CAU PERÚ 2026

SIUP
Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica

Índice Abstracts

SIUP

Índice de autores

Autor	Trabajos
Abdenur, Constanza	S-O-13 S-O-35 S-O-37
Achaval, Mora	S-O-01 S-O-13 S-O-35 S-O-37
Acquisgrana, Alejandro	S-O-48
Acuña, Carolina	S-O-40
Águila, Felipe	S-V-15
Aguilar Torres, Fernando	S-O-32 S-P-09 S-P-17
Aguilar Torres, Fernando Humberto	S-P-21
Aguilar, Anzures	S-P-22
Alberti, Danel	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-63 S-V-13
Alberti, Waldemar Danel	S-O-62
Alonso, Guillermo	S-P-14
Alston, Celeste	S-O-11 S-O-28 S-O-33 S-O-34 S-O-49
Altamirano, Santiago	S-O-44
Andrade, David	S-O-20 S-O-45
Angulo Hernandez, Karely	S-P-09
Angulo, Jose María	S-O-23 S-O-51
Anselmini Accorsi, Catharina	S-O-16 S-O-61
Arboleda, Jenny	S-O-48
Arce, Claudio	S-V-03
Arenas Norton, Ignacio	S-O-04 S-O-12 S-O-39 S-O-55 S-V-13
Arenas, Ignacio	S-O-02 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-62 S-O-63
Arias, Santiago	S-P-06
Armenta Tapia, Valeria E.	S-O-47
Asen, Leandro	S-V-13
Barroso Sacoman, Debora	S-O-64
Barroso, Ubirajara	S-O-06
Bastias Campos, Camila	S-V-09
Bastías, Camila	S-V-15
Baydilli, N	S-O-22
Baydilli, N.	S-O-19
Becerra-Dorado, Carlos Eduardo	S-P-07
Berberian, Leandro	S-O-01 S-O-13 S-O-35 S-O-37
Betancor, Chelsy Lasso	S-O-48
Blain, Otilia	S-O-02 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-62 S-O-63 S-V-13
Blain, Otilia Eva	S-O-04 S-O-55
Bolaños Gomez, Andrea	S-O-43
Bolaños, Andrea	S-O-27 S-O-38 S-O-54 S-O-60 S-P-19

Autor	Trabajos
Bortagaray, Juan	S-O-31 S-O-41
Brook, Colin	S-O-41
Bujons, A	S-O-19 S-O-22
Burek, Carol	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-63 S-V-13
Burek, Carola	S-O-62
Burgos, Laura	S-O-23 S-O-51
Buson Filho, Hélio	S-O-21
Bustamante, Paz	S-O-48
Cáceres Torres, Onice	S-P-15
Cáceres, Emilia	S-O-24 S-P-05
Cadena González, Yair Alexander	S-V-04
Cadena, Yair	S-O-20 S-O-25 S-O-45 S-O-52
Calle-Gómez, Margarita María	S-P-02
Calleja Aguayo, Elena	S-O-05 S-O-29 S-O-30
Cardenal Alonso-Allende, Teresa	S-O-42 S-P-11
Casal, Isabel	S-O-33
Castellani, D	S-O-22
Castellani, D.	S-O-19
Cavazos, Castro	S-P-22
Celis, Soledad	S-V-12
Cerón, Nájera	S-P-22
Cesarato, Laura	S-P-14
Chang Valdez, Carlos Eloy	S-V-01
Chaudhri, Eman	S-O-10 S-O-46 S-O-48 S-O-50 S-O-52
Chipa Beizaga, Wendy Matilde	S-V-01
Cisternas, Valentina	S-P-04 S-P-16
Coleman, Robert	S-O-41
Contreras, Pablo	S-O-18
Correa, Ramon	S-O-40
Cortes, Maria Alejandra	S-O-38
Creixell, Abril	S-O-56
Crespo, Hugo	S-P-18
Cristancho-Olaya, Guiselle Alexandra	S-P-02
Cristina Buzato Broch, Flávia	S-O-21
Cuevas, Alpuche	S-P-22
De Badiola, Francisco	S-O-18 S-V-11
De León, Siviardo	S-O-11 S-O-28 S-O-49
de Souza Britto, Alissa Fernanda	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
deBadiola, Francisco	S-P-14
Delgado Mendoza, Efrén	S-P-22

Autor	Trabajos
Demerci, D	S-O-22
Demirci, D	S-O-19
Di Benedetto, Victor	S-O-63
Diaz Bertiller, Nicolas	S-P-14
Díaz Pardo, Mario	S-O-09 S-P-13
Diaz Zabala, Luciana	S-O-63
Diaz, Nicolas	S-O-18 S-V-11
Djendov, Florin	S-O-52
Dorantes Loya, Juan Manuel	S-O-03
dos Santos Moreira de Café Fernandes, Jéssica	S-O-21
Dueñas-Dasilva, Juan Carlos	S-P-07
Durán, Manuela	S-O-25
Echeverria, José	S-O-24 S-O-26 S-O-59 S-P-05 S-P-06
Escala, José	S-O-52
Escribano Pons, Miquel Angel	S-O-29 S-O-30
Estors Sastre, Blanca	S-O-05 S-P-03
Fadil, Jose Luis	S-O-48
Falke, Germán	S-O-01 S-O-13 S-O-35 S-O-37
Fares, Ali	S-O-38
Fernández Bautista, Beatriz	S-O-23 S-O-51
Fernández Córdoba, María Soledad	S-V-17
Fernández, Beatriz	S-O-52
Figueroa Gutiérrez, Luis Mauricio	S-V-05
Figueroa-Gutiérrez, Luis Mauricio	S-O-08 S-P-02 S-P-07
Figueroa, María Solange	S-V-12
Finsterbusch, Carlos	S-O-53 S-V-15
Flores, Janitza	S-O-33
Fontanet-Jaime, Fabiola	S-P-24
Franco, Glenda Lucia	S-O-36
Fuligni, D	S-O-19
Gallegos, Diego	S-O-24 S-O-26 S-P-05 S-P-06
Gálvez Salazar, Patricio Fernando	S-V-05
Gana, Renato	S-P-04
García-Aparicio, Luis	S-O-52
Garibaldi Bertoncello, Giullia	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
Garrone, Gilmar	S-O-64
Gauhar, V	S-O-19 S-O-22
Gómez, Andrés	S-O-52
Gomez, Lisbeth	S-O-11 S-O-28 S-O-34 S-O-49
Gomez, Pablo	S-O-54

Autor	Trabajos
Gomez, Yesica	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-62 S-V-13
Gomez, Yesica Ruth	S-O-63
Gonzáles Ledón, Fernando José	S-P-13
González Cordoba, María Paz	S-P-13
González Ledón, Fernando Jose	S-O-09
González Temprano, Nerea	S-O-42 S-P-11
González Vega, Marco	S-P-15
González, Andrés Augusto	S-O-25
González, Mariam	S-O-11 S-O-28 S-O-49
Gonzalez, Pablo	S-O-27 S-O-38 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Gonzalez, Pablo Emilio	S-O-43
Gonzalez, Vanesa	S-O-36
Guaman, Pablo	S-O-59
Guimarães Alves da Silva, Manoela	S-O-16 S-O-61
Gupta, Shubham	S-O-10
Heredia, Soledad	S-O-01 S-O-13 S-O-35 S-O-37
Hernández Anselmi, Esperanza	S-V-17
Hernández Calvarro, Ana Edith	S-O-05 S-O-29 S-O-30 S-P-03 S-P-23
Hernandez-Lemos, Luis Felipe	S-P-02
Hernández, Katherine	S-P-12 S-P-20 S-V-07 S-V-08
Hidalgo, Diana	S-V-03
Him, Génesis	S-O-34
Hockmuller Filho, Fabio Alberto	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
Idrovo, Monica	S-O-24 S-O-26 S-P-05 S-P-06
Imaz, Francisco	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-62 S-O-63 S-V-13
Israel, Samuel Dan	S-O-23
Jackson, Elizabeth	S-O-46
Jimenez, Alejandro	S-O-11 S-O-28 S-O-34 S-O-49
Jimenez, Cristina	S-O-46
Jimenez, R	S-O-22
Johanna, Ovalle	S-O-33
Jordan Balladares, Rafael Enrique	S-O-07 S-O-32 S-P-09 S-P-10 S-P-17 S-V-16
Jordan, Rafael	S-O-64
José de Freitas, Ronaldo	S-O-21
Keles, M	S-O-19 S-O-22
Kopacek, Criatiane	S-O-06
Korzin, Carolina	S-P-14 S-V-11
Lambraño, Rafael	S-O-34
Landa Juarez, Sergio	S-O-32 S-P-09 S-P-17 S-P-21

Autor	Trabajos
Lane, Rosie	S-O-41
Larios, Carlos	S-O-27 S-O-38 S-O-52 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Larios, Carlos Alberto	S-O-43
Larreina de la Fuente, Leire	S-O-42 S-P-11
Leal da Cruz, Marcela	S-O-64
León, Andrea	S-O-34
Letelier, Nelly	S-O-53 S-V-15
Lira, Javier	S-O-53 S-V-03
Lopez I, Felicitas	S-O-62
Lopez imizcoz, Felicita	S-O-15
Lopez Imizcoz, Felicitas	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-17 S-O-18 S-O-55 S-O-63 S-V-13
Lopez Imizcoz, Ignacio	S-O-39
Lopez Retama, Gustavo	S-P-13
Lopez, Pedro-Jose	S-O-10 S-O-46 S-O-48 S-O-50 S-O-52
Loza Meza, Mateo Luka	S-O-32
Luna Balderrama, Esteban	S-P-10 S-P-17 S-P-21
Macedo, Antonio	S-O-64
Macedo, Emanuelle	S-O-64
Machado Tavares, Patric	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
Malatini, Brenda	S-P-14
Maldonado Vega, María	S-O-03 S-O-47
Marchionatti, Sofía	S-O-13 S-O-35 S-O-37
Marenco Hernández, María Nidiam Lanuzca	S-O-03
Marijuán Sahuquillo, Verónica	S-V-17
Marín-Marmolejo, Miguel Ángel	S-O-08
Márquez González, Horacio	S-O-09
Martinez Leo, Bruno	S-P-17
Martínez Muñoz, Héctor Fabián	S-V-05
Martínez-Muñoz, Hector Fabián	S-P-07
Martinez, Gabriel	S-P-04 S-P-16
Massuqueto, Eliakim	S-O-06
Mercado, Pedro	S-O-18 S-O-36 S-P-14 S-V-11
Merino, Jenry	S-P-18
Mershon, J. Patrick	S-O-10
Miere, Carla	S-O-01
Moldes, Juan	S-O-10 S-O-46 S-O-48 S-O-50 S-O-52
Monasterolo, Paula	S-O-36
Moncada, Karen	S-V-03
Monroy, Gabriela	S-O-38
Montañés, Camila	S-O-27

Autor	Trabajos
Montenegro, Stephany	S-O-27 S-O-38 S-O-43 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Moratalla Jareño, Tania	S-V-17
Moreira, Antonio	S-O-51
Muñoz Del Rio, Lucero Stefani	S-P-08
Murillo Martin, Carlos Martin	S-V-01
Mushtaq, Imran	S-O-52
Nedbal, C.	S-O-19
Nome, Claudio	S-O-48
Noreña, Luisa	S-O-27 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Noreña, Luisa Fernanda	S-O-43
Nuñez, Felipe	S-P-16
O'Brien, Michael	S-O-41
Obery, Dana	S-O-52
Oliva, Agustina	S-O-18 S-P-14 S-V-11
Oliveira, Renan Timóteo de	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
Oliveros, Erna	S-P-04 S-P-16
Olmedo, Jaqceline	S-O-59
Orbegoso Celis, Luis José	S-V-01
Ordóñez, Javier	S-O-23 S-O-51
Orjuela Rodríguez, Camilo Alberto	S-V-04
Orjuela, Camilo	S-O-20 S-O-25 S-O-45 S-O-52
ormaechea, Edurne	S-P-14
Ormaechea, Maria	S-O-18 S-V-11
Orsini, Sandra	S-P-20
Ortiz, Ivan Dario	S-O-43
Ortiz, Rubén	S-O-23 S-O-51
Osorio-Toro, Sonia	S-O-08
Osorio, J.C.	S-O-22
Ottoni, Sergio	S-O-64
Ovalle, Johana	S-O-20
Ovalle, José R	S-P-12 S-P-20 S-V-07 S-V-08
Paez-Cortes, Johana	S-O-10 S-O-46 S-O-48 S-O-50 S-O-52
Parra, Anabella	S-V-11
Peña, Luis	S-P-12
Peñarrieta Daher, Alejandro Alberto	S-P-13
Pereyra Velásquez, Wilson Pedro	S-V-01
Pérez Correa, Citzielli Aseret	S-P-10 S-P-21
Perez-Bertolez, Sonia	S-O-48 S-O-52
Perez-Brayfield, Marcos	S-O-48 S-P-24
Pérez-Marchan, Marcos	S-P-24

Autor	Trabajos
Pérez, Yanel	S-P-12
Pinilla Saavedra, César	S-V-06 S-V-09
Pinilla, César	S-V-03
Podesta, Miguel	S-O-36
Porras, Maria Lucia	S-O-27 S-O-38 S-O-43 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Punte, Tomás	S-V-15
Quijano-Garzón, Jhoan Sebastian	S-P-07
Quintero, Wilyerson	S-O-34
Quiroz Guerrero, Javier de Jesús	S-O-03 S-O-47
Quiroz, Jorge	S-O-33
Quiroz, Y	S-O-22
Quiroz, Y.	S-O-19
Ragoori, D	S-O-22
Ragoori, D.	S-O-19
Ramírez Piqueras, María	S-V-17
Ramírez Ramos, Freddy	S-P-15
Ramírez Velázquez, Elias de Jesús	S-O-09 S-P-13
Ramirez, Elías De Jesús	S-V-10
Ramos García, José Luis	S-O-42 S-P-11
Ramos, Yna	S-O-06
Rebello Horta Görgen, Antônio	S-O-06 S-O-56 S-O-58
Recabal, Ximena	S-O-53 S-V-15
Reed, Francisco	S-O-40 S-O-48 S-O-53 S-V-14 S-V-15
Reina Iglesias, Yeison Andrés	S-O-20 S-O-45
Rico, Luis	S-O-18
Ríos, Alejandra	S-O-53 S-V-15
Rivera Pereira, Barbara	S-O-32 S-P-09
Rivera Pereira, Barbara María Yolanda	S-P-21
Rivera-Latorre, Diego Andrés	S-O-08
Rodríguez Laguna, Iker	S-O-42 S-P-11
Rodríguez, Jorge	S-V-03
Rojas Caicedo, María Daniela	S-V-04
Rojas-Ticona, Javier	S-O-42 S-P-11 S-V-17
Rojas, David	S-O-54
Rojas, Maria Daniela	S-O-20 S-O-45
Rojo, Diego	S-O-47
Román Félix, Paulina Lizeth	S-O-09
Román Moleón, Marina	S-O-42 S-P-11
Romano Albornoz, Monica	S-O-07
Romero Ruiz, Rosa María	S-P-23

Autor	Trabajos
Rosiere, Nicolás	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-62 S-O-63 S-V-13
Rosito, Tiago Elias	S-O-06 S-O-16 S-O-56 S-O-58 S-O-61
Ruiz, Javier	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-52 S-O-55 S-O-62 S-O-63 S-P-14 S-V-11 S-V-13
Russo, Daniel	S-O-01 S-O-13 S-O-35 S-O-37
Sager, Cristian	S-O-02 S-O-04 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-62 S-O-63 S-V-13
Sager, Cristian Roberto	S-O-12
Salomón, Anahí	S-O-13 S-O-35 S-O-37
Samnakay, Naeem	S-O-52
Sanchez, Giancarlo	S-O-59
Sanchez, Gisela	S-O-38
Sánchez, Sagastegui	S-P-22
Santafé, Jhonatan	S-O-27 S-O-38 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Santafe, Jonathan	S-O-43
Sarti, Brenda	S-O-01
Sepúlveda, Ximena	S-V-12
Serrano, Adolfo	S-O-20
Sierralta Born, María Consuelo	S-V-06 S-V-09
Sierralta, María Consuelo	S-V-03
Siffredi, Juan	S-O-63
Silva Ramos, Yna	S-O-21
Sinisterra-Diaz, Steven	S-P-02
Smiderle Bremm, Franciele	S-O-06
Solarte-Henao, Jorge Alexander	S-P-07
Solís, Ricardo	S-P-05
Somani, B.K	S-O-19 S-O-22
Somoza-Argibay, Ivan	S-O-44
Soto, Rodolfo	S-P-20
Soundarya, G	S-O-19 S-O-22
Tabei, Seyed Sajjad	S-O-10
Tiryaki, Sibel	S-O-52
Tobia, Ignacio	S-O-33
Tomaso, Malena	S-P-14
Tong, Ching Man Carmen	S-P-24
Torrado Franco, Manuela	S-O-43
Torrado, Manuela	S-O-27 S-O-38 S-O-54 S-O-60 S-P-19
Torres, Johana	S-O-26
Torres, Jualiana	S-O-43
Tosun, H	S-O-19 S-O-22

Autor	Trabajos
Traxer, O	S-O-19 S-O-22
Troncoso Solar, Bernardita	S-V-09
Troncoso, Bernardita	S-V-03
Trujillo Vidal, Jorge Hernán	S-V-05
Uscanga, Riojas	S-P-22
Uzares, Daniela	S-V-10
Vaddi, C	S-O-22
Vaddi, C.M.	S-O-19
Vagni, Roberto	S-O-18 S-P-14 S-V-11
Valenzuela López, Constanza Camila	S-O-05 S-O-29 S-O-30 S-P-03 S-P-23
Vargas, Alejandra	S-O-60
Vazquez Perez, David	S-O-32 S-P-09 S-P-21
Vázquez Perez, Davida	S-P-17
Veas, Matías	S-P-04 S-P-16
Vereecken, Sasha	S-O-48
Veroy, Elvis	S-O-11 S-O-49
Villacis, Domenica	S-O-59
Villalón Ferrero, Flor	S-O-42 S-P-11
Villena, Sofia	S-O-40
Wan, Ethan	S-P-24
Webb, Nathalie	S-O-41
Weil, Antonella	S-O-36
Weller, Santiago	S-O-02 S-O-04 S-O-12 S-O-14 S-O-15 S-O-17 S-O-18 S-O-39 S-O-55 S-O-62 S-O-63 S-V-13
Wilke, Alexandra	S-O-31 S-O-41
Yancovik, Francisca	S-O-53
Yankovic, Francisca	S-V-15
Yuen, S	S-O-19 S-O-22
Zalles Vidal, Cristian Rubén	S-P-13
Zambrano, Eduardo	S-P-05
Zambudio Carmona, Gerardo Antonio	S-O-57 S-V-02
Zambudio Munuera, Alberto	S-O-57 S-V-02
Zambudio-Carmona, Gerardo Antonio	S-O-44
Zambudio-Munuera, Alberto	S-O-44
Ziadeh, Hachem	S-O-50

S-O-01

¿Es posible diagnosticar una vejiga de alto riesgo en la vida prenatal?

Falke, G[(1)]; Achaval, M; Heredia, S; Berberian, L; Miere, C; Sarti, B; Russo, D

[(1)]Urologia Pediatrica, Hospital Universitario Austral. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El mielomeningocele (MMC) es la malformación congénita más frecuente del sistema nervioso central, y se asocia con alteraciones del tracto urinario inferior por compromiso de las raíces sacras. A pesar del avance de la cirugía fetal, muchos pacientes desarrollan disfunción vesical significativa. La identificación temprana de alteraciones vesicales en fetos con mielomeningocele puede permitir predecir la evolución urológica postnatal. El **objetivo** de este trabajo fue evaluar si parámetros obtenidos por resonancia magnética (RM) fetal, en especial el espesor parietal vesical, pueden predecir el riesgo urológico postnatal.
Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en una base de datos institucional de pacientes con mielomeningocele operados intraútero entre 2015 y 2025. De 120 pacientes intervenidos, se seleccionaron al azar 16 con resonancias prenatales completas (pre y postquirúrgicas). Se midió espesor vesical, dimensiones y volumen, y se correlacionaron con la evolución urológica postnatal.
Resultados: De los 16 pacientes analizados, 10 (62,5 %) presentaron vejiga de alto riesgo y 6 (37,5 %) de bajo riesgo. El espesor parietal >2 mm se asoció significativamente con vejiga de alto riesgo ($p = 0,001$). No hubo diferencias significativas en el volumen vesical ni en la edad gestacional postquirúrgica.
Conclusión: Este trabajo puede considerarse un estudio piloto exploratorio. El espesor parietal vesical fetal >2 mm en RM postquirúrgica podría utilizarse como marcador pronóstico temprano y reproducible de vejiga de alto riesgo postnatal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-02

¿Subestimamos la capacidad y sobreestimamos el riesgo? Llenado vesical fisiológico en la disfunción vesical infantil

Sager, C[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Alberti, D[(1)]; Burek, C[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Blain, O[(1)]; Arenas, I[(1)]; Imaz, F[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urologia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La urodinamia convencional (UDC), con llenado retrógrado artificial, sigue siendo el estándar para evaluar la seguridad vesical en la disfunción neurogénica del tracto urinario inferior (DNTUI) pediátrica. Sin embargo, la velocidad de llenado suprafisiológica y el entorno instrumentado pueden no reproducir el comportamiento vesical cotidiano, sobreestimando la actividad del detrusor e infraestimando la capacidad funcional real.
Objetivo: Comparar capacidad vesical, presiones de almacenamiento, hallazgos ecográficos y correlato clínico entre UDC y mediciones de presión con llenado espontáneo fisiológico (sin llenado retrógrado) en niños con DNTUI, y evaluar la reproducibilidad del método fisiológico.
Métodos: Estudio retrospectivo comparativo en pacientes pediátricos con vejiga neurogénica (predominio de mielomeningocele, ~80%; mediana de edad 12 años, rango 4–17). Se analizaron UDC, cartilla miccional y mediciones secuenciales con llenado fisiológico. Se registraron capacidad, PdetMax, DLPP y sobreactividad, junto con dilatación ecográfica del tracto urinario superior y variables clínicas (continencia, síntomas, origen de la incontinencia). Se aplicaron t-test pareado, Wilcoxon y McNemar según distribución.
Resultados: Se dispuso de 34 comparaciones pareadas. La capacidad por UDC fue significativamente menor que en la primera medición fisiológica (334,4 ± 210,8 vs 494,3 ± 218,2 mL; $p<0,001$), sin diferencia frente a la cartilla ($p=0,736$). La PdetMax fue menor en condiciones fisiológicas (mediana 35,5 vs 28,5 cmH_2O; $p=0,011$); DLPP y sobreactividad no difirieron. Ecográficamente, la dilatación del tracto superior pasó de 18/34 (53%) en UDC a 16/34 (47%) en la medición fisiológica; entre los dilatados en UDC, un tercio (6/18, 33%) no mostró dilatación en condiciones fisiológicas. Clínicamente, 21/35 (60%) estaban continentes por cartilla y 19/33 (58%) asintomáticos; la incontinencia fue mayoritariamente no vinculada a esfuerzo (22/26). No hubo diferencias entre primera y segunda medición fisiológica (capacidad, PdetMax, DLPP, sobreactividad), apoyando la reproducibilidad del método.
Conclusiones: El llenado fisiológico evidenció capacidades mayores y presiones del detrusor menores que la UDC, con reproducibilidad entre mediciones y menor proporción de dilatación ecográfica. La UDC podría subestimar la capacidad funcional real y sobreestimar hallazgos de riesgo, mientras que las condiciones fisiológicas —integradas con ecografía y clínica— reflejarían mejor la dinámica cotidiana, preservando la evaluación de la seguridad de almacenamiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-03

Cambios en la dinamica de vaciamiento vesical en niños con Leucemia en tratamiento con Quimioterapia Intratecal.

Quiroz Guerrero, JdJ[1]; Marenco Hernández, MNL[2, 3]; Maldonado Vega, M[4]; Dorantes Loya, JM[5]

[1]Urología Pediatrica, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Mexico. [2]Urología Pediática, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, México. [3]Urología Pediátrica, Hospital Infantil de Nicaragua. Managua, Nicaragua. [4]Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Leon, Guanajuato. [5]Hematología pediátrica, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Leon, Mexico.

Introducción. La quimioterapia intratecal (ITCT) es un componente estándar del tratamiento de la leucemia infantil e implica el uso de metotrexato, citarabina, vincristina y dexametasona para proteger el sistema nervioso central (SNC) y las gónadas. Este tratamiento puede afectar al sistema nervioso autónomo que vincula la vejiga con el control cerebral. **Material y métodos** : En este estudio se realizó una uroflujometría en niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA) para evaluar el efecto de la ITCT en la dinámica vesical. Métodos: El estudio incluyó a 26 niños con LLA sometidos a ITCT y a 21 niños en un grupo de control. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y el asentimiento de los niños (en el caso de los mayores de 8 a 10 años). El protocolo fue autorizado por los comités de investigación y ética del hospital. **Resultados**: Los niños con LLA presentaron tiempos de micción más cortos y una capacidad vesical reducida en comparación con el grupo de control, lo que permitió identificar una hiperactividad vesical. La ITCT influyó en el vaciado vesical; un mayor número de dosis de ITCT se correlacionó con una micción rápida (hiperactividad). El grupo de control mostró anomalías miccionales asociadas a malos hábitos de micción. **Conclusiones**: La ITCT repercute significativamente en el vaciado vesical de los niños con LLA. **Palabras clave:** Uroflujometría, escolares, leucemia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-04

Fenotipos videourodinámicos del remodelado vesical persistente tras la ablación de válvulas de uretra posterior

Blain, OE[(1)]; Sager, C[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Burek, C[(1)]; Alberti, D[(1)]; Arenas Norton, I[(1)]; Imaz, F[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urología, Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La disfunción vesical persistente tras la ablación de válvulas de uretra posterior (VUP) permanece insuficientemente caracterizada, en particular respecto a los fenotipos videourodinámicos (VUD). El seguimiento suele centrarse en la disfunción miccional, mientras el remodelado vesical continúa subreconocido.
Objetivos: caracterizar patrones VUD basados en fenotipos funcionales tras la ablación de VUP, analizar su relación con variables clínicas y de laboratorio y proponer un algoritmo de manejo estructurado.
MATERIALES Y METODOS: Análisis retrospectivo de 17 niños con VUP evaluados con VUD tras la ablación valvular. Se clasificaron integrando capacidad vesical (Cv), Cv/EBC, compliance, presión de llenado, sobreactividad detrusoriana (DO), reflujo vesicoureteral (RVU), residuo posmiccional (RPM) y presión miccional (Pm). El patrón de alto riesgo se definió como ≥2 hallazgos VUD anormales. Los fenotipos se correlacionaron con infección del tracto urinario (ITU), creatinina sérica (Cr) y filtrado glomerular (FG) post-ablación y se estimaron asociaciones.
RESULTADOS: La mediana de edad al momento de la VUD fue de 14,6 meses. La Cv/EBC fue del 1,33 sugestiva de un remodelado vesical temprano. Los fenotipos predominantes fueron: vaciado ineficiente (82%), micción de alta presión (71%), baja compliance (44%) y RVU (41%). El 82% de los pacientes presentó patrón VUD de alto riesgo. Clínicamente, un 29% presentó ITU post-ablación, Cr: 0,55 mg/dl (RIC 0,38–0,61) y FG: 67 mL/min/1,73m² (RIC 44–78; n=6). El fenotipo VUD asociado a RVU fue el único vinculado significativamente a peor perfil clínico: mayor Cr (1,01 vs 0,41 mg/dl; p=0,035) y mayor tasa de ITU (57 % vs 9 %; p=0,047). Compliance, presión miccional, vaciado ineficiente y patrón de alto riesgo no se asociaron significativamente con ITU, Cr ni FG, aunque la presión de llenado tendió a correlacionar con Cr (rho=+0,42; p=0,097).
CONCLUSIONES: El remodelado vesical persistente tras la ablación de VUP se caracteriza predominantemente por disfunción del vaciado. El fenotipo asociado a RVU identifica al subgrupo de mayor riesgo renal e infeccioso. Proponemos un algoritmo VUD orientado por fenotipos (quimioprofilaxis, anticolinérgicos, α-bloqueantes, cateterismo intermitente y drenaje nocturno) para optimizar la vigilancia individualizada.
PALABRAS CLAVE: videourodinamia; válvulas de uretra posterior; remodelado vesical.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-05

Implementación de mejoras en el estudio videourodinámico en pacientes pediátricos

Valenzuela López, CC[1, 2]; Calleja Aguayo, E[3]; Estors Sastre, B[1, 2]; Hernández Calvarro, AE[1, 2]

[1]Sección de Urología Infantil, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [3]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Navarra. Pamplona, España.

