estadística. Existió necesidad de transfundir a 7 (4%) pacientes del grupo A, 5 (8%) del B y 4 (6%) del C. La tasa de complicaciones intraoperatoria fue similar para los 3 grupos (4, 10 y 10,9% respectivamente). Se encontraron 6 pacientes con adherencias en el intraoperatorio en el grupo B, en uno de ellos fue necesario cambiar el abordaje a lumboscopia. En el grupo C se encontraron 7 pacientes con adherencias que determinaron que en uno de ellos se produjera un desgarro de vena cava y en otro una lesión de colon ascendente. Un paciente de este grupo fue reintervenido 24 horas después por presentar una perforación de intestino delgado 2" a deserosamiento.

Conclusión: Si bien no hay diferencias estadisticamente significativas entre los grupos, se aprecia una tendencia a mayor sangrado intraoperatorio y frecuencia de adherencias que pueden contribuir a complicaciones intraoperatorias, post operatorias, o al cambio de abordaje quirúrgico en pacientes con cirugia abdominal en relación a la zona operatoria.



### CO 34 EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA UROLÓGICA CON LESS

Bermúdez H, Ledesma R, Storme O, Stein C, Lyng R, Valdevenito R, Gomez A, Bernier P Servicio de Urologia Clinica Alemana. Hospital Clinico Universidad de Chile y Hospital Fach

Introducción: LESS (Laparo Endocopic Single Site Surgery) es una alternativa quirúrgica para reducir la agresión sobre la pared abdominal realizando una sola incisión principalmente a nivel umbilical. Describimos nuestra experiencia inicial.

Material y Métodos: Entre marzo 2009 y junio 2009, Se han realizado 10 cirugias con LESS. 4 pieloplastías (PieloLESS), 3 varicoceles bilaterales (VBLESS) y 3 nefrectomia simple (NSLESS). Se utilizan instrumentos y ópticas flexibles y trocares de bajo perfil insertados en la zona umbilical. Un trocar suplementario de 3 mm se usa en la pieloplastía para la sutura.

Resultados: La edad media 35 años (18-45). Tiempo operatorio medio 140 min (PieloLESS), 23 min (VBLESS), 89 min (NSLESS), Sangrado estimado medio 40cc (PieloLESS), 0 cc (VBLESS), 50 cc (NSLESS). Días de hospitalización 2 (1-5). Sonda vesical por 7 días y catéter pig tail por 3 semanas en los casos de Pielo LESS.

Conclusiones: La cirugia LEES es una alternativa factible y reproducible. Se requieren mayores estudios, experiencia y el desarrollo de tecnología para ejecutar esta técnica para compararla con la cirugia laparoscópica tradicional.

### CO 35 REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS LESIONES URETERALES DISTALES

Bermúdez H, Ledezma R, Storme O, Marchant F, Fullá J, Mercado A, Moya F, Hidalgo JP, Stein C, Lyng R, Valdevenito R, Bernier P

Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: Las lesiones ureterales distales, corresponden a un tipo de complicación quirúrgica grave y por lo general son secundarias a procedimientos ginecológicos. Desde ese punto de vista, la reparación laparoscópica aparece como una alternativa válida a la cirugia abierta, reduciendo las complicaciones asociadas, mediante el uso de una técnica minimamente invasiva. A continuación se presenta nuestra experiencia clínica.

Materiales y Métodos: Se analizaron datos de 15 pacientes sometidos a cirugía para reparación laparoscópica por lesiones del uréter distal, entre febrero de 2005 y febrero de 2009. Entre las causas de las lesiones, la mayoría (n=13) fueron asociadas a procedimientos ginecológicos y el resto secundarias a cirugías urológicas (n=2). En relación al tipo de lesión, diez casos correspondieron a lesiones secundarias a cirugía ginecológica, tres casos secundarias a una fistula urétero-vaginal, un caso debido a una constricción ureteral secundaria a TURP y un caso por resección de un divertículo vesical.

Resultados: Se realizaron en total quince reparaciones, trece neoimplantes, un flan de Boari y una anastomosis terminal. El promedio de edad fue de 38 años (rango 31-60 años). El tiempo quirúrgico promedio fue de 140 minutos (rango 120-180 minutos). El volumen de sangramiento estimado fue de 20 cc. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta al tercer dia de postoperatorio (rango 1-5 dias). Se utilizó un catéter por 7 dias y un catéter doble jota por tres semanas. El seguimiento promedio fue de 23 meses (rango 3-40 meses). Se reportó un caso de restenosis que fue resuelta satisfactoriamente mediante dilatación con balón.

Conclusión: El neoimplante ureteral laparoscópico es una alternativa segura a la cirugia abierta. Una evalución exhaustiva y seguimiento a más largo plazo son fundamentales para validar dicha técnica y poder considerarla como tratamiento para los pacientes con lesiones de urêter distal.



### CO 36 ALTERNATIVAS DE EXTENSIÓN DE LA VENA RENAL DERECHA EN TRASPLANTE RENAL

### Troncoso P. Mandujano R

Departamento de Urologia, Unidad de Trasplante Renal, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El riñon donante del lado derecho puede presentar una vena renal de longitud limitada, existiendo técnicas que facilitan su alargamiento. Este trabajo muestra nuestra experiencia en el uso de dos técnicas de extensión de la vena renal empleadas en donante vivo y cadavérico.

Material y Métodos: Esta serie esta compuesta por 12 pacientes que requirieron extensión de la vena renal derecha del niñon donante en el momento del trasplante. Se utilizó un parche de vena cava en los donantes cadavéricos y de vena gonadal en los donantes vivos.

Resultados: La serie analizada estuvo compuesta por doce pacientes receptores de trasplante renal, 7 mujeres y 5 hombres, con un rango de edad entre 27 y 62 años y un promedio de 43.9 años. Nueve pacientes fueron receptores de donante cadáver a quienes se les realizó extensión venosa renal con un parche de vena Cava en forma de un tubo longitudinal. En los tres pacientes receptores de un rinon donante vivo la nefrectomia fue laparoscópica y la extensión venosa se efectuó con un parche de vena gonadal del donante en forma de un tubo en espiral. En todos los casos se empleó prolene 6/0 para la extensión. La anastomosis venosa en el receptor se facilitó por la extensión de la vena y se efectuó en forma habitual término-lateral a la vena iliaca. El tiempo promedio de anastomosis arterial y venosa en el receptor fue de 47.8 minutos con un rango entre 32 y 65 minutos. Dos pacientes receptores de niñones cadavéricos presentaron retardo en la función del injerto. No hubo mortalidad operatoria ni complicaciones relacionadas a la extensión de la vena en el post-operatorio.

Conclusión: La extensión venosa de la arteria renal derecha con parche de vena cava o vena gonadal es una opción adecuada en aquellos casos de longitud limitada de la vena renal. Es una técnica simple, segura y reproducible que facilita la anastomosis venosa durante la cirugia del trasplante renal.

### CO 37 DONANTE VIVO RENAL LAPAROSCÓPICO, EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Guzman S, Torrealba J, Salvadó J, Troncoso P, Dominguez J, Zúñiga A Pontificia Universidad Católica de Chile

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar nuestra experiencia con donante vivo renal laparoscópico en la Universidad Católica desde el 2003.

Material y Métodos: Desde agosto de 2003 hemos realizado 21 NDRL. Para definir el lado a donar se han considerado criterios clásicos, como la calidad de los riñones y las alteraciones vasculares. Todas las cirugias fueron realizadas por el mismo cirujano (SGK). La edad promedio de los donantes fue 43 (23-61). De ellos el 62% son mujeres y el 38% hombres.

Se analizaron distintas variables tanto del intraoperatorio como del seguimiento posterior.

Resultados: La selección y preparación de los pacientes se realiza de acuerdo a un protocolo multidisciplinario. La técnica ha sido transabdominal, sin asistencia manual. De éstos 15 han sido izquierdos y 6 derechos. El tiempo operatorio promedio fue de 130 minutos. El tiempo de isquemia caliente promedio fue de 4 (2.5-6) minutos. La morbilidad intraoperatoria menor fue de un 5%, sólo hubo un caso de morbilidad mayor (hemoperatoria, en relación al uso de heparinización sistémica) que requirió de revisión precoz. La morbilidad postoperatoria fue de 10%, con casos leves. El uso de narcóticos postoperatorios fue sólo en el primer día. El alta de los pacientes fue en promedio a los 4 días. En el caso de los riñones derechos se realizó una plastía venosa usando la vena genital del donante en 3 casos. La función del injerto fue inmediata en todos los casos con una Creatinina promedio de 2,88 al primer día post trasplante, con una mejoria de 54% respecto a la creatinina pretransplante. El seguimiento de los donantes demostró una función renal adecuada en controles seriados.



Conclusión: La NDRL ofrece todas las ventajas de un acceso minimamente invasivo, sin aumento de efectos secundarios o peor procuramiento. Es un procedimiento que debe ser hecho por cirujanos expertos, debido a la responsabilidad de operar en pacientes sanos.

Ciertamente se presenta como el nuevo "gold-standard" en las nefrectornias para donante vivo.

### CO 38 NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA (NPL): EXPERIENCIA DE 55 CASOS

Bermúdez H, Ledezma R, Storme O, Fullà J, Moya F, Mercado A, Bernier P, Stein C, Lyng R, Valdevenito R.

Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: La NPL se ha convertido en una vía de abordaje quirúrgico estándar para los tumores renales menores de 4 cm, proporcionando un excelente control oncológico y preservando el parénquima renal. El principal inconveniente sigue siendo la hemostasia del techo tumoral. La reproducción de los pasos seguidos durante la cirugía abierta, con clampeo del hilio renal y sutura del parénquima, es la técnica que presenta menor morbilidad. Material y Método: Revisión de 55 casos sometidos a NPL desde tebrero de 2005 a mayo de 2009. 53 tumores exofiticos y 2 intrarrenales, 15 en el polo superior, 16 centrales y 24 en el inferior. Tamaño medio de 2,7 cm. Abordaje transperitoneal en todos los casos, con 4 trócares a izquierda y 5 a derecha. Liberación de grasa perirenal exponiendo la superficie renal. Clampeo de arteria y vena renal con bulldog laparoscópico o con Satinsky. Resección del tumor con tijera dejando margen de tejido sano. Puntos hemostáticos con Vicryl 1 bloqueados con Hemolok 10 mm. SurgiFio al lecho y cigarro de Surgicel. Retiro de clamp vascular y de la pieza en saco plástico. Control de la hemostasia y drenaje al techo.

Resultados: Tiempo operatorio promedio 153 min, sangrado promedio 262 cc, tiempo de isquemia promedio 25 min, hospitalización promedio 4 días. Sutura de los cálices en 8 casos y en 2 casos instalación de doble-J intraoperatoria. Dos conversiones a cirugia abierta: una por sangrado intraoperatorio del lecho renal y otra por imposibilidad de despegar la grasa perirenal. 6 casos de complicaciones mayores: 1 conversión a nefrectomia radical abierta por lesión de vena renal; 1 reoperación por hemoperitoneo; 2 fistulas A-V; 1 hematoma del lecho renal manejado en forma conservadora; 1 sección y necrosis completa de uréter. Biopsia: carcinoma renal pT1a (85.5%), 1 caso pT3a, 1 adenoma papilar, 1 quiste hidatidico calcificado, 1 oncocitoma, 3 angiomiolipomas. Dos márgenes positivos manejados con vigilancia.

Conclusión: La reproducción de la técnica abierta con clampeo del pediculo renal y sutura del lecho renal mediante NPL es una alternativa de tratamiento para los tumores renales, teniendo una tasa de complicaciones comparables a la cirugia abierta.



VIDEOS 8 a 16 SÁBADO 31 DE OCTUBRE - SALÓN VALLE 12:00 - 14:30 HRS.





### VID 08

### INSTALACIÓN BILATERAL DE URÉTER ARTIFICIAL (DETOUR®) EN MANEJO DE FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

Marchant F, Ledezma R, Recabal P, Roman J, Esveile C, Storme O, Reyes D, Olmedo T, Olea M. Hospital Clinico Universidad de Chile. Hospital San José

El reemplazo ureteral en el manejo de la patologia obstructiva de origen idiopático o maligno es un gran desafio dentro de la cirugia urológica, asociado a una morbilidad importante. Una alternativa minimamente invasiva a estos procedimientos quirúrgicos es el reemplazo ureteral a través del uso de prótesis de silicona-poliester subcutánea. Presentamos el caso de un varón de 51 años portador de una fibrosis retroperitoneal idiopática, certificado mediante biopsia por punción guiada bajo tomografía axial computarizada. Evaluada la situación clínica del paciente, de decide la instalación de dos ureteres artificiales (Detour®) que conectan el riñón con la vejiga por via subcutánea. Se describe la técnica quirúrgica paso a paso y los resultados a 4 meses de seguimiento.

### VID 09 USO DE LA VÍA TRANSVAGINAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA UROLÓGICA

Marchant Fernando, Bermüdez Hugo, Hidalgo Juan, Díaz Jorge, Palma Cristián, Storme Oscar, Ledezma Rodrigo, Recabal Pedro, Olmedo Tomás

Hospital Clinico de la Universidad de Chile. Hospital El Pino

Objetivos: Se describe la técnica quirúrgica laparoscópica utilizando la vía de abordaje transvaginal como puerto de trabajo y vía de retiro de la pieza operatoria.

Material y Métodos: Se reportan 9 casos de mujeres entre 31 y 83 años con una media de 60,44 años (DS 18.61 años) a las cuales se les extrajo el riñón o la glándula suprarrenal por via transvaginal. El IMC promedio fue 24,8. En cuanto a la indicación quirúrgica, una paciente presentaba adenoma suprarrenal de 3 cm, 6 atrofias renales (tamaño promedio de 7,25 cm), 2 tumores renales con una media de 6 cm (DS 1.5 cm). Se utilizó la via transperitoneal en todos los casos. Las pacientes habían sido histerectomizadas en 3 casos y 6 referian estar sexualmente activas. En cuanto a los puertos de trabajo, se instalaron 4 trócares de forma tradicional para una nefrectomia o suprarrenalectomia laparoscópica, más un quinto trócar instalado via transvaginal (fondo de saco posterior). Para el retiro de la pieza operatoria se utilizó EndoCatch®.