Introducción
La videourodinamia permite una evaluación funcional y anatómica simultánea del tracto urinario inferior. Presentamos los resultados de la implantación de un nuevo protocolo de videourodinamia pediátrica basado en la realización del estudio en sedestación, la obtención sistemática de proyecciones laterales y la realización de la prueba por el equipo de Urología asistido por técnicos de radiología.
Material y métodos
Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos sometidos al nuevo protocolo entre junio de 2022 y abril de 2024. Las modificaciones introducidas incluyeron la realización del estudio en sedestación, el uso de flujometría y la obtención sistemática de imágenes fluoroscópicas laterales durante las fases de llenado y vaciado. El procedimiento fue realizado íntegramente por el equipo de Urología.
Resultados
Se realizaron 18 de los 20 estudios programados. La mediana de edad fue de 8,6 años (RIQ: 7). Las indicaciones fueron seguimiento de vejiga neurógena o ampliación vesical en 6 pacientes (33,3%), infecciones urinarias asociadas a síntomas del tracto urinario inferior y/o reflujo vesicoureteral en 9 (50%) y otras indicaciones en 3 (16,7%).
Solo un paciente precisó sedación con óxido nitroso. La fase de llenado fue patológica en el 33,3% de los estudios. La fase de vaciado no pudo valorarse en 3 pacientes, fue patológica en 11 y normal en 4. Se identificaron hallazgos fluoroscópicos patológicos en el 83,3% de los casos.
Los estudios fueron concluyentes en 16 pacientes (88,9%), motivando modificaciones del tratamiento médico en 11 (61,1%) y del tratamiento quirúrgico en 8 (44,4%). Se registraron complicaciones en 3 pacientes (16,7%): una infección urinaria con hematuria y dos extravasaciones de contraste relacionadas con accesos suprapúbicos. Tras la fase inicial de implementación fue posible reducir el personal necesario de cinco a tres profesionales.
Conclusiones
La realización de videourodinamia pediátrica en sedestación, con proyecciones laterales sistemáticas y control directo por Urología mediante telemando radiológico, es factible y proporciona estudios concluyentes en la mayoría de los pacientes. Esta estrategia facilita la interpretación de alteraciones anatómicas y funcionales complejas y tiene un impacto relevante en la toma de decisiones terapéuticas.
Palabras clave: Videourodinamia; fluoroscopia; tracto urinario inferior.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-06

Age at feminizing genitoplasty and functional outcomes in girls with congenital adrenal hyperplasia

de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; Ramos, Y[(1)]; Smiderle Bremm, F[(2)]; Oliveira, RTd[(1)]; Machado Tavares, P[(1)]; Kopacek, C[(3)]; Rebello Horta Görgen, A[(1)]; Massuqueto, E[(4)]; Barroso, U[(4)]; Rosito, TE[(1)]

[(1)]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. [(2)]Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Porto Alegre, Brasil. [(3)]Serviço de Endocrinologia, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Porto Alegre, Brasil. [(4)]Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Brasil.

Introduction:
The optimal timing of feminizing genitoplasty in congenital adrenal hyperplasia (CAH) remains controversial. Long-term outcomes include not only urinary function but also genital sensitivity, cosmetic perception, gender identity and quality of life. This study evaluated whether age at surgery was associated with long-term functional outcomes.
Material and methods:
A cross-sectional study included 36 girls with CAH who underwent feminizing genitoplasty. Evaluation comprised Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS), genital sensory testing, Pediatric Assessment of Cosmetic Evaluation-Female (PACE-F), Gender Identity Questionnaire (GIQ) and Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL). Comparisons were performed using Mann-Whitney and Fisher's exact tests. Associations were evaluated using Spearman's correlation and ROC analysis. Significance was established at $p<0.05$.
Results:
Abnormal DVSS was identified in 38.2% of patients. Among all evaluated outcomes, only voiding symptoms demonstrated a significant association with age at surgery. Patients with normal DVSS underwent surgery at an older age than those with abnormal DVSS (median 5.79 vs. 2.00 years; $p=0.003$). ROC analysis demonstrated good discriminatory performance of age at surgery for abnormal DVSS (AUC=0.80; $p<0.001$). In this cohort, an age at surgery of ≤5 years was identified as the optimal threshold, yielding 100% sensitivity and 55% specificity ($p=0.002$). Age at surgery showed a weak positive correlation with cosmetic evaluation (PACE-F; $r=0.35$; $p=0.045$). No significant associations were observed between age at surgery and genital sensitivity, gender identity (GIQ) or quality of life (PedsQL). Likewise, Prader severity was not associated with urinary symptoms, genital sensitivity, cosmetic evaluation or quality-of-life outcomes.
Conclusions:
In this cohort, surgical timing was associated only with voiding symptoms, whereas genital sensitivity, gender identity, cosmetic evaluation and quality of life were not significantly associated with age at surgery. These findings suggest that long-term sensory and psychosocial outcomes appear independent of surgical timing within this cohort, while urinary symptoms deserve further investigation. Because of the cross-sectional design, limited sample size and the wide age range at postoperative assessment, although all patients had completed toilet training before DVSS assessment, these findings should be interpreted as exploratory and hypothesis-generating. Larger prospective studies are required to confirm these observations.
Keywords: Congenital adrenal hyperplasia; Feminizing genitoplasty; Dysfunctional voiding

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-07

Cuando las derivaciones convencionales no son una opción: derivacion ventriculovesical en hidrocefalia pediátrica compleja

Jordan Balladares, RE[(1)]; Romano Albornoz, M[(2)]

[(1)]Urología Pediátrica, IMSS Bienestar. CDMX, Mexico. [(2)]Neurocirugia Pediátrica, IMSS Bienestar. CDMX, Mexico.

Introducción y objetivo

La derivación ventriculoperitoneal constituye el tratamiento estándar para la hidrocefalia pediátrica; sin embargo, algunos pacientes presentan complicaciones que condicionan el agotamiento progresivo de los sitios convencionales de drenaje distal. La derivación ventriculovesical es una alternativa excepcional y poco reportada en la literatura contemporánea. El objetivo es describir la factibilidad y evolución clínica de una derivación ventriculovesical como procedimiento de rescate en un paciente pediátrico con hidrocefalia compleja y falla de los sitios habituales de derivación.

Presentación del caso

Paciente masculino de 1 año de edad con antecedente de absceso cerebral, epilepsia, encefalopatía parietofrontal izquierda e hidrocefalia supratentorial dependiente de derivación de líquido cefalorraquídeo. Presentó fracaso secuencial de los sitios convencionales de derivación debido a complicaciones infecciosas y trombóticas, imposibilitando su reutilización. Ante la ausencia de una cavidad peritoneal funcional y el agotamiento de otras alternativas distales, se realizó derivación ventriculovesical mediante un abordaje multidisciplinario entre Neurocirugía Pediátrica y Urología Pediátrica. Se empleó la modificación técnica de Ames, incorporando fijación del extremo distal mediante cuff de poliéster y anclaje a la mucosa vesical, con la finalidad de favorecer la estabilidad del catéter distal y disminuir el riesgo de migración.

Resultados

Posterior a más de seis meses de seguimiento, el sistema permanece funcional, sin datos clínicos de hipertensión intracraneal ni necesidad de revisiones quirúrgicas. No se han documentado infecciones urinarias, hematuria, litiasis vesical ni alteraciones metabólicas. El paciente mantiene adecuada producción urinaria, crecimiento satisfactorio y estabilidad neurológica. Continúa bajo profilaxis con nitrofurantoína y seguimiento multidisciplinario.

Discusión

La hidrocefalia compleja asociada al fracaso progresivo de derivaciones ventriculoperitoneales, pleurales y atriales representa un desafío terapéutico poco frecuente. La experiencia actual con derivaciones ventriculovesicales es limitada; sin embargo, este caso demuestra su potencial como alternativa cuando los sitios tradicionales han sido agotados. La modificación técnica empleada podría contribuir a mejorar la estabilidad del sistema y disminuir complicaciones mecánicas.

Conclusión

La derivación ventriculovesical puede constituir una opción eficaz de rescate en pacientes pediátricos con hidrocefalia compleja y agotamiento de sitios distales convencionales. La modificación técnica mostró adecuada funcionalidad, sugiriendo que puede representar una alternativa técnica reproducible que contribuya al manejo de casos futuros seleccionados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-08

Disección anatómica del nervio pudendo en fetos humanos y referencias aplicables a la técnica quirúrgica de Kelly.

Marín-Marmolejo, MÁ[(1)]; Figueroa-Gutiérrez, LM[(2)]; Rivera-Latorre, DA[(1, 3)]; Osorio-Toro, S[(1, 3)]

[(1)]Grupo Investigación Teblami, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [(2)]Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [(3)]Escuela de Ciencias Básicas, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Introducción.
Las disecciones anatómicas para el reconocimiento de la trayectoria del nervio pudendo provienen casi exclusivamente de estudios en adultos y los conceptos se extrapolan a los procedimientos pediátricos. En el tratamiento de los pacientes con el complejo de extrofia epispadias por la técnica de Kelly, uno de los principales retos tiene que ver con la preservación del componente vasculonervioso pudendo desde el canal de Alcock hasta el cuerpo cavernoso del pene o del clítoris. Este estudio describe el recorrido y las variaciones del nervio pudendo en fetos humanos y expone referencias anatómicas para dicha técnica.
Material y métodos.
Se llevó a cabo un estudio descriptivo mediante la disección anatómica en las regiones pélvica, isquiorrectal, perineal y genital de dos especímenes de fetos humanos sin anomalías congénitas de aproximadamente 16 a 20 semanas de gestación. Se documentó detalladamente el trayecto del nervio pudendo, sus relaciones topográficas, variaciones y zonas de potencial riesgo a través de registros fotográficos y de video.
Resultados.
Se caracterizó el trayecto del nervio pudendo en ambos fetos y la disposición de sus ramos terminales. Se describen las diferencias observadas entre el espécimen masculino y el femenino en el ramo dorsal terminal, adicionalmente, se realizó la toma de medidas morfológicas. Posteriormente, se realizó un análisis comparativo de las variaciones anatómicas encontradas con la literatura y el estado del arte, lo que permitió validar los hallazgos y contextualizarlos en el conocimiento científico existente.
Conclusión.
La simulación en el anfiteatro con especímenes humanos es una herramienta útil para la preparación quirúrgica en diferentes escenarios. La caracterización del trayecto del nervio pudendo en fetos, facilita el conocimiento anatómico que luego será aplicado durante la reparación del complejo extrofia epispadias por la técnica quirúrgica de Kelly, permitiendo la práctica en tejidos delicados que favorecen la adquisición de habilidades hápticas y el aprendizaje del uso de la magnificación.
Palabras clave: nervio pudendo, extrofia vesical, simulación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-09

Extrofia vesical clásica en México: ¿es posible un cierre primario exitoso sin osteotomía?: Experiencia de un centro de referencia pediátrico

Ramírez Velazquez, EDJ[(1)]; Román Félix, PL[(1)]; González Ledón, FJ[(1)]; Díaz Pardo, M[(1)]; Márquez González, H[(1)]

[(1)]Urología Pediatrica, Hospital infantil de México Federico Gómez. CDMX, México.

Introducción

La extrofia vesical clásica (EVC), la forma más frecuente del complejo extrofia-epispadias (CEE), es una malformación rara de la línea media (incidencia de 1 en 30,000–50,000 nacidos vivos) que compromete la pared abdominal, la pelvis ósea, el piso pélvico y los genitales externos. Su manejo requiere centros con experiencia y protocolos multidisciplinarios. En Latinoamérica la evidencia proviene principalmente de series de Brasil, Argentina, Chile y Colombia, con escasos reportes mexicanos.

Objetivo

Describir los resultados perioperatorios del cierre primario de EVC en un centro de referencia pediátrico mexicano.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EVC atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 2018 y 2026 sometidos a cierre primario.

Resultados

En nuestro centro se prefiere el manejo por etapas de la EVC, reservando procedimiento de Kelly para una segunda etapa. Se identificaron 43 pacientes con CCE; 19 correspondieron a EVC y en 11 se realizó cierre primario. Predominó el sexo femenino (73.7%); diagnóstico prenatal en 15.8%. La malformación asociada más frecuente fue anorrectal (31.6%). La edad promedio al cierre fue 11 días, con intervalo ingreso-cirugía de 7.8 días y tiempo quirúrgico promedio de 160 minutos. No se realizó osteotomía en ningún caso; en todos se logró afrontamiento púbico, predominando puntos cruzados tipo colchonero (54.5%). Se utilizaron catéteres ureterales en 100% de los casos y catéter transuretral en 72.7%. Se registraron complicaciones en 54.5%, principalmente infección del sitio quirúrgico y dehiscencia parcial; 1 paciente (9.1%) requirió reintervención, sin reingresos, con éxito del cierre inicial de 90.9%. La estancia promedio en UCIN fue de 13.3 días y la hospitalaria fuera de UCIN de 20.1 días.

Conclusión

El cierre primario de la EVC sin osteotomía fue factible en nuestro centro, con resultados perioperatorios en línea con protocolos contemporáneos, aunque con mayor frecuencia de complicaciones infecciosas que la reportada en series internacionales. El seguimiento a largo plazo será indispensable para completar la reconstrucción funcional de la vía urinaria y la continencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-10

Extrofia Vesical en la Edad Adulta: Cuantificación de los desenlaces a Largo Plazo Mediante Datos de la Vida Real

Tabei, SS[(1)]; Mershon, JP[(1)]; Chaudhri, E[(2)]; Paez-Cortes, J[(2)]; Moldes, J[(2)]; Lopez, P[(2)]; Gupta, S[(1)]

[(1)]Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center. Cleveland, USA. [(2)]Pediatric Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA.

Introducción
La extrofia vesical (EV) es una anomalía congénita poco frecuente que requiere reconstrucción compleja y conlleva secuelas que persisten hasta la edad adulta. Aunque los resultados pediátricos están bien descritos, la evidencia en adultos sigue siendo limitada. Utilizando la base de datos TriNetX, caracterizamos los resultados de salud en adultos con EV comparados con controles emparejados.

Métodos
Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes con emparejamiento por puntaje de propensión utilizando TriNetX (2006–2025). Se identificaron adultos (≥18 años) con EV aislada mediante códigos diagnósticos y de procedimiento y se emparejaron 1:1 con controles sin EV por edad, sexo y raza (2177 pacientes por grupo). Se evaluaron infección del tracto urinario (ITU), urolitiasis, enfermedad renal crónica (ERC), lesión renal aguda (LRA), trasplante renal, hernia, neoplasia urológica o colónica y ansiedad/depresión. Los resultados se compararon mediante razones de riesgo (RR) e intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados
Tras el emparejamiento, las cohortes fueron comparables. La edad media al primer registro fue de 32 años y el seguimiento promedio de 3,5 años. Los pacientes con EV presentaron mayor riesgo de ITU (28,7% vs. 5,0%; RR 5,6; IC 95%: 4,6–6,8), urolitiasis (18,3% vs. 2,0%; RR 9,0; IC 95%: 6,6–12,3), ERC (13,7% vs. 4,2%; RR 3,2; IC 95%: 2,5–4,0), LRA (6,3% vs. 2,5%; RR 2,4; IC 95%: 1,8–3,3), trasplante renal (2,3% vs. 0,5%; RR 4,6; IC 95%: 2,4–8,8), hernia (2,8% vs. 0,45%; RR 6,1; IC 95%: 3,1–11,8), fístula vesical/uretral (3,1% vs. 0%) y neoplasia urológica/colónica (3,4% vs. 0,6%; RR 4,9; IC 95%: 2,8–8,5) (todas p<0,0001). La creatinina sérica fue mayor en la cohorte EV (p=0,038), mientras que ansiedad/depresión fue menos frecuente (14,1% vs. 22,5%; p<0,001).

Conclusión
Este constituye el mayor estudio basado en datos de práctica clínica real de adultos con extrofia vesical. Nuestros hallazgos confirman y amplían la evidencia disponible, demostrando la elevada carga de morbilidad urológica y renal persistente. A medida que aumenta la supervivencia de estos pacientes, es fundamental reconocer estas secuelas y asegurar un seguimiento especializado y continuo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-11

Síndrome de Prune-Belly: experiencia de un centro terciario pediátrico. Serie de casos y evolución clínica en el Hospital Pediátrico de Alta Complejidad

González, M[1]; Veroy, E[2]; De León, S[2]; Gomez, L[3]; Jimenez, A[3]; Alston, C[3]

[1]Urología, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá, Panamá. [2]Urología, Hospital Regional Rafael Hernandez. Chiriquí, Panamá. [3]Urologia Pediatrica, Hospital Pediatrico de Alta Complejidad. Panamá, Panamá.

Introducción: El síndrome de Prune-Belly (SPB) es una enfermedad congénita poco frecuente caracterizada por la tríada de deficiencia de la musculatura abdominal, anomalías del tracto urinario y criptorquidia. Debido a su baja incidencia, la evidencia disponible proviene principalmente de series de casos. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, el manejo urológico y la evolución de pacientes con SPB atendidos en un centro terciario pediátrico de Panamá.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tipo serie de casos. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de SPB atendidos en el Hospital de Especialidades Pediátricas entre 2010 y 2026. Se recolectaron variables demográficas, antecedentes prenatales, hallazgos clínicos e imagenológicos, clasificación de Berdon, tratamiento médico y quirúrgico, función renal y evolución clínica.
Resultados: Se incluyeron cinco pacientes, todos del sexo masculino. Tres (60 %) presentaron la tríada clásica completa y dos (40 %) una presentación incompleta. El diagnóstico prenatal se estableció en dos pacientes (40 %). La hidronefrosis, la criptorquidia y las anomalías del tracto urinario estuvieron presentes en el 100 % de los casos. Cuatro pacientes (80 %) fueron clasificados como Berdon II y uno (20 %) como Berdon III. Todos requirieron al menos un procedimiento quirúrgico, incluyendo vesicostomía, ablación de VUP, reimplante ureteral, cistorreducción, orquidopexia y abdominoplastia. Las infecciones urinarias recurrentes se presentaron en los cinco pacientes. Al último seguimiento, cuatro pacientes conservaron función renal estable (tres con ERC G2 y uno con G1), mientras que un paciente evolucionó a ERC G5 con necesidad de terapia dialítica. Ningún paciente había recibido trasplante renal.
Conclusiones: El síndrome de Prune-Belly presenta una importante heterogeneidad clínica y requiere un manejo multidisciplinario individualizado. En nuestra serie predominó la clasificación de Berdon II y todos los pacientes requirieron intervención urológica. El seguimiento estrecho de la función renal y la corrección oportuna de las anomalías del tracto urinario son fundamentales para optimizar el pronóstico. Esta serie representa la experiencia de un centro terciario pediátrico en Panamá y aporta evidencia local sobre una enfermedad congénita infrecuente.
Palabras clave: síndrome de Prune-Belly; urología pediátrica; serie de casos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-12

Del cuidado intensivo neonatal a la disfunción vesical: factores de riesgo en la lesión medular espinal no traumática.

Sager, CR[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Burek, C[(1)]; Alberti, D[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(2)]; Lopez Imizcoz, F[(2)]; Blain, O[(2)]; Arenas Norton, I[(2)]; Imaz, F[(2)]; Weller, S[(2)]

[(1)]Urologia/Urodinamia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Urologia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:
La lesión medular espinal no traumática (LMENT) puede originarse en periodo perinatal y manifestarse con paraplejia y disfunción vesical neurogénica. Se asocia con antecedentes de prematurez (RNPT), bajo peso para edad gestacional (BPEG) y estancias prolongadas cuidados intensivos. Son pacientes en estado crítico, con intercurrencias, como poliglobulia y sepsis, que requieren múltiples intervenciones tales como cateterización umbilical y exsanguinotransfusión. El objetivo es describir el compromiso urológico e identificar factores de riesgo.

Material y métodos:
Estudio retrospectivo de menores de 18 años con LMENT que estuvieron internados en cuidados intensivos entre el 1988 y 2013 y luego presentaron síntomas del tracto urinario, como criterios de inclusión. Se excluyeron disrafismos espinales, malformaciones anorectovesicales. Se recopilaron datos antropométricos, evaluación neurológica, ortopédica y sus terapias. Se usó estadística descriptiva, pruebas no paramétricas para variables categóricas con test chi2 o la prueba de Fisher.

Resultados:
De 57 pacientes incluidos con LMENT, 80% eran RNPT, 91% tenían BPEG y a 26% se les realizó cateterización umbilical. Todos tenían paraplejia y 87% de tipo flácida. Imágenes espinales fueron normales en todos. En EMG y PESS fueron patológicos en 93 y 76% respectivamente. La urodinamia fue patológica en todos y la función renal estuvo alterada en 36%. En análisis univariado, exanguinotransfusión se asoció con alteraciones en vaciado (p:0.007) y sobreactividad detrusor (p: 0.015).Sepsis se asoció a alteración de función renal y acomodación vesical reducida (p:0.046, 0.006) respectivamente. Cateterización umbilical se asoció a ITU (p: 0.037) y poliglobulia a capacidad vesical reducida y sobreactividad (p: 0.021; 0.016) respectivamente. En el modelo multivariado, ITU tuvo múltiples asociaciones: sepsis (p: 0.0111), ARM (p: 0.0093), poliglobulia (p: 0.0039) y cateterismo umbilical (p: 0.0137). La capacidad vesical disminuida y la acomodación alterada se vincularon con exanguinotransfusión (p: 0.0482) y ARM (p: 0.0222), respectivamente. Sobreactividad vesical mostró relación con poliglobulia (p: 0.0243).

Conclusiones:
La LMENT del periodo neonatal, puede dejar como secuela un compromiso neurogénico vesical. Las variables alteradas del tracto urinario inferior pueden ser expresión secuelar de múltiples circunstancias e intervenciones de neonatos con estado critico y con expresión clínica que se descubre con el paso del tiempo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-13

Evaluando la severidad de la disfunción intestinal en pacientes neurogénicos

Salomón, A[(1)]; Marchionatti, S[(2)]; Heredia, S[(2)]; Abdenur, C[(2)]; Berberian, L[(2)]; Achaval, M[(2)]; Russo, D[(2)]; Falke, G[(1)]

[(1)]Urología Pediatrica, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Cirugia Pediátrica, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: Los pacientes con intestino neurogénico a menudo experimentan situaciones relacionadas con un déficit en el manejo de su constipación o incontinencia fecal, lo cual determina experiencias negativas y disminución de autoestima, asi como limitaciones en sus relaciones sociales, con consecuencias adversas en su integración, afectando trabajo, relaciones y escolaridad. El propósito de este estudio fue analizar la severidad de los síntomas de su disfunción intestinal, para en una segunda etapa, poder actuar para corregir o mejorar la sintomatología, mejorando su calidad de vida.
MATERIAL Y METODO: Revisión retrospectiva de base de datos de pacientes con intestino neurogénico tratados en nuestro centro. Recopilamos información de números telefónicos y correo electrónico. Se les solicito participar completando un cuestionario (Neurogenic Bowwel Dysfunction Score for the pediatric patient) de 15 preguntas pata evaluar severidad de disfunción intestinal (Kelly MS et al)
RESULTADOS:
Completaron el formulario 33 pacientes. La distribución por sexo fue similar. La mediana de edad fue de 6 años. El 70% califico su salud intestinal excelente, buena y muy buena, en el 80% la salud intestinal fue estable y no empeoro, el 70% requiere asistencia de terceros para su rutina de manejo intestinal, los síntomas de disfunción mas frecuentes fueron la distensión (20%), incontinencia (25%) y constipación (30%). El 45% de los pacientes tiene un score de Bristol Pediátrico 3. El 81% tuvo un score con disfunción leve, 12% moderado y 7% severo.
CONCLUSIONES:
La mayoría de los pacientes en seguimiento mostro una disfunción intestinal leve, de acuerdo al Neurogenic Bowwel Dysfunction Score for the Pediatric Patient. Este cuestionario nos ayudara a detectar aquellos pacientes que requerirán mayor soporte en su manejo y determinar los aspectos de su calidad de vida en relación a la función intestinal que se ven mayormente afectados.
Palabras clave: neurogénico - intestino - disfunción

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-14

Número de inyecciones de toxina botulínica como punto de inflexión hacia el fracaso terapéutico en vejiga neurogénica pediátrica refractaria

Sager, C[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Alberti, D[(1)]; Burek, C[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Blain, O[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Arenas, I[(1)]; Imaz, F[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urologia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:
La inyección intradetrusor de toxina botulínica A constituye una estrategia de segunda línea en niños con vejiga neurogénica refractaria al tratamiento anticolinérgico. Sin embargo, la respuesta a largo plazo es heterogénea y algunos pacientes progresan finalmente a cistoplastia de ampliación. El número de reinyecciones podría representar no solo intensidad terapéutica, sino también una trayectoria evolutiva hacia el fracaso reconstructivo.

Objetivo:
Evaluar la relación entre el número de inyecciones intradetrusor de toxina botulínica y la progresión a cistoplastia de ampliación en pacientes pediátricos con vejiga neurogénica refractaria.

Material y métodos:
Estudio retrospectivo de cohorte que incluyó 119 pacientes pediátricos con vejiga neurogénica tratados con toxina botulínica intradetrusor. Se analizaron edad a la primera inyección, número total de inyecciones, reinyecciones múltiples y progresión a cistoplastia de ampliación como marcador de fracaso terapéutico. Se exploraron trayectorias clínicas según el número de procedimientos y su relación con la necesidad reconstructiva. Analisis con Stata 16.

Resultados:
La edad media a la primera inyección fue 11,2 ± 3,4 años, con mediana de 11 años —IQR 9–13—. El número medio de inyecciones fue 2,0 ± 1,2, con mediana de 2 —IQR 1–3— y rango de 1 a 6 procedimientos. El 48,7% recibió una sola inyección, el 51,3% recibió ≥2 inyecciones, el 28,6% ≥3 y el 16,8% ≥4. En total, 28/119 pacientes —23,5%— requirieron cistoplastia de ampliación. La progresión a ampliación fue de 25,9% tras una inyección, 22,2% tras dos, y alcanzó su mayor proporción en el grupo con tres inyecciones —42,9%—. En contraste, fue menor en pacientes con cuatro inyecciones —6,3%— y no se observaron ampliaciones en los pequeños subgrupos con cinco o seis inyecciones. Este patrón sugiere la existencia de un fenotipo transicional/progresivo: pacientes inicialmente respondedores parciales, con pérdida progresiva de eficacia, remodelado vesical persistente y posterior fracaso terapéutico.

Conclusiones:
En esta cohorte, el mayor riesgo de progresión a cistoplastia se observó alrededor de la tercera inyección de toxina botulínica. Este hallazgo sugiere que tres inyecciones podrían representar un punto de inflexión clínico para identificar vejigas neurogénicas pediátricas con deterioro biomecánico progresivo y riesgo de fracaso terapéutico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-15

Predicción del compromiso renal en la vejiga neurogénica por espina bífida: un modelo y score de riesgo basado en variables urodinámicas y de imagen.

Sager, C[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Alberti, D[(1)]; Burek, C[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Blain, O[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Lopez imizcoz, F[(1)]; Arenas, I[(1)]; Imaz, F; Weller, S[(1)]

[(1)]Urologia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El compromiso renal es la principal morbilidad de la vejiga neurogénica secundaria a espina bífida. Pese al abordaje proactivo, un subgrupo progresa a daño renal, y las herramientas para anticiparlo de forma individualizada son limitadas. En línea con el paradigma de medicina de precisión aplicado a la urodinamia pediátrica, buscamos desarrollar un modelo predictivo simple y clínicamente aplicable.
Objetivo: Desarrollar y validar internamente un modelo predictivo de compromiso renal, y derivar un score de riesgo, a partir de variables urodinámicas y de imagen basales en niños con espina bífida.
Métodos: Cohorte retrospectiva de 129 pacientes con mielomeningocele (52% niñas) y cierre postnatal. La evaluación urodinámica basal se realizó durante el primer año de vida y la evaluación renal hacia los 5 años, con un seguimiento medio de 6,4 años (DE 2,4; rango 1,6–12,4). El desenlace —compromiso renal— integró enfermedad renal crónica establecida: DMSA renal patológico y presencia de proteinuria/albuminuria. Se evaluaron como predictores basales: riesgo urodinámico alto, DLPP ≥40 cmH_2O, reflujo vesicoureteral, dilatación de via urinaria >10 mm. Se ajustó una regresión logística penalizada (ridge), con selección de penalización por validación cruzada, estimación de odds ratios por bootstrap y validación interna. Se derivó un score de puntos entero.
Resultados: El compromiso renal afectó al 57% (73/129). Dos predictores resultaron independientes y significativos: DMSA patológico (OR 3,57; IC95% 2,02–5,99; p<0,001) y DLPP ≥40 cmH_2O (OR 2,71; IC95% 1,55–4,92; p=0,003). El reflujo (OR 1,54) y la dilatación de vía urinaria (OR 1,47) mostraron asociación no significativa. El modelo alcanzó un AUC aparente de 0,75 y 0,72 corregido, con aceptable calibración (Brier 0,20). El score de riesgo (DMSA +3, DLPP ≥40 +2, reflujo +1, hidronefrosis +1) estratificó el riesgo observado de compromiso renal en 38% (0–1 puntos), 70% (2–3 puntos) y 100% (≥4 puntos).
Conclusiones: El daño parenquimatoso establecido y la presión de almacenamiento elevada predicen de forma independiente el compromiso renal en la espina bífida. Un modelo penalizado simple, con discriminación aceptable, permite estratificar el riesgo individual mediante un score aplicable a la cabecera del paciente. Se requiere validación externa en una cohorte independiente antes de su implementación clínica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-16

Predictors of Bladder Augmentation in late-referred Patients with Myelomeningocele: The Role of Age at First Urodynamic Evaluation and Initial Urodynamic Risk

Oliveira, RTd[(1)]; Rosito, TE[(1)]; Machado Tavares, P[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; Guimarães Alves da Silva, M[(2)]; Anselmini Accorsi, C[(2)]

[(1)]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brazil. [(2)]Universidade Luterana do Brasil. Canoas, Brazil.