Resultados: Los 9 casos fueron realizados sin complicaciones intra o postoperatoria. En el cierre vaginal se utilizaron corchetes vaginales Hem-o-Lock en 4 pacientes y colporrafía en las 5 restantes. El tiempo quirúrgico medio fue
de 138.88 minutos (DS 29.76). Tiempo vaginal medio de 31.11 minutos (12.44). Sangrado promedio de 181.11 cc
(DS 127.81). Promedio de hospitalización de 2.44 días (DS 1.13). Seguimiento promedio de 16.3 semanas (DS
14.28). Ninguna paciente refiriere dispareunia en el seguimiento.

Conclusiones: La via transvaginal parece ser una via segura se ser usada tanto como puerto de trabajo laparoscópico, como para la extracción de la pieza quirúrgica. En nuestra seria, esta técnica no ha presentado complicaciones para la paciente, ni alteraciones en su vida sexual, aportando un mejor resultado cosmético que el uso de laparotomías, sin aumentar considerablemente el tiempo quirúrgico.



### VID 10 NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA TUBELESS EN DECÚBITO DORSAL EN LITIASIS CORALIFORME URICA ASOCIADA A CUERPO EXTRAÑO

### Silva B, Valdebenito P, Araya F, De la Torre JM, Maldonado E, Lynch R, Vargas F.

Objetivos: Mostrar técnica quirúrgica de nefrolitotomia percutánea en decúbito dorsal modalidad tubeless.

Material y Métodos: se muestra el caso de paciente hombre de 53 años, con antecedente de gota, litiasis renal bilateral, hace 4 años presenta IRA post renal que requiere instalación de pigtail bilateral. LLeva en forma irregular tratamiento alcalinizante, y hace 2 años expulsa espontáneamente pigtail derecho incompleto, quedando fragmentos en riñón. Desarrolla atrofia renal izquierda, por lo que se retira pigtail ipsilateral. Pielotac de control muestra litiasis coraliforme incompleta (radiolúcida) que ocupa pelvis y cáliz inferior, asociada a 2 fragmentos de pigtail. El paciente permanece con pigtail derecho hasta la cirugia. Creatinina basal 1,7 mg/dl

Se realiza cirugia percutánea en decúbito supino, logrando adecuada fragmentación, y extracción de fragmentos litiásicos y de pigtail. Al término de la cirugia no se observan fragmentos residuales significativos, ni hay sangrado importante, por lo que se decide dejar sin nefrostomia (tubeless), con pigtail. Tiempo operatorio de 2 hr. El paciente evoluciona favorablemente, sin dolor, es dado de alta al dia 1 po.

Resultados: El dia 4 po presenta dolor flanco der y hematuria, reingresa el dia 6. Pielotac muestra hematoma perirrenal moderado, pigtail in situ y algunos fragmentos litiásicos residuales. Creatinina se eleva hasta 7,29 mg/dl, sin embargo, con reposo y sonda foley desciende progresivamente. Después de 1 semana es dado de alta,sin sonda foley, con tratamiento alcalinizante. A las 5 semanas se retira pigtail, pielotac muestra litiasis residual de 10 mms en cáliz inferior, manejable con tratamiento alcalinizante. Creatinina 1,3 mg/dl.

Conclusiones: La decisión de dejar tubeless se toma al final de la cirugia percutánea, tiene la ventaja de acortar la estadía hospitalaria, y evitar las molestias asociadas a un tubo de nefrostomia, sin embargo, como toda cirugia percutánea tiene riesgo de complicaciones, y hay que seleccionar adecuadamente los pacientes.

### VID 11 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA LESS: PRIMER CASO EN CHILE

Bermudez H, Ledesma R, Storme O, Bernier P, Stein C, Lyng R, Bustamante A, Valdevenito R Servicio de Urologia Clinica Alemana. Hospital Clinico Universidad de Chile. Hospital Fach

Introducción: LESS (Laparo Endocopic Single Site Surgery) es una alternativa quirúrgica para reducir la agresión sobre la pared abdominal realizando una sola incisión principalmente a nivel umbilical con la cual se pueden realizar las mismas cirugías que por la laparoscopia clásica.

Material y Métodos: En marzo 2009 realizamos la primera nefrectornia por LESS. Mujer de 32 años con infecciones urinarias a repetición. Riñón izquierdo atrófico no funcionante. Técnica. Incisión periumbilical. Introducción de
Gel Port al cual se colocan 3 trócares de 5 mm y 1 de 12 mm. Utilizando cámara endo Eye de 10 mm Olympus,
tijeras y disectores deflectables CambrigeEndo. Se realiza nefrectornia izquierda, Endogia en block al hilio renal.
Resultados: Tiempo operatorio 130 min. Sangrado estimado medio 40cc. Dos días de hospitalización.

Conclusiones: La cirugia LEES es una alternativa factible y reproducible. Se requieren mayores estudios, para determinar si esta técnica tiene ventajas por sobre la laparoscopia clásica.



### VID 12 NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: TÉCNICA 3 BRAZOS

### Cabello JM12, Benway BM1, Bhayani SB1

\*Washington University School of Medicine, Division of Urologic Surgery, St. Louis, MO, USA. \*Clinica Santa Maria, Santiago, Chile.

Introducción: La nefrectornia parcial esta siendo utilizada cada vez más en el tratamiento de tumores renales, dado su probado beneficio funcional y oncológico. Los avances en laparoscopia han permitido que este tipo de cirugias puedan en la actualidad ser realizadas adicionando los beneficios de una aproximación minimamente invasiva. La reciente incorporación de la robótica a este escenario tiene como objetivo principal el facilitar la realización de este tipo de procedimientos, aportando nuevas maneras de lograr una reconstrucción óptima.

Presentamos un video que describe la técnica quirúrgica de una nefrectomía parcial robótica utilizando un sistema de 3 brazos.

Método: Presentación en video de una nefrectomia parcial robótica en un paciente con un tumor meso-renal derecho.

Resultados: El video describe la técnica quirúrgica para el posicionamiento de los trocares, exposición del riñón, identificación del tumor, disección de hilio renal, clampeo vascular, resección con márgenes oncológicos adecuados, hemostasia y renorrafia utilizando la técnica de clips destizantes.

Conclusión: La nefrectomia parcial robótica utilizando 3 brazos es una técnica quirúrgica válida y reproducible que facilita el procedimiento en momentos clave de la cirugia, como lo son la resección y reconstrucción renal durante la isquemia.

### VID 13 NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA CON RADIOFRECUENCIA

Balbontin F, Cabello JM, Cabello R, Moreno S, Velasco A. Clinica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: En los últimos años nuevas técnicas se han desarrollado como alternativas a el tratamiento excisional tradicional para el manejo de tumores renales, basados principalmente en la ablación de tejidos mediante el uso de distintos tipos de energia. Estos nuevos enfrentamientos buscan aportar los beneficios de la cirugia minimamente invasiva y a la vez disminuir el potencial daño en la función renal derivado de la isquemia caliente.

Presentamos un video que describe la técnica quirúrgica desarrollada por nuestro equipo de una nefrectomia parcial laparoscópica sin isquemia renal utilizando la radiofrecuencia para lograr una adecuada hemostasia y resección completa de la lesión.

Método: Presentación en video de una nefrectornia parcial laparoscópica sin isquemia renal utilizando radiofrecuencia en un paciente con un tumor meso-renal izquierdo.

Resultados: El video describe la técnica quirúrgica utilizada para el posicionamiento de los trocares, exposición del riñon, identificación del tumor, aplicación de energía de radiofrecuencia sectorizada para adecuada hemostasia y resección completa de la lesión con márgenes oncológicos adecuados sin requerir isquemia renal.

Conclusión: La nefrectornia parcial laparoscópica utilizando radiofrecuencia es una alternativa válida y reproducible, que permite un manejo adecuado de tumores renales seleccionados, permitiendo un tratamiento excisional sin exponer al riñón a isquemia caliente y sus potenciales efectos adversos en la función renal en el largo plazo.



### VID 14 HERNIOPLASTIA LUMBAR LAPAROSCOPICA

Trucco C, Saez I.

Departamento de Urologia, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La hernia de cicatriz de lumbotomia es una complicación tardia de este tipo de incisión, cuya reparación mediante cirugia abierta muchas veces resulta técnicamente compleja, asociado a dolor postoperatorio importante y estadia hospitalaria prolongada.

Materiales y Métodos: Se presenta la técnica de reparación de hernia de lumbotomia mediante abordaje laparoscópico, la que permite una reducción sencilla del saco herniario, junto con la reparación del defecto interponiendo una malla tricapa "Proceed" (Polidioxanona PDS + celulosa + malla de polipropileno de baja densidad) diseñada para el contacto directo con visceras intraabdominales.

Se posiciona al paciente en posición de lumbotomia. Se coloca primer trocar optico de 10 mm paraumbilical a través del cual se obtiene neumoperitoneo a 15 mm/hg y se introduce óptica de 0º con câmara. Se instala otro trocar epigástrico y un tercero en el flanco ipsilateral, ambos de 10 mm.

Se inicia liberación de adherencias y se decola colon ipsilateral. Una vez expuesto el defecto de la pared, se procede a medir su diámetro mediante regla flexible introducida por uno de los trócares. En base a esto se selecciona el tamaño de la malla. Se coloca 5 nudos de prolene en la malla (en las cuatro puntas y uno al centro), luego de enrolla la malla y se introduce por uno de los trócares. Se despliega en el campo, exteriorizando los cinco puntos previamente instalados a través de pequeñas incisiones de la piel, lo que permite anudarlos y dejar lo nudos en el celular subcutáneo. Luego de este paso, la malla debe presentarse desplegada cubriendo el anillo herniano. Se completa su fijación mediante la instalación de coils de PDS por todo el contorno de la malla.

En el postoperatorio se comprime la zona reparada con vendaje de "tensoplast" para reducir el espacio muerto y disminuir el riesgo de seroma.

Resultado: Este paciente evoluciono en forma satisfactoria, y fue dado de alta a los 2 días, sin complicaciones.

Conclusión: La hemioplastía lumbar via laparoscópica es una alternativa que ofrece ventajas comparada con la cirugia abierta, tanto en la menor dificultad técnica como en la rápida recuperación postoperatoria.

### VID 15 PENECTOMIA PARCIAL TÉCNICA QUIRÚRGICA

Morales I, Morales Ch

Introducción: El cáncer de pene es un tumor maligno poco frecuente. Corresponde a menos del 1% de los cánceres en USA, pero alcanza cerca del 16 a 20% de los cánceres en países subdesarrolados. Factores de riesgo asociados se describen el tabaco, infección por virus papiloma, balanitis crónica y fimosis de larga evolución, etc. Su histología puede ser variada, el pene puede ser afectado por cualquier tipo de variante celular que afecte a la piet, siendo el más frecuente el tipo escamoso (82%), carcinoma verrucoso (14%) y otros como el melanoma e incluso lesiones mistastásicas. Previo a la decisión terapéutica definitiva, se debe realizar biopsia de la lesión para confirmar la histología y definir la profundidad de la invasión.

Material: presentamos el caso de un paciente de 77 años que consulta por lesión de glande y prepucio de 6 meses de evolución, con progresivo aumento de tamaño, sugerente de lesión tumoral. Biopsia de lesión compatible con cáncer de pene, ulcerado e infiltrante, de variante escamosa. Adenopatias inguinales negativo, terapia antibiótica por 21 dias con quinolonas. Se decidió con plena aceptación del paciente la realización de una penectomia parcial. Resultados: paciente evoluciona favorablemente. 1 dia de hospitalización, retiro de sonda uretrovesical a las 24 hrs. Micción adecuada al mes post operatorio, sin evidencia de proceso obstructivo uretral. Biopsia diferida, Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, ulcerado, con invasión de tejido subepiletial, cuerpo esponjoso y cavernoso libres. Margen quirúrgico de 1 cm.



Conclusión: La penectomia parcial es una cirugia que debe ser realizada de manera meticulosa, para lograr un adecuado control oncológico y evitar complicaciones relacionadas con la técnica, como la estenosis uretral, por un largo inadecuado de la uretra al momento de su espatulación. Lograda una adecuada longitud, se posibilita que el paciente logre una micción espontánea, con buena flujometria. El control oncológico se recomienda con un margen libre entre 1 a 2 cm. Está indicada para lesiones infiltrantes, pues técnicas de menor invasividad como 5-fluoracilo o laser no debieran recomendarse por su elevada recurrencia, cercana al 40% en tumores infiltrantes que comprometen el glande. Debemos tener siempre presente que debe primar el control oncológico de la enfermedad, por ende lo cosmético no debe retrasar una decisión oncológica radical.

### VID 16 ELONGACIÓN PENEANA, TÉCNICA QUIRÚRGICA

### Morales I, Seminario M, Morales Ch

Introducción. El pene, principalmente en su estado de erección es un simbolo de masculinidad y ha sido un atributo venerado en muchas culturas. Existen una serie de patologías y procedimientos que determinan fibrosis y disminución de la longitud peneana (prostatectomia radical, Enf. De Peyronie, epispadias, etc.) Una de las patologías más frecuentemente asociadas al deseo de lograr un aumento de longitud de pene y poco conocido por los urólogos, es el desorden denominado dismorfofobia, sindrome que corresponde a la ansiedad o creencia que la longitud peneana en estado de flaccidez es menor que la normal para un adulto, pese a que la evidencia clínica determina lo contrario.

Material: Paciente de 28 años que consulta con el deseo imperioso de aumentar su largo peneano, trastorno que le ha generado un gran impacto en su autoestima y en el desarrollo de su vida sexual. Presenta caracteres sexuales secundarios normal, testes normal, longitud peneana en flaccidez de 6,5 cms. Erección normal con ángulo peneano en erección cercano al 100%. Evaluación psiquiátrica y consentimiento informado. Se presenta la técnica de sección del ligamento suspensorio del pene mediante plastia en y invertida con uso de biomaterial como variante a la técnica descrita y liposucción de región pubiana como primer tiempo quirúrgico.

Resultados: No evidenciamos complicaciones postoperatorias. Edema de zona operatoria en relación al traumatismo de la lipoaspiración que se resuelve a las 2 semanas luego de masaje de drenaje linfático. Control y seguimiento a los 8 meses no evidencia retracción peneana, se mantiene longitud alcanzada de 8,5 cms. (pubis a punta de glande). Sin cambios en ángulo de erección. Se logra plena satisfacción cosmética y funcional del paciente.