Introduction: Early proactive urological management has significantly improved long-term outcomes in patients with myelomeningocele. However, many patients are still referred to specialized pediatric urology centers years after birth, when irreversible bladder remodeling may have already occurred. Whether initial urodynamic risk stratification remains prognostic in this late-presenting population is poorly understood. We aimed to evaluate the association of age at first specialized urodynamic evaluation and initial urodynamic risk with a subsequent need for bladder augmentation.
Methods: We performed a retrospective cohort study including 40 adolescents and young adults with neurogenic bladder secondary to myelomeningocele who were referred late to a tertiary pediatric urology center and had not previously received a structured urological protocol. Patients underwent standardized urodynamic evaluation and were classified as low-, moderate-, or high-risk according to institutional risk stratification criteria. The primary outcome was augmentation cystoplasty during follow-up. Renal scarring at approximately 15 years of age was evaluated by DMSA scintigraphy. Kaplan–Meier analysis estimated augmentation-free survival according to urodynamic risk, and Cox proportional hazards regression was used to identify independent predictors of augmentation.
Results: The cohort included 40 patients, of whom 18 (45.0%) underwent bladder augmentation during follow-up. Patients with an initial high-risk urodynamic profile were significantly more likely to require augmentation than those with low or moderate risk (68.8% vs. 29.2%, RR 2.36, 95% CI 1.16–4.78, p = 0.014). Kaplan–Meier analysis demonstrated significantly shorter augmentation-free survival among high-risk patients (log-rank p = 0.025). In multivariable Cox regression, both initial high-risk urodynamic classification (HR 3.84, 95% CI 1.42–10.33, p = 0.008) and age at first urodynamic evaluation (HR 1.18 per additional year, 95% CI 1.06–1.31, p = 0.003) independently predicted progression to augmentation. Although renal scarring was more frequent among high-risk patients, this association did not reach statistical significance.
Conclusions: The initial urodynamic risk profile and the age at first specialized urodynamic evaluation independently predicted progression to bladder augmentation. These findings reinforce that delayed referral influences long-term bladder outcomes beyond the initial urodynamic phenotype, supporting early referral and standardized risk-based management even in healthcare systems where late presentation remains common.

Baseline characteristics according to bladder augmentation status

Characteristic	No augmentation (n = 22)	Augmentation (n = 18)	p-value
Male sex, n (%)	16 (72.7)	7 (38.9)	—
Age at first urodynamic evaluation, years	8.0 ± 5.0	9.9 ± 4.2	—
Initial urodynamic risk, n (%)			**0.043**
• Low	5 (22.7)	3 (16.7)	
• Moderate	12 (54.5)	4 (22.2)	
• High	5 (22.7)	11 (61.1)	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-17

Refractariedad terapéutica y compromiso renal en vejiga neurogénica por espina bífida: impacto de la categorización urodinámica inicial durante la primer década.

Sager, C[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Alberti, D[(1)]; Burek, C[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Blain, O[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Arenas, I[(1)]; Imaz, F[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urologia, Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:
Si bien el abordaje proactivo con cateterismo intermitente limpio y anticolinérgicos ha mejorado el pronóstico, un subgrupo de pacientes con espina bífida abierta desarrolla refractariedad terapéutica vesical y compromiso renal durante la infancia. La relación entre la categorización urodinámica inicial, la refractariedad al tratamiento y la evolución renal continúa siendo insuficientemente definida.

Objetivo:
Evaluar la asociación entre categorías urodinámicas iniciales de riesgo y la aparición de refractariedad terapéutica y compromiso renal en niños con vejiga neurogénica por espina bífida.

Material y métodos:
Cohorte retrospectiva, unicéntrico, en la que se incluyeron niños con mielomeningocele y cierre postnatal, seguidos hasta los 10 años. La videourodinamia inicial permitió clasificar a los pacientes en riesgos según proyecto UMPIRE; para análisis se reagruparon en Grupo A —alto riesgo— y Grupo B —riesgo bajo/intermedio—. Se evaluaron los outcomes: refractariedad a anticolinérgicos orales y compromiso renal crónico. Se aplicaron pruebas bivariadas, regresión logística, análisis de sobrevida y riesgos competitivos.

Resultados:
Se analizaron 88 pacientes; 55,7% fueron clasificados como Grupo A y 44,3% como Grupo B. La refractariedad terapéutica apareció en el 15% de la cohorte, con una mediana a los 10 años, comportándose como posible evento competitivo para el compromiso renal —sHR 1,71; IC95% 0,97–3,00; p=0,062—. El compromiso renal se identificó en 54 pacientes —61%— y fue más frecuente en el Grupo A: 66% versus 34% en Grupo B —p=0,031—. El alto riesgo urodinámico inicial se asoció con mayor probabilidad de compromiso renal en el análisis crudo —OR 2,6; IC95% 1,07–6,43; p=0,033— y ajustado —OR 2,99; IC95% 1,17–7,60; p=0,022—. La mayoría de los casos correspondió a ERC estadio I. La hidronefrosis estuvo presente en el 11%, con predominio en el Grupo A, mientras que alteraciones en DMSA y proteinuria se reportaron aun con TFG o ecografía renales conservadas.

Conclusiones:
En espina bífida, la refractariedad terapéutica vesical emerge hacia el final de la primera década de vida. El riesgo urodinámico alto inicial conserva valor pronóstico para compromiso renal, incluso bajo abordaje proactivo. La vigilancia debe integrar parámetros urodinámicos, DMSA y marcadores urinarios precoces, más allá de la creatinina, la TFG y la ecografía renal convencional.

Categorización urodinámica inicial al momento de aparición del compromiso renal

n: 88	Grupo A	Grupo B	p
Numero	49 (55,7%)	39 (44,3%)	
IPC patológico	8 (40%)	14 (21%)	0.085*
RAC patológico	7 (35%)	28 (42%)	0.587*
DMSA patológico	7 (41%)	18 (30%)	0.385*
HNF	5 (25%)	5 (7.5%)	0.044#
RVU	8 (16,6%)	-	-
Compromiso renal	36 (66%)	18 (34%)	0.031*

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-18

Capacidad predictiva de los scores de litiasis y las variables tomográficas preoperatorias sobre el éxito de la mini-nefrolitotomía percutánea pediátrica: estudio multicéntrico

Ruiz, J[1, 2]; Blain, O[1]; Diaz, N[2]; Rosiere, N[1, 3]; Lopez Imizcoz, F[1]; Imaz, F[1]; Arenas, I[1]; Alberti, D[1]; Sager, C[1]; Gomez, Y[1]; Burek, C[1]; Oliva, A[2]; Ormaechea, M[2]; De Badiola, F[2]; Mercado, P[2]; Rico, L[3]; Contreras, P[3]; Vagni, R[2]; Weller, S[1]

[1]Urología, Garrahan. Buenos Aires, Argentina. [2]Cirugia Pediatrica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina. [3]Urología Pediatrica, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivo
Según las guías de la American Urological Association (AUA) y la European Association of Urology (EAU), la nefrolitotomía percutánea constituye el tratamiento de primera línea para litiasis renales mayores de 2 cm. En pediatría, el aumento de los casos complejos hace necesaria la identificación de predictores preoperatorios que permitan estimar el éxito quirúrgico. El objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de diferentes scores de litiasis y variables tomográficas en pacientes pediátricos sometidos a mini-nefrolitotomía percutánea (Mini-Perc).

Materiales y métodos
Se analizaron retrospectivamente 94 pacientes menores de 18 años con litiasis renal >2 cm tratados mediante Mini-Perc con láser Holmium en tres centros de referencia. En la tomografía computada preoperatoria se evaluaron el número de cálices comprometidos, la densidad del cálculo (UH) y los scores de Guy, S.T.O.N.E., Stone Kidney Index (SKI) y SKS score. Se definió **stone-free** como ausencia de litiasis residual en la ecografía de control. Se realizaron análisis univariado, curvas ROC y regresión logística multivariada.

Resultados
La mediana de edad fue de 8,1 años (RIC 5,1–11,4) y el IMC de 17,6 kg/m² (RIC 15,5–21,8). El 18,1% presentaba malformaciones urológicas y el 59,6% cálculos coraliformes (31 completos y 25 incompletos). La tasa global de **stone-free** tras un único procedimiento fue del 52,1%. En el análisis univariado, el compromiso de más de tres cálices (p=0,0002), Guy Score >3 (p=0,0036), S.T.O.N.E. >10 (p=0,0035) y SKI >0,48 (p=0,0090) se asociaron significativamente con la necesidad de un segundo procedimiento. El número de cálices comprometidos mostró el mejor rendimiento discriminativo (AUC=0,715). En el análisis multivariado, la presencia de un cálculo coraliforme fue el único predictor independiente de fracaso tras un único procedimiento (OR=7,3). La tasa global de complicaciones fue del 9,7%.

Conclusiones
La Mini-Perc es un tratamiento seguro y eficaz para litiasis renales pediátricas complejas mayores de 2 cm. Los scores preoperatorios y las variables tomográficas permiten identificar pacientes con mayor riesgo de requerir múltiples procedimientos. El número de cálices comprometidos y la presencia de cálculos coraliformes fueron los principales predictores de fracaso, pudiendo optimizar la planificación quirúrgica y el asesoramiento preoperatorio.

Área bajo la curva ROC (AUC) de cada score pre-operatorio para predecir falla (no stone-free con un procedimiento)

Score	AUC	IC95% (bootstrap)	Punto de corte	Sensibilidad/ Especificidad
N° de cálices	0.715	0.600 – 0.821	≥ 3	60.0%/79.6%
SKI	0.680	0.536 – 0.800	≥ 0.58	47.4%/91.2%
STONE score	0.670	0.555 – 0.773	≥ 11	44.4%/89.8%
Guy's score	0.667	0.559 – 0.775	≥ 4	51.1%/81.6%
UH (densidad)	0.596	—	≥ 1000	74.4%/47.7%
SKS score	0.562	—	≥ 4	67.6%44.1%

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-19

Impacto de la localización de los cálculos en el polo inferior sobre los resultados de la ureterorrenoscopia flexible pediátrica: resultados de un estudio multicéntrico de la cohorte de Endourología de la EAU

Quiroz, Y[(1)]; Fuligni, D[(2)]; Baydilli, N[(3)]; Nedbal, C[(4)]; Tosun, H[(3)]; Demirci, D[(5)]; Keles, M[(6)]; Ragoori, D[(7)]; Yuen, S[(8)]; Vaddi, C[(9)]; Soundarya, G[(9)]; Traxer, O[(10)]; Castellani, D[(11)]; Somani, B[(2)]; Gauhar, V[(12)]; Bujons, A[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España. [(2)]Urology, 1University Hospitals Southampton, NHS Trust. Southampton, Reino Unido. [(3)]Urologia, 3Erciyes University Medical School. Kayseri, Turquia. [(4)]Urologia, 2Università Politecnica Delle Marche. Ancona, Italia. [(5)]Urologia, 5Uskudar University, Faculty of Health Sciences. Estambul, Turquia. [(6)]Urologia, 6Education and Research Hospital, Ordu University. Ordu, Turquia. [(7)]Urologia, Asian Institute of Nephrology and Urology. Hyderabad, India. [(8)]Urologia, 8S. H. Ho Urology Centre, The Chinese University of Hong Kong, Ma Liu Shui. Hong Kong, China. [(9)]Urologia, Preeti Urology and Kidney Hospital, Kukatpally. Telangana, India. [(10)]Urologia, 10Sorbonne University, Tenon Hospital. Paris, Francia. [(11)]Urologia, 11Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Polytechnic University delle Marche. Ancana, Italia. [(12)]Urologia, 14Ng Teng Fong General Hospital. Singapore, Singapore.

Introducción y objetivos
El tratamiento de los cálculos localizados en el polo inferior (PI) en pacientes pediátricos continúa siendo un reto debido a limitaciones anatómicas que pueden dificultar la eliminación completa de los mismos. Este estudio multicéntrico tuvo como objetivo evaluar el impacto de la localización del cálculo (PI frente a no PI) en los parámetros perioperatorios y en los resultados libres de litiasis tras ureteroscopia flexible (fURSL), así como identificar predictores independientes de éxito del procedimiento.
Materiales y métodos
Se realizó un análisis retrospectivo de 548 pacientes pediátricos sometidos a fURSL por urolitiasis entre en un lapso de 10 años en cuatro centros terciarios de referencia. Se recogieron datos demográficos, radiológicos, intraoperatorios y postoperatorios. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la localización del cálculo: PI vs no PI. La tasa libre de litiasis (TLL) se definió como el principal objetivo del estudio, como la ausencia de fragmentos residuales en la ecografía postoperatoria. Se realizo analisis univariante y multivariable.
Resultados
Se analizaron un total de 548 procedimientos (edad media: 8,7±5,1años). Los cálculos en PI fueron de menor tamaño. El tiempo operatorio fue significativamente mayor en los procedimientos con cálculos en PI (p=0,005). A pesar de una mayor tasa de procedimientos considerados libres de litiasis de forma intraoperatoria (71,0% vs 52,2%;p<0,001), la tasa libre de litiasis evaluada por ecografía fue inferior en los casos de PI (67,2% vs 81,5%;p<0,001). Los procedimientos con cálculos en PI también se asociaron a una mayor tasa de complicaciones (21,5% vs 13,3%; p=0,013), mayor necesidad de reintervención y mayor estancia hospitalaria. En el análisis multivariante, la colocación de un stent preoperatorio y un mayor tiempo operatorio fueron predictores independientes de ausencia de litiasis.
Conclusiones
En la fURSL pediátrica, los cálculos situados en PI no constituye un predictor independiente de la TLL. Por el contrario, la colocación de un stent preoperatorio y una mayor duración del procedimiento se asocian de forma independiente con una mejor tasa de eliminación de los cálculos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-20

Nefrolitotomía percutánea pediátrica: Resultados de éxito y seguridad en un centro de alta complejidad en Colombia

Reina Iglesias, YA[1, 2]; Rojas, MD[1]; Orjuela, C[1, 2]; Andrade, D[3]; Serrano, A[1]; Ovalle, J[1]; Cadena, Y[1, 2]

[1]Departamento de Urología pediátrica, Hospital de la Misericordia. Bogotá, Colombia. [2]Urología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [3]Coordinación de Investigación pregrado y semilleros, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción: La incidencia de urolitiasis pediátrica ha aumentado globalmente, alcanzando una prevalencia del 15%. Su asociación con alteraciones metabólicas y anatómicas eleva el riesgo de recurrencia y enfermedad renal crónica. La nefrolitotomía percutánea (NLPC) es una técnica mínimamente invasiva eficaz, con altas tasas de estado libre de cálculo (SFR), recomendada para litiasis complejas o de gran volumen. Ante la escasez de series reportadas en Latinoamérica, este estudio buscó evaluar la efectividad y seguridad de la NLPC pediátrica en un centro de alta complejidad en Colombia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes pediátricos con nefrolitiasis sometidos a NLPC entre 2023 y 2025 en un centro de alta complejidad en Colombia. Se realizó un análisis descriptivo de variables clínicas, radiológicas y operatorias. Los desenlaces principales evaluados fueron la SFR y la seguridad mediante clasificación Clavien-Dindo. Se efectuaron análisis bivariados y se evaluó la concordancia de la SFR según cirujano y ecografía con el coeficiente kappa.

Resultados: Se analizaron 24 NLPC. La mediana de edad fue de 9.5 años (RIQ 3.5-13.5). Con predominio masculino (70.8%) y lateralidad derecha (66.7%). El tamaño promedio del cálculo fue de 3.2 ± 1.5 cm, el coraliforme incompleto fue el más frecuente (50%). La relación cálculo/riñón promedio fue del 40 ± 20%. Se realizó punción en cáliz inferior en el 75% de los casos. El tiempo operatorio promedio fue de 127.2 ± 35.5 min y la estancia hospitalaria de 2.9 días. La SFR definida por cirujano fue de 92% frente a 35% reportada por ecografía (kappa: 0.097; acuerdo leve). El análisis bivariado mostró tendencia de más complicaciones a mayor relación cálculo/riñón. No hubo correlación significativa entre urocultivo prequirúrgico positivo y complicaciones, sepsis o requerimiento de UCI. La tasa de complicaciones fue de 50%, la mayoría Clavien Dindo I-II (66%).

Conclusiones: La NLPC en pediatría es un procedimiento complejo pero efectivo, con altas tasas de éxito según el cirujano. La baja concordancia con la ecografía plantea la necesidad de definir el método diagnóstico ideal para hacer el seguimiento postoperatorio sin incrementar la radiación.

Palabras clave: Nefrolitiasis, Nefrolitotomía percutánea, Pediatría.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-21

Outcomes of extracorporeal shockwave lithotripsy for renal stones in pediatric patients: initial experience

Silva Ramos, Y[(1)]; José de Freitas, R[(1)]; dos Santos Moreira de Café Fernandes, J[(1)]; Cristina Buzato Broch, F[(1)]; Buson Filho, H[(1)]

[(1)]Urologia Pediátrica, Hospital da Criança de Brasília. Brasília, Brasil.

Introduction:
Extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) is a minimally invasive treatment for nephrolithiasis. While this procedure is typically recommended for kidney stones measuring less than 2.0 cm. The aim of this study is to describe our initial experience using the Dornier Compact Sigma ESWL machine for the treatment of various types of pediatric kidney stones, including complex staghorn cases.

Methodology:
This is a retrospective, descriptive study of seven pediatric patients who underwent ESWL from July 2025 to July 2026 at the Pediatric Urology Department of the Children's Hospital of Brasília. We evaluated calculus characteristics, the number of sessions required, the stone-free rate (defined as fragments <4 mm), and postoperative complications.

Results:
Seven patients aged 1 to 16 years underwent ESWL (57% male, 43% female). Stones were located on the right side in 43% of cases; anatomically, 71% were in the renal pelvis, 14% in the middle calyx, and 14% in the inferior calyx. The average calculus density was 1,014 HU, and the mean stone size was 1.8 cm, which included two complex staghorn cases. Overall, four patients achieved stone-free status after a single session, two required a second session to become stone-free, and one patient did not respond to the treatment. All patients experienced transient dermal ecchymosis that resolved spontaneously. No major complications, such as urinary tract infections or subcapsular hematomas, were observed.

Conclusion:
Our preliminary results suggest that ESWL is a safe, minimally invasive procedure that may be effectively utilized beyond standard guideline recommendations regarding stone size, location, and complexity. Larger studies are warranted to expand the indications for this procedure in pediatric populations.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-22

TFL vs Ho:YAG en cirugía intrarrenal pediátrica: ¿mayor eficiencia o mayor efectividad? Estudio multicéntrico comparativo

Quiroz, Y[(1)]; Keles, M[(2)]; Demerci, D[(3)]; Baydilli, N[(4)]; Tosun, H[(4)]; Jimenez, R[(1)]; Osorio, J[(1)]; Ragoori, D[(5)]; Yuen, S[(6)]; Vaddi, C[(7)]; Soundarya, G[(7)]; Traxer, O[(8)]; Castellani, D[(9)]; Somani, B[(10)]; Gauhar, V[(11)]; Bujons, A[(1)]

[(1)]Urologia, Fundacion Puigvert. Barcelona, España. [(2)]Urologia, 6Education and Research Hospital, Ordu University. Ordu, Turquia. [(3)]Urologia, 5Uskudar University, Faculty of Health Sciences. Estambul, Turquia. [(4)]Urologia, 3Erciyes University Medical School. Kayseri, Turquia. [(5)]Urologia, 7Asian Institute of Nephrology and Urology. [(6)]Urologia, 8S. H. Ho Urology Centre, The Chinese University of Hong Kong, Ma Liu Shui. Hong Kong, China. [(7)]Urologia, 9Preeti Urology and Kidney Hospital, Kukatpally, Hyderabad. Telangana, India. [(8)]Urologia, Sorbonne University, Tenon Hospital. Paris, Francia. [(9)]Urologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Polytechnic University delle Marche. Ancona, Italia. [(10)]Urologia, University Hospitals Southampton, NHS Trust. Southampton, Reino Unido. [(11)]Urologia, Ng Teng Fong General Hospital. Singapore, Singapore.

Introducción y objetivos:
La ureteroscopia retrógrada intrarrenal (RIRS) desempeña un papel fundamental en el tratamiento de la litiasis renal pediátrica. A lo largo de los años, diferentes tipos de láser han adquirido relevancia en este contexto, destacando durante décadas el láser Holmium:YAG (Ho:YAG) y, más recientemente, el láser de fibra de tulio (TFL). En este estudio se pretende comparar la eficacia y seguridad del TFL frente al Ho:YAG en el tratamiento de la litiasis renal pediátrica mediante RIRS.

Materiales y métodos:
Se recopilaron datos retrospectivos de pacientes pediátricos tratados mediante RIRS en múltiples centros terciarios a nivel mundial. Se analizaron variables demográficas, parámetros quirúrgicos, características del láser, colocación de stent, uso de vaina de acceso ureteral y resultados libres de litiasis entre dos cohortes tratadas con láser Ho:YAG o TFL. Se aplicó regresión logística multivariante para identificar predictores independientes de la
tasa libre de litiasis (SFR).

Resultados:
Se analizaron 548 procedimientos de RIRS pediátrica (195 Ho:YAG y 353 TFL). La edad mediana y las características basales fueron comparables entre ambos grupos. Los cálculos tratados con Ho:YAG eran significativamente mayores, más frecuentemente múltiples y con mayor localización en el cáliz inferior (todos $p < 0,05$). Los tiempos operatorios y de láser fueron menores con TFL ($p < 0,001$), al igual que el consumo total de energía. Las complicaciones postoperatorias no mostraron diferencias significativas, aunque el grupo TFL presentó menor tasa de reintervenciones y menor estancia hospitalaria ($p<0,001$). El análisis multivariante mostró que el uso de Ho:YAG se asoció con mayores probabilidades ajustadas de alcanzar estado libre de litiasis (OR = 2,05; $p = 0,031$), probablemente en relación con una mayor complejidad de los casos tratados.

Conclusiones:
Tanto el láser TFL como el Ho:YAG consiguen tasas de éxito elevadas y comparables en la RIRS pediátrica. El TFL destaca por una mayor eficiencia quirúrgica, con menores tiempos operatorios y de láser, menor consumo energético y menos reintervenciones. No obstante, el Ho:YAG mantiene una mayor eficacia en los casos más complejos —litiasis de mayor tamaño, múltiples y de localización en polo inferior— logrando resultados equivalentes pese a una mayor carga de dificultad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-23

Ureterorrenoscopia flexible de un solo uso y bajo calibre en la litiasis pediátrica: experiencia preliminar ampliando los límites de las recomendaciones de la ESPU

Fernández Bautista, B[(1)]; Israel, SD[(1)]; Burgos, L[(1)]; Ortiz, R[(1)]; Ordóñez, J[(1)]; Angulo, JM[(1)]

[(1)]Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

Introducción: La ureterorrenoscopia flexible (URSf) de un solo uso se ha consolidado como una técnica eficaz para el tratamiento de la litiasis urinaria en adultos. En la población pediátrica, la disponibilidad de ureteroscopios de bajo calibre (<7 Fr) hafavorecido su utilización, aunque sus indicaciones continúan siendo limitadas según las recomendaciones de la ESPU. El objetivo de este estudio fue presentar nuestra experiencia inicial y valorar la aplicabilidad de dichas recomendacionessen la práctica clínica.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes pediátricos sometidos a litotricia láser mediante URSf de un solo uso entre 2023 y 2024. Se analizaron las características de los pacientes y de la litiasis, el tratamiento realizado, los resultados y las complicaciones.
Resultados: Se incluyeron 11 pacientes que requirieron un total de 15 procedimientos. La edad media fue de 9,5 años (rango: 2–16) y el tamaño mediano de la litiasis de 9 mm (rango: 5–27). El 40 % de las litiasis se localizaron en el cáliz inferior, el 40 % de los pacientes presentaban litiasis múltiples y el 20 % litiasis coraliformes. La composición más frecuente fue oxalato cálcico (46,7 %), seguida de cistina (33,3 %). La mayoría de los procedimientos se realizaron mediante litotricia con láser Holmium utilizando ureteroscopios flexibles de 7,5 Fr y vaina de acceso ureteral de 10–12 Fr. La estancia hospitalaria media fue de 1,2 días. El procedimiento fue exitoso en el 73,3 % de los casos, mientras que cuatro pacientes precisaron una nueva intervención por litiasis residuales >5 mm. Se registraron dos complicaciones (13,3 %), correspondientes a los grados I y III de Clavien-Dindo.
Conclusiones: La URSf de un solo uso constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la litiasis urinaria pediátrica, con buenos resultados en términos de recuperación y eliminación de cálculos, incluso en litiasis coraliformes o del cáliz inferior. Estos resultados respaldan la posible ampliación de las indicaciones actuales de la ESPU, si bien son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-24

Abordaje por Etapas en Hipospadias Complejos (STAC vs. STAG): Resultados Quirúrgicos y Evolución de la Estrategia Reconstructiva

Echeverria, J[(1)]; Gallegos, D[(1)]; Idrovo, M[(1)]; Caceres, E[(1)]

[(1)]QUITO, Ecuador.

Introducción: El tratamiento del hipospadias proximal complejo es un desafío reconstructivo mayor. Evaluamos los resultados comparados entre abordajes en dos (STAG) y tres etapas (STAC), analizando complicaciones y reencordamiento para sustentar la evolución de nuestra técnica quirúrgica basada en la experiencia y literatura científica.
Material y métodos: Se analizó una cohorte de 38 pacientes con anatomía compleja (2020-2023). Tras degloving y test de erección, una curvatura residual >10% determinó abordaje STAC mediante corporoplastia con túnica vaginal; caso contrario, se realizó STAG. Inicialmente estandarizamos injerto de mucosa oral para la neouretra y un flap de túnica vaginal como cobertura final sobre la tubularización. Ambos protocolos se respaldan con fotos y videos de alta calidad.
Resultados: El 60.5% (23 casos) requirió STAC y el 39.5% (15 casos) STAG. La morbilidad global fue 23.7% (9/38). El grupo STAC registró 13.0% de complicaciones (3/23 casos: estenosis, retracción y reencordamiento) frente al 40.0% del STAG (6/15 casos: fístula, estenosis, dehiscencia y retracción). El reencordamiento se asoció al fracaso en STAG (4/6 pacientes) versus un solo caso en STAC (1/3). El score HOPE fue significativamente menor con morbilidad. La baja curvatura residual en STAC demuestra la eficacia de la túnica vaginal para rectificar el eje. Sin embargo, las complicaciones generaron sospecha sobre el flap en la tubularización y la contracción de la mucosa oral, impulsando la supresión de coberturas constrictivas y la transición hacia tejido prepucial. Estos resultados clínico-quirúrgicos continúan bajo análisis activo en nuestro servicio, contamos con registros de los cambios en la técnica quirurgica.
Conclusiones: El abordaje STAC reduce complicaciones frente al STAG. El análisis de nuestra morbilidad es el motor de mejora. En la presentación expondremos, mediante material fotográfico y video, el paso a paso quirúrgico y los resultados tras nuestro cambio de técnica, orientados a optimizar la evolución y los resultados funcionales a largo plazo.
Palabras clave: Hipospadias, STAG, STAC.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-25

Curvatura mayor a 45 grados en hipospadias. ¿Cómo lo resuelvo?

González, AA[1]; Durán, M[2]; Orjuela, C[3, 4]; Cadena, Y[3, 4]

[1]Especialdad en Urología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [2]Especialidad en Urología, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. [3]Urología Pediátrica, Hospital La Misericordia HOMI. Bogotá, Colombia. [4]Urología Pediátrica, Fundación Cardioinfantíl. Bogotá, Colombia.

Introducción y objetivo: Las hipospadias es una de las anomalías congénitas más frecuentes en la infancia. En algunos casos se puede asociar a curvaturas peneanas severas. La corrección de curvaturas severas es un desafío quirúrgico, ya que las técnicas convencionales pueden provocar acortamiento peneano o recurrencias de hasta el 40%. En este contexto, el uso de la matriz extracelular (MEC) de submucosa intestinal porcina (SIS) surge como una alternativa para favorecer la regeneración tisular y brindar soporte estructural. El objetivo de este estudio es describir la experiencia clínica en el uso de la matriz SIS para la corrección de la curvatura peneana en dos centros de referencia en Colombia.
Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal que incluyó a todos los pacientes menores de 18 años con hipospadias y curvatura peneana tratados con matriz SIS entre 2020 y 2025 en Bogotá. La técnica quirúrgica estandarizada consistió en el denudamiento completo del pene, prueba de erección artificial para localizar el vértice de la curvatura y disección de la albugínea para incorporar el injerto de SIS (generalmente de 1-2 cm x 1-2.5 cm). Se analizaron variables demográficas, clínicas e intraoperatorias mediante estadística descriptiva.
Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con una mediana de edad de 2 años. El 57.2% presentaba meato de localización escrotal y la mediana de la curvatura inicial fue de 52.5 grados. Se identificó criptorquidia en el 42.9% de los casos y trastornos del desarrollo sexual (DSD) en el 35.7%. Tras la intervención, la mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días. Solo 2 pacientes (14.3%) presentaron curvatura residual leve, la cual no requirió cirugías adicionales. No se registraron complicaciones mayores como fístulas o dehiscencias.
Conclusiones: El uso de la matriz SIS es una opción segura, eficaz y adaptable para la corrección de la curvatura peneana en hipospadias complejas. Permite una reparación del tejido, preserva la longitud peneana y ofrece una baja tasa de recurrencia en comparación con injertos autólogos. Aunque los resultados iniciales son son positivos, se requiere un seguimiento a largo plazo para evaluar la estabilidad de la corrección durante la pubertad.

Tabla 1. Características perioperatorias y desenlaces

Variable	n = 14 (%)
Grados de curvatura - mediana (RIC)	53.5 (45)
Desorden del desarrollo sexual	5 (35.7%)
Días de estancia hospitalaria - mediana (RIC)	2 (3)
Tiempo de sonda en días - mediana (RIC)	7 (1)
Curvatura residual	2 (14.3%)
Cirugías posteriores para curvatura	0 (0%)
* RIC - rango intercuartílico	

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-26

Eficacia de la Tecarterapia en el Postoperatorio de Hipospadias: Modulación Cicatricial y Regeneración Tisular

Echeverria, J[(1)]; Gallegos, D[(1)]; Torres, J[(1)]; Idrovo, M

[(1)]QUITO, Ecuador.

Introducción: La isquemia y la retracción fibrótica son complicaciones críticas en la reconstrucción de hipospadias (proximales, distales o cripples). Frente a opciones sistémicas como la oxigenoterapia hiperbárica, proponemos la tecarterapia de acción local. Elegimos esta intervención basándonos en su éxito comprobado en tejidos perineales homólogos: en las episiotomías resuelve rápidamente el edema y previene adherencias dolorosas, mientras que en la enfermedad de La Peyronie devuelve elasticidad al tejido fibrótico. Al trasladar estos principios biológicos, buscamos prevenir la tensión cicatricial postquirúrgica.
Métodos: Desde 2023, evaluamos a 50 pacientes pediátricos postoperados mediante técnicas con injerto y sin injerto. El protocolo (dos sesiones semanales: 10 minutos capacitivos y 10 resistivos) se aplicó a nivel suprapúbico y peneano (exclusivamente suprapúbico en portadores de sonda). Molecularmente, la corriente electromagnética reactiva la bomba Na+/K+ y la síntesis de ATP en condiciones de hipoxia, forzando el drenaje linfático mecánico y estimulando la angiogénesis.
Resultados: La descompresión de nociceptores redujo drásticamente el dolor temprano. Comparados con pacientes no tratados, los tejidos reparados (tanto injertos como colgajos nativos) presentaron una viabilidad estética y estructural superior, desinflamándose en un tiempo significativamente menor. Destacó la excelente respuesta en hipospadias cripple; a pesar de la fibrosis severa secundaria a múltiples cirugías, la terapia mejoró sustancialmente la vascularización y elasticidad del lecho receptor, facilitando la integración tisular.
Conclusiones: La tecarterapia es un coadyuvante biológicamente eficiente. Su aplicación postquirúrgica optimiza la cicatrización y minimiza las secuelas fibróticas en cualquier variante de hipospadia, configurándose como una estrategia clínica de alta eficacia y bajo costo operativo.
Nota: Se cuenta con un extenso registro fotográfico y audiovisual que demuestra paso a paso la técnica de aplicación y la favorable evolución de los tejidos, material que será exhibido durante la exposición.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-27

Impacto de la duración del cateterismo urinario sobre los desenlaces postoperatorios en la correción de hipospadias

Bolaños, A[(1)]; Larios, C[(2)]; Gonzalez, P[(2)]; Noreña, L[(2)]; Santafé, J[(2)]; Porras, ML[(2)]; Montenegro, S[(3)]; Torrado, M[(3)]; Montañés, C[(4)]

[(1)]Jefe del servicio de Urología Pediatrico, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(2)]Urología Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(3)]Fellow Urología Pediatrica, Universidad FUCS. Bogota, Colombia. [(4)]Residente de Urología, Universidad FUCS. Bogota, Colombia.

Introducción y objetivos
La hipospadias es una malformación congénita de la vía urinaria caracterizada por la falla en la tubularización adecuada de la uretra. El manejo es quirúrgico, con objetivos estéticos y funcionales. Las complicaciones más frecuentes son la fístula uretrocutánea, la estenosis meatal, el divertículo uretral y la dehiscencia del glande. En el momento no existe un consenso sobre la duración óptima del catéter urinario post operatorio en estos pacientes. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la asociación entre la duración del cateterismo urinario y los desenlaces postoperatorios en pacientes sometidos a corrección quirúrgica de hipospadias.
Materiales y métodos
Análisis retrospectivo de pacientes con corrección primaria de hipospadias de enero 2019 - diciembre 2024. Se realizó análisis bivariado (chi-cuadrado) para evaluar la asociación entre duración del cateterismo y complicaciones postoperatorias. Se realizó regresión logística para explorar la asociación entre duración del cateterismo y complicaciones calculando OR mediante la prueba de regresión de logística ($p < 0,05$).
Resultados:
213 pacientes con edad media de 4,58 y una media de seguimiento de 11.4 meses. La localización predominante de la hipospadias fue peneana (62,4%). 52.8% presentaban curvatura peneana. La técnica más frecuentemente empleada fue Snodgrass (62,9%). A 102/213 pacientes (47,9%) se les retiró la sonda en un periodo ≤7
días, y a 111/213 (52,1%) se les retiró posterior a 7 días. La tasa de complicaciones en general fue del 41%, siendo la más frecuente la fístula uretrocutánea. El tiempo de duración del catéter urinario no demostró ser un factor predisponente de complicaciones (38,2% vs 44,1% p=0,382). Por otro lado, se identificó que los pacientes con curvatura peneana, tienen 2 veces más riesgo de presentar alguna complicación [OR 2,054 (IC 95%: 1,176 – 3,585) p = 0,011].
Conclusión
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en complicaciones entre los pacientes con retiro del catéter urinario ≤7 días vs > 7 días. Lo cual cugiere que el retiro temprano (≤7 días) es una opción viable y segura en pacientes llevados a corrección primaria de hipospadias; sin embargo se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento para validar estos hallazgos

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-28

Percepcion genital en pacientes operados de hipospadia en el hospital pediatrico de alta especialidad

de leon, s[(1)]; Alston, C[(2)]; Jimenez, A[(2)]; Gomez, L[(2)]; Gonzalez, M[(2)]

[(1)]urologia, hospital regional rafael hernandez. david, panamá. [(2)]urologia pediatrica, Hospital Pediatrico de Alta Especialidad. Panamá, panamá.

Introducción: La valoración de los resultados de la reparación de hipospadias debe incorporar la percepción genital y la función informadas por el paciente, además de los desenlaces anatómicos y quirúrgicos.
Objetivo: Describir la percepción genital postoperatoria mediante el Pediatric Penile Perception Score (PPPS) y los resultados funcionales autorreportados en pacientes operados de hipospadias.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron ocho respuestas completas. Los cuatro ítems del PPPS se calificaron de 0 a 3, para un total de 0 a 12 puntos. Las variables se resumieron mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. Por el tamaño muestral no se realizaron pruebas inferenciales.
Resultados: La edad media fue de 17,0 ± 5,3 años y la mediana de 15 años. El 50,0 % presentó hipospadias distal, el 37,5 % proximal y el 12,5 % peneana. La mediana fue de tres cirugías. El PPPS del paciente tuvo una media de 9,0 ± 3,0 puntos y una mediana de 9,5; el 50,0 % mostró satisfacción alta, el 37,5 % moderada y el 12,5 % muy baja. Seis participantes (75,0 %) informaron chorro fuerte y constante, seis (75,0 %) dirección urinaria hacia adelante y todos percibieron la erección como recta. El segundo bloque de PPPS, interpretado provisionalmente como parental, mostró una media de 9,75 ± 3,62 puntos y coincidencia exacta con el paciente en el 25,0 % de los casos.
Conclusiones: La mayoría de los participantes presentó percepción anatómica genital moderada o alta y resultados funcionales favorables; sin embargo, se identificó un subgrupo con baja satisfacción o síntomas miccionales que requiere valoración individual, por el tamaño muestral, no permiten establecer asociaciones ni generalizar los resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-29

Reparación del hipospadias proximal en uno o dos tiempos quirúrgicos: experiencia de un centro terciario.

Escribano Pons, MA[1]; Valenzuela López, CC[2]; Calleja Aguayo, E[3]; Hernández Calvarro, AE[2, 4]

[1]Servicio de Urología, Hospital Comarcal de Inca. Palma de Mallorca, España. [2]Sección de Urología Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [3]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra. Navarra, España. [4]Grupo de Investigación Multidisciplinar en Pediatría, Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears. Palma de Mallorca, España.

Introducción:
El hipospadias proximal continua representando un reto debido a su complejidad anatómica y elevada tasa de complicaciones. Aunque se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas, la elección entre reparación en uno o dos tiempos sigue siendo controvertida, y la evidencia comparativa disponible es limitada y heterogénea.
El objetivo de nuestro estudio fue comparar las características clínicas, las complicaciones posoperatorias y los resultados funcionales a medio plazo de los pacientes intervenidos de hipospadias proximal mediante reparación en uno frente a dos tiempos quirúrgicos en nuestro centro.
Material y métodos:
Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes pediátricos sometidos a cirugía primaria de hipospadias proximal en nuestro centro entre enero de 2001 y abril de 2024. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según la estrategia quirúrgica empleada: grupo A, reparación en un tiempo, y grupo B, reparación en dos tiempos. Se compararon variables demográficas, características anatómicas, detalles de la técnica quirúrgica, complicaciones tempranas, evaluadas durante los primeros 12 meses posoperatorios, y complicaciones tardías, registradas en el último seguimiento disponible.
Resultados:
Se incluyeron un total de 37 pacientes, 16 en el grupo A y 21 en el grupo B. La edad en la primera cirugía fue significativamente mayor en la cohorte histórica (grupo A), con una mediana de 39,86 (RIC 21,07) frente a 25,46 meses (RIC 14,30), p = 0,001. Este grupo presentó una estancia hospitalaria más prolongada, mediana de 9 (RIC 8) frente a 4 días (RIC 3), p = 0,044, y un mayor número de reintervenciones, mediana de 2 (RIC 2) frente a 1 (RIC 1), p = 0,040. No se observaron diferencias significativas en complicaciones precoces o tardías, flujo máximo, ni número total de cirugías.
Conclusiones:
En nuestra serie, la reparación en dos tiempos se asoció con una menor estancia hospitalaria y menos reintervenciones, sin observarse un incremento de la tasa global de complicaciones frente a la cohorte histórica en un tiempo. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y evaluación estandarizada de resultados funcionales y estéticos para confirmar estos hallazgos.
Palabras clave: Hipospadias, resultados, cirugía por etapas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-30

Revisión del injerto bajo sedación endovenosa en la reparación por etapas del hipospadias: una alternativa a la anestesia general

Valenzuela López, CC[1, 2]; Calleja Aguayo, E[3]; Escribano Pons, MA[4]; Hernández Calvarro, AE[1, 2]

[1]Sección de Urología Infantil, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [3]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra. Pamplona, España. [4]Servicio de Urología, Hospital Comarcal de Inca. Inca, España.

Introducción
La reparación por etapas mediante injertos es una alternativa eficaz para el tratamiento del hipospadias proximal complejo. La revisión del injerto y retirada del vendaje suelen realizarse bajo anestesia general en pacientes pediátricos. Presentamos los resultados de la implementación de un nuevo circuito asistencial basado en sedación endovenosa en el área de hospitalización.
Material y métodos
Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos mediante reparación por etapas de hipospadias proximal entre enero de 2011 y abril de 2024. Se compararon los resultados de la revisión del injerto mediante sedación endovenosa en hospitalización frente a la realizada en área quirúrgica bajo anestesia general. Se utilizó estadística descriptiva y test exacto de Fisher, considerando significativo un valor de $p<0,05$.
Resultados
Se analizaron 22 pacientes. El 91% correspondían a cirugías primarias y el 9% a reintervenciones. La mediana de edad durante la primera etapa fue de 26,5 meses (RIQ: 24,4). El tejido empleado fue prepucio interno en 14 casos (63,6%), mucosa oral en 6 (27,3%) y piel retroauricular en 2 (9,1%).
La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (RIQ: 1) y la de sondaje de 8 días (RIQ: 2). La revisión del injerto se realizó mediante sedación endovenosa en 10 pacientes, junto al equipo de Pediatría y en presencia de los padres. No se registraron eventos adversos respiratorios ni procedimientos interrumpidos. Durante la retirada del vendaje se identificaron alteraciones del injerto en 7 pacientes (32%), principalmente hematomas o bordes desvitalizados. Ninguno requirió intervención quirúrgica inmediata. En la segunda etapa quirúrgica fue necesario realizar un reinjerto simultáneo al cierre en 3 casos. No se observaron diferencias significativas en la detección de complicaciones del injerto durante la revisión ni en la necesidad posterior de reinjerto según la modalidad utilizada ($p=0,07$ y $p=0,09$, respectivamente).
Conclusiones
La revisión del injerto mediante sedación endovenosa en el área de hospitalización es una alternativa factible y segura a la anestesia general. En nuestra experiencia, no modificó los resultados del injerto y permitió evitar un nuevo paso por quirófano en estos pacientes.
Palabras clave: hipospadias; injerto; sedación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-31

TAPING DORSAL TRAS SECCIÓN DE LA PLACA URETRAL Y CORPOROTOMÍA EN LA REPARACIÓN POR ETAPAS DE HIPOSPADIAS

Wilke, A[1]; Bortagaray, J[1]

[1]Urologia, The Royal Children's Hospital. Melbourne, Australia.

OBJETIVO

En el hipospadias proximal, la técnica STAG (reparación por etapas con injerto) ha ganado popularidad para corregir la curvatura ventral severa sin comprometer la longitud del pene. El vendaje dorsal del pene con cinta de silicona (taping) en el posoperatorio, para minimizar la recurrencia de la curvatura, se ha descrito tras la sección aislada de la placa uretral, pero no tras la corporotomía. El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad y la eficacia del taping como terapia de tracción tisular tras la sección de la placa uretral y la corporotomía en la primera etapa de la reparación del hipospadias proximal.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de pacientes con curvatura severa sometidos a reparación mediante técnica STAG. En la primera etapa se realizaron la sección de la placa uretral y la corporotomía. En el posoperatorio se aplicó el taping dorsal, que se mantuvo hasta la segunda etapa. La curvatura peneana se midió tras el denudamiento (degloving), tras la sección de la placa uretral, y nuevamente en la segunda etapa. El resultado primario fue la tasa de recurrencia de la curvatura al momento de la segunda etapa; los secundarios, la aceptación por parte de los pacientes y su aplicabilidad.

RESULTADOS

Se incluyeron diez pacientes con una mediana de edad de 16,5 meses en la primera etapa. La curvatura ventral mediana de 70° (60–90°) tras el denudamiento se resolvió por completo tras la sección de la placa uretral y la corporotomía. Todos toleraron bien el taping, mantenido durante una mediana de 8,9 meses (1,5–11,4). Un paciente (10%) presentó recurrencia parcial de la curvatura en la segunda etapa, que requirió plicatura dorsal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La técnica STAG ofrece un abordaje establecido para corregir la curvatura ventral preservando la longitud del pene. El taping dorsal posoperatorio resultó un complemento económico, bien tolerado y potencialmente eficaz para prevenir la recurrencia de la curvatura tras la sección de la placa uretral y la corporotomía. Se requiere seguimiento a largo plazo, hasta la pubertad, para confirmar la durabilidad de estos resultados

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-32

TÉCNICA GUD EN HIPOSPADIAS DISTAL: SERIE RETROSPECTIVA DE 24 PACIENTES

Jordan Balladares, RE[(1)]; Loza Meza, ML[(1)]; Landa Juarez, S[(1)]; Aguilar Torres, F[(1)]; Vazquez Perez, D[(1)]; Rivera Pereira, B[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Hospital de pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI. CDMX, México.

Introducción y objetivo:
La hipospadias distal representa la forma más frecuente de hipospadias en la población pediátrica. Aunque existen múltiples técnicas quirúrgicas para su corrección, persiste el interés por procedimientos que permitan una reconstrucción anatómica con bajas tasas de complicaciones. La técnica Glandular Urethral Disassembly (GUD) constituye una alternativa quirúrgica para casos seleccionados de hipospadias distal. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y anatómicas, así como los resultados quirúrgicos y las complicaciones de pacientes pediátricos sometidos a reparación mediante técnica GUD.
Material y métodos:
Serie de casos retrospectiva realizada en un hospital pediátrico de referencia. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de hipospadias distal sometidos a reparación quirúrgica mediante técnica Glandular Urethral Disassembly (GUD) entre 2024 y 2026. Se analizaron variables demográficas, características anatómicas, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias y necesidad de reintervención. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva.
Resultados:
Se incluyeron 24 pacientes con hipospadias distal. La edad media al momento de la cirugía fue de 65.9 ± 46.3 meses. La localización del meato fue subcoronal en 19 pacientes (79.2%), glandular en 4 (16.7%) y coronal en 1 (4.1%). El tamaño medio del glande fue de 12.1 ± 2.7 mm y el ancho medio de la placa uretral de 3.1 ± 1.5 mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 70.5 ± 34.0 minutos. Se identificaron complicaciones en 3 pacientes (12.5%): dos fístulas uretrales y una dehiscencia parcial. Ningún paciente presentó complicaciones transoperatorias mayores.
Conclusiones:
La técnica GUD permitió la corrección de hipospadias distales con tiempos quirúrgicos aceptables y una baja tasa de complicaciones, incluso en pacientes con glandes de tamaño reducido, resultados comparables a los reportados con otras técnicas. La técnica GUD es una opción segura y factible para la reparación de hipospadias distal en casos seleccionados. Estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado permitirán confirmar estos hallazgos.
Palabras clave: hipospadias distal, técnica GUD, cirugía uretral pediátrica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-33

Autocateterismo Intermitente en Pacientes Pediátricos con Disrafismo Espinal: Evaluación de la Autoconfianza y Limitaciones en una Cohorte Iberoamericana.

Alston, C[1]; Casal, I[2]; Johanna, O[3]; Flores, J[4]; Quiroz, J[5]; Tobia, I[6]

[1]Urología pediátrica, Hospital pediátrico de alta complejidad. Panamá, Panamá. [2]Urología pediátrica, Hospital pediátrico Virgen del Rocio. Sevilla, España. [3]Urología pediátrica, Hospital central militar. Bogotá, Colombia. [4]Urología pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile. [5]Urología pediátrica, Hospital Regional de alta Especialidad del Bajío. Leon, México. [6]Urología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El cateterismo intermitente limpio (CIL) constituye el estándar de oro en el manejo de la vejiga neurogénica secundaria a disrafismo espinal. La transición exitosa hacia el autocateterismo es un proceso complejo que depende no solo de la madurez y las habilidades psicomotoras del paciente, sino también de su percepción de autoconfianza y la identificación de barreras externas.
Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de una cohorte pediátrica en manejo con CIL e identificar los factores que limitan la técnica, analizando los niveles de seguridad percibida por el paciente en la ejecución del procedimiento.
Método: Estudio descriptivo, multicéntrico y transversal realizado en Panamá, España, Chile, Colombia y México (N = 81).
La mediana de edad fue de 14 años. La herramienta principal de evaluación fue la escala **Self-Confident Scale for Clean Intermittent Self-Catheterization** (SCSCISC), complementada con cuestionarios sobre barreras técnicas y socioeconómicas.
Resultados: observó una distribución equilibrada por sexo (51.9% masculino) y predominancia de residencia urbana (86.4%). El 58% presentó disrafismo abierto, con el nivel lumbar bajo como el más frecuente (38.3%). La mediana de inicio del autocateterismo fue de 8.5 años. Las principales barreras identificadas incluyeron el temor a lesionarse o sentir dolor (50.6%), dificultades anatómicas (35.8%) y limitaciones económicas (29.6%). Según la SCSCISC, los pacientes muestran alta autoconfianza en pasos mecánicos (lavado de manos 87.7%, preparación de material 80.2%), pero una marcada inseguridad ante complicaciones: el manejo de hematuria y la ausencia de drenaje de orina presentaron niveles bajos de confianza (53.1% y 37%, respectivamente). Persisten brechas de acceso: el 35.8% reutiliza el catéter y solo el 59.3% cuenta con cobertura financiera total.
Conclusiones: El éxito de la autonomía en el paciente con disrafismo está condicionado por factores psicológicos y económicos. La brecha educativa se centra en el manejo de complicaciones, no en la técnica mecánica. Se requiere un enfoque interdisciplinario que refuerce la educación conductual y políticas públicas que garanticen el acceso a insumos.
Palabras clave: Disrafismo espinal, Vejiga neurogénica, Autocateterismo intermitente limpio, Autoconfianza, Pediatría.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-34

AUTOCONFIANZA Y LIMITACIONES EN POBLACIÓN CON VEJIGA NEUROGÉNICA EN TRATAMIENTO CON AUTOCATETERISMO INTERMITENTE ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ESPINA BÍFIDA, CIUDAD DE LA SALUD DE PANAMÁ

Alston, C[(1)]; Gómez, L[(1)]; Quintero, W[(2)]; Him, G[(3)]; Jiménez, A[(1)]; Lambraño, R[(1)]; León, A[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Hospital pediátrico de alta complejidad. Panamá, Panamá. [(2)]Investigación, Hospital Nacional. Panamá, Panamá. [(3)]Urología, Cidelas. Panamá, Panamá.

Introducción: El autocateterismo constituye el pilar del manejo de la vejiga neurógena en pacientes con disrafismo espinal y espina bífida, ya que contribuye a preservar la función del tracto urinario superior, mejorar la continencia urinaria y favorecer la independencia funcional. El éxito de esta estrategia no depende únicamente del aprendizaje de la técnica, sino también del grado de autoconfianza del paciente para realizar el procedimiento y de las limitaciones personales, anatómicas y económicas que enfrenta durante su ejecución.

Objetivo: Evaluar la autoconfianza y las limitaciones relacionadas con el autocateterismo en pacientes con disrafismo espinal y espina bífida, haciendo énfasis en la percepción de autoeficacia medida mediante un cuestionario estructurado de autoconfianza.

Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de disrafismo espinal que realizaban autocateterismo. La información se obtuvo mediante un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el cateterismo. La autoconfianza fue evaluada mediante una escala de 16 ítems tipo Likert, que exploró la percepción de capacidad para ejecutar cada una de las etapas del procedimiento, desde la preparación del material hasta la resolución de situaciones potencialmente complejas. Además, se recopilaron datos sobre barreras percibidas, complicaciones, características del catéter, frecuencia del procedimiento y aspectos funcionales.

Resultados: La muestra (50% hombres; edad media 14.6 años) residía mayoritariamente en áreas urbanas (92.5%). El 85% realizaba el cateterismo vía uretral y el 55% reutilizaba el catéter, con una frecuencia predominante de 5 veces al día. Las principales limitaciones iniciales identificadas fueron el temor a lesionarse (47.5%), problemas anatómicos (22.5%) y dificultades económicas (20%). Respecto a la autoconfianza (escala 1-5), los puntajes más altos se observaron en pasos mecánicos como el lavado de manos (4.58) e higiene genital (4.28). Los puntajes más bajos se asociaron al monitoreo y resolución de problemas: medir la orina (2.58), registrar el volumen (2.75) y saber actuar ante hematuria (2.88).

Conclusiones: Los pacientes poseen destreza técnica, pero muestran inseguridad ante complicaciones clínicas. La educación debe priorizar la toma de decisiones y el manejo de riesgos. Fortalecer el acceso a insumos y el entrenamiento es vital para su autonomía.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-35

Estrategias de manejo intestinal en pacientes neurogénicos

Salomón, A[(1)]; Marchionatti, S[(2)]; Heredia, S[(2)]; Abdenur, C[(2)]; Berberian, L[(2)]; Achaval, M[(2)]; Russo, D[(2)]; Falke, G[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Cirugia Pediátrica, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: El manejo de la disfunción intestinal neurogenica en pediatría puede resultar complicado, en parte por la adherencia de los pacientes al tratamiento, rechazo a los planes de alimentación y dificultades o reticencia a la utilización de fármacos o dispositivos por parte de los padres. Esto ocasiona a los pacientes un déficit en su calidad de vida, comprometiendo su desarrollo social y bienestar psicológico, además de los trastornos orgánicos que pueden ocasionar.
MATERIAL Y METODO: Revisión retrospectiva de base de datos de pacientes con intestino neurogénico tratados en nuestro centro. Recopilamos información de historia clínica de consultorio. Evaluamos sexo, edad, patología de base, uno de laxantes o irrigación transanal, dieta, hábitos, grado de disfunción intestinal, síntomas mas frecuentes y cambios luego de los tratamientos indicados.
RESULTADOS:
Evaluamos 120 historias clínicas. Incluimos 70 que contenían datos completos con seguimiento. La causa de intestino neurogénico fue mielomeningocele en el 95%. 60% sexo femenino y 40% masculino. 60% no usa laxantes. La edad de inicio mas frecuente para uso de laxantes fue de 1 a 3 años. Los síntomas intestinales mas frecuentes fueron constipación, incontinencia y distensión. El 40% de los pacientes rechazan alimentos con fibra. El 50% usa laxantes (PEG3350 y lactulosa son los mas usados), El 30% usa dispositivo de irrigación transanal. De ellos, la media de uso efectivo fue dia por medio. La información recibida sobre manejo intestinal que resulto de utilidad para los pacientes fue provista por urólogo 62%, gastroenterólogo 35%, pediatra 27% y redes sociales 11%).
El score de severidad fue leve 70%, moderado 20% y severo en el 10%. Los laxantes fueron efectivos en el 36% para tratar síntomas y la irrigación transanal fue efectiva en el 72%.
CONCLUSIONES:
La mayoría de los pacientes en seguimiento mostro una disfunción intestinal leve. El 50% de los pacientes utiliza laxantes para manejar sus síntomas e inician a edad temprana. Irrigación transanal parece ser mas efectiva para tratar síntomas de disfunción intestinal. Los pacientes hasta ahora no han requerido técnicas quirúrgicas para manejo de intestino neurogénico.
Palabras clave: irrigación - intestino - constipación

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-36

Mielomeningocele: Situación demográfica en Argentina

Monasterolo, P[(1)]; Mercado, P[(1)]; Franco, GL[(1)]; Weil, A[(1)]; Gonzalez, V[(1)]; Podesta, M[(1)]

[(1)]Urologia Pediatrica, Hospital de niños ricardo gutierrez. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El mielomeningocele es la forma más frecuente y grave de espina bífida. Se trata de una malformación congénita del tubo neural que requiere seguimiento interdisciplinario durante toda la vida para prevenir complicaciones y favorecer la calidad de vida. Debido a la complejidad de su abordaje, la adherencia al tratamiento y a los controles periódicos constituye un factor fundamental para lograr mejores resultados clínicos y funcionales.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que abarca periodo 2020 - 2025 (5 años) seguidos en el Hospital de Niños Ricardo Gutierrez de la ciudad de Buenos Aires Argentina.