Conclusión: La longitud peneana lograda con la sola sección del ligamento suspensorio es controversial, el uso del biomaterial rellena el espacio muerto dejado por la sección del ligamento y limita la posibilidad de retracción. La lipoaspiración publiana tiende a dar un efecto visual de elongación al disminuir el grosor de la almohadilla grasa que tiende a sumir el pene. No es una técnica completamente validada, sus indicaciones son controversiales, su indicación debe ser muy precisa, definiendo la real necesidad de obtener un logro cosmético, considerando que no se logre el resultado deseado por el paciente. Deberá contarse con seguimientos a largo plazo que permitan estandarizar la técnica, validarla y definir con certeza a que pacientes se les debe ofrecer.



## Zoladex® goserelina SafeSystem® SafeSystem®



En el tratamiento del Cáncer de Próstata rindamos una mejoría real a su paciente



ZOLADEX ha demostrado una mejoría significativa tanto en la sobrevida total como en la específica de la enfermedad cuando se ha usado como adyuvante a la prostatectomía radical.

Messing EM et al. N Engl J Med 1999;341:1781-8

AstraZeneca 2

NCOLOGÍA

AstraZenega: Isidora Goyenechea 3477 - 2º Plao - Telefono: 7980800 - Fax: 7980802 - Las Condes - Suntiago





### Folleto de Información al Profesional

### NOMBRE DEL PRODUCTO FARMACEUTICO

rodes LA (inprorte subcodimen de titensiole protongada 10 lilms.

### COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Loserenna scetaro (egyzysteener a 10 ft rog de goalenfera)

### FORMA FARMACEUTICA

eptantelifepol : peringa bisi-honada

### PARTICULARIDADES CLINICAS

**Undicaciones temperaticas** ancer de Prástata: Zidades 10 à my usta indicato para el tislumiente dal càncer de principa presides de

Indemetrianis: Zubates 10 8 mg assis extraels on a stanego de endometroses, que militare, el láboro de Settembre. eks como dolor y reduccios del tamaño y número de lesiones endonestrales. El uso está limitado a museres Signature die 19 series Makedon poir 6 menerie

### 2 Posologia y metodo de administración

Grones adultas: Un implante de 10 ft mg de Zidadox 10 lling par inyección substitutares en la parell abdument etseise, cars 12 serregnae /ver Saccom 5 TI

Augenes adultas: Um implante dei 10 8 mg de Zolodes. 10 firtig por myección subcutaines en la paked abdominal intercer, cadas 12 sermanas. No excela inflarmación obtaica que divale el uno de ente producto por intes de 6 mentes.

inclande: No ex necessario qualitar la dissa en ansarros.

nauficiancia Renat; his ex receivens quedar la dono en pacientes con insuliciancia tensi.

mudiciencia Hopdina: fili es recesarió austuria dous en pacientes con mudiciencia hepúlica.

ings: No estil indicado el uso en refor-

Fund is convecte administration of Zinkeley , ver last midfull even as active installed to

### 2 Contraindicaciones

Apersersibilitad conocida a la sustancia activa e a ettra análogos de 3.999 o a cualquerá de liscasoquentes. he envire proseduction.

rethanazo y factoricia (see Secusios A fri

A Advertuncies especiales y precauciones especiales de uno boudey 10 é especiales y despoyantementes en entre properties de uno separateir y eficiación en entre proper.

O Natamiento con Zislades 10.6 mg debe considerana contactoramento en caromo que presentan un neces reprosil de desampliar obstrucción contenió o compressión de la medula ospraió, y los piacientes deben vigitarse edrochamento durante el primer mes de tratamiento. En caixo de compressión de la meduta esginal o insufficiencia erod districts a intertrupcion uniterial, o si se desarrollari entas complicaciones, detre administrarse el trabamiento onvencional surrespondente:

In response, Ziziakita 10.8 mg sidz spierwinie indicado paza uso en entitorielhosis. Piera las respons que: equieren un tratarmento con governina, consulte la información para prescribir del Zotades. 5 6 mg.

E una de agonstas de LHRH puede causar una reducción de la densidad virreral insea. En mijeres, la Mormación actualmente disponible suguere que en la mayoria. la tequipenside porcur de pendido daxia doume if suppender la terrigio. En papientes que reciben Zolades 3 timp para el tratamiente de endorrettosis, la dicular de una lioragos de reempirium hermonal cun aslintiganio y un propestagione diarios. Historiusy la pendida le la diensidad myneral coes y for sintomes vasomotores. No se cuenta con experiencia en el utor de lenapre le risemplazo horrisotal en majeres que recibien Zoladex 10 filmo.

le, ha observado una rediscolo en la toterancia a la glucosa en varones que reciber agociatas LHRIP. Estuin puedo manifestar como distantes o perdida del ciatrol de la giornia en aquellos con diabetim melitura greseiclante. Por lo tanto se debe tener en consideración la monitorización de la glicerisa.

In algunity parameter, set punds protonger at formul pare volver a mensitual treeps ate suspension to tenutia com-Diades 16 links

Il usu do Zichaten puesta projuccar um aumento da la relustencia del cuello utenno y deba tener presupución. cuando se dikata el cuelto uterno:

Cáulimente, no hay información obreca disposible sobre los efectos del indomiento de enfermedades. precorlògicas berlignas con Zelades durante periodos mayoras lle sais masas.

### S teteracciones con otros medicamentas y otras formas de interacción

Au set conoce Hingaria.

### L6 Emfaraço y lactanese

inbanco.

colatina 30,6 mg no litebe ser usanto dutante el emisarado ya que exista un nesgo herros de abono o de mormalidad fetal al usur agonistas de la LHRH dutante la gestación. Potencialminte, los mujeres ferbles deben nammonte sustadosamente arbes del tratamiento para descartar el embariaro. Debes empleanas metodos efficanceptivos no harrestates durante el tratamiento hasta que se reanude la monghuación

autorea

eil en recomenda et unit de Zotaden 511 à reg durante la tactareira.

### .7 Efectos en la capacidad de conducir o manejar maquinas

40 hey minimizes que Zotadex 10 timp producca alteración alguna en la capacidab de consucir o managar ning/mens

U Efectos No desupdos

le han conspisado casas reixis de reacciones de Esperarrolabilidad, incluyando circhia munificiaciones de anatharia.

ie han serialado casso de artralgas. Se han comunicado casos de perentados respectivas. Trandicir se han riturmado casos de enupcian sudiresa, que persentrarens fueron leves y incotraron una regresión son que fuera interaction supponder of trataments

in pocientes tratados con Zolodes se han absorvado ocasismativante caretiros de la presión arienal que se ran traducido en Noctembro o figiertensión. Generalmente, indocultarsciones por transcionas y se sepucivier lurante el trabamiento con Zoladex o después de la auspensión del mismis. Dichos alteraciones naramiella han ato auticientes cumo para autificar una manyenzion médica; por ejempto. Il surpensión del tratemiento como Commo cost salvon interestments of the main schools for their semiplicate common many terral decorptique hoppins and the is selementation or most do Zotadox 3-6.mg.

Electors warprises, loss effective flammacológicos conscision um bachtoriosi, sústación y ejuminoción de la para sitiated, take note vect requirements to ecosporate stat tratamentes. Six from situers with nationwise garacters sensitividad memirie. Al principio del tratamiento, los perientes con clancer de principia pueden mostro aumento temporal del dolor mero, el qual puede tratanse ser hama conomistica. Se han registrano casonite compressir: de la mediala espiral-

Sie mie obsencado una reducción en la folerancia a la gluciuse en variame que residen agontirlas Criffes se puede manifestar como diabetes o pertido del control de la gicarma en aquellos con diabetes med swintender. Plan his figetto de derbei temes nos correpctoracións la missistrización de la glicanhos

Después de la administración de Zislades. 3 fil mg se han regulhado carsis alstados de chetrucción una

Lie abbitraction die appropriation de 1,5999 ser vierceles (puede provincer unit préndate de la démantant resserter d

En lais mujures, fou efection flammaculogous consisten en taichirmas, mutación y diaminición de la prefi sayuar, que nata vira requestar la suspiención del tratamoento. Se fum caservado ranamente defatoar, o de árans encluyendo depressirs, sequedad vaganal y combios en el tamaño de la miema. En misprins con f puede scurir una degeneración de los fibrorias:

Como con otros appristas de LPRRII, se han reporteto casos de formación de cuem porquistro-

### 4.9 Sobredosis

La expensiona un limitada con respecto a sofreithais en el sor humans. En tos sassis en que, per acine volvo a administrar Zuladox grematuramente a sun una ritria mayor, no se atraviraren efectos adstineous significations. Los entrayos en animales superior que, che stinos altas de Zaliedes 10 firm, in mandestarian otoes revociones aparte de los efectos senaceuxoss fiuncados subre fas concentraciones horrognas persones y sobre er aparato regressuctor. En caso de sobredosis, vista debe mahejarse en l EITDINGSCA

### 5 PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

Zutation (C. Sordina) ( Augy 10 ), PRH) on an analogo sandesso de la hormona natural LHRH I thormona la da fermona futemparte). La administración extenta de Zotodes 10 llimp proviota la infutición de la sex hipoficiana de formona luternizante, que conduce a una disminución de las concentraciones pessimilific testouterana en los varietes y las concentraciones de estrudiol plaiunidos en mujeres. En la islaba no Instamiento, conto ptros agonicias de la LEMBR. Zimideo 70 finoj puede messe un forto pasiginte la comis planematica de hestosteruma en formiren y la companización del estrados planematico en risgarero.

En los sarsmes, aprovirredamental 21 dias después las la primera inyesción del implante, ses consent. the tentralismone organizar valores asponaientes a for reterryadoc en la castroción, y enta supresibil per to be signer administrated oil frozensierto coata 12 serroanas.

En un mujeres, las contentitociones plasmáticas de estradici se auprimen por aproximadomento 4 se: despuis de la pomesa myección del englaceo y su mantiene intributa husta el Nomero del persodo de trat En pacientes con estradiol ya intributo por una analogo de LHRHI. la supresión se mantiene en el cam terapra a Zolados 10 Bing. La aupresión del estradol está asticuada con una respuesta en andometrio fibromas utermos y se refleses en una ameneres en la mayona de los pacientos.

Durarda el micro del tratamiento con Zotedes algunas mujeres pueden experimentar sangramiento var duración o intensidad variable. Tal sangramento probablemente indica el cese de sangramento mitro y se espera detención espectanea.

Durarre el tratamiento con analogos de LERRI los paciertes puedes comerciar la messipación sistemi. Ras argonias mujeres no reinizan la membrasción al terremar la teragas.

### 5.2 Propredades farmacociniticas

La atministración de Zolades 10 timp, de acuando a las dissis recomendas, garantica que las exposicigovernina se mantengan sin yazmuladon de importancia dimica. Zotadex se una muy poda a lao prid Recre una villa media de eliminación presmatico de dos a cuotro horas en aquitas quiya función seruir se La vida media aumenta en pacientes con insuficiencia renal. Guando el compuesto se administra, co recomendado, en su presentación en inguinte de 15 8 mg, este careter no produce acumulación. Por ns es recursars modificar la dous en estos pacamies. No se abservan modificacioses importantes de fermacochetica en parventes con insubciencia hapatica:.

### 5.3 Información precinica de seguridad

Después de la administración repeficta de Zoladex a tergo plazo, se ha otisenvado un aumento de la m de tumeres, hipofisiacios benignos en retes machas. Aurique ente habargo es somter si que se nutra n presomente en esta especie después de la castración (umirgica, no se ha establecido si es importan ef sed fluithano.

En rotores. la administración repetida de multipliss de la dosis recomendada para al ser humano prod affereciones histológicas en ciertas regiones del apareto digestivo, las cuales se tradiçeron en hiperpt tils svickes parureations y en una enfermedad problessiva tienigna en la región pilónica del estoriago. registró también como sina lessor esportánea en esta especia. Se desconoce la importancia clínica d

### 6 PARTICULARIDADES FARMACEUTICAS

### 6.15 lata de exciplertes.

Una metable de copolimente de tactido glicatido

### 6.2 Incompatibilidades. No se conece ninguna

6.3 Yida utti

3 tehtic (var fecha de expiración en el envase).

### E.4 Precauciones especiales de conservacios

Marsis comienve is mile ster 25°C.

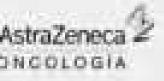
### 6.5 Naturalista y contenido del anvasa-

Direct únice en jeringe aplicadore en un sizone sellado que cunterie un desecentar Dusis unica en perapicadore con interna de sequintad en un subre setado que contene un deserviros

### 8.6 Instrucciones de uso, manejo y desecho

Sequer late instrucciones del medico. No se use si la bolsa està dialada. Cicar oi producto immediatame phenipules the above in bothin.

Fecha de revisión del texto: 19 um 2007.





PÓSTERS 27 A 36 SÁBADO 31 DE OCTUBRE - SALÓN BAHÍA 2 16:30 - 18:00 HRS.





### POS 27 EGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA GENITOURINARIA EN CHILE. TERCERA PARTE

### Matias Westendarp Z1, Mario Fernandez A1, Bruno Vivaldi J12, Fernando Coz C12

Servicio de Urología, Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

El objetivo del presente trabajo es actualizar el análisis de los egresos hospitalarios (EH) de los pacientes con patologías del sistema genitourinario (PGU) en nuestro país. Para estos efectos se analizaron los datos del boletín de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSAL) del año 2005, utilizandose los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). Los distintos diagnósticos fueron caracterizados según su distribución geográfica y demográfica, comparándose con la información anteriormente publicada 1.

En 1993, 1996 y 2001 se registraron en Chile 1.404.478, 1.441.374 y 1.566.187 egresos hospitalarios respectivamente, aumentando a 1.627.743 el año 2005. Los egresos por PGU en los años mencionados fueron 62.978, 70.207 y 64.648, disminuyendo a 61.490 durante el año 2005, lo que corresponde a un 3.8% del total de egresos hospitalarios nacionales. De esta manera, la patologia genitourinaria continúa siendo una contribución menor al total de egresos hospitalarios en el país, siendo las infecciones del tracto urinario (ITU), la hiperplasia prostática benigna (HPB), la urolitiasis y la fimosis las patologias más representativas. Los EH por patologia uro-oncológica mostro un alza sostenida durante los 12 años analizados.