El análisis de la base de datos tiene un total de 200 pacientes y evidencia que la mayor parte de los pacientes proviene de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que un número considerablemente menor corresponde a otras provincias, entre ellas Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Formosa, Chubut, Santa Cruz y Santiago del Estero. También se registran algunos pacientes nacidos en otros países que actualmente residen en Argentina.

Respecto de la adherencia al tratamiento, predomina la buena adherencia en la población total analizada. Sin embargo, la mayor cantidad de casos de mala adherencia se observa en pacientes de Buenos Aires y CABA, principalmente por ausencia a controles durante más de un año, falta de apego al seguimiento o dificultades relacionadas con la disponibilidad de insumos. Esta situación puede asociarse, en parte, a que estas jurisdicciones concentran el mayor número de pacientes incluidos en el registro.

Por el contrario, los pacientes provenientes de otras provincias representan una proporción menor y, en su mayoría, presentan buena adherencia al tratamiento, observándose solo algunos casos aislados de incumplimiento. En conclusión, los datos muestran un predominio de buena adherencia en toda la muestra, aunque la mayor concentración de pacientes en Buenos Aires y CABA también se acompaña de un mayor número absoluto de casos de mala adherencia, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de seguimiento continuo y el acceso oportuno a los recursos de salud.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-37

Toxina botulínica como adyuvante en el manejo de la vejiga neurogénica pediátrica

Salomón, A[(1)]; Marchionatti, S[(2)]; Heredia, S[(2)]; Abdenur, C[(2)]; Berberian, L[(2)]; Achaval, M[(2)]; Russo, D[(2)]; Falke, G[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Austral. BuenosAires, Argentina. [(2)]Cirugía Pediátrica, Hospital Austral. BuenosAires, Argentina.

Toxina botulinica como adyuvante en el manejo de la vejiga neurogénica pediátrica
Introduccion: Tratamiento con toxina botulínica (BT) ha sido planteado como método de evitar o diferir la ampliación vesical, así como para reducir la sobreactividad vesical mejorando la continencia urinaria en pacientes con vejiga neurogénica (VN). Evaluamos nuestros resultados con la aplicación de BT en pacientes con VN, en cuanto a continencia, cambios urodinámicos y requerimientos de relajantes vesicales.
Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes con VN que recibieron inyección de BT intravesical.Analizamos sexo, edad, numero y frecuencia de inyecciones, continencia, urodinamias antes y después del procedimento.
Resultados: Incluimos 19 procedimientos en 15 pacientes con VN. El 40% de sexo masculino y 60%, femenino, el diagnóstico más frecuente fue mielomeningocele (88%), el resto tumores medulares y medula anclada. Cuatro pacientes recibieron segunda inyección en un rango de entre 11 a 25 meses. La media de edad de inyección fue de 6 años. El rango de seguimiento fue de 3 meses a 13 años, con una mediana de 12 meses. La media del seguimiento desde el procedimiento fue de 32 meses(r: entre 3 meses a 13 años). El 42% presentaban ITUs recurrentes. El 15% (n:3) tenía RVU. Todos lo resolvieron el reflujo. Del 78% del grupo con CV disminuida, 100% mostró mejoría en la acomodación, logrando normalizarla el 37%. El 47% normalizó CV. Del 84% con mala acomodación, el 25% normalizó post tratamiento y el 68% pasó a vejiga de riesgo intermedio. 52% resolvió las fugas. Como complicaciones reportadas, un paciente refirió disuria.
Conclusiones: La inyección intravesical de toxina resultó una opción eficaz y segura en el tratamiento adyuvante de vejigas neurogénicas de riesgo, permitiendo mejorar en gran medida los parámetros urodinámicos y síntomas de los pacientes. En este grupo nos ha permitido diferir por ahora la necesidad de cistoplastias de ampliación o derivaciones urinarias. No fueron necesarias las inyecciones frecuentes en la mayoría del grupo.
Palabras clave: botulínica - neurogénica - vejiga

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-38

Estenosis de la unión pieloureteral en niños: resultados multicéntricos y desafíos quirúrgicos en centros de alta complejidad

Bolaños, A[(1)]; Larios, C[(1)]; Gonzalez, P[(1)]; Santafe, J[(1)]; Porras, ML[(1)]; Montenegro, S[(1)]; Torrado, M[(1)]; Cortes, MA[(1)]; Fares, A[(1)]; Monroy, G[(1)]; Sanchez, G[(1)]

[(1)]Urologia pediatrica, Hospital Infantil de San Jose. Bogota, Colombia.

La pieloplastia desmembrada constituye el tratamiento estándar para la estrechez de la unión pieloureteral (UPU), con tasas de éxito superiores al 90%. Sin embargo, la recurrencia obstructiva continúa siendo una de las complicaciones reconstructivas más relevantes, especialmente en escenarios de reintervención. El objetivo de este estudio fue identificar factores asociados a re-estrechez y describir los desenlaces del manejo reconstructivo secundario en dos centros de referencia en Bogotá, Colombia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal incluyendo 244 pacientes sometidos a pieloplastia abierta, laparoscópica o robótica entre enero de 2017 y diciembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas y perioperatorias asociadas a recurrencia institucional mediante análisis bivariado utilizando SPSS versión 26.

Resultados

La edad predominante fue entre 1 y 4 años (28,3%). La mayoría de los pacientes presentó hidronefrosis grado IV (60,7%) y compromiso izquierdo (56,1%). La vía quirúrgica más utilizada fue abierta (65,2%), seguida de laparoscópica (33,6%). La tasa institucional de re-estrechez posterior a pieloplastia primaria fue del 4,2% (10/233 pacientes).

Todos los pacientes con recurrencia requirieron nueva intervención quirúrgica; 11 fueron tratados mediante repieloplastia desmembrada tipo Anderson-Hynes y uno mediante ureterocalicostomía debido a fibrosis severa y uréter corto. El análisis bivariado mostró asociación significativa entre recurrencia y edad ≥5 años (PR 3,54; p=0,038), antecedente de cirugía previa en otros centros (PR 4,24; p=0,037) y tiempo quirúrgico ≥127 minutos (PR 3,74; p=0,018). No se encontró asociación significativa con el tipo de abordaje, material o calibre de sutura, experiencia del cirujano o tiempo de permanencia del catéter doble J.

Conclusiones

La recurrencia institucional de la estrechez de la UPU presentó una incidencia comparable con las series internacionales contemporáneas. La edad mayor de 5 años, el antecedente de cirugía previa y los tiempos quirúrgicos prolongados se asociaron con un mayor riesgo de recurrencia, probablemente reflejando escenarios reconstructivos técnicamente más complejos. La repieloplastia desmembrada dem

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-39

Factores de riesgo asociados a recidiva de estenosis pieloureteral en población pediátrica

Arenas Norton, I[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Imaz, F[(1)]; Alberti, D[(1)]; Blain, O[(1)]; Lopez Imizcoz, I[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Sager, C[(1)]; Burek, C[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. CABA, Argentina.

Introducción:
La pieloplastia es el tratamiento estándar de la estenosis pieloureteral (EPU), con una tasa de éxito del 95%. Sin embargo, la recidiva puede provocar deterioro funcional renal y necesidad de reintervención. Identificar factores de riesgo asociados al fallo quirúrgico podría optimizar el seguimiento y prevenir daño renal.
Objetivo:
Evaluar factores de riesgo relacionados con la falla de la pieloplastia primaria y analizar los resultados clínico-quirúrgicos de los pacientes sometidos a re-pieloplastia.
Métodos:
Estudio retrospectivo. incluyó pacientes <18 años con diagnóstico de EPU sometidos a pieloplastia entre 2020-2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas, imagenológicas y quirúrgicas. El análisis estadístico con Fisher's exact test y Wilcoxon rank sum test. Se consideró estadísticamente significativa una p <0,005. Se realizó un modelo de regresión logística univariada para evaluar la variación del diámetro anteroposterior de la pelvis (DAP) en las ecografías controles como predictor de recidiva.
Resultados:
Se realizaron 133 pieloplastias, 91 cumplieron criterios de inclusión. edad media 61,2 meses. El 64% fueron izquierdas; 56% laparoscópicas y 44% convencionales, con tasa global de éxito del 90%. Nueve pacientes (9,8%) requirieron re-pieloplastia.
El grado de dilatación SFU 4 (p=0.0462), presencia de complicaciones (p<0.0012) y el empeoramiento ecográfico (p<0.001) fueron factores asociados al fracaso quirúrgico. En el análisis univariado se detectó un aumento significativo en el riesgo de falla respecto a la variación ecografía postoperatoria. Por cada 1 mm de aumento, las chances de falla aumentan un 12% en el primer trimestre (IC 95% 4.9-22.7%) y un 8% al año (IC 95% 2.9-16.6%).
Conclusión:
Las complicaciones postoperatorias, el grado SFU elevado y el aumento del DAP en el seguimiento ecográfico se asocian de forma independiente al fracaso quirúrgico. Su detección temprana permite identificar pacientes de mayor riesgo y optimizar su seguimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-40

Modelo de silicona 3D para entrenamiento de pieloplastía laparoscópica pediátrica.

Reed, F[1, 2]; Villena, S; Correa, R[1]; Acuña, C[1, 3]

[1]Urología Pedíátrica, Clinica Alemana. Santiago, Chile. [2]Urología Pediátrica, Hospial Exequiel Gonzalez Cortes. Santiago, Chile. [3]Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Introducción. La obstrucción de la unión pieloureteral es la causa más frecuente de hidronefrosis en el niño, y la pieloplastia laparoscópica es hoy su tratamiento de elección. Es, sin embargo, una cirugía técnicamente difícil, que obliga a suturar con precisión en un espacio reducido y sobre tejidos delicados, por lo que su curva de aprendizaje resulta larga y poco indulgente con el error. El entrenamiento basado en simulación ofrece una forma de recorrer parte de esa curva fuera del quirófano.

Objetivo. Validar un modelo de silicona 3D de alta fidelidad para el entrenamiento en pieloplastia laparoscópica pediátrica y medir su efecto sobre la confianza técnica de los participantes.

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional realizado durante un curso de pieloplastia. Participaron diez profesionales —cirujanos pediátricos, urólogos y residentes—; ocho completaron las encuestas previa y posterior, que conforman la muestra analizada. Se evaluó la autoconfianza con una escala Likert de 5 puntos, la validez de apariencia y de contenido del modelo, la satisfacción y el Net Promoter Score (NPS), con comparaciones pareadas mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados. La confianza global pasó de 2.56 a 3.55 puntos (Δ +0.98) y mejoró en todos los participantes, con los mayores cambios en anatomía quirúrgica e indicaciones. El modelo fue bien valorado (apariencia global 4.38/5; fidelidad anatómica 4.71/5), aunque el comportamiento de la silicona fue el aspecto más criticado. El curso obtuvo un NPS de 38 y un 87.5% de recomendación. Los dos participantes que ya operaron un caso real calificaron su utilidad con la máxima puntuación.

Conclusiones. El modelo resultó realista, útil y bien recibido, y elevó de forma consistente la confianza técnica de los participantes, lo que respalda su incorporación a la formación en urología pediátrica. El beneficio parece mayor cuando la práctica se realiza poco antes de enfrentar un caso real.

Palabras clave: pieloplastia laparoscópica; simulación quirúrgica; modelo de silicona; impresión 3D; urología pediátrica; entrenamiento basado en simulación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-41

Pieloplastia en lactantes de menos de 10 kg: comparación entre el abordaje laparoscópico y el abierto.

Lane, R[(1)]; Wilke, A[(1)]; Coleman, R[(1)]; O'Brien, M[(1)]; Webb, N[(1)]; Brook, C[(1)]; Bortagaray, J[(1)]

[(1)]Urology, The Royal Children's hospital. Melbourne, Australia.

Introducción:
La obstrucción de la unión pieloureteral (OUPU) es la causa más frecuente de dilatación patológica de la vía urinaria diagnosticada prenatalmente. Aproximadamente el 50% de los lactantes con dilatación P3 en la ecografía requerirán intervención quirúrgica. En niños de menos de 10 kg, esta puede realizarse mediante un abordaje laparoscópico o abierto, según la preferencia del cirujano. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de ambos abordajes.

Métodos:
Estudio retrospectivo (2016–2024) de lactantes de menos de 10 kg con sospecha de EPU sometidos a pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes y con más de 1 año de seguimiento. El Grupo A incluyó a los pacientes sometidos a pieloplastia abierta, y el Grupo B a los pacientes sometidos a pieloplastia laparoscópica. El seguimiento incluyó ecografía ± MAG3. Se compararon la estancia hospitalaria, la tasa de complicaciones (definidas como Clavien-Dindo >3, incluida la reintervención) y la tasa de éxito (definida como mejoría de la dilatación en la ecografía y ausencia de síntomas) mediante regresión logística multivariable (IC del 95%).

Resultados:
Se incluyeron 115 pacientes en el estudio. Todos los niños presentaban dilatación P3 diagnosticada prenatalmente. Se produjeron complicaciones en el 7% de los casos abiertos y en el 2% de los casos laparoscópicos, siendo la mayoría problemas relacionados con el catéter doble J. Los datos de seguimiento están completos en el 92% de los pacientes. La mayoría de los pacientes conserva cierto grado de dilatación en la ecografía, aunque con mejoría global. El 5,5% de los pacientes del grupo abierto requirió reintervención (re-do), repartidos por igual entre el abordaje por lumbotomía lateral (flanco) y lumbotomía dorsal.

Conclusiones:
Aunque el tiempo quirúrgico promedio es mayor en los niños de menos de 10 kg sometidos a pieloplastia laparoscópica en comparación con la abierta, los resultados son favorables, con una menor proporción de complicaciones y de necesidad de reintervención.

Resultados

	Abierto	Laparoscopico
N pacientes	68	47
N pieloplastias	72	48
Edad (meses)	3.2 (0.4-19.1)	3.8 (1.8-26.8)
Peso Kg	6.3 (2.9-9.6)	6.8 (4.2-9.9)
Funcion % Mag3	41 (9-76)	44 (23-63)
Tiempo Qx	88 (50-156)	138 (66-240)
Estadia	2 (1-22)	1.5 (1-6)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-42

Resultados del tratamiento endourológico de la estenosis pieloureteral en la edad pediátrica

Rojas-Ticona, J[(1)]; Rodríguez Laguna, I[(1)]; Cardenal Alonso-Allende, T[(1)]; González Temprano, N[(1)]; Larreina de la Fuente, L[(1)]; Román Moleón, M[(1)]; Ramos García, JL[(1)]; Villalón Ferrero, F[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián, España.

Introducción

La estenosis de la unión pieloureteral (EPU) es la causa más frecuente de uropatía obstructiva del tracto urinario superior en la edad pediátrica y puede producir deterioro progresivo de la función renal. Aunque la pieloplastia continúa siendo el tratamiento de elección, el tratamiento endourológico retrógrado con balón constituye una alternativa mínimamente invasiva. Sin embargo, la evidencia sobre resultados a medio y largo plazo es limitada.

El objetivo fue evaluar la efectividad de la dilatación endoscópica en pacientes pediátricos con EPU en nuestro centro y analizar factores asociados a mal resultado terapéutico.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos con EPU tratados inicialmente mediante dilatación endoscópica entre 2019-2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas, renográficas e intraoperatorias. El fracaso terapéutico se definió como la necesidad de pieloplastia durante el seguimiento. La supervivencia libre de cirugía se estimó mediante el método de Kaplan–Meier y se analizaron posibles factores asociados al fracaso.

Resultados

Se incluyeron 27 unidades renales con EPU, 70,4% fueron en varones. La mediana del diámetro anteroposterior (DAP) de la pelvis preoperatorio fue de 22mm. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente mediante dilatación endoscópica, con una mediana de dos dilataciones por unidad renal. Catorce unidades renales (51,9%) precisaron pieloplastia durante el seguimiento por progresión de dilatación pielocalicial. Cuatro unidades renales (14,8%) presentaban estenosis extrínseca (cruce vascular). En el análisis acotado a las EPU de etiología intrínseca, la supervivencia libre de cirugía fue del 73,9% a los 6 meses, 69,6% a los 12 meses, 60,9% a los 24 meses y 56,6% a los 48 meses. No se identificaron asociaciones significativas entre fracaso y la edad, la función renal diferencial, T½ renográfico, ITUs previas o presencia/ausencia de muesca durante la dilatación.

Conclusiones

La dilatación endoscópica constituye una alternativa terapéutica mínimamente invasiva en EPU, sin embargo, aproximadamente la mitad de las unidades renales de nuestra serie precisaron una pieloplastia posterior. La mayoría de los fracasos ocurrieron durante el primer año de seguimiento, no obstante, el tratamiento endourológico requiere un seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: Endourología, estenosis pieloureteral

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-43

Asociación entre la técnica quirúrgica de reimplante ureteral y la aparición de síntomas urinarios bajos tardíos en población pediátrica

Bolaños Gomez, A[(1)]; Torrado Franco, M[(1)]; Larios, CA[(1)]; Gonzalez, PE[(1)]; Noreña, LF[(1)]; Santafe, J[(1)]; Porras, ML[(1)]; Montenegro, S[(1)]; Torres, J[(1)]; Ortiz, ID[(1)]

[(1)]Urologia pediatrica, Hospital San Jose Infantil. Bogotá, Colombia.

Introducción: El reimplante ureteral es una intervención ampliamente utilizada en urología pediátrica para el manejo del reflujo vesicoureteral y otras patologías de la unión ureterovesical. A pesar de sus altas tasas de éxito anatómico, se han descrito alteraciones funcionales postoperatorias, especialmente síntomas del tracto urinario inferior (STUI), cuya relación con la técnica quirúrgica y la bilateralidad del procedimiento no está completamente definida.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la técnica quirúrgica de reimplante ureteral y la aparición de STUI en pacientes pediátricos, considerando el impacto de la bilateralidad del procedimiento.
Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en dos instituciones de alta complejidad en Bogotá, Colombia de pacientes pediátricos sometidos a reimplante ureteral extravesical, intravesical o endoscópica.
Resultados: Se obtuvieron datos de 166 pacientes de 2 instituciones de alta complejidad, HIUSJ (87 pacientes) y SML (79 pacientes), más de la mitad de los pacientes eran niñas (55,4%), con una edad media de 4,45 años. Predominó el reflujo ureteral grado 3 (29,5%) y grado 4 (33,7%), seguido de la presencia de divertículo (13,3%) y megauréter obstructivo (12,7%).
La incidencia global de STUI fue del 19,9% con un tiempo medio de resolución de la sintomatología de 1,31 meses. Los pacientes sometidos a la técnica de Politano presentaron un riesgo casi tres veces mayor (OR 2,98) de desarrollar síntomas postoperatorios tardíos comparado con Linch-Gregoir.
Los pacientes a quienes se les realizó la técnica de Lich-Gregoir, tienen un 62% menos probabilidades de presentar síntomas urinarios tardíos
Conclusiones:
La incidencia global de STUI fue del 19,9% de los pacientes, con un tiempo medio de resolución de la sintomatología de 1,31 meses para ambas técnicas
Técnica de Lich-Gregoir tienen un 62% menos probabilidades de presentar síntomas urinarios tardíos
El reimplante bilateral es un factor de riesgo independiente y potente (OR 3,45) para la aparición de síntomas urinarios postoperatorios y puede relacionarse con la complejidad y manipulación del plexo pélvico
Importancia: Preparación en cuanto a hábitos correctos prequirúrgicos y planeamiento postoperatorio en cuanto a manejo de síntomas y explicación de los mismos a los padres

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-44

Comparación de la opinión de expertos, inteligencia artificial de propósito general y un sistema RAG curado en el reflujo vesicoureteral pediátrico: un estudio de concordancia

Zambudio-Carmona, GA[1]; Zambudio-Munuera, A[2]; Somoza-Argibay, I[3]; Altamirano, S[4]

[1]Servicio de Cirugía Pediátrica, Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. [2]Urología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, España. [3]Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña, Spain. [4]Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña, Spain.

Introducción: Existe una notable variabilidad en las recomendaciones clínicas sobre el manejo del reflujo vesicoureteral (RVU) pediátrico. Las herramientas de inteligencia artificial (IA) biomédica pueden generar respuestas clínicamente aceptables, pero su concordancia con la opinión de expertos no garantiza necesariamente una mayor fidelidad a las guías. Los sistemas de generación aumentada por recuperación (RAG) curados pueden aportar mayor trazabilidad cuando se construyen sobre fuentes de alta calidad previamente seleccionadas y estructuradas.

Objetivo: Comparar las respuestas a preguntas clínicas controvertidas en RVU pediátrico entre urólogos pediátricos expertos, una herramienta de IA biomédica externa (Open Evidence) y un sistema RAG curado desarrollado con GPT-4o y restringido a fuentes seleccionadas.

Métodos: Se realizó una encuesta anónima a 30 urólogos pediátricos con más de 10 años de experiencia. Once preguntas clínicamente controvertidas fueron respondidas por los expertos, por Open Evidence y por un sistema RAG curado implementado mediante la API de Asistentes de OpenAI (GPT-4o). El corpus del RAG estaba formado por fuentes seleccionadas y curadas manualmente, previamente validadas mediante un banco de 50 preguntas diseñado para evaluar la recuperación de información compleja. Se analizó de forma descriptiva la concordancia con la opinión mayoritaria de los expertos.

Resultados: La concordancia con la mayoría experta fue del 36,4% (IC 95%: 12,8–66,4%) para el sistema RAG curado y del 72,7% (IC 95%: 43,0–92,0%) para Open Evidence. La diferencia no alcanzó significación estadística en el test de McNemar (p=0,125). El RAG mostró mayor adherencia literal a las guías y fuentes seleccionadas, mientras que los expertos aplicaron las recomendaciones de forma más flexible, incorporando juicio clínico y contexto. La reformulación de una pregunta con mayor contexto clínico modificó significativamente la respuesta del RAG.

Conclusiones: Un sistema RAG curado mostró menor concordancia numérica con expertos que Open Evidence, pero ofreció mayor trazabilidad y alineación explícita con las fuentes. Estos sistemas pueden ser herramientas complementarias útiles cuando se busca rigor documental, identificación de incertidumbre y aplicación transparente de la evidencia.

Palabras clave: Reflujo vesicoureteral; inteligencia artificial; RAG curado; guías clínicas; toma de decisiones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-45

Dilatación neumática en megauréter obstructivo primario: ¿debería ser el primer paso en el manejo quirúrgico?

Reina Iglesias, YA[1, 2]; Rojas, MD[1]; Andrade, D[3]; Orjuela, C[1, 2]; Cadena, Y[1, 2]

[1]Departamento de Urología Pediátrica, Hospital de la Misericordia. Bogotá, Colombia. [2]Departamento de Urología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [3]Coordinación de investigación de pregrado y semilleros, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Introducción: El megauréter obstructivo primario (MOP) se produce por una alteración intrínseca de la unión ureterovesical. Aunque hasta el 80% resuelve espontáneamente, el manejo quirúrgico se indica ante el deterioro funcional, infecciones urinarias febriles (ITUf) o síntomas. El reimplante ureterovesical es el estándar de manejo pero en menores de un año resulta técnicamente difícil y eleva el riesgo de disfunción vesical. La dilatación neumática con balón surge como una alternativa mínimamente invasiva eficaz y con baja morbilidad. Ante la escasez de series latinoamericanas, este estudio buscó evaluar la efectividad y seguridad de la dilatación neumática en MOP en población pediátrica de un hospital de alta complejidad en Colombia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes pediátricos con MOP sometidos a dilatación neumática entre 2020 a 2025 en un hospital de alta complejidad en Colombia. Se realizó un análisis descriptivo de variables clínicas, radiológicas y operatorias. Los desenlaces principales fueron la tasa de resolución global y la seguridad (complicaciones infecciosas y no infecciosas).

Resultados: Se analizaron 29 procedimientos. La mediana de edad fue de 5 años (RIQ 2.0-8.0), con predominio masculino (72%) y afección derecha (62%). Los diámetros preoperatorios ureteral distal y piélico preoperatorios fueron 13.8 mm (RIQ 11.0-16.0) y 21.5 mm (RIQ 15.5-31. 0mm) respectivamente. La mediana de la longitud de la estenosis fue de 2 cm (RIQ 1.0-3.5 cm), el tiempo de dilatación 4 min (RIQ 2.5-5.5 min) y el tiempo operatorio de 85 min (RIQ 60.0-107.5 min). Tanto la estenosis como su resolución se visualizaron por fluoroscopia en el 100% de los casos. La estancia hospitalaria fue 2 días (RIQ 1-2) y el seguimiento varió entre 3 y 60 meses. Se alcanzó una tasa de resolución global del 77%, con una tasa de complicaciones del 13.7%. El requerimiento posterior de reimplante ureterovesical fue del 22%.

Conclusiones: La dilatación neumática con balón para el MOP es un procedimiento factible, efectivo y seguro en nuestro medio; capaz de consolidarse como una terapia de primera elección con resultados favorables definitivos.

Palabras clave: Megaureter, pediatría, dilatación neumática.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-46

Lesión polipoide intraluminal en conducto tipo Mitrofanoff: causa infrecuente de dificultad para la cateterización

Paez-Cortes, J[(1)]; Jimenez, C[(2)]; Jackson, E[(1)]; Chaudhri, E[(1)]; Lopez, P[(1)]; Moldes, J[(1)]

[(1)]Pediatric Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA.
[(2)]Urology, Univerdad del Boque. Bogotá, Colombia.

Introducción: Los conductos cateterizables son una opción reconstructiva para pacientes con vejiga neurogénica que requieren cateterismos limpios intermitentes (CLI). Las lesiones polipoides son una complicación que puede causar sangrado, dificultad para la cateterización u obstrucción. Aunque la mayoría son pequeñas y tratables endoscópicamente, las lesiones intraluminales grandes pueden requerir cirugía abierta. Presentamos una lesión polipoide, inusualmente grande, en un conducto de Mitrofanoff tratada con revisión y reubicación para preservar su funcionalidad.
Métodos: Paciente femenina de 13 años con parálisis cerebral espástica y vejiga neurogénica, sometida a creación de un conducto cateterizable tipo Mitrofanoff en 2024 por dificultad progresiva para el cateterismo uretral. El seguimiento documentó dificultad para realizar los CLI mediante la apendicovesicostomía. Ante la progresión de los síntomas se realizaron cistoscopia y exploración quirúrgica.
Resultados: Trece meses después de la cirugía, los cuidadores reportaron resistencia durante la cateterización por el Mitrofanoff. Un intento de dilatación con catéter urinario temporal fracasó, con rápida recurrencia tras su retiro. La cistoscopia mostró un conducto permeable con una pequeña lesión mucosa no obstructiva; la histopatología reportó músculo liso con inflamación aguda y crónica, presumiblemente secundaria a cateterización traumática. Por persistencia de los síntomas, se realizó exploración quirúrgica 16 meses después de la cirugía inicial. Se identificó una masa intraluminal de 1 × 3 cm, dependiente de la mucosa, con tres pedículos adheridos a la luz, localizada en la porción media del conducto. El estudio por congelación fue negativo para malignidad. Se resecó la lesión con su origen apendicular, preservando longitud del apéndice, y se reubicó el conducto a nivel umbilical. La patología definitiva mostró tejido de granulación polipoide con inflamación linfoplasmocitaria aguda y crónica, raras células gigantes tipo cuerpo extraño, focos de epitelio y mucina extracelular. La cateterización se reanudó sin dificultad.
Conclusión: Las lesiones polipoides deben considerarse en pacientes con dificultad para la cateterización. Si la evaluación endoscópica no es concluyente y los síntomas persisten, puede requerirse exploración quirúrgica. La resección con preservación y reubicación del Mitrofanoff puede evitar reconstrucciones extensas. Las células gigantes tipo cuerpo extraño sugieren un proceso inflamatorio reactivo crónico relacionado con el trauma por la cateterización.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-47

MEGAURETER SECUNDARIO, TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE CON URETERONEOCISTOSTOMIA CON TÉCNICA TIPO NIPPLE

Quiroz Guerrero, JdJ[(1)]; Armenta Tapia, VE[(1)]; Maldonado Vega, M[(2)]; Rojo, D[(3)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Regional de Alta especialidad del Bajío. Leon, México. [(2)]Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, México. [(3)]Urología Pediátrica. Aguascalientes, México.

El megauréter (uréter mayor a 10 mm), clasificado en primario o secundario a una consecuencia de alteraciones funcionales o anatómicas subyacentes. Dentro de las causas más frecuentes de megauréter secundario se reportan el reflujo vesicoureteral (RVU) y la obstrucción de la unión ureterovesical (OUV). El tratamiento del megauréter depende de su etiología, repercusión clínica, severidad de la dilatación y el impacto sobre la función renal. Para el caso que, si requiere de corrección quirúrgica, el reimplante ureteral constituye parte importante del tratamiento, restableciendo un mecanismo antirreflujo eficaz y asegurando un adecuado drenaje urinario. El éxito del reimplante ureteral se basa en el principio de la longitud del túnel submucoso (paquin) relación 5:1, y el principio de las características del orificio ureteral (lyon), siendo el orificio en volcán el que favorece un mejor mecanismo antirreflujo. La técnica de plicatura en el megauréter secundario con la finalidad de reducir el diámetro del megaureter, reporta tasas de complicaciones de hasta 23.5%. **Material y métodos.** Se realizó un seguimiento de 3, 6, 9 y 12 meses a una cohorte de 15 pacientes con diagnóstico de megauretero secundario (obstrucción en unión uretero vesical y Reflujo) que cumplieron con criterios quirúrgicos y que se les realizó una ureteroneocistostomía sin remodelación ureteral, un túnel submucoso con una relación de 1:1 o 1:1.5 y evaginación ureteral (Nipple) de 15 mm. **Resultados.** El diámetro ureteral disminuyo al menos al 50% del diámetro original a los 6 y 9 meses de seguimiento. **Conclusiones.** La ureteroneocistostomia con túnel de una relación de 1:1 con evaginación ureteral Nipple de 15 mm, favorece un peristaltismo ureteral fisiológico al no remodelar la pared ureteral, permite un flujo libre de orina en la unión ureterovesical y un buen mecanismo antireflujo con la evaginación ureteral (nipple). La técnica de Nipple es una buena herramienta para el tratamiento del megauretero secundario que requiere de corrección quirúrgica. **Palabras clave**, Megauretero, obstrucción, Nipple

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-48

Pólipos genitourinarios en población pediátrica: presentación clínica y desenlaces en una cohorte multicéntrica internacional

Chaudhri, E[1]; Paez-Cortes, J[2]; Nome, C[3]; Perez-Bertolez, S[4]; Fadil, JL[5]; Arboleda, J[6]; Betancor, CL[7]; Bustamante, P[8]; Acquisgrana, A[9]; Perez-Brayfield, M[10, 11]; Vereecken, S[12]; Moldes, J[2]; Lopez, P[2]; Reed, F[13]

[1]Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA. [2]Pediatric Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA. [3]Pediatric Surgery, Hospital de Salud Intercultural Nueva Imperial. Temuco, Chile. [4]Pediatric Urology, Sant Joan de Deu Barcelona Children's Hospital. Barcelon, Spain. [5]Pediatric Urology, Sanatorio de Niños. Rosario, Argentina. [6]Pediatric Urology, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador. [7]Pediatric Surgery, Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, Spain. [8]Pediatric Urology, Hospital Provincial de Ovalle. Ovalle, Chile. [9]Pediatric Urology, Hospital Pediatrico Avelino Castelan. Resistencia, Argentina. [10]Surgery, University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico, USA. [11]Pediatric Urology, HIMA San Pablo Caguas Hospital. Caguas, Puerto Rico, USA. [12]Urology, Anschutz Medical Center, University of Colorado. Aurora, USA. [13]Urology, Hospital Esequiel Gonzalez Cortes. San Miguel, Chile.

Introducción: Los pólipos genitourinarios (GU) en niños son lesiones infrecuentes del tracto urinario que pueden presentarse desde forma asintomática hasta con obstrucción o hematuria. La evidencia disponible se limita a reportes de casos y pequeñas series unicéntricas, dificultando comprender su comportamiento clínico, espectro histológico y desenlaces. El objetivo fue describir las características demográficas, presentación clínica, localización, manejo y seguimiento de los pólipos GU pediátricos en una cohorte multicéntrica internacional.
Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 18 años con pólipos GU confirmados histológicamente, aportados por miembros de la Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica (SIUP). Se excluyeron pacientes ≥18 años o con información incompleta. Se analizaron variables demográficas, clínicas, imagenológicas, quirúrgicas, anatómicas, histopatológicas y de seguimiento.
Resultados: Se identificaron 27 pacientes con 28 pólipos GU de 13 instituciones en 6 países. Diecinueve pacientes (70,3%) fueron hombres. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 6,9 años. Las localizaciones incluyeron uretra (40,7%), paredes o piso vesical (40,7%), uréter distal, medio, proximal, unión ureteropiélica y cáliz renal (3,7% cada uno). Las manifestaciones clínicas incluyeron obstrucción (29,6%), hematuria (22,2%), sangrado (14,8%), prolapso visible (14,8%), dolor en flanco (7,4%), hallazgos prenatales (7,4%), dolor abdominal (3,7%) y hallazgo incidental (3,7%). Se realizó ecografía en 23 pacientes, sin hallazgos específicos en el 26,1%, y cistouretrografía miccional en el 22,2%. El manejo incluyó resección/fulguración endoscópica (55,5%), excisión con láser (11,1%), resección abierta (18,5%) y cirugía robótica (11,1%). El estudio histopatológico confirmó pólipos fibroepiteliales (46,4%), pólipos no especificados (28,5%) y un papiloma con características malignas (21,4%). Veinte pacientes tuvieron seguimiento (promedio: 2,9 años). Hubo una recurrencia con nueva resección, un caso de sangrado persistente, otro de incontinencia urinaria ocasional tras resección endoscópica; los demás permanecieron libres de enfermedad.
Conclusiones: Los pólipos GU pediátricos son lesiones raras con predominio uretral y vesical. Esta es la mayor serie multicéntrica global reportada y demuestra su diversidad anatómica, variabilidad clínica y naturaleza predominantemente benigna. La resección endoscópica fue el tratamiento más frecuente y generalmente definitivo, con baja recurrencia y desenlaces favorables. La colaboración internacional permitirá refinar la estratificación del riesgo, aclarar el potencial maligno y orientar el seguimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-49

Resultados clínicos y radiológicos del tratamiento endoscópico del ureterocele pediátrico: experiencia de un centro de referencia

Gonzalez, M[(1)]; Veroy, E[(2)]; De León, S[(2)]; Gomez, L[(3)]; Jiménez, A[(3)]; Alston, C[(3)]

[(1)]Urologia, Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panama, Panama. [(2)]Urología, Hospital Regional Rafael Hernandez. Chiriquí, Panamá. [(3)]Urología Pediátrica, Hospital Pediatrico de Alta Complejidad. Panamá, Panamá.

Introducción: El ureterocele es una malformación congénita del tracto urinario asociada con obstrucción, infecciones urinarias recurrentes y deterioro de la función renal. La descompresión endoscópica constituye el tratamiento inicial de elección en la mayoría de los pacientes sintomáticos; sin embargo, los resultados clínicos y radiológicos pueden variar según las características anatómicas y la técnica empleada. El objetivo fue describir los resultados clínicos y radiológicos del tratamiento endoscópico del ureterocele pediátrico y la experiencia de un centro de referencia.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de una serie de casos que incluyó pacientes menores de 18 años con diagnóstico de ureterocele tratados mediante incisión o punción endoscópica entre enero de 2016 y enero de 2026 en el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera. Se analizaron variables demográficas, tipo de sistema colector, persistencia del ureterocele, evolución ecográfica, reflujo vesicoureteral (RVU) pre y postoperatorio, infecciones urinarias recurrentes, necesidad de reintervención y complicaciones postoperatorias.
Resultados: Se incluyeron 13 pacientes; siete (53,8%) fueron tratados mediante incisión y seis (46,2%) mediante punción endoscópica. Predominó el sexo femenino (69,2%) y los sistemas colectores duplicados (61,5%). Nueve pacientes (69,2%) no presentaron persistencia del ureterocele, mientras que cuatro (30,8%) mostraron persistencia ecográfica; de estos, tres requirieron una nueva intervención. Diez pacientes (76,9%) no requirieron reintervención y diez (76,9%) permanecieron libres de infecciones urinarias recurrentes. El RVU postoperatorio se documentó en dos pacientes (15,4%). La evolución ecográfica mostró resolución o mejoría de la dilatación urinaria en la mayoría de los casos. Los pacientes tratados mediante punción presentaron menor frecuencia de reintervenciones e infecciones urinarias recurrentes; sin embargo, no se observaron diferencias clínicamente relevantes en la persistencia del ureterocele ni en la incidencia de RVU postoperatorio.
Conclusiones: El tratamiento endoscópico del ureterocele pediátrico demostró buenos resultados clínicos y radiológicos, con baja frecuencia de reintervenciones y complicaciones. La punción endoscópica mostró una tendencia a menor necesidad de procedimientos secundarios, aunque no se evidenciaron diferencias claras en la persistencia del ureterocele ni en el RVU postoperatorio. Estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral permitirán confirmar estos hallazgos.
Palabras clave: ureterocele; tratamiento endoscópico; urología pediátrica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-50

Resultados Comparativos de la Apendicovesicostomía de Mitrofanoff Abierta, Laparoscópica y Robótica en Niños: Una Revisión Sistemática

Chaudhri, E[(1)]; Paez-Cortes, J[(1)]; Ziadeh, H[(2)]; Moldes, J[(1)]; Lopez, P[(1)]

[(1)]Pediatric Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA.
[(2)]Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center. Cleveland, USA.

Introducción: La apendicovesicostomía o procedimiento de Mitrofanoff (APV) es un pilar de la reconstrucción urinaria pediátrica. Con la creciente adopción de la cirugía mínimamente invasiva, sigue sin definirse si los abordajes laparoscópico o robótico ofrecen ventajas frente a la cirugía abierta. Realizamos una revisión sistemática para comparar los resultados funcionales y clínicos de la APV abierta, laparoscópica y robótica en pacientes pediátricos.
Métodos: Se realizó una revisión sistemática de estudios pediátricos que reportaran resultados de APV estratificados por abordaje quirúrgico. Se incluyeron únicamente pacientes sometidos a APV con procedimientos concomitantes menores. Se excluyeron canales de Monti y procedimientos de aumento vesical. Se evaluaron tiempo operatorio, pérdida sanguínea estimada (EBL), estancia hospitalaria (LOS), complicaciones tempranas (<30 días), reintervención y complicaciones del estoma. Debido a la heterogeneidad de los estudios, se realizó un análisis descriptivo. Las complicaciones se compararon mediante chi-cuadrado y análisis post hoc con corrección de Bonferroni.
Resultados: Se identificaron 12 estudios de 281 revisados, con 112 APV abiertas, 72 laparoscópicas y 142 robóticas (N=326). La edad media/mediana osciló entre 8 y 12 años; la vejiga neurogénica fue la indicación predominante (165/326, 50,6%). La APV robótica presentó el mayor tiempo operatorio (mediana 346 min), la menor EBL (5 cc) y una LOS comparable a la laparoscópica (4 vs. 4,6 días). Las tasas de reintervención fueron 17,9% (abierta), 26,7% (laparoscópica) y 18,8% (robótica). La continencia del estoma fue 97,3%, 84,2% y 95,8%, respectivamente. No hubo diferencias significativas en complicaciones tempranas (<30 días) entre los grupos (χ^2=3,23; df=2; p=0,199). Las complicaciones tardías (>30 días) difirieron (χ^2=7,83; df=2; p=0,020); el análisis post hoc mostró mayor proporción de complicaciones mayores tardías (CDIIIb) en la cohorte laparoscópica (13/13, 100%) frente a la robótica (36/54, 67%) (p=0,015, corrección de Bonferroni).
Conclusión: En pacientes pediátricos sometidos exclusivamente a APV tipo Mitrofanoff, los abordajes abierto, laparoscópico y robótico mostraron morbilidad temprana, durabilidad del canal y continencia comparables. La cirugía robótica presentó mayor tiempo operatorio, menor EBL y LOS similar a la laparoscópica. Las complicaciones mayores tardías fueron más frecuentes tras el abordaje laparoscópico que el robótico. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-51

Tratamiento Endoscópico de las Estenosis Uretrales Pediátricas: Estudio Retrospectivo

Moreira, A[(1)]; Fernández Bautista, B[(1)]; Ordóñez, J[(1)]; Ortiz, R[(1)]; Burgos, L[(1)]; Angulo, JM[(1)]

[(1)]Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

Introducción: La estenosis uretral en la población pediátrica es una entidad poco frecuente y la evidencia que guía su tratamiento continúa siendo limitada. Aunque la uretroplastia ofrece las mejores tasas de éxito a largo plazo, el tratamiento endoscópico sigue considerándose una alternativa inicial por su carácter mínimamente invasivo y su menor morbilidad. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados del tratamiento endoscópico de la estenosis uretral pediátrica en un centro universitario terciario.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos tratados mediante técnicas endoscópicas por estenosis uretral entre 2014 y 2026. Se excluyeron las estenosis del meato uretral, las secundarias a reparación de hipospadias y las válvulas uretrales posteriores. Se analizaron las características clínicas, la etiología, el método diagnóstico, el tratamiento realizado y la evolución clínica.
Resultados: Se incluyeron ocho pacientes varones con una mediana de edad de 12,5 años (RIC 10–15). Los síntomas de presentación fueron hematuria (n=6), dificultad miccional (n=5), incontinencia urinaria (n=1), disuria (n=1) y dolor durante la eyaculación (n=1). La uretra anterior estuvo afectada en el 62,5 % de los casos. La etiología fue idiopática (n=5), válvulas uretrales anteriores (n=3) y traumatismo por cateterización (n=1). El diagnóstico se confirmó mediante cistoscopia en todos los pacientes. El tratamiento consistió en uretrotomía con láser holmium, dilatación con balón o una combinación de ambas técnicas, reservándose el balón recubierto de paclitaxel para un caso de recurrencia. Tras una mediana de seguimiento de 18,5 meses (RIC 9–36), un paciente presentó recurrencia y precisó una nueva intervención, permaneciendo asintomático posteriormente. Otro desarrolló disuria sin evidencia de reestenosis. Los seis pacientes restantes permanecieron asintomáticos. La tasa de éxito tras un único procedimiento fue del 87,5 %
Conclusiones: El tratamiento endoscópico representa una opción eficaz y mínimamente invasiva para casos seleccionados de estenosis uretral pediátrica, con buenos resultados clínicos a corto y medio plazo. Aunque la uretroplastia continúa siendo el tratamiento de referencia, las técnicas endoscópicas constituyen una alternativa válida en pacientes seleccionados. Son necesarios estudios multicéntricos prospectivos para definir mejor su papel en esta población.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-52

Adenoma nefrogénico en población pediátrica: retos diagnósticos y resultados clínicos de una serie multicéntrica internacional

Paez-Cortes, J[1]; Obery, D[1]; Samnakay, N[2]; Gómez, A[3]; Orjuela, C[4]; Cadena, Y[4]; Ruiz, J[5]; Djendov, F[6]; Mushtaq, I[6]; Escala, J[7]; Perez-Bertolez, S[8]; García-Aparicio, L[8]; Fernández, B[9]; Larios, C[10]; Tiryaki, S[11]; Chaudhri, E[1]; Moldes, J[1]; Lopez, P[1]

[1]Pediatric Urology, University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital. Cleveland, USA. [2]Surgery, Perth Children's Hospital, University of Western Australia. Perth, Australia. [3]Hospital 12 de Octubre. Madrid, Spain. [4]Fundación Cardioinfantil. Bogotá, Colombia. [5]Institution Hospital de Pediatría J. P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina. [6]Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. London, UK. [7]Clínica las Condes. Santiago, Chile. [8]Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, Spain. [9]Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, Spain. [10]Clínica Santa Maria del Lago. Bogotá, Colombia. [11]Ege University. Izmir, Turkey.

Introducción: El adenoma nefrogénico (AN) es una lesión benigna poco frecuente del tracto urinario que afecta la vejiga. En la población pediátrica suele asociarse a irritación de la mucosa por infección, cirugía, trauma o litiasis. La evidencia pediátrica es limitada y su morfología puede simular lesiones malignas. El objetivo fue describir la presentación clínica, el manejo y los desenlaces del AN pediátrico.
Métodos: Tras la aprobación del comité de ética (IRB), se realizó un estudio retrospectivo de pacientes <18 años con AN confirmado por histología. Los casos se recopilaron con miembros de la European Society for Pediatric Urology y la Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica. Se excluyeron pacientes ≥18 años o con información incompleta. Se analizaron variables clínicas, histológicas, terapéuticas, de recurrencia y seguimiento.
Resultados: Se identificaron 16 casos de AN en 11 centros de 7 países. La edad al diagnóstico fue de 7,6 años (mediana 6; rango 2,5–17), con predominio femenino (56%). El manejo incluyó resección transuretral en 7 pacientes (44%), cistectomía parcial en 3 (19%), fulguración transuretral en 2 (13%), instilaciones intravesicales de hialuronato de sodio en 2 (13%), una cistectomía convertida de laparoscópica a abierta (6%) y vigilancia en 1 (6%). El subtipo histológico fue tubular-papilar mixto (63%), sin transformación maligna. Se documentó recurrencia en 5 pacientes (31%) tras un promedio de 12 meses: 2 tratados con resección, 2 con fulguración y 1 con mucosectomía vesical abierta, quien recibió instilaciones intravesicales de hialuronato de sodio. Ninguna recurrencia presentó malignidad. El seguimiento fue de 4,9 años; el 63% permanecía libre de enfermedad en el último control.
Conclusiones: El AN pediátrico es una lesión benigna rara, de predominio vesical, con tendencia a la multifocalidad y recurrencia. Esta serie representa la mayor cohorte multicéntrica pediátrica reportada hasta la fecha y amplía la caracterización clinicopatológica de esta entidad. La resección transuretral continúa siendo el tratamiento más utilizado, con adecuado control en la mayoría de los casos; aproximadamente un tercio presenta recurrencia, sin evidencia de malignidad. La colaboración internacional permitirá mejorar el reconocimiento, estandarizar el manejo y desarrollar estrategias de seguimiento basadas en evidencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-53

Circuncisión pediátrica y el uso de pinza bipolar: Patrones de práctica entre urólogos pediátricos de Iberoamérica.

Lira, J[(1)]; Ríos, A[(1)]; Recabal, X[(1)]; Yancovik, F[(1)]; Letelier, N[(1)]; Finsterbusch, C[(1)]; Reed, F[(1)]

[(1)]Urologia pediatrica, Hospital Exequiel González Cortés. Santiago, Chile.

Introducción.
La circuncisión es un procedimiento frecuente en cirugía y urología pediátrica, con amplia variabilidad en las técnicas quirúrgicas y cuidados postoperatorios utilizados. Aunque la pinza bipolar podría disminuir el sangrado y mejorar la eficiencia del procedimiento, su grado de adopción internacional no está claramente establecido. El objetivo fue describir los patrones de práctica en circuncisión entre urólogos pediátricos de distintos países y evaluar el impacto de un video demostrativo sobre la intención de utilizar la técnica bipolar.
Métodos.
Estudio transversal mediante una encuesta online autoadministrada a urólogos pediátricos de SIUP. Se evaluaron país, años de experiencia, técnicas quirúrgicas, tipo y material de sutura, uso de Tegaderm y ungüento antibiótico. Posteriormente, se difundió un video demostrativo de circuncisión con pinza bipolar y se consultó la intención de probar esta técnica. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas.
Resultados.
Se analizaron 146 respuestas provenientes de 22 países. El 46,5% de los participantes tenía más de 20 años de experiencia y el 30,8% entre 10 y 20 años. La técnica más utilizada fue el bisturí monopolar con punta fina 44,5%, la pinza bipolar fue utilizada solo por el 21,2% de los participantes. El 86,9% realizaba habitualmente sutura con puntos separados. El Tegaderm era utilizado siempre por el 29,4% y el ungüento antibiótico por el 53,4%. La encuesta posterior al video obtuvo 54 respuestas, de las cuales el 90,7% manifestaron disposición a utilizar la técnica. Entre los 25 participantes vinculados que previamente no utilizaban pinza bipolar, el 84,0% señalaron que la probarían.
Conclusiones.
Esta encuesta internacional muestra una gran variabilidad en la técnica de circuncisión, con un bajo uso de la pinza bipolar 21,2%, pese a la evidencia disponible a su favor. La elevada intención de probar esta técnica tras visualizar un video aumentaría su utilización al 35,6%, convirtiéndola en la segunda técnica más utilizada. Esto sugiere que intervenciones educativas breves y demostrativas podrían favorecer su incorporación a la práctica quirúrgica.
Palabras clave: circuncisión pediátrica; electrocauterio bipolar; patrones de práctica; intervención educativa; encuesta internacional; urología pediátrica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-54

CIRUGIA ROBOTICA EN UROLOGIA PEDIÁTRICA: DE LA EVIDENCIA GLOBAL A LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL

Bolaños, A[(1)]; Larios, C[(2)]; Gonzalez, P[(2)]; Noreña, L[(2)]; Santafé, J[(2)]; Porras, ML[(2)]; Gomez, P[(3)]; Montenegro, S[(4)]; Torrado, M[(4)]; Rojas, D[(5)]

[(1)]Jefe de servicio de Urología Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(2)]Urología Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(3)]Pediatric Urologist, Advent Health for Children / Walt Disney Pavilion. Orlando, Estados Unidos. [(4)]Fellow Urologia Pediatrica, Universidad FUCS. Bogota, Colombia. [(5)]Residente de Urologia, Universidad FUCS. Bogota, Colombia.

Introducción: La cirugía robótica ha expandido progresivamente sus aplicaciones en múltiples especialidades quirúrgicas debido a ventajas como mejor visualización, mayor precisión y mejor ergonomía. En urología pediátrica, la pieloplastia asistida por robot se ha consolidado como uno de los procedimientos reconstructivos más representativos. Sin embargo, su implementación en Latinoamérica y Colombia sigue siendo limitada por barreras relacionadas con costos, acceso tecnológico y entrenamiento especializado. El objetivo de este trabajo fue describir la experiencia inicial con pieloplastia asistida por robot en pacientes pediátricos intervenidos en dos centros de alta complejidad en Colombia y revisar aspectos relacionados con la implementación y entrenamiento en cirugía robótica pediátrica.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la literatura sobre entrenamiento, simulación, curva de aprendizaje, proctoría e implementación de programas de cirugía robótica en urología pediátrica. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión retrospectiva de cuatro pacientes pediátricos sometidos a pieloplastia asistida por robot entre 2025 y 2026 en dos centros de alta complejidad en Colombia. Se analizaron variables demográficas, clínicas y perioperatorias.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes masculinos con edad media de 9 años, llevados a pieloplastia asistida por robot en dos instituciones de alta complejidad. No se presentaron conversiones a cirugía abierta ni complicaciones intraoperatorias mayores, y todos los pacientes tuvieron evolución postoperatoria satisfactoria. La revisión de la literatura mostró que los programas con mejores resultados se basan en entrenamiento progresivo estructurado, incluyendo simulación, proctoría y acompañamiento multidisciplinario.

Conclusiones: La experiencia inicial demuestra que la implementación de cirugía robótica pediátrica en Colombia es posible mediante modelos progresivos de entrenamiento, simulación e integración multidisciplinaria. La adopción de estrategias estructuradas permitió una transición segura hacia la cirugía robótica pediátrica, con resultados perioperatorios favorables y potencial de expansión en centros de alta complejidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-55

Factores de riesgo asociados a complicaciones en trasplante renal pediátrico: experiencia en un centro de alto volumen.

Blain, OE[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Sager, C[(1)]; Burek, C[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Alberti, D[(1)]; Arenas Norton, I[(1)]; Imaz, F[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urología, Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: El trasplante renal pediátrico (TRP) es el gold-standard para el tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal ya que mejora la calidad de vida y la sobrevida del paciente. Sin embargo, las complicaciones asociadas a esta intervención pueden comprometer la función del injerto e incluso conducir a la pérdida del mismo.
Objetivos: identificar la prevalencia de complicaciones luego del TRP y determinar su impacto en la sobrevida del paciente y del injerto.
MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, observacional, analítico de niños recibieron un TR en nuestro centro desde 2018 a 2024. Se excluyeron pacientes con datos insuficientes, receptores de un segundo TR durante el período analizado, trasplantados hepato-renales y aquellos con cirugía urológica adicional al momento del TR. Se analizaron variables demográficas, antecedentes clínico-quirúrgicos, variables técnico-quirúrgicas y complicaciones postoperatorias.
RESULTADOS: se realizaron 249 TRP en 7 años. Luego de aplicar los criterios de exclusión, 227 pacientes fueron analizados.
La prevalencia de complicaciones fue del 27,5%, siendo el reflujo vesicoureteral al implante (9,3%) y el hematoma (5,7%) las más frecuentes.
Los factores de riesgo para complicaciones luego del TRP fueron: sexo femenino, anomalía congénita del riñon y del tracto urinario, infección urinaria previa al TR, nefrectomía al momento del TR y anastomosis vascular del implante a los grandes vasos ($p < 0,05$).
La tasa sobrevida del paciente al año, 3 y 5 años permaneció en el 98%. Sin embargo, la tasa de sobrevida del injerto al año fue del 94,3%, descendiendo a un 88% a los 3 años y a un 84% a los 5 años.
Aquellos pacientes con complicaciones luego del TR tuvieron 2,4 veces más probabilidades de perder el injerto que los que no presentaron complicaciones (OR: 2.45 (95% CI 1.14-5.27, p=0,03).
CONCLUSION:
Nuestra experiencia como centro de alto volumen en TRP nos demuestra que la mayoría de los factores de riesgo asociados a complicaciones en esta intervención, pueden identificarse en la valoración multidisciplinaria previa. Esto nos permitirá planificar una estrategia clínico-quirúrgica individualizada y realizar un seguimiento meticuloso para controlar y/o disminuir las complicaciones, mejorando las tasas de sobrevida del injerto.
PALABRAS CLAVE: trasplante renal, complicaciones, pediatría

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-56

Histopathological examination in pediatric circumcision: prevalence of balanitis xerotica obliterans in a retrospective cohort

Hockmuller Filho, FA[1]; de Souza Britto, AF[1]; Garibaldi Bertoncello, G[1]; Creixell, A[2]; Machado Tavares, P[1]; Oliveira, RTd[1]; Rebello Horta Görgen, A[1]; Rosito, TE[1]

[1]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. [2]Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Porto Alegre, Brasil.

Introduction:
Balanitis xerotica obliterans (BXO), also known as penile lichen sclerosus, is an important cause of acquired pathological phimosis in boys. Clinical diagnosis may be challenging, and the role of histopathological examination of circumcision specimens remains debated. This study aimed to determine the prevalence of histopathologically diagnosed BXO among pediatric patients undergoing circumcision and to evaluate whether age or phimosis grade was associated with its diagnosis.
Methods:
We conducted a retrospective study including pediatric patients who underwent circumcision performed by the Grupo de Urologia Reconstrutiva e Pediátrica (GURI) in 2025. Patients older than 18 years were excluded. Data on age, phimosis grade when available, and histopathological diagnosis were analyzed. Continuous variables were compared using Student's t test, and categorical variables were compared using chi-square or Fisher's exact test, as appropriate.
Results:
A total of 89 pediatric patients were included, with a mean age of 9.54 ± 3.62 years, ranging from 1 to 17 years. Histopathological examination identified BXO in 30 patients, corresponding to a prevalence of 33.7% (95% CI, 24.7%–44.0%). Mean age did not differ between patients with and without BXO (9.43 ± 3.12 vs. 9.59 ± 3.87 years; p = 0.845). Phimosis grade was available in 41 patients (46.1%). Among these, BXO was identified in 50.0% of grade 1, 30.0% of grade 2, 25.0% of grade 3, and 22.2% of grade 4 cases, with no statistically significant association between phimosis grade and BXO diagnosis (Fisher's exact test, p = 0.517).
Conclusion:
BXO was identified in approximately one-third of pediatric circumcision specimens. Neither age nor phimosis grade was associated with histopathological diagnosis, suggesting that clinical assessment alone may be insufficient to predict BXO. These findings support the diagnostic value of histopathological evaluation in pediatric circumcision specimens.
Keywords:
Balanitis xerotica obliterans; lichen sclerosus; phimosis; circumcision; pediatric urology; histopathology.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-57

Mapeo intraoperatorio con verde de indocianina de la perfusión testicular en la orquidopexia de Fowler-Stephens para testículo intraabdominal: estudio piloto

Zambudio Carmona, GA[1]; Zambudio Munuera, A[2]

[1]Cirugía Pediátrica (Urología), Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. [2]Urología, Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España.

Introducción:
La orquidopexia de Fowler-Stephens es una técnica fundamental para el tratamiento del testículo intraabdominal cuando los vasos espermáticos no permiten un descenso escrotal sin tensión. Tras su ligadura o sección, la viabilidad testicular depende de la circulación colateral, principalmente deferencial, cremastérica/gubernacular y peritoneal. Aunque la preservación del gubernáculo se ha asociado en algunas series con menores tasas de atrofia, la contribución dinámica de cada vía vascular durante la cirugía no está completamente caracterizada.