### POS 28 EGRESOS HOSPITALARIOS POR CÁNCER UROGENITAL EN CHILE. TERCERA PARTE

### Westendarp M¹, Mario Fernández A¹ Bruno Vivaldi J¹², Fernando Coz C¹³

"Servicio de Urologia, Hospital Militar de Santiago. "Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes

El objetivo del presente trabajo es actualizar el análisis de los egresos hospitalarios (EH) por cancer genitourinario (CGU), especificamente cancer de prostata, testículo, vejiga y rinon, en nuestro país. Para ello se obtuvieron los datos del Boletín de Egresos Hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSAL) del año 2005, utilizandose los codigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

Los distintos diagnósticos fueron caracterizados según su composición geográfica y demográfica, comparándose con la información publicada en los reportes anteriores 1.

La patología oncológica dentro de los egresos hospitalarios por patología genitourinaria ha experimentado un alza sostenida. El cáncer de próstata aumento de un 5,5% el año 2001 a un 7,3% el año 2005, el cáncer de testiculo creció de un 1,7% el año 2001 a un 2,9% al año 2005, el cáncer de vejiga pasó de un 1,8% a un 2,6%, y finalmente el cáncer renal no mostro variación, manteniéndose en un 1,5% el año 2001 y el 2005.

### POS 29 ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: ALGUNAS IMPRESIONES SOBRE LA CIRUGIA DE LA EN-FERMEDAD AVANZADA

### Venegas JA

Unidad de Andrología y Sexología, Hospital Van Buren, Valparaiso

Introducción: La enfermedad de La Peyronie es una entidad relativamente poco frecuente entre la población masculina, pero sus efectos pueden llegar a ser sexual y sicológicamente devastadores para el hombre afectado por ésta. De etiología poco definida, las alternativas terapéuticas son dirigidas solamente a la corrección del defecto. Múltiples técnicas quirúrgicas han sido desarrolladas. Se presenta aqui la experiencia con el uso de vena safena como parche autólogo para cubrir el defecto de la incisión de placa.



Material y Métodos: Ocho pacientes sometidos a esta cirugia son evaluados a los tres y circo meses.

Resultados: En 4/8 el resultado funcional no es óptimo por la perdida progresiva de rigidez, lo que obliga a un implante protésico (semirigida) en un segundo tiempo quirúrgico en estos casos para una resolución más definitiva. Discusión: La edad puede ser un factor pronóstico relacionado y se sugiere para este subgrupo de pacientes considerar el uso conjunto del implante protésico en el primer tiempo, a fin de evitar la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico evitando así la frustración y la incomodidad de volver a ser sometido a una cirugia tanto para el paciente como para el urólogo. No se ha encontrado inconvenientes mayores con el uso de prótesis semirigidas en estos pacientes en su seguimiento a más largo plazo.

### POS 30 EFECTIVIDAD DE LA URETROPLASTÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL. EXPERIENCIA EN 89 PACIENTES

### Bustamante A, Aroca P1

Servicio de Urologia Clinica Alemana de Santiago. Centro Asistencial Dr. Sótero del Rio.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la uretroptastia en el tratamiento de la estenosis uretral.

Material y Método: Un total de 89 pacientes fueron operados por estenosis uretral desde mayo de 2001 a diciembre de 2008, los que se controlaron en forma periódica. Todos los pacientes se estudiaron con Uretrocistografía
Retrógrada y Miccional (UCGRM) previa a definir tipo de cirugia. Se utilizó como técnica de reparación la resección
y anastomosis termino terminal (RATT) en 36 pacientes y uretroplastía de aumento (UA) en 53 pacientes ya sea con
injerto libre (mucosa oral, prepucio) o flap de piel (pene, prepucio o escroto), en 1 ó 2 tiempos. Durante el seguimiento (36 meses en promedio) se realizo periódicamente evaluación clínica, uroflujometría y UCGRM cuando fue
necesaria.

Resultados: La tasa de éxito para la uretroplastia con anastomosis TT fue 32/36 (88,9%). La uretroplastia de aumento registró una tasa de éxito 47/53 (88,7%). No hubo complicaciones mayores ni mortalidad.

Conclusiones: La uretroplastia es una muy buena opción de tratamiento para la estenosis de uretra con una tasa de éxito global del 88,8%, con baja morbilidad y sin mortalidad. En esta serie no hubo diferencia en cuanto al tipo de uretroplastia, probablemente debido al número de pacientes y al período de seguimiento.

### POS 31 GANGRENA DE FOURNIER: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO

### Rojas E, Bernal J

Servicio de Urologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. Universidad de Santiago de Chile

La gangrena perineal (enfermedad de Fournier) corresponde a una fasceitis infecciosa necrotizinte de la región perineal, genital y/o perianal, de evolución fulminante y progresiva, asociada a una alta mortalidad. Se realizo una revisión retrospectiva de los pacientes atendidos en nuestro hospital con diagnóstico de egreso de Gangrena Perineal o Enfermedad de Fournier, entre los años 2005 y 2008. De un total de 18 pacientes (100% hombres), la edad promedio fue de 55 años (rango de 34 a 81). En 15 casos (84%) fue posible determinar el foco, de estos 6 (40%) fueron urológico, 8(53%) colorrectal, 1 (7%) dermatológico. Las condiciones predisponentes más frecuentes fueron diabetes mellitus (50%) y alcoholismo (33%). El germen más aistado en urocultivos fue E. Coli (75%) y en cultivos de secreción el S. Aureus (21%), en el contexto de cultivos con flora polimicrobiana. Sólo se logró aistar anaerobios en 2 casos. El promedio de dias cama fue de 24 dias (rango de 7 a 98). Se realizaron un total de 59 intervenciones quirúrgicas con un promedio de 3,5 cirugias por paciente. La mortalidad en esta serie fue de 6 pacientes (33%).



La enfermedad de Fournier continúa siendo una patología relevante en nuestro medio con una alta mortalidad, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoz y agresivo.

Palabras clave: Gangrena Perineal, Enfermedad de Fournier, Fasceitis necrotizante perineal.

### POS 32 CISTITIS EOSINOFÍLICA: RUPTURA VESICAL ESPONTÁNEA RECURRENTE EN UN ADULTO

### Cerda A, Bernal J, Bonomo J, Venegas V.

Servicio de Urologia, Complejo Asistencial Barros Luco. Facultad de Medicina, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: La cistitis eosinofilica descrita por primera vez en 1960 por Brown, corresponde a una patología inflamatoria de la vejiga muy infrecuente, de etiología especifica aún incierta. Puede variar desde inflamación moderada, hasta vejiga fibrótica con difatación pielocalicilar y grados variables de insuficiencia renal. Tiene una presentación clínica variable, describiéndose en muy raras ocasiones la perforación vesical espontánea recurrente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujor de 35 años con historia de homaturia, polaculuria, tros perforación.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 35 años con historia de hematuria, polaquiuria, tres perforaciones vesicales espontáneas y microvejiga fibrótica con hidroureteronefrosis bilateral que se maneja finalmente con ampliación vesical con segmento de ileon y además, exponemos una revisión actualizada de la literatura.

Conclusión: La cistitis eosinofilica es una entidad de etiología incierta, con una historia natural impredecible. Su incidencia y prevalencia son desconocidas y es recomendable considerarla entre los diagnósticos diferenciales de una hematuria macroscópica o sindrome de irritación vesical persistente. La ruptura vesical espontánea recurrente es una presentación clínica muy infrecuente. Se deben continuar periódicamente controles imagenológicos y de laboratorio y su tratamiento aún no está estandarizado.

### POS 33 TRATAMIENTO DE LA NOCTURIA DEL ADULTO CON DESMOPRESINA (DDAVP)

Salazar A<sup>1,3,1</sup>, Montiglio C<sup>4</sup>, Acuña JI<sup>3</sup>, Vega C<sup>1</sup>, Orellana N<sup>2</sup>, Schwarze E<sup>1</sup>, Al. Orellana S<sup>3</sup>

'Centro de Urologia Femenina, Vejiga y Continencia Uninaria. Servicio de Urologia Hospital FACH.

"Clinica Uromed. 'Docentes Universidad Mayor. 'Dirección de Sanidad FACH. 'Universidad del Desarrollo

Introducción: Nocturia es despertar una o más veces por la noche para orinar. Es uno de los sintomas del tracto uninario inferior que más incomodidades causa a los pacientes debido a la alteración en los ciclos de sueño ocasionando un importante compromiso en la calidad de vida. La principal causa es la poliuria nocturna, la que se ha tratado exitosamente con desmopresina.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la desmopresina oral 0,2 mg en el tratamiento de la nocturia.

Material y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo no controlado con placebo, tratando con desmopresina (DDAVP) 0,2 mg al dia durante 30 días en 20 pacientes portadores de nocturia molesta. Los pacientes se evaluaron con diario miccional y natremia al inicio y final del tratamiento.

Resultados: Se enrolaron 20 pacientes (10 hombres y 10 mujeres). La edad promedio fue de 58 años. Hubo una diferencia estadisticamente significativa (p=0.025) en la concentración promedio de sodio plasmático pre y post tratamiento, 144,1 meq/lt y 141,8 meq/lt respectivamente. El promedio de episodios de micción nocturna se redujo de 3,4 a 1,1 episodios mostrando diferencia estadisticamente significativa (p=0.0001). De los 19 pacientes evaluables, la nocturia desapareció en 6 (31,6%), se redujo en 8 (42,1%) y se mantuvo sin cambios en 5 (26,3%). Nueve pacientes presentaban poliuria nocturna al inicio, en 5 de ellos esta se corrigió. Ningún paciente registró aumento de sintomatologia debido al uso de desmopresina. Se produjeron eventos adversos en 4 pacientes (Cefalea, nausea,



fotofobia, edema extremidades inferiores y distensión abdominal), uno de los cuales debió abandonar el tratamiento.

Conclusiones: Creemos que la desmopresina en dosis de 0,2 mg es eficiente y seguro para el manejo de la nocturia en dosis de 0,2 mg en la noche, tal como lo sugiere la literatura disponible.

### POS 34 USO DE TOXINA BOTULÍNICA-A (BÓTOX) EN HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR

Salazar A¹, Miranda A¹, Vicherat C¹, Acuña A¹, Montiglio C², Vargas M¹, Vega C¹, Verdugo F¹, Schwarze E¹, Furnaro F¹

Centro de Urologia Femenina, Vejiga y Continencia Urinaria. Servicio de Urologia Hospital FACH.
Dirección de Sanidad FACH. Consultorio A. Ariztia

Introducción: La toxina botulinica (Bòtox) es una neurotoxina que inhibe la liberación de acetilcolina en la membrana presináptica de la unión neuromuscular, provocando relajación del músculo. En urología ha sido utilizada en disinergia vesicoesfinteriana e hiperactividad del detrusor con buenos resultados.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de Bôtox en el tratamiento de la hiperactividad del detrusor.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de resultados obtenidos en pacientes sometidos a inyección intradetrusor de Bótox por hiperactividad del detrusor entre diciembre de 2007 y julio de 2009.

Resultados: Se realizaron 20 tratamientos en 18 pacientes (4 hombres y 14 mujeres). La edad promedio de los pacientes fue 60,8 años. Todos los pacientes tenían demostración urodinámica de hiperactividad del detrusor con un promedio de amplitud de tas contracciones de 50 cm de agua. El 100% habia recibido diversos tratamientos previos con antimuscarinicos. Cuatro casos eran de causa neurogénica. La dosis de inyección varió de 100 a 300 UI. Sólo dos pacientes presentaron hematuria mayor a 24hrs, pero que no retrasó el alta ni requirió de intervención. No hubo retención de orina y sólo se reportó una infección urinaria baja a repetición, con residuos altos y prolongada por 3 meses en la serie. A las dos semanas del tratamiento 14 pacientes tuvieron remisión completa de los sintomas. El tiempo de efectividad del tratamiento fue variable de 1 a 14 meses (4 pacientes con menos de 2 meses de seguimiento). En un paciente de origen neurogénico fue necesaria una segunda inyección precoz (titulando dosis) para lograr la desaparición completa de sintomas.

Conclusiones: La inyección de Bótox es un procedimiento simple y de bajo riesgo con buenos resultados en el tiempo y debe ser considerado como una importante herramienta en el tratamiento de la hiperactividad del detrusor.

### POS 35 50 CASOS DE REPARACIÓN DE CISTOCELE POR VÍA VAGINAL CON MALLA DE CUATRO BRAZOS TRANSOBTURATRICES EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Cifuentes M, Bennett C, Molina L, Prado J, Franck Ch, Mac Millan G, Jara D, Fuentes C Hospital Carlos Van Buren. Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaiso

Introducción: El cistocele tiene una prevalencia cercana al 10% entre las mujeres adultas. La corrección con técnica clásica (sitio especifica) presenta un indice de recidivas cercano al 50% a 5 años. La colpopromontosuspención por vía abdominal se considera gold estándar, especialmente en mujeres jóvenes con vida sexual activa, sin embargo se asocia a elevado tiempo operatorio y complicaciones propias del abordaje abdominal. La reparación por vía vaginal con malla ha aparecido durante los últimos años como una alternativa menos invasiva.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de todas las pacientes operadas de cistocele por via vaginal con malla de Polipropileno de cuatro brazos transobturatrices entre agosto del 2007 a enero del 2009, en el Hospital Carlos Van Buren. Se evaluan características clínicas, cirugias asociadas, complicaciones y resultados anatómicos y funcionales.



Resultados: Se enrolaron 50 pacientes. El promedio de edad fue de 65,4 años y de paridad fue de 3,86 hijos. El prolapso fue estadio II (POP-Q) en 74% y estadio III y IV en 26%. El procedimiento se asoció a una cirugía para incontinencia tipo TOT en el 94% de los casos y a histerectomia vaginal en un 32%. Con un seguimiento promedio de 12 meses, el 100% de los casos tuvo corrección anatómica adecuada (estadios 0 y I). La complicación más frecuente fue extrusión parcial de la malla (12%) que se manejó con recorte segmentario. Otra complicación importante fue lesión de unêter (2%) que requirió neoimplante.