Objetivo:
Evaluar la factibilidad del uso intraoperatorio de verde de indocianina para estudiar el patrón temporal de perfusión testicular durante la orquidopexia laparoscópica de Fowler-Stephens.

Material y métodos:
Estudio piloto prospectivo en pacientes pediátricos con testículo intraabdominal candidatos a Fowler-Stephens. Tras la sección del pedículo espermático se administró verde de indocianina por vía intravenosa. Se extrajeron fotogramas secuenciales del vídeo quirúrgico original y se analizaron mediante Fiji/ImageJ. Se definieron regiones de interés en vasos ilíacos, pedículo deferencial, región gubernacular, meso testicular, testículo y fondo peritoneal. La señal se cuantificó mediante dominancia verde corregida por fondo: $G - [(R+B)/2]$.

Resultados:
En el caso índice, la fluorescencia apareció inicialmente en la región ilíaca a los 4 segundos. La señal deferencial fue detectable a los 6 segundos y alcanzó su máximo a los 9 segundos, antes de observar captación relevante en el testículo o el meso testicular. La región gubernacular mostró captación progresiva por encima del fondo, aunque más tardía y menor que la deferencial. El índice gubernáculo/deferente fue 16,7% a los 6 segundos, 30,4% a los 9 segundos, 38,6% a los 11 segundos y 57,8% a los 21 segundos.

Conclusiones:
El verde de indocianina permite caracterizar de forma dinámica y semicuantitativa la perfusión testicular durante Fowler-Stephens. En el caso inicial, el patrón sugiere predominio deferencial precoz, con contribución gubernacular detectable pero más tardía y menor. Esta herramienta podría ayudar a individualizar la técnica quirúrgica en pacientes con testículo intraabdominal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-58

Postoperative Complications in Pediatric Urology: A Subanalysis of an Ongoing Prospective Cohort

Hockmuller Filho, FA[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Machado Tavares, P[(1)]; Oliveira, RTd[(1)]; Rebello Horta Görgen, A[(1)]; Rosito, TE[(1)]

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

Background: Pediatric urologic procedures have a unique postoperative morbidity profile. Standardized reporting using the Clavien-Dindo classification may improve the assessment of surgical safety and facilitate comparisons across institutions.
Objective: To describe surgical profile and 30-day postoperative complications in pediatric patients included in a prospective urologic surgery cohort.
Methods: We performed a pediatric subanalysis of an ongoing prospective cohort initiated in January 2026 at a tertiary university hospital. Patients younger than 18 years undergoing urologic procedures were included. Complications were classified according to the highest Clavien-Dindo grade during hospitalization or within 30 days. Major complications were defined as grade III–V. Pediatric outcomes were described and compared with adult patients from the same cohort.
Results: Among 1,137 procedures, 136 involved pediatric patients (12.0%). Median age was 8 years. The most frequent surgical categories were genital/scrotal procedures (57.4%), followed by endourology, stone disease or catheter-related procedures (24.3%), upper tract reconstruction/reflux surgery (8.8%), complex bladder/neurourologic procedures (7.4%), and other procedures (2.2%). Thirty-day outcome data were available for 92 pediatric patients. Overall, 82 patients had no complications (89.1%). Overall complications occurred in 10.9%, and major complications in 2.2%. Grouped Clavien-Dindo distribution was: no complication, 89.1%; grade I–II, 8.7%; grade III–V, 2.2%. The two major complications occurred in distinct scenarios: one Clavien-Dindo IVa respiratory event after double-J stent placement in a 9-year-old ASA II patient requiring intensive care and orotracheal intubation after bronchoaspiration, and one Clavien-Dindo IIIb reoperation after pyeloplasty in a 10-year-old ASA I patient. Both had Charlson comorbidity index of zero. No major complications occurred after genital/scrotal procedures. Compared with adults, pediatric patients had lower crude rates of overall complications (10.9% vs. 25.4%; p=0.002) and major complications (2.2% vs. 10.8%; p=0.009). However, age group was not independently associated with complications after multivariable adjustment in the overall cohort.
Conclusion: Pediatric postoperative morbidity was low, with major complications in only 2.2% of patients with available follow-up. Major events were rare and heterogeneous. Clavien-Dindo reporting provides an objective framework for pediatric urologic surgical safety assessment.
Keywords: Pediatric urology; Postoperative complications; Clavien-Dindo classification; Prospective cohort; Surgical safety.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-59

Programa robótico en urología pediátrica: Casuística de nuestro servicio, desafios y el camino formativo

Echeverria, J; Guaman, P; Sanchez, G; Olmedo, J; Villacis, D

Introducción: La cirugía robótica (CR) en urología pediátrica ofrece ventajas en visualización tridimensional y maniobrabilidad intracorpórea para la resolución de malformaciones complejas. Su implementación progresiva exige auditar clínicamente sus alcances, la viabilidad técnica según las características individuales del paciente y los desafíos pedagógicos en la formación quirúrgica especializada.
Material y métodos: Estudio analítico y retrospectivo de cohortes pediátricas (0-17 años) sometidas a CR por estenosis pieloureteral (n=22), reimplante vesicoureteral (n=9) y heminefroureterectomía (n=8). Se evaluaron variables perioperatorias como tiempos quirúrgicos, morbilidad, tasa de conversión y estancia hospitalaria. El seguimiento clínico-evolutivo se basó en el análisis de estudios de imagen y gammagrafías postoperatorias. Se proyecta la ejecución de 8 a 10 cirugías adicionales hasta octubre del presente año, optimizando la potencia de la muestra para la exposición definitiva.
Resultados: En las 39 intervenciones analizadas, los tiempos quirúrgicos reflejaron estabilidad técnica: mediana de 139 minutos en heminefroureterectomías, y promedios de 144,6 y 110 minutos en reimplantes y pieloplastias, respectivamente, sin registrarse conversiones en esta serie. La morbilidad fue baja, con una tasa de éxito anatómico del 93,3% en reimplantes y un único urinoma menor (12,5%) de manejo conservador. El principal beneficio fue la reducción de la estancia hospitalaria, con altas entre el primer y tercer día en el 85% de las pieloplastias. El control por estudios de imagen y gammagrafías mostró una evolución postquirúrgica favorable.
Conclusiones: Los datos demuestran que la CR es un procedimiento quirúrgico seguro y eficiente que disminuye los tiempos de hospitalización. Sin embargo, existen limitaciones clave a discutir: la restricción antropométrica en pacientes menores de 10 kg debido al instrumental disponible, y la curva de aprendizaje del posgradista o del fellow, la cual resulta menos natural en comparación con otros abordajes.
Palabras clave: Cirugía robótica; Urología pediátrica; Procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-60

Salvamento testicular en torsión prolongada: predictores de viabilidad y resultados clínicos tras fasciotomía de túnica albugínea y colgajo de túnica vaginal

Bolaños, A[(1)]; Larios, C[(2)]; Gonzalez, P[(2)]; Noreña, L[(2)]; Santafé, J[(2)]; Porras, ML[(2)]; Montenegro, S[(3)]; Torrado, M[(3)]; Vargas, A[(4)]

[(1)]Jefe del servicio de Urología Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(2)]Urologia Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(3)]Fellow Urología Pediatrica, Universidad FUCS. Bogota, Colombia. [(4)]Residente de Urologia, Universidad FUCS. Bogota, Colombia.

Introducción
La torsión testicular (TT) es una urgencia urológica en la que el tiempo transcurrido tiene un impacto directo sobre el testículo. En casos de isquemia prolongada (8-48 horas), la viabilidad del órgano se ve comprometida por la instauración de una lesión microvascular secundario al síndrome compartimental agudo intratesticular. La fasciotomía de la túnica albugínea con cobertura de colgajo de túnica vaginal (TVF) surge como una alternativa de salvamento efectiva.
Objetivo
Describir los factores prequirúrgicos e intraoperatorios, la viabilidad testicular y los desenlaces clínicos a mediano plazo en pacientes pediátricos con torsión testicular prolongada intervenidos mediante fasciotomía de túnica albugínea y colgajo de túnica vaginal.
Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo con seguimiento clínico en pacientes pediátricos con diagnóstico de torsión testicular (TT) y tiempos de isquemia prolongados, intervenidos entre enero 2021 y julio 2025. El procedimiento quirúrgico consistió en la detorsión, fasciotomía de la túnica albugínea y posterior colgajo de túnica vaginal (TVF). Se recolectaron datos prequirurgicos, variables intraquirurgicas y descenlaces de seguimiento a mediano plazo. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes (%), Para las proporciones principales se calcularon intervalos de confianza exactos binomiales del 95%. Las variables cuantitativas se describen mediante mediana y rango
Resultados
25 pacientes (mediana de edad: 14 años) con mediana de tiempo de isquemia de 12 horas (máximo 36 horas). Intraoperatoriamente, el 88% persistió con coloración violácea tras la detorsión; no obstante, el 100% evidenció sangrado parenquimatoso activo posterior a la fasciotomía albugínea. los resultados clínicos a los 6 meses, evidencio un salvamento gonadal global del 100%, lográndose una preservación volumétrica exitosa (reducción <50% respecto al contralateral) en el 68%. No se observaron complicaciones y presentaron una mediana de dolor residual mínima al sexto mes (NRS = 1).
Conclusiones:
La fasciotomía de la túnica albugínea con colgajo de túnica vaginal constituye una alternativa quirúrgica eficaz y segura para el salvamento de la torsión testicular prolongada, logrando la viabilidad del órgano a mediano plazo, con un volumen remanente satisfactorio en la mayoria de casos.
Palabras clave: Torsión del Cordón Espermático; Fasciotomía; Atrofia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-61

Five-Year Urological Outcomes Following Fetal Versus Postnatal Myelomeningocele Closure: The Impact of Structured Proactive Urological Management

Oliveira, RTd[(1)]; Rosito, TE[(1)]; Machado Tavares, P[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; Guimarães Alves da Silva, M[(2)]; Anselmini Accorsi, C[(2)]

[(1)]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brazil. [(2)]Universidade Luterana do Brasil. Canoas, Brazil.

Introduction:
Fetal closure of myelomeningocele has been associated with improved neurological outcomes compared with postnatal repair. However, whether these prenatal benefits translate into improved early urological outcomes remains uncertain, particularly when children receive standardized proactive neuro-urological care from birth. We compared baseline bladder risk and five-year urological outcomes between children undergoing fetal versus postnatal closure within a prospective birth cohort managed according to a structured risk-based protocol.
Methods:
This prospective longitudinal cohort included 110 children with myelomeningocele enrolled from birth in a standardized neuro-urological protocol based on early urodynamic assessment, risk stratification, clean intermittent catheterization, antimuscarinic therapy, and scheduled surveillance. Forty-two children underwent fetal closure and 66 postnatal closure. Baseline comparisons included prenatal characteristics, urodynamic risk classification, and upper urinary tract status. Five-year outcomes included urodynamic risk, renal imaging, urinary tract deterioration, and therapeutic interventions. Continuous variables were compared using Mann–Whitney U or Student's t-test, and categorical variables using χ^2 or Fisher's exact test.
Results:
Children undergoing fetal closure were born at a lower gestational age (34.9 ± 3.8 vs 37.0 ± 2.2 weeks;p=0.002) and presented significantly less ventriculomegaly at birth (23.8% vs 72.7%;p<0.001), confirming a more favorable prenatal neurological phenotype. Despite these differences, baseline urodynamic risk distribution was comparable between groups (low/intermediate/high risk: 28.6%/23.8%/47.6% vs 36.4%/33.3%/30.3%;p=0.189). Baseline vesicoureteral reflux (25.9% vs 28.6%;p=0.810) and abnormal DMSA scans (8.0% vs 26.2%;p=0.109) were also similar, whereas abnormal renal ultrasound findings were less frequent after fetal closure (19.4% vs 47.8%;p=0.011). At five years, children in both groups demonstrated favorable bladder and renal outcomes under the proactive protocol, with no clinically meaningful differences in bladder risk evolution or therapeutic burden between closure techniques.
Conclusion:
Within a prospectively managed birth cohort receiving standardized proactive neuro-urological care from birth, fetal closure was associated with improved prenatal neurological phenotype but not with substantial differences in early bladder outcomes. Comparable baseline bladder risk and favorable five-year urological outcomes were achieved following both fetal and postnatal closure. These findings reinforce the central role of structured risk-based neuro-urological management in early preservation of bladder and renal function, irrespective of closure technique.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-62

Resultados a largo plazo de mirabegrón como tratamiento adyuvante en niños con disfunción vesical neurogénica refractaria a primera y segunda línea de tratamiento.

Alberti, WD[(1)]; Sager, C[(1)]; Imaz, F[(1)]; Arenas, I[(1)]; Blain, O[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Gomez, Y[(1)]; Lopez I, F[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Burek, C[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urologia, J.P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tratamiento inicial de la Disfunción Neurógena del Tracto Urinario Inferior (**DNTUI**) en pediatría incluye cateterismo intermitente limpio (CIC) y antimuscarínicos, reservándose las inyecciones intradetrusor de toxina botulínica A (BotxA) parahiperactividad (HA) refractaria. Sin embargo, una proporción menor continúa siendo resistente a la farmacología y requiere cistoplastia de aumento. Mirabegrón, agonista β3-adrenérgico, ha demostrado beneficios a corto plazo, en este subgrupo. El objetivo fue evaluar la eficacia a largo plazo de mirabegrón como tratamiento adyuvante en niños con vejiga neurogénica refractaria.
Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva >12 meses de seguimiento, de 52 pacientes de hasta 18 años con vejiga neurogénica refractaria tratados con mirabegrón entre 2017 y 2025. Todos realizaban CIC y con resistencia a oxibutinina oral y/o onabotulinumtoxina A intradetrusor. Se analizaron variables demográficas, diarios de CIC, grado de incontinencia orina (Schurch) y variables urodinamicas: capacidad cistométrica máxima (CCMx), presión del detrusor máxima (Pdetmáx), presión del detrusor a capacidad vesical esperada para la edad (Pdet-CVE), acomodación vesical, HA y RVU. Se utilizaron prueba t pareada y chi-cuadrado, con significación de $p<0,05$ (Python)
Resultados: La etiología más frecuente fueron mielomeningocele en 46/52 (88,5%) y malformaciones anorrectales en 6/52 (11,5%). La edad media al inicio de terapia con mirabegron fue 11,7 años (6-17) y el seguimiento medio 45,6 meses (12-99). El 34,6% recibió BotxA adyuvante a oxibutinina. Post mirabegrón se observó: aumento de volúmenes mínimos (+54,2 mL) y máximos (+122,5 mL) en CIC ($p<0,001$), CCMx (+200,7 mL; $p<0,001$), reducción de Pdetmáx (-9,1 cmH_2O; $p<0,001$) y de Pdet-CVE (-12,5 cmH_2O; $p<0,001$). La acomodación patológica disminuyó de 96,2% a 30,8% ($p<0,001$) y HA (6 casos) disminuyó del 25% al 15,4%. De 34 pacientes incontinentes, 21 (61,8%) alcanzaron continencia completa. No se reportaron efectos colaterales, ni suspensión por intolerancia. Solo dos pacientes requirieron cistoplastia de aumento.
Conclusiones: El uso prolongado de mirabegrón como tratamiento adyuvante a los anticolinergicos mejora significativamente la capacidad, la acomodación vesical y mejora la continencia en niños con **DNTUI**. Estos hallazgos sugieren que puede retrasar o evitar la necesidad de cistoplastia de aumento.
Palabras clave: Vejiga neurogénica; Mirabegrón; Urodinámia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-63

Riesgo urológico en varones con malformaciones anorrectales: una estratificación basada en el tipo de fístula

Imaz, F[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Lopez Imizcoz, F[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Blain, O[(1)]; Alberti, D[(1)]; Arenas, I[(1)]; Sager, C[(1)]; Burek, C[(1)]; Gomez, YR[(1)]; Diaz Zabala, L[(2)]; Di Benedetto, V[(3)]; Siffredi, J[(3)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Urologia, Hospital Publico Materno Infantil. Salta, Argentina. [(3)]Cirugia, Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN
Las malformaciones anorrectales (MAR) se asocian frecuentemente a anomalías urológicas. El nivel de la fístula condiciona el impacto sobre la función del tracto urinario. El objetivo fue describir y comparar los resultados urológicos según el tipo de MAR.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de pacientes varones con MAR tratados entre 2005 y 2022 en un único centro, con seguimiento mínimo de 3 años desde la reconstrucción anorrectal. Se analizaron en forma uni y multivariada las variables malformaciones urológicas, infecciones urinarias (ITU), sacral ratio patológico (<0.4), vejiga neurogénica, continencia urinaria final y enfermedad renal crónica (ERC).
RESULTADOS
Se incluyeron 141 pacientes: fístula rectobulbar (n=33), rectoprostática (n=22), rectovesical (n=9), perineal (n=51), sin fístula (n=20) y malformaciones infrecuentes (n=6). Las malformaciones urológicas prevalecieron en fístulas rectoprostáticas, rectobulbares y rectovesicales (77.3%, 54.5% y 44.4%, respectivamente) sobre perineales y sin fístula (21.6% y 25.0%; p<0.001). Las ITU predominaron en rectoprostáticas y rectovesicales (50% y 44.4%) respecto de rectobulbares, perineales y sin fístula (21.2%, 13.7% y 15%; p=0.006). El sacral ratio patológico fue más frecuente en rectovesicales y rectoprostáticas (44.4% y 27.3%) que en los demás grupos (18.2-25%; p=0.001). La vejiga neurogénica prevaleció en fístulas urinarias (vesical 77.8%, prostatica 31.8%, bulbar 30.3%) frente a perineal (7.8%) y sin fístula (0%; p<0.001). La continencia urinaria final fue elevada en todos los grupos (88-100%), requiriendo cirugía reconstructiva en el 25% de rectovesicales, 23.8% de rectoprostáticas, 10% de perineales y 5% de MAR sin fístula. La ERC predominó en rectovesicales (66.7%), rectoprostáticas (54.5%) y rectobulbares (33.3%) por sobre el resto (p=0.001). El análisis multivariable evidencio que la vejiga neurogénica es el principal predictor independiente de ERC (OR=7.43), ITU (OR=20.36) y cirugía reconstructiva (OR=33.16). El seguimiento promedio fue 90.6 meses.
CONCLUSIONES
El tipo de MAR determina el perfil de riesgo urológico, lo que respalda un seguimiento urológico estratificado según la MAR.

Distribución de resultados urológicos según el tipo de fístula anorrectal

Tipo de MAR	Malformacion urológica	Vejiga neurogénica	Continencia urinaria	ERC
F. Rectovesical (n=9)	44,4%	77,8%	88,9%	33,3%
F. Rectoprostatica (n=22)	77,3%	31,8%	95,5%	54,5%
F. Rectobulbar (n=33)	54,5%	30,3%	97,0%	33,3%
F. Perineal (n=51)	21,6%	7,8%	98,0%	15,7%
Sin fistula (n=20)	25,0%	0%	100%	20,0%
Valor de p	p<0,001	p<0,001	p=0,548	p<0,001

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-O-64

THE LIO (LONGITUDINAL INSIDE-OUT) TECHNIQUE FOR BLADDER NECK CLOSURE: EARLY RESULTS WITH AN ORIGINAL APPROACH

Jordan, R[(1)]; Barroso Sacoman, D; Macedo, E[(1)]; Leal da Cruz, M[(1)]; Ottoni, S[(1)]; Garrone, G[(1)]; Macedo, A[(1)]

[(1)]Pediatric Urology, NUPEP-CACAU. Sao paulo, Brasil.

Background: The management of children with neurogenic bladder and urinary leakage at low detrusor pressures remains a challenge in pediatric urology. Bladder augmentation with bladder-neck resistance procedures is frequently required, although techniques have variable outcomes. This study evaluates results of the Longitudinal Inside-Out (LIO) bladder neck closure technique, performed since 2008.
Methods: A retrospective review was conducted using a bladder reconstruction database. All surgeries were performed by a single surgeon. Among 73 patients undergoing enterocystoplasty, those who also received bladder-neck procedures were analyzed. Variables included diagnosis, age, surgical technique, additional procedures, continence outcomes, follow-up, and complications. The LIO method consists of midline cystotomy, Foley traction, ureteral markers, inside-out bladder-neck transection, creation of longitudinal bladder flaps, and layered closure. All patients received an ileal Macedo pouch as a continent catheterizable reservoir. continence was defined as dryness lasting at least four hours.
Results: Seventy-three patients underwent augmentation: 35 augmentation alone, 29 augmentation with bladder-neck closure, six with Pippi Salle, and three with sling procedures. Mean age at surgery was 10.8 years, with follow-up of 41 months. In the bladder-neck group, most patients had spinal dysraphism, and 78.9% presented an incontinent pattern according to Leal da Cruz classification. Mean detrusor leak point pressure was 26.7 cmH2O. Patients undergoing augmentation with bladder-neck closure, mainly using LIO, achieved urethral continence in 29 of 29 cases (100%), compared with lower rates in Pippi Salle (50%) and sling procedures (33.3%). Mean follow-up in this subgroup was 17.9 months.
Complications included urinary stoma stricture in 10.5%, colonic stoma stricture in 2.6%, urethral false passages in 5.2%, and one bladder stone requiring cystolithotomy. Additional complications included enterocutaneous fistula and two complete colonic channel dehiscences requiring surgery.
Conclusion: The LIO bladder-neck closure technique appears feasible and provides excellent continence outcomes when combined with a catheterizable reservoir. Its longitudinal design allows bladder flap mobilization to skin level, potentially reducing deep pelvic suturing and fistula risk. Although limited by retrospective design, sample size, unequal comparisons, and short follow-up, findings suggest LIO may represent an effective alternative to traditional reconstruction. Further prospective studies with longer follow-up are needed to evaluate durability and complications.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-02

Agotamiento del ADN mitocondrial, disfunción del tracto urinario inferior y obstrucción intestinal funcional. Reporte de caso.

Figueroa-Gutierrez, LM[1, 2]; Hernandez-Lemos, LF[3]; Cristancho-Olaya, GA[3]; Sinisterra-Diaz, S[4, 5]; Calle-Gómez, MM[3]

[1]Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia. [3]Departamento de Pediatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [4]Facultad Ciencias de la Salud, Universidad ICESI. Cali, Colombia. [5]Genética, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

Introducción

Los desórdenes de agotamiento del ADN mitocondrial (AADNM) son un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan el metabolismo y provocan una disminución de la producción de ATP, con una amplia gama de síntomas multisistémicos.

Material y métodos

Describimos las características clínicas, bioquímicas y genéticas del primer caso latinoamericano de un niño con síndrome de AADNM tipo 20 (MTDPS20) asociado a una nueva variante homocigótica en el gen LIG3 (c.2891G>A; p.Gly964Glu), destacando las manifestaciones por compromiso del tracto urinario inferior y de la motilidad intestinal.

Paciente de 9 años con síntomas desde los 2 años: epilepsia focal refractaria, encefalopatía, hipoacusia neurosensorial bilateral y trastorno del aprendizaje (lectura). Por estreñimiento severo que progresó a obstrucción intestinal requirió ileostomía a los 9 años. Posteriormente, presentó episodios de disminución del volumen urinario y durante la hospitalización retención urinaria aguda; el ultrasonido detectó una dilatación del tracto urinario y la urodinamia confirmó una vejiga disfuncional, sin anomalías medulares en la resonancia magnética y en la cistouretrografía, una alta capacidad sin evacuación espontánea; se confirmó una acidosis metabólica con brecha aniónica elevada y aumento de la relación lactato/piruvato sugestivo de disfunción mitocondrial. Actualmente el paciente permanece con ileostomía y cateterismo vesical intermitente a la espera de un Mitrofanoff.

Resultado

La valoración por genética fue definitiva para el diagnóstico, con las características clínicas se estableció una ruta de evaluación bioquímica y molecular hasta lograr caracterizar la enfermedad. En el exoma se identificó una variante homocigótica en LIG3 (NM_013975.4): c.2891G>A (p.Gly964Glu) con ambos padres no consanguíneos heterocigotos.

Conclusiones.

En 1977 se propuso el concepto de encefalomiopatía mitocondrial para un grupo de enfermedades que combinaban compromiso del músculo esquelético y del sistema nervioso central. Posteriormente se acuñó el término síndrome de miopatía mitocondrial, encefalopatía, acidosis láctica y episodios similares a accidentes cerebrovasculares (MELAS) ocasionado por mutaciones en el ADN mitocondrial y caracterizado por desarrollo temprano normal, baja estatura, convulsiones, demencia progresiva, síntomas gastrointestinales y problemas urológicos como retención urinaria, vaciado incompleto, incontinencia e infección urinaria.

La identificación de estas condiciones ultra raras, su conocimiento y manejo requieren de un trabajo interdisciplinario comprometido para lograr los mejores resultados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-03

Amputación peneana parcial: complicaciones de circuncisión ritual en hipospadias no diagnosticado.

Valenzuela López, CC[1, 2]; Estors Sastre, B[1, 2]; Hernández Calvarro, AE[1, 2]

[1]Sección de Urología Infantil, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.

Introducción
La amputación del glande es una complicación infrecuente pero potencialmente devastadora de la circuncisión. Su aparición es más frecuente cuando el procedimiento se realiza fuera del ámbito sanitario o en presencia de anomalías peneanas no diagnosticadas. Entre las alternativas reconstructivas descritas, la mucosa oral destaca por sus características histológicas, resistencia a la humedad y elevada tasa de integración tisular.
Material y métodos
Caso clínico de un paciente de 4 años remitido desde Atención Primaria por cicatrización prepucial anómala tras circuncisión religiosa realizada seis meses antes en otro país. Presentaba imposibilidad para exponer el glande y chorro miccional fino.
Resultados
Durante la revisión quirúrgica se objetivó amputación completa del glande, uretra distal desprovista de cuerpo esponjoso y configuración prepucial compatible con hipospadias distal. Se realizó reconstrucción mediante miniuretroplastia distal e injerto autólogo de mucosa oral para creación de un neoglande.
A la semana se retiraron el vendaje y la sonda vesical, observándose adecuada integración del injerto y micción espontánea sin dolor, dehiscencia ni fístulas. La flujometría realizada a las seis semanas mostró un flujo máximo de 6,5 ml/s, quedando pendiente una meatotomía por estenosis residual del meato. El resultado cosmético fue satisfactorio y la viabilidad del injerto se mantuvo durante el seguimiento.
Conclusiones
La reconstrucción diferida de la amputación de glande mediante injerto autólogo de mucosa oral constituye una alternativa factible en edad pediátrica. En nuestro caso permitió restaurar la anatomía distal peneana con un resultado funcional y estético favorable. La mucosa oral representa una opción reconstructiva útil cuando no es posible la reimplantación primaria.
Palabras clave: amputación; injerto; hipospadias.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-04

Cecoureterocele gigante como diagnóstico diferencial de duplicación vesical en un preescolar sin duplicación ureteral: desafío quirúrgico a propósito de un caso.

Cisternas, V[(1)]; Veas, M[(1)]; Oliveros, E[(2)]; Martinez, G[(2)]; Gana, R[(3)]

[(1)]Cirugía Infantil, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. [(2)]Urología Infantil, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. [(3)]Urología Infantil, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

Introducción
El ureterocele es una dilatación quística congénita del uréter distal, asociada frecuentemente a sistemas colectores duplicados. El cecoureterocele es una variante ectópica excepcional que puede extenderse hacia el cuello vesical y la uretra, causando obstrucción, infección urinaria y alteraciones de continencia. Su gran tamaño puede distorsionar la anatomía vesical y simular cavidades independientes en las imágenes. Se presenta un caso inicialmente interpretado como duplicación vesical.
Caso clínico
Paciente masculino de 4 años con dilatación renal izquierda antenatal, infección urinaria neonatal y urosepsis durante la lactancia. El estudio evidenció megauréter derecho, riñón izquierdo excluido y sospecha de vejiga doble. Se realizó vesicostomía; sin embargo, persistieron la hidroureteronefrosis derecha y las infecciones urinarias, por lo que se efectuó ureterostomía derecha en asa. La resonancia magnética mostró una vejiga de doble lumen, con desembocadura del uréter izquierdo en una cavidad posterior y del derecho en una anterior. Tras discusión multidisciplinaria se decidió exploración y reconstrucción vesical. Intraoperatoriamente se identificó una vejiga colapsada comunicada mediante un orificio puntiforme cercano al cuello vesical con una segunda cavidad. La disección evidenció un ureterocele gigante con uréter izquierdo dilatado y tortuoso. Se realizó resección del ureterocele, ureterectomía distal izquierda, neoimplante ureteral derecho tipo Cohen, cierre de ureterostomía y reconstrucción vesical, obteniéndose una vejiga de 10 mL. La biopsia confirmó ureterocele. Evolucionó con infección urinaria por Pseudomonas aeruginosa, tratada por vía endovenosa. Posteriormente presentó exteriorización accidental del cistofix y fístula urinaria, requiriendo reexploración, cierre del trayecto previo e instalación de una nueva cistostomía percutánea. Fue dado de alta con profilaxis antibiótica y continúa en seguimiento, pues se debe evaluar progresivamente la funcionalidad y capacidad vesical.
Discusión
El cecoureterocele gigante puede simular una duplicación vesical al deformar el trígono, el cuello vesical y la pared posterior. El tratamiento debe individualizarse según función renal, obstrucción, infecciones y reflujo. En casos complejos, la resección y reconstrucción vesical constituyen alternativa factible.
Conclusiones
El cecoureterocele debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de una aparente vejiga doble. El reconocimiento anatómico y la planificación multidisciplinaria son fundamentales para preservar la función urinaria y reducir complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-05

Cirugía Conservadora de Nefronas (NSS) en Tumores de Wilms Unilaterales y Bilaterales: Experiencia Clínica y Resultados Oncológicos Basados en el Protocolo SIOP UMBRELLA.