Conclusiones: La cirugia de corrección del cistocele con malla por via vaginal consigue adecuada reparación anatómica. Las tasas de complicaciones son aceptables, considerando la curva de aprendizaje.

### POS 36 INDICACIONES Y RESULTADOS DE ALTERNATIVAS NO QUIRÚRGICAS DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA: EXPERIENCIA A TRES AÑOS DE LA UNIDAD DE PISO PÉLVICO DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Cifuentes M, Ciudad D, Tapia A, Bennett C, Prado J, Frank Ch, Mac Millan G, Jara D, Molina L, Fuentes C

Hospital Carlos Van Buren. Facultad de Medicina de la Universidad du Valparaiso

Introducción: Durante los últimos diez años, se han descrito decenas de herramientas no quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina. Gracias a su mecanismo de acción, que intenta entrenar musculatura hipotónica y retomar patrones posturales y neuromuscuares fisiológicos, pueden ser utilizadas tanto como terapia única en casos leves, coma asociado a procedimientos quirúrgicos.

Objetivo: Describir la experiencia del Hospital Van Buren en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria femenina con métodos conservadores, y los resultados obtenidos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de las pacientes derivadas a Fisioterapia del Piso Pélvico por diagnóstico de incontinencia urinaria. Se dividen las indicaciones en Incontinencia de Esfuerzo, Urgeincontinencia e Incontinencia Mixta. Las técnicas a evaluar son neuromodulación tibial posterior, fisioterapia convencional y gimnasia abdominal hipopresiva (GAH). Se analizan datos clínicos, ficha kinésica y encuesta de calidad de vida (IIQ-7) antes y después del tratamiento.

Resultados: 23 pacientes completan el tratamiento con neuromodulación tibial anterior por diagnóstico de Urgencia y Urgeincontinencia y los resultados clínicos fueron control total de sus sintomas en 21/23, parcial en 1/23 y ningún beneficio en 1/23. Del grupo de 24 pacientes con incontinencia urinaria mixta que completaron el protocolo de gimnasa abdominal hipopresiva, se obtuvo mejoria clínica y de calidad de vida en 19/22 respecto al escape con esfuerzos y 13/16 respecto a la urgeincontinenica. Del grupo de 14 pacientes derivadas por incontinencia urinaria de esfuerzo leve que entraron en protocolo convencional de fisioterapia y bio feed back, todas consideraron resuelto su problema.

Conclusiones: La neuromodulación sacra, la gimnasia abdominal hipopresiva y la fisioterapia de la pelvis se presentan como tres alternativas no quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria tanto de esfuerzo como de urgencia, con resultados sobresalientes respecto al control de sus sintomas y mejoria de la calidad de vida.





PÓSTERS 37 A 47 SÁBADO 31 DE OCTUBRE - SALÓN VALLE 16:30 - 18:00 HRS.





### POS 37 EXTRACCIÓN DE PIEZA OPERATORIA POR VIA TRANSVAGINAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓ-PICA UROLÓGICA

Palma C, Diaz J, Storme O, Marchant F, Hidalgo J, Ledezma R, Recabal P, Bermúdez H Hospital Clinico de la Universidad de Chile. Hospital El Pino

Objetivos: La evaluación de la via de abordaje transvaginal como puerto de trabajo y via de retiro de la pieza operatoria en cirugia laparoscópica urológica.

Material y Métodos: Se reportan 9 casos de mujeres entre 31 y 83 años con una media de 60,44 años (DS 18,61 años) a las cuales se les extrajo el riñón o la glándula supramenal por vía transvaginal. El IMC promedio fue 24.8. En cuanto a la indicación quirúrgica, una paciente presentaba adenoma supramenal de 3 cm, 6 atrofias renales (tamaño promedio de 7,25 cm). 2 tumores renales con una media de 6 cm (DS 1,5cm). Se utilizó la vía transperitoneal en todos los casos. Las pacientes habían sido histerectomizadas en 3 casos y 6 referian estar sexualmente activas. En cuanto a los puertos de trabajo, se instalaron 4 trócares de forma tradicional para una nefrectomia o supramenalectomia laparoscópica, más un quinto trócar instalado vía transvaginal (fondo de saco posterior). Para el retiro de la pieza operatoria se utilizó EndoCatch®.

Resultados: Los 9 casos fueron realizados sin complicaciones intra o postoperatoria. En el cierre vaginal se utilizaron corchetes vaginales Hem-o-Lock en 4 pacientes y colporrafia en las 5 restantes. El tiempo quirúrgico medio fue
de 138,88 minutos (DS 29,76). Tiempo vaginal medio de 31,11 minutos (12,44). Sangrado promedio de 181,11 cc
(DS 127,81). Promedio de hospitalización de 2,44 días (DS 1,13). Seguimiento promedio de 16,3 semanas (DS
14,28). Ninguna paciente refinere dispareunia en el seguimiento.

Conclusiones: La via transvaginal parece ser una via segura se ser usada tanto como puerto de trabajo laparoscópico, como para la extracción de la pieza quirúrgica. En nuestra serie, esta técnica no ha presentado complicaciones para la paciente, ni alteraciones en su vida sexual, aportando un mejor resultado cosmético que el uso de laparotomias, sin aumentar considerablemente el tiempo quirúrgico.

### POS 38 LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO ASISTIDA (LAI VA). EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Navarro M¹, Tagle R¹, Montes J¹, Urrutia J²

"Servicio de Urologia, Hospital Regional de Copiapó. Chile, "Servicio de Anatomia Patológica, Hospital Regional de Copiapó

Introducción: Las metástasis inguinales son uno de los principales factores pronósticos de mortalidad en el cáncer de pene (CP). La linfadenectomia inguinal (LAI) puede mejorar la sobrevida en pacientes de alto riesgo, a pesar de ser avalada como procedimiento diagnóstico y terapéutico en el CP escamoso invasor, ésta ocasiona gran morbilidad. Considerando las ventajas de la cirugia minimanente invasiva, se puede realizar una linfadenectomia inguinal video asistida (LAI VA) similar a la técnica abierta, con el fin de lograr un estándar oncológico similar pero con una menor morbilidad postoperatoria. Presentamos nuestra experiencia inicial de LAI VA modificada, buscando reducir la morbilidad del procedimiento sin comprometer el control oncológico ni reducir el área de resección. Se analizan la seguridad oncológica y la morbilidad asociada.

Pacientes y Método: 2 pacientes de 48 y 54 años de edad, portadores de CP estadio pT2 en quienes se realizó una LAI clásica de control en un lado y una LAI VA contralateral, entre diciembre 2008 y febrero 2009. Se describen los datos intraoperatorios, anatomopatológicos y seguimiento oncológico en ambos lados durante el postoperatorio. Resultados: Se colocaron 3 trócares fuera del área de resección delimitada por el ligamento inguinal, músculos Sartorio y Abductor. Con CO2 a 10 mmHg, se logra un plano hasta la fascia de Scarpa, realizando una disección retrógrada similar al procedimiento estándar, disecando el plano superficial y profundo respetando la vena safena a nivel de la fosa oval. El tiempo quirúrgico promedio de la LAI VA fue 120 minutos y 80 minutos para la abierta. Se



obtuvieron ocho y siete ganglios en las LAI VA y 8 y 10 ganglios al lado contralateral respectivamente, siendo todos negativos en el estudio anatomopatológico. No hubo complicaciones en el lado video asistido. En el lado abierto se produjo necrosis cutánea. Al 6° mes, no hay evidencias de progresión neoplásica.

Conclusión: La LAI VA parece tan efectiva como la técnica abierta, ofreciendo resultados oncológicos similares y una ostensible menor morbilidad. Estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo pueden confirmar la eficacia y la menor morbilidad de este nuevo abordaje.

### POS 39 EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE STENT METÁLICO RESONANCE® EN EL TRATAMIEN-TO DE LA OBSTRUCCIÓN URETERAL POR CAUSA NEOPLÁSICA

Navarro M, Tagle R, Montes J

Servicio de Urologia. Hospital Regional de Copiapo. Chile

Introducción: La obstrucción ureteral extrinseca provoca un daño de grado variable en la unidad renal comprometida. La hidroureteronefrosis (HUN) se trata tradicionalmente con cateterismo ureteral mediante el uso de stents
plásticos que requieren recambio continuamente. Sin embargo, la tasa de exito disminuye en el tiempo, sumándose
mayores probabilidades de complicaciones e infecciones por lo que se requiere generalmente de una nefrostomía
definitiva, con la consiguiente alteración en la calidad de vida de estos pacientes. Por esta razón, surge interesante
la posibilidad de disponer de un stent ureteral metálico más resistente a la compresión, tolerable y más durable en
el tiempo, y que requiera de una menor tasa de recambio y complicaciones. Presentamos la primera experiencia del
País con el uso del Catéter ureteral metálico Resonanceili (Cook Ireland, Ltd.), compuesto de una aleación no
magnética de cobalto, niquet, molibdeno y cromo. Se describe la técnica de instalación y los resultados funcionales
en una sene consecutiva de 2 pacientes femeninas con seguimiento estricto cada 2 meses.

Pacientes y Método: 2 pacientes, 42 y 55 años de edad, portadoras de cáncer cérvico uterino tratadas previamente con cirugia, radioterapia y braquiterapia, desarroltaron una HUN derecha con atrofia renal contralateral y alteración de la función renal secundaria a compresión extrínseca por reactividad tumoral y fibrosis actinica respectivamente. Se instalaron sendos catéteres Resonanceilo a derecha en noviembre de 2008 y enero de 2009 respectivamente. Se describe la técnica quirúrgica, mejoria de función renal e indice de satisfacción (escata 0 a 10) durante el seguimiento.

Resultados: El procedimiento se realizó bajo anestesia regional y radioscopia. Tiempo promedio de 36 minutos (26-46). Período de hospitalización de 1,5 días (1-2). No hubo complicaciones intraoperatorias ni sintomas disúnicos inmediatos. Durante los controles la función renal se normalizó; no se evidenció sangrado ni infecciones urinarias, reportándose un elevado indice de satisfacción (8-9/10). La ecotomografía demostró una disminución de de la HUN y mantención del parénquima renal.

Conclusión: El uso del catéter Resonance® parece una excelente alternativa en el tratamiento de la compresión ureteral con HUN. Este procedimiento es simple, con mínima morbilidad postoperatoria, buena tolerancia y seguridad.



### POS 40 NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN 62 CASOS

Kerkebe M¹º, Reyes E¹, Orellana N¹, Olivares Rº, Fuentealba C¹, Rojas J¹, Andrusco A¹, Rojas JCº, Irusta Gº, Susaeta Rº, Sandoval Cº, Iturriaga Cº, Salgado Gº, Wilckens J¹

Servicio de Urologia Hospital DIPRECA. Servicio de Urologia Hospital San Juan de Dios, Departamento de Urologia, Sede Occidente, Universidad de Chile

Introducción: La nefrectomia parcial laparoscópica esta tomando lugar a nivel mundial como la técnica de elección en el tratamiento de las masas renales de pequeño tamaño.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia y resultados tanto quirúrgicos como oncológicos en esta técnica.

Material y Métodos: se analizaron de forma prospectivas las nefrectornias parciales taparoscópicas realizadas por tumor renal entre los años 2001 y 2009. Un total de 62 pacientes fueron incluidos en este estudio, de los cuales se registraron y analizaron datos demográficos, datos perioperatorios, resultados oncológicos y seguimiento.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 58 años, con un peso y talla promedio de 80 kilos y 1.65 metros respectivamente. El 77% (48 pacientes) tenían diagnóstico preoperatorio de tumor renal y el 23% restante (14 pacientes) presentaban un quiste complejo, con un tamaño promedio de las lesiones de 2,6 cm.

La técnica utilizada fue transperitoneal en el 64%, lumboscopia en el 32% y transperitoneal mano asistida en el restante 3%, siendo en el 48% de los pacientes del lado derecho.

El tiempo operatorio promedio fue de 146 minutos, con un tiempo de isquemia renal de 28 minutos y un sangrado promedio de 198 cc.

Sólo 2 pacientes necesitaron de transfusión de glóbulos rojos.

La histologia más frecuente fue tumor renal de células claras en el 88% de los casos, en un paciente resulto ser metástasis de Cáncer Tiroideo no diagnosticado previamente.

En un caso se informaron bordes positivos en la biopsia por lo que fue necesario realizar una nefrectomia radical posterior con buenos resultados oncológicos.

Un caso presentó recidiva tumoral en el lado ipsilateral 1 año posterior a la cirugia y un segundo paciente presento metástasis pulmonares 8 meses posterior a la cirugia.

Conclusión: Los resultados de nuestra serie son comparables con los reportados anteriormente a nivel internacional, lo que transforma a la nefrectomia parcial en una opción terapéutica válida en paciente portadores de tumores renales de pequeño tamaño.

### POS 41 PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA: LECCIONES APRENDIDAS EN 5 AÑOS

Bermudez H., Marchant F., Hidalgo JP, Moya F., Fullá J., Ledezma R., Mercado A., Bernier P., Stein C., Lyng R

Hospital Clinico Universidad de Chile

Introducción: La pietoplastía por via abierta ha sido el tratamiento clásico de la obstrucción de la unión pietoureteral. La laparoscopia presenta igual tasa de éxito con las ventajas de una corta estadía hospitalana, menor período de convalecencia y mejores resultados estéticos.

Material y Método: Revisión retrospectiva de 50 casos de pacientes sometidos a pietoplastias laparoscópicas (PL) por presentar estrechez de la unión pietoureteral, entre junio de 2004 y junio 2009. Todos los pacientes fueron controlados con pietografía de eliminación o UroTAC pre y postoperatoria. El abordaje transperitoneal fue utilizado en 42 casos, realizándose mediante técnica de Anderson-Hynes. En 8 casos se realizó un abordaje retroperitoneal seguido por técnica de Anderson-Hynes en 3 o Foley Y-V plastía en 5.



Resultados: Edad promedio 28 años. Tiempo operatorio promedio 130 min. Inicialmente en 2 pacientes se instalò catéter doble J por via endoscòpica en el acto operatorio y en un caso se dejó nefrostomia por imposibilidad de colocarlo por via endoscòpica. 8 tenian catéter pre-operatorio instalado. En 38 se instalò por via transparietal en el acto quirurgico. Tiempo medio de drenaje fue de 3 dias y tiempo medio hospitalización 4. Hubo 2 reoperaciones por uropentoneo en pacientes operados por via transperitoneal. Dos conversiones y 2 re-estenosis reoperadas al mes de cirugia en pacientes operados por via retroperitoneal Se obtuvo un seguimiento promedio de 25 meses. Un caso requirio Pigtail definitivo por Gancer Cervico-uterino irradiado. El resto de los casos asintomáticos y sin evidencia radiológica de obstrucción.

Conclusiones: A cinco años de iniciada nuestra experiencia en PL consideramos que es un procedimiento seguro y de baja morbilidad, presentando resultados funcionales a mediano plazo, comparables a la cirugia abierta. La PL debiera considerarse como el tratamiento de primera elección en pacientes con obstrucción de la unión pieloureteral.

### POS 42 PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA TRANPERITONEAL

Kerkebe M<sup>1,2</sup>, Olivares R<sup>1</sup>, Iturriaga C<sup>2</sup>, Fuentealba C<sup>1</sup>, Reyes E<sup>1</sup>, Andrusco A<sup>1</sup>, Wilckens J<sup>1</sup>, Salgado G<sup>2</sup>

Servicio de Urología Hospital DIPRECA. Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios

Introducción: La Pieloplastia Laparoscópica para la reconstrucción de la Obstrucción Pieloureteral descrita por Schuesler en 1993, recoge los principios de la cirugia abierta obteniendo resultados comparables, pero con la morbilidad y evolución que otorga un procedimiento minimamente invasivo. Demostraremos la factibilidad, reproducibilidad y baja morbilidad de la Pieloplastía laparoscópica por via transperitoneal.

Material y Métodos: Entre abril de 2003 y junio de 2009 se realizaron 34 Pieloplastías laparoscópicas transperitoneales. Se realizó técnica de Anderson Hynes, con sutura intracorpórea y colocación de catéter anterogrado doble J en 30 pacientes (88%), en los 4 pacientes restantes se realizó una Plastía Y-V.

Resultados: La cirugia fue realizada por via laparoscópica en todos los pacientes, sin necesidad de conversión a cirugia abierta. El tiempo quirúrgico promedio fue de 177 minutos. El sangramiento promedio fue de 51 cc. No se registraron complicaciones intraoperatorias. 2 pacientes presentaron filtración de la anastomosis que se manejo en forma conservadora sin necesidad de reintervención. En el seguimiento post operatorio no se han registrado reestenosis.

Conclusiones: La Pieloplastia Laparoscópica transperitoneal es una alternativa quirúrgica reproducible, con resultados comparables al abordaje convencional. Para su éxito, sin embargo, es requisito fundamental un dominio de las técnicas de sutura laparoscópica intracorpórea.

### POS 43 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ACCESO ÚNICO CON INSTRUMENTAL FLEXIBLE: UN MODELO EXPERIMENTAL

### Guzmán S¹, Salvadó J¹, Parra C¹, Tapia V²

'Hospital Clinico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Urologia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudiante de Pregrado Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La nefrectomia laperoscópica a través de acceso único se ha hecho posible a través del desarrollo de pinzas flexibles que permiten mayor libertad de movimiento.



Hoy es dificil justificar la aplicación clínica de nuevas tecnologías en humanos sin un período de entrenamiento en simuladores o modelos animales.

Objetivo: El objetivo de esto trabajo es mostrar un modelo experimental porcino de entrenamiento en néfrectomia de acceso único.

Material y Métodos: Bajo estrictos protocolos de cuidado animal, bajo anestesia general y en decúbito lateral se realiza una incisión de 5 cm en la fosa iliaca del animal. Se instala un Gel Port Applied® y a través de este se instalan 3 trócares convencionales de laparoscopia yuxtapuestos y se insuffa el neumoperitoneo. Bajo visualización laparoscópica e instrumental flexible CambridgeEndo®, se procede a la liberación del colon y a la disección del hillo renal. El control vascular se realiza con instrumental convencional. Se completa la Nefrectomia sin incidentes.

Discusión: La nefrectornia con instrumental flexible en un modelo experimental porcino es un modelo de entrenamiento seguro, factible y adecuado para el entrenamiento de una técnica promisoria en la cirugia urológica actual.

### POS 44 TÉCNICA VAPORRESECCIÓN PROSTÁTICA. LÁSER REVOLIX

Olmedo T, Román J, Marchant F, Recabal P, Flores J, Reyes D, Ruiz C Servicio Urologia, Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Urologia Hospital San José

Introducción: La hiperplasia prostática benigna es una patologia de alta prevalencia. La resección transuretral de próstata RTU-P, es considerada el Gold Standard de tratamiento en casos con indicación quirúrgica. Con el objetivo de mejorar los resultados, minimizando los riesgos y complicaciones se han desarrollado nuevas tecnologias en el manejo quirúrgico de esta patologia. En el último tiempo el desarrollo de dispositivos que utilizan láser para la vaporización prostática ha permitido la disminución de la estadía hospitalaria y del tiempo de sonda uretrovesical post operatorio, además de prescindir de la utilización de medios hipotónicos durante el procedimiento. Dentro de las desventajas está no poder contar con muestras para estudio anatomopatológico. Láser Revolix tiene la ventaja de contar con fibra de disparo frontal que permite realizar enucleación prostática, contar con muestras para estudio y además permite el manejo de próstatas de mayor tamaño siendo competitiva con la cirugia abierta transvesical. Objetivo: Presentar técnica quirúrgica de enucleación y vaporización con láser Revolix.

Material y Método: 17 Pacientes intervenidos quirúrgicamente entre julio 2008 y agosto 2009. A todos se les hizo uroflujometria y cuestionario de sintomas IPSS.

Resultados: Fueron 15 vaporizaciones y 2 enucleaciones. En todos los casos los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas sin sonda. En ningún caso hubo necesidad de conversión de la técnica. Todos los pacientes presentaron mejoria tanto de sus flujos máximo como disminución en la escala de sintomas. No hubo necesidad de Transfusión sanguinea y tampoco lavados vesicales con cistoscopia postoperatorios.

Conclusiones: La vaporresección prostática con es un procedimiento seguro y eficaz en el manejo de la HPB, faltan estudios comparativos y seguimiento a largo plazo. La enucleación prostática es competitiva con la cirugia abierta en próstatas grandes pero necesita mayor curva de aprendizaje que la vaporesección.



### POS 45 MANTENCIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES CON STENT PROSTÁTICO TRANSITO-RIO

Roman J., Palma C., Ruiz C., Recabal P., Reyes D. Hospital Clinico Universidad de Chile. Complejo Hospitalario San José

Los pacientes que requieren sonda uretro vesical por periodos prolongados experimentan una disminución significativa de calidad de vida. Los stent prostáticos transitorios han sido utilizados con matos resultados en el pasado. The Spanner, es un dispositivo removible, que permite mantener un lumen adecuado a nivel de uretra prostática, permitiendo un control voluntario de la micción y una adecuada función vesical, sin necesidad de dispositivos externos de recolección de orina.

Objetivo: Evaluar la posibilidad de mantener actividad sexual con dispositivo uretrovesical. Evaluar el perfil de seguridad y la repercusión en la calidad de vida.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron pacientes usuarios de sonda uretrovesical, por patología prostática, sexualmente activos y en estudio y/o en espera de resolución quinúrgica. En todos se realizó cambio de sonda uretrovesical por dispositivo en estudio. En todos los pacientes se conto con urocultivo negativo, consentimiento informado, estimación de tamaño por ecografía transrectal, consentimiento informado. Se evaluó calidad de vida y satisfacción sexual con encuesta IQ-5 y sintomas del tracto urinario inferior con encuesta IPSS.

Resultados: Se instaló un total de 8 dispositivos, con un tiempo promedio de uso de 6 semanas, todos eran usuarios de sonda uretrovesical por Hiperplasia Prostática Benigna, de estos todos eran sexualmente activos y se les indicó que reiniciaran su actividad sexual 24 horas post instalación, de los pacientes incluidos la totalidad de los pacientes reinicio actividad sexual con una frecuencia promedio de 1,8 semanal, la comparación de calidad de vida de los pacientes fue favorable significativamente durante el período con The Spanner versus el período con sonda externa. No hubo migración del dispositivo ni infecciones. En 2 casos los pacientes presentaron dolor transitorio durante el primer episodio de actividad sexual. Los pacientes concluian el estudio al resolverse su patologia. Del total de pacientes en 6 realizó RTU-P sin incidentes y 2 se realizó cirugia abierta con buenos resultados.

Conclusiones: La mantención de la actividad sexual es otra ventaja de The Spanner en el manejo transitorio de HPB con indicación de sonda. The Spanner es un dispositivo seguro y eficaz, tiene menor detrimento de la calidad de vida comparado con sonda, es de fácil instalación. Es una solución transitoria para el manejo de HPB.

### POS 46 DILATACIÓN URETERAL INTRAMURAL CON LA TÉCNICA "RAILWAY": OPCIÓN COSTO-EFEC-TIVA PARA HOSPITAL PÚBLICO

González R, Arenas J, Kompatzki A, Aroca P, Dell'Oro A Hospital Dr. Sótero del Río

Objetivo: La ureterolitectomia endoscópica (UE) constituye el tratamiento de elección para litiasis ureteral distal. La estenosis relativa del urêter intramural representa un problema en cerca de 10 a 15% de los procedimientos. Esta situación se ha resuelto con el uso rutinario de balones y camisas de dilatación por lo que han disminuido notablemente las limitaciones y morbilidad secundaria al procedimiento. Sin embargo, en la realidad presupuestaria del sistema público de salud chileno el uso de este tipo de accesorios está francamente restringido al tratarse de material caro no inventariable. Como alternativa costo-efectiva Gholamrezaie et al describieron la técnica "railway" donde sólo se usa 1 guía y un catéter ureteral 3 Fr. Se analiza nuestra casuística de UE evaluando la eficacia y seguridad de la dilatación ureteral intramural con la técnica "railway".

Método: Entre mayo 2006 y abril 2009 se desarrollaron 92 UE en 87 pacientes, debiendo realizarse dilatación ureteral intramural "railway" en 15 de los procedimientos (13 pacientes). Descripción de la técnica: se introduce guía en uréter, se introduce catéter 3Fr a través del canal de trabajo de ureteroscopio semirrigido telescopado (8,5 F-



10F) atrettedor de 3 a 5 cm dentro del ureter. El ureteroscopio se rota a fin de que transcurra entre la guía (outside) y el catiliter (inside) lo que simula al avanzar el paso a través de una tinea ferrea. El seguimiento medio de los pacientes fue de 9 meses (3-38 meses). Pielografía intravenosa y ecotomografía renal fueron realizadas a los 3 meses postoperatorios.

Resultados: Se logró el acceso ureteral en 14 de los procedimientos (12 pacientes). No se produjo perforación o falsa via ureteral en ninguno de los casos. En la totalidad de los procedimientos se usaron sólo 1 guía y un catéter. En el control imagénológico de seguimiento no se evidenciaron lesiones estenóticas ureterales ni reflujo vesicoure-teral. En el procedimiento que resultó frustro no se objetivaron complicaciones y ante la falta de balón de dilatación se instaló catéter doble J realizándose UE sin necesidad de dilatación a las 3 semanas.

Conclusiones: La técnica "raitway" es efectiva, econômica y reproducible. Además, no implica la adquisición de más insumos, que en la realidad hospitalaria pública resultan complejos de solventar.

### POS 47 INDICACIÓN QUIRÚRGICA TARDÍA EN TRAUMA RENAL: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Rojas J, Iturriaga C, Salgado G, Canales O, Salinas J, Sandoval C, Gomez-Lobo M, Hidalgo J, Vidal A, Irusta G, Alvear M, Hernández J

Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. Campus Occidente, Universidad de Chile

Introducción: El trauma renal está involucrado en 10% de los traumatizados, el estudio de imágenes nos ha permitido manejar más conservadoramente a estos pacientes, sin embargo los parametros clínicos siguen siendo una valiosa herramienta de vigilancia que nos permitirá tomar una conducta quirúrgica oportuna.

Objetivo: Análisis de la indicación quirúrgica tardia en pacientes con trauma renal en los últimos 15 años en el Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en Servicio de Urologia entre los años 1994 y 2009, se obtienen 70 fichas clínicas, se registra edad, sexo, mecanismo de lesión, estudio de imágenes y tratamiento. La edad promedio fue de 31 años, sexo masculino (85%), el mecanismo de lesión fue: agresión de terceros en 39%, caida de altura (22%), accidente de tránsito (20%), deportes 10% y otros 9%; traumatismo cerrado en 52 pacientes y penetrante en 18 casos; Grado I: 40%; GII: 17%; GIII: 17%; GIV: 23%, GV: 3%. Se define como tardía a la exploración quirúrgica después de una semana ocurrido el accidente.

Resultados: 14 pacientes (20%) se intervinieron quirúrgicamente en forma tardia; se operaron 8 de los 52 pacientes con trauma renal cerrado (15%), en 6 de ellos se realizó nefrectomia por riñones patológicos, 2 pacientes presentaron a la semana post accidente una caida del hematocrito asociado a hematuria severa, se realizó en uno de ellos drenaje más nefrorrafia y en otro nefrectomia simple. De los pacientes con trauma penetrante se operaron 4 pacientes (22%), en dos pacientes por un descenso del hematocrito en menos de 48 horas; un tercer paciente se exploró por que se detecta un crecimiento de la masa palpable al examen físico y un 4º paciente cuya indicación quirúrgica se determinó por parámetros clínicos y de laboratorio de infección, drenado un urinoma infectado.

Discusión: El estudio por imágenes especialmente la TC nos ha permitido manejar en forma más conservadora pacientes con trauma renal, esta evaluación deberá ir siempre acompañada de un estricto control de parámetros clínicos, que como se observa en nuestra serie fueron de indudable trascendencia.





### ÍNDICE DE AUTORES

Nota: CO =Comunicaciones Orales; CO PED =Comunicaciones Orales Pediatricas; POS =Posters; POS PED =Posters Pediatricos; VID =Videos. Se identifica cada trabajo con el número asignado

Α		c	
Acevedo C Acuna A Acuna Ji Acuna P Alvarado C Alvear M Andrusco A Araya C Araya F Anenas J Anas E Aroca P Astorga D	CO 26, CO 28, POS 11 CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07, POS 34 CO PED 02, CO PED 08, POS PED 05, POS PED 06 POS 33 POS 04 POS 24 CO 11, POS 17, POS 47 CO 06, CO 07, CO 06, CO 14, CO 33, POS 40, POS 42 POS 09 CO 13, POS 09, POS 18, POS 25, VID 10 CO 03, POS 20, POS 46 POS PED 04 CO 21, POS 30, POS 46 POS PED 05	Cabezas J Cabrerizo G Camacho JP Campos J Canales O Candia W Carcamo O Carmona C Carmona SC Carrizo M Castellón E Castillo O Catalán G	VID 93, VID 12, VID 13 POS 25, VID 13 CO 26, POS 11 POS 24 CO 19 CO PED 01, CO PED 06, POS PED 02, POS PED 07 CO 11, POS 17, POS 47, CO 18, POS 14, CO 24, CO 25, CO 29, CO 31, CO 32, CO PED 07 CO 24, CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07 CO 24, CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07 POS 22 CO 27 POS 11 POS 05, POS 06, CO 18, POS 14,
	В	Cavada G Cerda A	CO 03 POS 15, POS 32
Badinez I Balbonlin F Barroso JP Bennett C Benway BM Bergmann M Bermüdez H	POS 02, POS 03 POS 05, POS 06, POS 08, VID 03, VID 13 CO 18, POS 14, POS 35, POS 36, VID 01 VID 12 CO 20 CO 34, CO 35, CO 38, POS 37, POS 41, VID 09, VID 11	Cifuentes M Ciudad D Concha G Contreras H Correia G Corti D Coz F	CO 24, CO 25, CO 29, CO 31, CO 32, CO PED 07, POS 35, POS 36, VID 01 POS 36 CO PED 05 POS 11 POS PED 02 CO 02, POS 07, POS 22, POS 23, CO 15, POS 27, POS 28, CO 10
Bernat J. Bernat M	POS 16, POS 31, POS 32 CO PED 03		D
Bernier P Bhayani SB Bonomo J Bustamante A Bustos F	CO 34, CO 35, CO 38, POS 41, VID 11, VID 12 POS 15, POS 32 CO 21, POS 30, VID 11, CO 18 CO 04, CO 05	Daviu A De la Torre JM De Leval J Dell'Oro A Diaz J	CO 24, CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07 CO 13, POS 09, POS 18, POS 25, VID 10 VID 02 POS 46 CO 17, POS 16, POS 16A, POS 19, POS 21, POS 37, VID 09



Dinz M	AND dis-	Hidalgo JP	CO 35, POS 17, POS 41
Diaz P	00.26, VID-05	HomgA	CO 17, POS 16, POS 16A, POS 19, POS 21
Diaz S	CO 09	Huidobro C	CO 26, POS 11
Diemer T Domenech A	CO 20 CO 10 CO 15		
Dominguez J	CO 94, CO 95, CO 99, CO 16, CO 37		1
Donoso G	POS PED 01		
Dongso M Dunnas R	CO 18 POS 14 POS 02 POS 03	Irusta G	CO 08, CO 11, CO 33, POS 17, POS 40.
Parison 14	FU3 02 FU3.03	Itumaga C	POS 47
		marriaga G	CO 11, CO 33, POS 17, POS 40, POS 42, POS 47
	E		
Ebil L	CID 02, POS 07, POS 22, POS 23		a a
Ebensperger M.	POS 25		
Eliwanger A	POS 04	Jara D	CO 24, CO 25, CO 29, CO 31, CO 32,
Escala JM Estrugo A	CO PED 10. POS PED 01 POS 25		CO PED 07, POS 35, POS 36, VID 01
Esvoie C	VID 08	Jara O	CO 24, CD 25, CO 31, CO 32, CO PED 07
	F		K
ESSENTIAL TERM	USBASS-	Kerkeber M	CO 06, CO 07, CO 08, CO 14, CO 33, POS
Femandois P	POS 24	N DESCRIPTION OF THE PARTY OF T	13, POS 17, POS 24, POS 40, POS 42
Fernández C Fernández M	CO 01	Keudel A	CO 28
Figueroa A	CO 10, CO 15, POS 27, POS 28 CO 10, CO 15	Kompiatzki A	POS 46
Finsterbusch C	POS 24	Kretis A	CO 10, CO 15
Flores J	POS 44, VID 05		
Flores JM	CO 28, VID 04,		4
Foneron A	CO 02 POS 07, POS 22, POS 23		
Franck CH	POS 35, VID 01	Lamas L	POS 18
Erank CH	POS 36	Layera S	POS 09
Fuenteulba C	CO 06, CO 07, CO 08, CO 14, CO 33,	Ledesma R	CO 34, VID 11
Fuentes C	POS 24, POS 40, POS 42	Ledezma R	CO 12, CO 26, CO 35, CO 38, POS 11,
Louising A	CO 24, CO 25, CO 29, CO 31, CO 32, CO PED 07, POS 35, POS 36, VID 01		POS 37, POS 41, VID 08, VID 09
Fulls J	CO 26, CO 35, CO 38, POS 11, POS 41	Liebellier N.	CO PED 02, CO PED 04, CO PED 05,
Furnaro F	POS 34		CO PED 08, CO PED 09, POS PED 05, POS PED 06
		Lira F	CO 04, CO 05
		Lobo G	POS PED 01
	G	Lopez JF	CO 10, POS 01, POS 12
Gabler F	Mark the mark has	Lopez L	POS 10
Gana R	POS 25. POS 09.	López M	CO PED 03
GARLET IN	CO PED 02, CO PED 04, CO PED 05, CO PED 08, CO PED 09, POS PED 05.	Lopez PJ	CO PED 02, CO PED 04; CO PED 05.
	POS PED 06		CO PED 08, CO PED 09, POS PED 04.
Gamido C	POS 10	Elminor.	POS PED 05, POS PED 06
GH G	CO 02, POS 07, POS 22, POS 23,	Luna C	CO PED 03
Gomez A	CO 34	Cynch R	CO 13, POS 09, POS 18, POS 25, VID 10
Gomez R	POS 05, POS 06	Lyng R	CO 34, CO 35, CO 38, POS 41, VID 11
Gomez-Lobo M	CO 11, POS 17, POS 47		
González R	POS 46		M
Guelfand M	CO PED 08		THE STATE OF THE S
Gutiérrez C	POS 12	Mac Millan G	CO 24, CO 25, CO 29, CO 31, CO 32
Gutiérrez D	POS PED 01		CO PED 07: POS 35, POS 36, VID 01
Guzmán S	CO 09, CO 16, CO 37, POS 43	Madrid E	POS 04
		Maldonado E	CO 13, POS 09, POS 18, POS 25, VID 10
	THE STATE OF THE S	Mandujano F	CO 18, POS 14
	Н	Mandujano R	CO 36
	GALES SALE	Marconi M	CO 19, CO 20,
Hambotes I	POS A7		
Hemandez J Hidalgo J	POS 47 CO 11, POS 37, POS 47, VID 09	Marchant F	CO 12, CO 35, POS 37, POS 41, POS



Western			
Marchant G	DO 27		R
Marchetti P Marchetti P	CO 18 POS 14		
Martinez A	VID 06	RamirezA	POS 04
Martinez G	POS PED 03. POS PED 04	Raminez R	CO PED 01, CO PED 06, POS PED 02.
Martinez L	CO 09	42	POS PED 07
Martinez P	EØ 09	Ravello I	CO 11
Meinhardt A	CO 19	Recubilit P	CO 12, POS 37, POS 44, POS 45, VID
Morcado A	CO 26, CO 35, CO 38, POS 11, POS 41	2555/1/28	04. VID 08, VID 09
Miranda A.	POS 34	Reed F	CO PED 02, CO PED 04, CO PED 05,
Miranda R.	CO 01		CO PED 08, CO PED 09, POS PED 05.
Molimu L	POS 35, POS 36, VID 01.	Describer (**	POS PED 06
Montano D	CO PED 01, CO PED 06, POS PED 02.	Rendic C Retamal M	CO 27
	POS PED 07	PARISOTHER DE	CO PED 01, CO PED 06, POS PED 02, POS PED 07
Montes J	CO 23, POS 26, POS 38, POS 39	Reyes D	
Montiglio C	POS 33, POS 34.	110703.0	CO PED 04, CO PED 05, CO PED 09, POS 44, POS 45, VID 08
Montoya C	CO 03	Reyes E	CO 06, CO 07, CO 08, CO 14, CO 33, POS
Morales CH	POS 10, VID 15, VID 16		02. POS 03. POS 13. POS 40. POS 42
Morales I	POS 10, VID 15, VID 16	Reyes R	CO PED 02, CO PED 08, POS PED 05.
Moreno 5	VID 03, VID 13L	1000000	POS PED 06
Moya F	CO 35, CO 38, POS 41,	Riffo A	POS 13
Munoz J	POS 23	Riffo C	POS 25
Murray N	POS 62	Riquelme F	POS 20
		Rojas E	POS 31
		Rojas J	CO 05, CO 07, CO 08, CD 11, CO 33,
	N		POS 40, POS 47
Navarro M	CO 20 DOD OF DOD 24 DOD A	Rojas JC	CO 08, CO 33, POS 17, POS 40
Nigotai H	GO 23, POS 26, POS 38, POS 39	Roman J	CO 12, CO 14, CO 28, POS 44, POS 45,
Norambuena C	POS 25, POS 09 CO PED 09		VID 05, VID 08
THE RESIDENCE OF	CO FED ON	Romano SV	CO 30
		Ruz C	POS 44, POS 45, VID 05
	0	Ruiz R	CO 24, CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07
Olea M	The second section of the second		
Olivares R	CO 26, CO 28, VID 04, VID 05, VID 08		C/928
	CO 06, CO 07, CO 08, CO 14, CO 33, POS 24, POS 40, POS 42		S
Oliveros E	POS PED 03. POS PED 04	Participant of	0.00
Olivos M	CO PED 04	Saavedra A	CO 03
Olmedo T	CO 12, CO 26, CO 28, POS 44, VID 04	Sabando M	POS 17
THE PARTY OF THE P	VID 05, VID 08, VID 09	Salez I	CO 03, CD 16, POS 20, VID 06, VID 07,
Orellana N	CO 05, CO 07, CO 68, CO 33, POS 02	Salazar A	VID 14
	POS 03, POS 13, POS 33, POS 40	Salgado G	CO 30, POS 33, POS 34,
Orettana S	POS 33	Singlingo G	CO 11, CO 14, CO 33, POS 17, POS 40,
Ortiz F	CO 27	Salinas C	POS 42, POS 47, CO 08
Ortega M	CO PED 03	Salinas J	POS 09
Osono F	POS 07 POS 22	Salvado JA	CO 11, POS 17, POS 47
Ossandon E	CO 28	San Francisco I	CO 03, CO 16, CO 37, POS 20, POS 43 CO 09, POS 28
Oyanedel P	CO 30	Sanchez C	POS 11
		Sandoval C	
	V12**	ESHAMAN	CO 08, CO 11, CO 17, CO 33, POS 16, POS 16A, POS 17, POS 19, POS 21,
	P		POS 40, POS 47
Machine School	NAME OF THE PROPERTY OF THE PR	Sandoval JC	CO 30
Palma C	POS 37, POS 45, VID 09	Schwarze E	POS 33, POS 34
Parada L.	POS 20	Seminario M	VID 16
Parra C	POS 20, POS 43	Silva B	CO 13, POS 18, POS 25, VID 10
Pereira N	CO 02	Stein C	CO 34, CO 35, CO 38, POS 41, VID 11.
Perez A	POS PED 01	Storme O	CO 12, CO 26, CO 34, CO 35, CO 38.
Pinto F	CO 18, POS 14		POS 37, VID 04, VID 05, VID 08, VID 09,
Pinto I Pizzi P	CO 17, POS 16, POS 16A, POS 19, POS 21		VID 11
Portaller P	CO 10, CO 15, POS 05, POS 06	Suma E	CO 09
Prado J	POS 25	Susaeta R	CO 33, POS 40
THE STATE OF THE S	POS 35, POS 36, VID 01	Suzuki K	POS 13
			PUBLISHED P



	T	Venegas A	CO 24, CO 25, CO 31, CO 32, CO PED 07
Tagle R Tapia A Tapia V Terrealba J Tronceso L Tronceso P Trucco C	CO 23, POS 26, POS 38, POS 39 POS 36 POS 43 CO 37 CO 02, POS 07, POS 22, POS 23 CO 36, CO 37 CO 03, CO 09, CO 16, VID 06, VID 07, VID 14	Venegas JA Venegas V Verdugo F Vicherat G Vidat A Vivaldi B	CO 22, POS 29 POS 32 CO 30, POS 34, POS 34 CO 11, POS 17, POS 47 CO 10, CO 15, POS 27, POS 28
		Watton A.	CO 09, POS 20
	U	Wattregny D	VID 02
Urrufia J	POS 26, POS 38	Westendarp M Wilckens J	CO 19, CO 20 CO 10, CO 15, CO 18, POS 27, POS 28 CO 06, CO 07, CO 08, CO 14, CO 33,
	v		POS 24, POS 40, POS 42
Valdebenita JP	CO 01		Y
Valdebenito P Valdevenito R Valdevenito G	CO 13, POS 18, POS 25, VID 10 VID 11 CO 02, POS 07, POS 22, POS 23	Yanez R	POS PED 03, POS PED 04
Valdevenito R CO 28, CO 34, CO 35, CD 38 Valenzuela M POS PED 02			Z
Valero G Vargas F Vargas M Vargas R Vásquez J Véga C Vétasco A	CO 27 CO 13, POS 09, POS 25, VID 10 CO 01, POS 34 CO 02, POS 07, POS 22, POS 23 CO 27 POS 33, POS 34 VID 03, VID 13	Zambrano N Zamorano M Zegpi B Zubieta R GO Zuñiga A	CO 10, CO 15, CO PED 03 POS 26 PED 02, CO PED 04, CO PED 05, CO PED 08, POS PED 05, POS PED 06 CO 37, POS 20







### LEVITRA" comprimidos recubiertos conteniendo 5mg/10mg/20mg de Vardenafil.

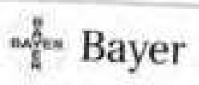
Indicación; Tratamiento de la disfuncion emicia (incapacidad de lograr o mantener una emición suficiente para un desempeño sexual satisfactorio). Dosificación: La dosis de invero recomiendada es de so migitoriados según necesidad aproximadamente 25 –66 minutos antes de la actividad sexual. En tratagos clínicos, variensali demontró ser eficar al ser administrado hánta so tipos antes de la actividad sexual. En tratagos clínicos, a so migio reducirse a 5 migita frecuencia máxima de dosificación recomiendada es de una vez por día. La dosis máxima recomendada es de 20 migiuna vez al una dosis de 5 migita cual posteriormente puede aumentarse hasta una dosis máxima de so migita dos la tolerabilidad y eficacia. LEVITRA® poede administrarse con a un alterantos. Se miguiem de la estimulación sexual para una respuesta natural al tratamiento.

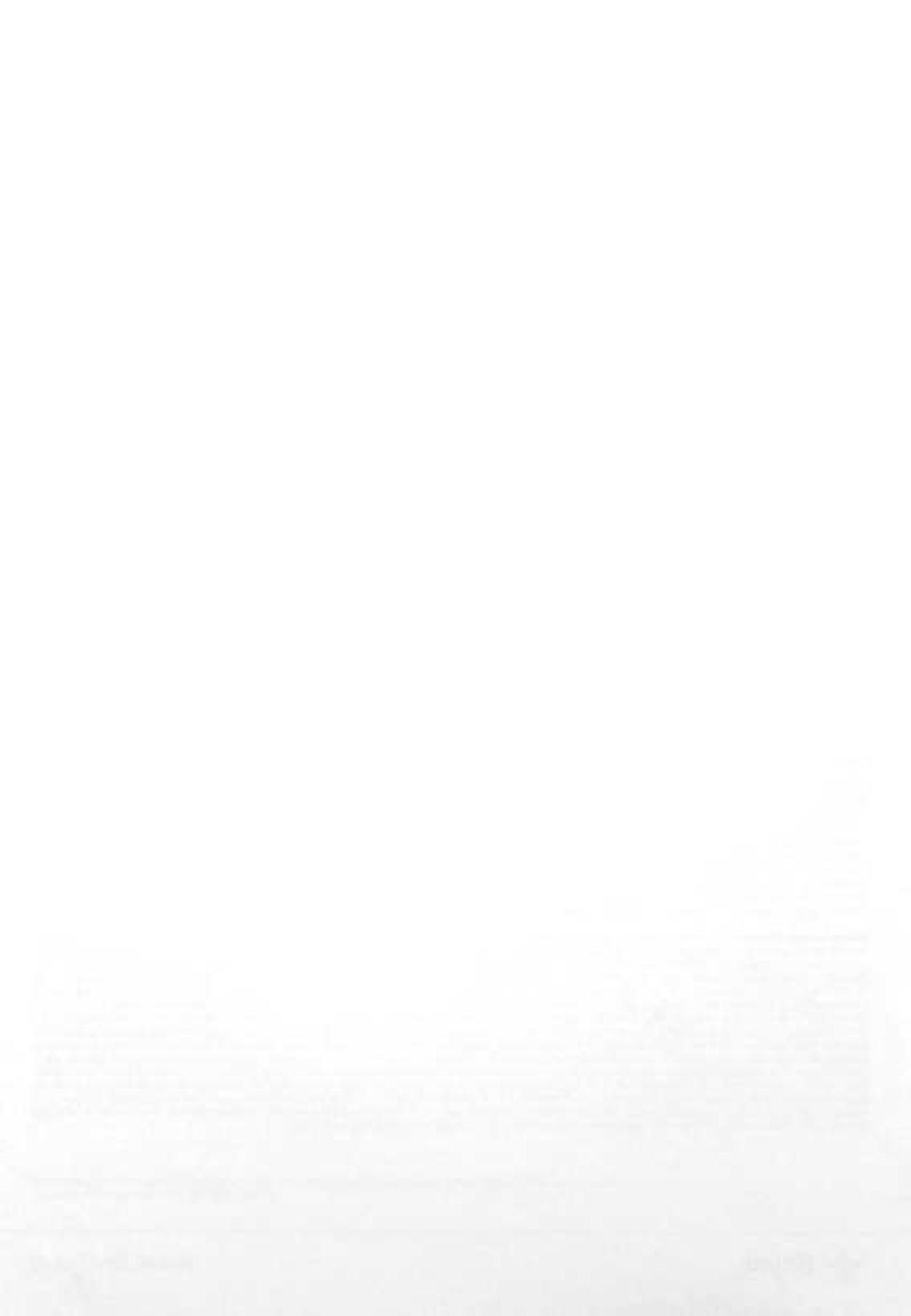
Contraindicaciones: Impersemsibilistad à cualquiers de les componentes del farmaco; en pacientes tratados concumitamemente con mitratos o donantes de oudo nitrico así como con inhibidores de la VIII Protessa tales como indinavor o ritoriavo.

Advertencias y Precauciones: Se deberá considerar el status cardiovascular Los pacientes con abstrucción del flujo de salida ventricular aquiendo pueden ser QF protongado) y aquellos que estan enclayendo los inhibidores de la fostocienterasa Tipo 5, Los pacientes con protongación QT congenta (sindrome en pacientes con deteritoro heritático severa enfermedad resal terminal que requiere de dialism, hypotensión presión arterná intódica en reporó de igo miningo conocidos tales como estantes pignembra. Los pacientes con deformación enartómica é meses), angina mestable, y trastomos retinales degonerativos bereditarios flevional; o en pacientes que presenta condiciones que podinan predisponerios a propermo (tales como angulación, flerios) exacemos a enfermedad de deberán ses tratados con precaución. No se recomienda el uso combinado con otros, tratamientos para la disfunción erectil. Se requiere de agustes en la affabioqueanten y del vardenatión, la administración simultários de ambos farmaciós puede generar una hipotentión a los efectos vasodilatadores de los que no se disponga de nuevos datos, en combinación con affabioqueantes, no deberá excedense la dovis máxima de 5 mg de vardenatio La administración de nuevos datos, en combinación con affabioqueantes, no deberá excedense la dovis máxima de 5 mg de vardenatio La administración a pacientes con trastomos de sangrado e picera peptica activa deberá efectuarse solo después de una cuntadora evaluación del riesgo-beneficio.

Efectos colaterales: Dolor de cabeza, bochomos, dispepsia, nausea, mareas, milhi, edema facial, macciones de fotosemibilidad, lumbago, hipertenson, priaetas anomiales de la fanción hepatica, incremento en CGC, cryalinquinasa elexada, mialgia, somnolerocia. Disnea, visión albeitada, ojos acuestos, priapismo (incluyendo postura), sincipie, hipertonia, epistaxia, glaucionia. Puel comercialización de ha reportado infarto al miocardio (IM) en asociación temperal con el use de variental y la actividad exxual, pero no en posible determinar si el IM se refaciona directamiente con Vardenalil, o com la actividad sexual, con la actividad sexual, pero no en posible determinar si el IM se refaciona directamiente con Vardenalil, o com la actividad sexual, con la entrenedad pueden sariar de un país al otro: por favor consultar su información para prescripción local. En la fase de positionescalización, se has descrito casos alstaden de neuropatis optica inquímica anterior no arteritica (NCINA) en asociación temporal con el empleo de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, incluido tevitros de rungo subyacentes, austomición de la visión el incluso la prendada permanente de esta. La mayoria de estos pacientes, aurique no todos, presentatura superior a 50 años, diabetes, hipertensión enfermedad coronaria, hiperipidemia o tabaquiamo. No ex posible determinar si están relacionados paciente con el empleo de inhibidores de la fosfodiesterata tipo 5, can los factores de riesgo vasculares o las anomalias anatómicas subyacentes del encuente o encluso con una combinación de estos o de otros factores. Se han descrito casos aistados de infarto de emocandio (IM) en asociación temporal con secual, con la enfermedad cardiovascular subyacente del paciente o con una combinación de estos factores. Se han descrito casos aistados de infarto de emocandio (IM) en asociación temporal con secual, con la enfermedad cardiovascular subyacente del paciente o con una combinación de estos factores.

Para información completa sobre la prescripción, disponible en el Servicio de Documentación Médica Bayer S.A. Carlos Fernández 260- Santiago, Fono 5208323

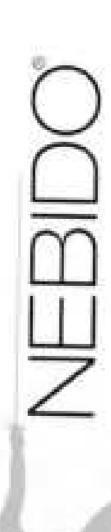








# En ADAM\*, la primera Testosterona Trimestral para Inyectar y Olvidar



# Restaura la plenitud masculina



### www.nebido.cr

Parts mayor información, favor drigitse a nuestros Representantes Médicos o at Departamento Medico.

Provee Tres Meses de Niveles Fisiológicos de Testosterona con UNA Discreta y Confiable Inyección IM.

Suministra una Restauración Hormonal Uniforme, Sin los Indeseables Picos Suprafisiológicos de Testosterona. Mejora la Libido, la Función Sexual, la Fuerza Muscular y el Estado de Animo.

Mejora los Parámetros Hematológicos y la Distribución de la Grasa Corporal.

Optimiza el Cumplimiento del Tratamiento.

Provee una Testo-Terapia Segura Sin Alterar los Niveles de PSA\*\* y Mantiene el Volumen Prostático en Rango Normal.

Brinda una Testo-Terapia Bien Tolerada con Pocas Inyecciones y Minimos Eventos Adversos.

\* Por sus siglas en ingles: Indrogen Deficiency in the Julia Hale

\*\* Por ma signis en ingles: Prostatio "ipacific lintigen.





Levitra actúa rápido, restableciendo las características de una erección natural.

Levitra® permite a la pareja aprovechar el momento juntos.

Levitra® mejora la satisfacción sexual del hombre y la mujer.



### Restaura el desempeño

evitra<sup>1)</sup> Comprimidos recubientos comerciendo Sing, 10 mg y 20 mg de Vardenafii

disación: Tratamiento de la disfunción erectif lincapacidad de logiar o mantener una exección suficiente para un desempeño sexual satisfactorios. Dosficación La átisio de inicio recomendada en de 10 mg tomados según cesidad aproximadamente 25-60 minutos ames de la actividad resual. En trabajos clínicos, Vardenalil demostro ser eficacial sex administrado hasta 4 n 5 honas antiro de la actividad sexual. Basado en la eficacia y tolerabilidad, dossi puede incrementaria a 20 mg o restacirse a 5 mg. La frecuencia maxima de dosficación recomendada es de una vez por día. La dosis maxima recomendada es de 20 mg una vez al día. Se deberá considerar una dasis de cio de 3 mg en papientes mayores de 61 años. En papientes con deterioro hepatico moderado (Chiid-Pugh B), se recomienda una dosis de micio de 5 mg, la cual posteriormente puede aumentaria hasta una dosis máxima de mg basado en la tolerabilidad y eficacia LEVITRA\* puede administrarse con o sin alimentos. Se requiere de la estimulación sexual para una respuesta natural al tratamiento.

entraindicaciones: rispersensibilidad a cualquiera de los componentes del literracio, en pucientes tratados concomitantemente con nitratos o donantes de oxido nático así como con inhibidores de la VIM Protessa tales como

Nertencias y Precaudenes: Se deberá considerar el status cardioussoular Los pacientes con obstrucción del ficip de salida ventricular loquiendo pueden ser sensibles a la accion de los vesodilatadores incluyendo los innibidores la ficio destrussa. Tipo 5 Los pacientes con prolongación QT congentra sundicione QT protongados y aquellos que están inclidendo medicamentos de la Clase I A y III de los uniformitmos, deberán evitar el uno de LENTRA? No recomienda el uso en pacientes con deservon hepático sessera, ambiente del accidente vescular o infante publición de los altimos 6 menes, ambien a respaísir, y tractorios infantes degenerativos hameditarios conocidos tales como retinitis pigmentosa. Los pacientes con deformación anatomica del pene trales como publición. Fibritas careminas o enfermedad de Reyronies o en pacientes que presentar condiciones que podrían prendisponerios a propierras trales como aniema falciforme. Seucentra y mieliona multiplei, deberán ser tratados conspisos. Procesos estados en combinación con otros tratamientos para la disfunçion enechi. Se requiere de aportes en la dosficación si se administrar concomicamentes altabloqueantes, entromicina, ketoconazol o porque de nuevos datos, en combinación con alfabioqueantes, y del surderufía, la administración simultárica de armatos formación con altabloqueantes, no deberá excedense la doscinación si multiples de armatos formación que interes con trastomos de sangrado o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de sangrado o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de sangrado o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de sangrado o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de sangrado o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de construiros de sangrados personados en securiros de construiros de sangrados o vicios péptica activa deberá efectuante de construiros de con

ctos colaterales: Dulos de cabeza, bochomos, dispegsia, nausas, mareo, nomo, edema façual reacciones profospendad, fumbago, hipertensión pruetas anormales de la función hepática, incremento en GGT, creatinquima elevada, mulgia, somnolença. Dispea, visión alterada, lagreneo, priapismo (incluyendo execciones profosgadas y dolorosas), reacción anafilicado incluyendo edema lasingess, angina pectoria, hipotensión, inquemia al sel emplos de inhibidores de la fusiodiesterasa tipo 5, incluido Levitra. Esta patidogia provoca una disminución de la visión e incluso la perdida permanente de éria. La mayoría de estos pacientes, anatomicos o vacculares, milacionados con el desarrollo de la 1006A, incluyendo: cociente exclusición/pupila reducida, edad superior a 50 años, diabetes, hipertensión, enfermedad commana, infinicas subjacertas del paciente o incluso con una combinación de estos o de otros factores. Se han descrito cavos inflados de infinidoses de la lociso (MI) en asociación temporal con una combinación de estos o de otros factores. Se han descrito cavos inflados de infanto de masociación (MII) en asociación temporal con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular subyacente del paciente o con una combinación de vardenallo con la actividad sexual, con la enfermedad cardinoscoular

### sentaciones:

tra<sup>n</sup> 5 mg: Cija x 2 comprimidos

tera\* 10mg: Caja x 1 comprimido, Caja s 2 comprimidos y Caja s 4 comprimidos.

tra® 20 mg: Eijir x 2 comprimidos er Schering Pharma AG, Alemania

www.levitra.cl