Cáceres, E[(1)]; Echeverría, J[(1)]; Gallegos, D[(2)]; Idrovo, M[(1)]; Zambrano, E[(1)]; Solís, R[(3)]

[(1)]Cirugía Pediátrica, Hospital Pediátrico Baca Ortíz. Quito, Ecuador. [(2)]Urología Pediátrica, Hospital Pediátrico Baca Ortíz. Quito, Ecuador. [(3)]Oncohematología, Hospital Pediátrico Baca Ortíz. Quito, Ecuador.

Introducción y Objetivos: Históricamente, el estándar quirúrgico para el Tumor de Wilms (TW) unilateral ha sido la nefrectomía radical. Sin embargo, el protocolo de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP UMBRELLA 2016), mediante el uso rutinario de quimioterapia neoadyuvante, promueve una reducción volumétrica significativa del tumor. Esto ha expandido las indicaciones de la Cirugía Conservadora de Nefronas (NSS) hacia casos unilaterales seleccionados, buscando preservar la función renal a largo plazo, manteniendo la NSS como el estándar de oro en casos bilaterales. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica y los resultados oncológicos de tres pacientes manejadas bajo este protocolo, analizando los criterios actuales para NSS.

Materiales y Métodos: Se presenta un análisis descriptivo y retrospectivo de tres pacientes femeninas de 2 años de edad con diagnóstico de TW (dos casos unilaterales y un caso bilateral). Las tres pacientes recibieron esquemas de quimioterapia preoperatoria según el protocolo SIOP y fueron sometidas posteriormente a intervenciones quirúrgicas de preservación de nefronas.

Resultados: La quimioterapia neoadyuvante indujo una reducción volumétrica tumoral clínica y radiológicamente significativa (alcanzando un 70% de reducción en uno de los casos unilaterales). Esto permitió que las pacientes con enfermedad unilateral cumplieran los criterios estrictos para NSS (volumen post-quimioterapia <300 ml, ubicación polar, y ausencia de trombosis vascular o invasión del sistema colector). En el caso bilateral, la resección conservadora múltiple se realizó con éxito para evitar un estado anéfrico, identificándose restos nefrogénicos remanentes que justificaron un mantenimiento prolongado. En todos los procedimientos se lograron márgenes quirúrgicos negativos (R0), catalogando a las lesiones resecadas en Estadio Patológico I, sin el reporte de complicaciones quirúrgicas severas.

Conclusiones: La Cirugía Conservadora de Nefronas es imperativa en el manejo del TW bilateral. Asimismo, la experiencia demuestra que la NSS constituye una alternativa técnica y oncológicamente segura para el TW unilateral. El abordaje preoperatorio del protocolo SIOP es fundamental, ya que el downsizing tumoral permite transformar lesiones inicialmente complejas en candidatas viables para la preservación del parénquima, garantizando un control local excelente y minimizando el riesgo de insuficiencia renal crónica a futuro.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-06

Cuando cada nefrona cuenta: reconstrucción tridimensional y resolución quirúrgica, tumor de Wilms bilateral

Echeverria, J; Gallegos, D; Arias, S; Idrovo, M

Introducción
El tumor de Wilms bilateral representa uno de los mayores desafíos de la cirugía oncológica pediátrica, ya que el objetivo no solo es lograr control tumoral, sino también preservar la mayor cantidad posible de función renal. La integración de imágenes avanzadas y reconstrucción tridimensional puede convertirse en una herramienta decisiva para la planificación quirúrgica en estos pacientes.
Material y métodos
Se presenta el caso de una paciente femenina de 2 años que consultó por masas abdominales palpables bilaterales. La tomografía computarizada evidenció tumores renales bilaterales compatibles con tumor de Wilms, sin evidencia de metástasis pulmonares. Se inició quimioterapia neoadyuvante según protocolo oncológico. Con el objetivo de planificar una cirugía de preservación de nefronas, se realizaron dos estudios de resonancia magnética seriados complementados con reconstrucciones tridimensionales, permitiendo evaluar la respuesta al tratamiento, definir la anatomía tumoral residual y establecer la relación de las lesiones con estructuras vasculares y parénquima renal funcional.
Resultados
La información obtenida mediante resonancia magnética y reconstrucción tridimensional permitió una planificación quirúrgica individualizada orientada a maximizar la preservación renal bilateral. Se realizó cirugía conservadora de nefronas con resección completa de las lesiones identificadas. El procedimiento transcurrió sin complicaciones mayores. El estudio histopatológico definitivo demostró ausencia de tumor viable residual, márgenes quirúrgicos libres de enfermedad y ganglios linfáticos negativos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuada recuperación clínica y conservación de la función renal.
Conclusiones
La reconstrucción tridimensional derivada de resonancia magnética constituye una herramienta valiosa para la toma de decisiones en pacientes con tumor de Wilms bilateral candidatos a cirugía preservadora de nefronas. Este caso demuestra cómo la integración de tratamiento neoadyuvante, imágenes avanzadas y planificación quirúrgica precisa puede conducir a resultados oncológicos y funcionales exitosos. Actualmente, la paciente mantiene una evolución favorable, sin evidencia de enfermedad activa y con una vida cotidiana normal.
NOTA: CONTAMOS CON MATERIAL DE IMAGENES Y VIDEOS DEL DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y RESULTADOS QUIRÚRGICO
Palabras clave: tumor de Wilms bilateral; reconstrucción tridimensional; preservación de nefronas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-07

Derivación urinaria continente con divertículo uracal , reporte de caso

Figueroa-Gutiérrez, LM[1, 2]; Solarte-Henao, JA[2]; Dueñas-Dasilva, JC[2]; Martínez-Muñoz, HF[1]; Becerra-Dorado, CE[3]; Quijano-Garzón, JS[4]

[1]Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia. [3]Departamento de Cirugía, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [4]Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Introducción

La técnica de Mitrofanoff propone la utilización del apéndice para la construcción de una derivación urinaria continente en los casos de pacientes que requieren cateterismo urinario intermitente; aunque se ha descrito con otras estructuras anatómicas como segmentos de intestino, uréteres, trompas de Falopio y en algunos casos hasta el divertículo de Meckel, la utilización de un remanente uracal fue expuesta por Al-Omar en 2005. Se describe el caso de la utilización de una estructura vestigial de la cúpula vesical conectada al ombligo para la construcción de un conducto cateterizable.

Material y Métodos.

Masculino de 13 años con antecedentes de malformación anorrectal corregida, vejiga neurogénica y médula anclada. Presentó incontinencia fecal y urinaria, estreñimiento crónico e infecciones urinarias a repetición. Se programó para una reconstrucción del tracto urinario con un reimplante ureteral, una ileocistoplastia, una derivación urinaria continente tipo apendicovesicostomía y un conducto para enemas anterógrados.

Durante la intervención se identificó un divertículo uracal que se remodeló para construir el conducto para cateterismo vesical y una válvula antirreflujo para evitar el goteo, lo que permitió utilizar el apéndice para el conducto para enemas anterógrados (Malone). Ambos conductos se implantaron en la piel con la técnica de VQZ plastia.

Resultados.

La evolución postoperatoria transcurrió sin intercurrencias importantes y luego de 2 meses, el estado del conducto permite la cateterización sin complicaciones y sin incontinencia urinaria por el estoma.

Conclusión.

Como lo propone Al-Omar, el uso de un remanente del uraco es factible como conducto para la derivación urinaria continente, permite preservar y dar otro uso al apéndice, disminuye la morbilidad y el tiempo quirúrgico y de recuperación posterior.

Palabras clave

Derivación urinaria, cateterismo urinario, malformaciones anorrectales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-08

DESAFIO TERAPEUTICO EN TUMOR DE WILMS BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz Del Rio, LS[(1)]

[(1)]Urología, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Lima, Perú.

Introducción: El tumor de Wilms o nefroblastoma es el cáncer renal maligno más común en la infancia. Sin embargo, su presentación bilateral sincrónica (Estadio V) ocurre únicamente en el 4% al 7% de los casos. Esta variante representa un gran desafío terapéutico, ya que el objetivo primordial consiste en erradicar la totalidad de las masas tumorales mientras se preserva la mayor cantidad de parénquima renal funcional, previniendo así la insuficiencia renal crónica.

Material y métodos: Se reporta el caso de una paciente femenina de 3 años de edad que acudió a consulta con un tiempo de enfermedad de dos meses, caracterizado por distensión abdominal progresiva, pérdida de peso y anemia crónica moderada. Los estudios iniciales de ecografía y tomografía abdominal contrastada revelaron múltiples nódulos sólidos hipocaptadores distribuidos en ambos riñones a predominio de lado izquierdo , además evidencia de adenopatías retroperitoneales y nódulos subpleurales sospechosos de afectación secundaria. El diagnóstico histológico de nefroblastoma bilateral se confirmó mediante una biopsia percutánea.

La paciente inició un esquema de quimioterapia neoadyuvante durante seis semanas a base de vincristina, doxorrubicina y actinomicina D. Los controles tomográficos posteriores evidenciaron una reducción marcada en el volumen de las lesiones. Ante la respuesta favorable, se procedió a la planificación quirúrgica, ejecutándose una nefrectomía radical izquierda —debido al compromiso casi total de dicho órgano— combinada con una nefrectomía parcial derecha (cirugía preservadora de nefronas) y linfadenectomía retroperitoneal. El análisis anatomopatológico ratificó un nefroblastoma de tipo histológico mixto y riesgo intermedio con márgenes quirúrgicos libres de neoplasia. Posteriormente, la menor completó su tratamiento con quimioterapia adyuvante.

Resultados: Tras dos años de seguimiento clínico e imagenológico, la paciente se encuentra libre de recidivas o metástasis a distancia. Su función renal permanece óptima y estable, manteniendo una creatinina sérica de 0.38 mg/dL, realce conservado en el parénquima remanente y ausencia de hipertensión arterial o proteinuria.

Conclusiones: El éxito de este caso resalta la efectividad de la quimioterapia preoperatoria combinada con técnicas quirúrgicas conservadoras de nefronas, aunque se subraya la necesidad de mantener una vigilancia médica estricta a largo plazo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-09

DESMONTAJE GLANDULAR Y MOVILIZACIÓN DE URETRA PARA DUPLICACIÓN URETRAL EFFMANN TIPO I A1 ASOCIADO A DUPLICACIÓN DE GLANDE

Jordan Balladares, RE[(1)]; Aguilar Torres, F[(1)]; Vazquez Perez, D[(1)]; Angulo Hernandez, K[(1)]; Rivera Pereira, B[(1)]; Landa Juarez, S[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund CENTRO MÉDICO SIGLO XXI. CDMX, Mexico.

Introducción y objetivos:
La duplicación uretral es una anomalía poco frecuente con presentaciones anatómicas variables. La variante tipo I A1 según la clasificación de Effmann corresponde a una duplicación distal incompleta y rara vez se asocia con duplicación de glande. El objetivo es describir el abordaje quirúrgico mediante la técnica de desmontaje glandular y movilización uretral y su desenlace clínico.
Presentación del caso:
Paciente masculino de 10 años de edad con antecedentes de chorro urinario en spray y alteración en la micción desde el nacimiento. A la exploración física se identificó un glande bífido con dos meatos distales. La evaluación con estudios de imagen y cistoscopia confirmó duplicación uretral tipo Effmann I A1 asociada a duplicación de glande. Se realizó reconstrucción quirúrgica mediante la técnica de GUD (Glandular Urethral Disassembly), con resección de la uretra accesoria y reconstrucción del glande. La indicación quirúrgica se basó en la alteración funcional y el defecto anatómico distal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones inmediatas. A los 6 meses de seguimiento, el paciente presentó un solo chorro urinario, micción adecuada, sin evidencia de fístula ni estenosis y con resultado cosmético aceptable.
Conclusiones:
Las duplicaciones uretrales distales requieren un abordaje individualizado según anatomía y repercusión funcional. En este caso, el desmontaje glandular y la movilización uretral permitieron la resección segura del conducto accesorio y la reconstrucción anatómica del glande, con resultados funcionales y cosméticos favorables a mediano plazo. La técnica de GUD es una opción quirúrgica viable en casos seleccionados de duplicación uretral distal asociada a duplicación de glande. La principal limitación es tratarse de un solo caso, lo que restringe la generalización de los resultados.
Palabras clave: duplicación uretral; duplicación de glande; reconstrucción uretral

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-10

DESMONTAJE GLANDULAR Y MOVILIZACIÓN URETRAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA DUPLICACIÓN URETRAL TIPO IA1 DE LA CLASIFICACIÓN DE EFFMANN ASOCIADA A DUPLICACIÓN DE GLANDE: REPORTE DE CASO.

Luna Balderrama, E[(1)]; Jordan Balladares, RE[(2)]; Pérez Correa, CA[(1)]

[(1)]Cirugía Pediátrica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México. [(2)]Urología Pediátrica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Introducción

La duplicación uretral es una anomalía poco frecuente con presentaciones anatómicas variables que consisten en el desarrollo parcial o completo de la uretra accesoria. La variante tipo IA1 de la clasificación de Effmann corresponde a una duplicación distal incompleta y rara vez se asocia con duplicación de glande para la cual no existe una estrategia reconstructiva estandarizada debido a su baja incidencia. El objetivo del tratamiento es lograr una reconstrucción anatómica que preserve la funcionalidad uretral y la irrigación del glande, además de obtener un resultado estético satisfactorio.

Material y métodos

Se realizó un reporte de caso, obteniendo la información mediante la revisión del expediente clínico (electrónico y físico), para el análisis y discusión del caso se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos.

Resultados

Paciente masculino de 10 años de edad quien presentó desde el nacimiento alteración en la micción y chorro urinario disperso. A la exploración física se identificó un glande bífido con dos meatos distales. La evaluación con estudios de imagen y cistoscopia confirmó duplicación uretral tipo IA1 asociada a duplicación de glande. Se realizó reconstrucción quirúrgica mediante la técnica de desmontaje glandular y uretral (técnica de GUD - Glandular Urethral Disassembly), con resección de la uretra accesoria y reconstrucción del glande. La evolución postquirúrgica fue favorable, con un solo chorro urinario, adecuada micción, sin evidencia de fístula ni estenosis y con buen resultado cosmético a los 6 meses de seguimiento.

Conclusiones

La duplicación uretral tipo IA1 de Effmann asociada a duplicación de glande es una anomalía infrecuente con escasa evidencia disponible para su manejo, por lo que requiere un tratamiento quirúrgico individualizado. En este caso, el desmontaje glandular y la movilización uretral permitieron una adecuada exposición anatómica, resección de la uretra accesoria y reconstrucción del glande y uretra ortotópica bajo visión directa. La técnica favoreció la preservación vascular, una correcta alineación meatal y un resultado funcional y estético satisfactorio.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-11

Duplicidad uretral en hipospadias proximales y distales

Rojas-Ticona, J[(1)]; Rodríguez Laguna, I[(1)]; Román Moleón, M[(1)]; Cardenal Alonso-Allende, T[(1)]; González Temprano, N[(1)]; Larreina de la Fuente, L[(1)]; Ramos García, JL[(1)]; Villalón Ferrero, F[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián, España.

Introducción

La duplicación uretral es una rara malformación genitourinaria que puede coexistir con el hipospadias. El objetivo del presente estudio es presentar cuatro casos tratados en nuestro centro, describiendo los hallazgos clínicos y el tratamiento realizado en cada caso.

Material y métodos

Caso #1

Niño de 13 meses, presentaba dos meatos, uno peneano distal y otro a 3 mm hipoplásico. Se realizó cistouretrografía miccional seriada (CUMS) que mostró duplicidad uretral tipo "Y".

Caso #2

Niño de 16 meses con dos meatos (subcoronal y peneano distal) al inicio de una reparación de hipospadias. El procedimiento se pospuso y se realizó CUMS, que mostraba una uretra dorsal ciega hipoplásica.

Caso #3

Niño de 12 meses con hipospadias distal del pene. En quirófano, a 1 mm distal, se encontró y cateterizó otra uretra hipoplásica de 12 mm de longitud. Se instiló azul de metileno para confirmar que termina ciega.

Caso #4

Niño de 16 meses con hipospadias proximal y curvatura ventral severa (80°). Durante la cirugía, se encontró otra uretra hipoplásica de 8 mm de longitud con terminación ciega, que se abría a 4 mm distal al meato.

Resultados

En 3 de los 4 pacientes, el diagnóstico se realizó en quirófano. El primer caso corresponde al tipo IIA2, y los casos 2, 3 y 4 al tipo IA según la clasificación de Effman.

En todos los casos se realizó resección del tabique interuretral. Los casos 3 y 4 requirieron incisión proximal de la uretra hipospádica para resecar toda la pared interuretral.

Conclusiones

La duplicidad uretral puede asociarse a hipospadias proximales y distales, y pasar inadvertida durante la evaluación clínica. El tratamiento quirúrgico puede requerir la incisión proximal de la uretra hipospádica.

Palabras clave: Hipospadias, duplicidad uretral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-12

Fisura vesical superior: reporte de un caso y reparación quirúrgica integral.

Pérez, Y[(1)]; Peña, L[(1)]; Hernández, K[(1)]; Ovalle, JR[(1, 2)]

[(1)]Servicio de Urología, Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza. Santo Domingo, República Dominicana. [(2)]Servicio de Urología, Centro de Urología Pediátrica CENUPE. Santo Domngo, República Dominicana.

Introducción: La fisura vesical superior es uno de los componentes atípicos del complejo Extrofia-Epispadias. Su incidencia es muy baja y difícil de determinar. Clásicamente se presenta por una fisura suprapúbica, con vejiga y pubis normales, por lo que la continencia no está comprometida.
Presentación del caso: femenina de 4 años que presentaba un orificio suprapúbico con salida de orina. Asintomática.
Antecedentes de chequeos prenatales regulares. Cesárea a las 38 semanas. Peso al nacer 2780 g. Lloró al nacer. Sonografía abdominal y función renal normales. CUMS: reflujo vésicoureteral bilateral grado 1.
Examen físico:
Orificio por encima del pubis con placa mucosa a su alrededor y salida libre de orina. Cicatriz umbilical muy baja, justo encima del orificio. Monte de venus deprimido en la línea media, el capuchón y el clítoris bífidos. El resto de la vulva es de aspecto normal.
Reparación del defecto:
1) **Incisión mediana** bordeando el orificio y en la línea alba con resección del excedente mucoso y cierre de la pared vesical en 2 planos.
2) **Reimplante** ureterovesical bilateral extra vesical (Lich-Gregoire).
3) **Umbilicoplastia** con técnica de Cuckow modificada.
4) **Plastia del clítoris** y su capuchón.
5) **Cierre** con movilización y anclaje a la pared de colgajos cutáneos laterales.
Seguimiento al 4to. mes sin eventualidades.
Discusión:
La fisura vesical superior es una variante anatómica del complejo extrofia-epispadias con mejor pronóstico funcional que la extrofia clásica. Su principal característica es la preservación del aparato esfinteriano infravesical, lo que favorece altas tasas de continencia después del cierre quirúrgico primario. Aunque se trata de una anomalía localizada, su asociación frecuente con otras malformaciones, como el reflujo vésicoureteral, requiere evaluación integral y seguimiento urológico estrecho para prevenir daño renal a largo plazo.
La reconstrucción estética del ombligo contribuye al desarrollo de una imagen corporal adecuada.
Conclusión: la corrección de la fisura vesical es un procedimiento de complejidad moderada. Todos sus componentes pueden ser tratados en un solo tiempo quirúrgico.
Palabras clave: extrofia, fisura vesical, umbilicoplastia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-13

Gastrosquisis, extrofia vesical y fístula recto-perineal: manejo quirúrgico secuencial y multidisciplinario de una tríada congénita no descrita previamente

Ramírez Velázquez, EdJ[(1)]; Peñarrieta Daher, AA[(2)]; Gonzáles Ledón, FJ[(1)]; Díaz Pardo, M[(1)]; Zalles Vidal, CR[(2)]; Lopez Retama, G[(3)]; González Cordoba, MP[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México, México. [(2)]Cirugía Neonatal, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México, México. [(3)]Pediatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México, México.

Introducción: La asociación de gastrosquisis y extrofia vesical es excepcional, con solo cuatro casos publicados desde 1963, ninguno asociado a fístula recto-perineal. Presentamos el primer reporte de esta tríada.

Caso clínico: Femenina, hija de madre de 14 años, primigesta, diagnóstico prenatal de gastrosquisis. Cesárea a las 36.4 semanas; peso 2035 g, talla 44 cm, Apgar 8/8, Silverman 0. Se identificó gastrosquisis simple con peritonitis leve, extrofia vesical y malformación anorrectal con fístula recto-perineal competente, diástasis púbica de 2 cm al nacer, sin disrrafismos. Manejo inicial de la gastrosquisis mediante reducción por etapas con dispositivo tipo Alexis y cierre sin sutura al tercer día. A los 6 meses se realizó procedimiento de Kelly en una etapa, con osteotomías Salter bilateral y corrección de hernia de pared. Hallazgos transquirúrgicos: diástasis del pubis de 7 cm, pólipo en mucosa vesical, meatos ureterales bilaterales lateralizados, ovarios normales, útero bien formado y canal vaginal único con himen. Se realizaron resección del pólipo vesical, trigonoplastia de Gilvernet, cervicoplastia, cierre vesical en un plano, uretroplastia en dos planos, y cistostomía. Derivaciones urinarias: sondas ureterales y uretral 5 Fr por 21 días, cistostomía Foley 10 fr por 28 días. A 3 años: adecuado desarrollo pondoestatural y neurológico, sin daño renal ni hidronefrosis, en entrenamiento de esfínteres con incontinencia urinaria de esfuerzo, evacuaciones espontáneas 3-4/día y dilataciones diarias por la fístula recto-perineal, en espera de anorrectoplastia sagital posterior.

Discusión: El manejo escalonado —cierre neonatal de pared abdominal seguido de procedimiento de Kelly en un tiempo, con osteotomías Salter diferidas— fue satisfactorio en la paciente antes del abordaje colorrectal definitivo, evitando cirugía simultánea de alto riesgo.

Conclusión: Esta tríada congénita representó un reto quirúrgico en el que se demuestra que la intervención multidisciplinaria y una adecuada secuenciación quirúrgica son determinantes del pronóstico. El cierre sin sutura neonatal de la gastrosquisis combinado con la reconstrucción vesical y ortopédica diferida demostró ser una estrategia eficaz. Ante la poca literatura actual, este reporte sienta un precedente valioso para guiar decisiones terapéuticas individualizadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-14

Gonadectomía profiláctica en gónadas disgenéticas: reporte de dos casos

ormaechea, E[1]; vagni, R[1]; Ruiz, J[1]; Tomaso, M[1]; Korzin, C[1]; Oliva, A[1]; Diaz Bertiller, N[1]; Mercado, P[1]; Malatini, B[1]; deBadiola, F[1]; Cesarato, L[2]; Alonso, G[3]

[1]Urologia Pediatrica, Italiano. Buenos Aires, Argentina, Argentina. [2]ginecologia, Italiano. Buenos Aires, Argentina, Argentina. [3]endocrinologia pediatrica, Italiano. Buenos Aires, Argentina, Argentina.

Introducción: Los trastornos del desarrollo sexual asociados a disgenesia gonadal, ya sea en el contexto de mosaicismo 45,X/46,XY o del síndrome de Swyer (46,XY), cursan con un riesgo oncológico incrementado debido a la persistencia de gónadas disgenéticas no funcionantes. Su manejo exige un abordaje multidisciplinario, individualizado, basado en la correlación entre cariotipo, perfil hormonal y hallazgos anatómicos.

Casos clínicos: Se presentan dos casos que ilustran este espectro. El primero corresponde a un paciente de 3 años y medio con antecedentes de hipospadias proximal, criptorquidia derecha y testículo izquierdo no palpable, diagnosticado previamente con disgenesia gonadal mixta (cariotipo 45,X/46,XY). La reevaluación mediante ecografía, perfil hormonal, cistovideoendoscopia y laparoscopia exploradora permitió identificar remanentes müllerianos asociados a una gónada disgenética intraabdominal, sobre la cual se realizó gonadectomía laparoscópica, junto con biopsia de la gónada derecha atrófica, sin complicaciones. El segundo caso corresponde a una adolescente de 16 años con amenorrea primaria, cariotipo 46,XY y fenotipo femenino (Tanner 3), compatible con síndrome de Swyer, en quien se realizó gonadectomía laparoscópica bilateral de carácter profiláctico, con anatomía patológica que confirmó elementos ductales müllerianos sin evidencia de neoplasia germinal.

Conclusiones: Ambos casos resaltan el papel central de la gonadectomía profiláctica en pacientes con gónadas disgenéticas portadoras de material genético del cromosoma Y, dado el riesgo inherente de transformación tumoral. La combinación de estudios de imagen, perfil hormonal, cistovideoendoscopia y laparoscopia resulta fundamental para caracterizar la anatomía interna y definir el momento y la extensión de la cirugía, dentro de un enfoque multidisciplinario e individualizado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-15

LITIASIS RENAL PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

González Vega, M[1, 2]; Cáceres Torres, O[1]; Ramírez Ramos, F[2, 3]

[1]Urología, Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú. [2]Urología, Clínica Sanna San Borja. Lima, Perú. [3]Urología, Clínica Delgado. Lima, Perú.

INTRODUCCION

Si bien la litiasis renal antes era catalogada como una causa poco común de morbilidad en la etapa pediátrica, hoy en día múltiples estudios reportan un incremento sostenido en su incidencia, En América Latina se ha observado una variación de 1.12% anual en la morbilidad anual por edad.

METODOLOGÍA

El estudio es de tipo descriptivo, observacional retrospectivo y transversal. Se incluyeron a pacientes menores de 18 años sometidos a cirugías y procedimientos para el tratamiento de cálculos renales entre el 2018 y 2025. Se excluyeron a pacientes operados en otra institución.

RESULTADOS:

De los 50 pacientes, la mediana de edad fue 6,5 años y predominó el sexo masculino (70,0%). La anomalía metabólica más frecuente fue la hiperuricosuria y la manifestación clínica más frecuente fue la infección urinaria (50%). De los 58 cálculos evaluados, la mediana del tamaño fue 15,0 mm (RI: 12,2-21,0) y la densidad mediana fue 1059 UH (734,0-1543,0). Predominaron los cálculos izquierdos (56,9%) y el 27,6% fueron coraliformes. La localización más frecuente fue la pelvis renal (82,8%).

Las cirugías realizadas; 37,9% (22) fueron mini NLP (tiempo operatorio promedio de 96.6 min +/- D.S.45.2), RIRS 32,8% (19) (tiempo operatorio promedio de 87.5 min +/- D.S.39.8), ECIRS 10,3%(6) (tiempo operatorio promedio 143.0 min +/- D.S.15.2), nefrolitototmia percutánea 6,9% (4) (tiempo operatorio promedio 178.3 min +/- D.S. 54.8). El 20,7% (12) requirió una segunda intervención; el tiempo de fluoroscopia de 125 segundos (RI: 79,0-202,0); el 25,9% (15) quedaron sin dispositivo de derivación. Solo el 17,2% (10) presentaron complicaciones post quirúrgicas, solo una de ellas de grado II y 9 con complicación grado I (Sistema Clavien-Dindo). Las tasas de estado libre de piedra fueron 63.6% para Mini NLP, 73.7% para RIRS (32,8%) y de 83.3% para ECIRS (10.3%). Se tuvo un Stone free global, posterior a la primera intervención en el 65,5% (38).

CONCLUSIONES:

Del total de pacientes estudiados, el sexo mas frecuente fue el masculino, la infección urinaria fue la manifestación clínica mas prevalente, el tratamiento quirúrgico con mayor frecuencia fue la mini NLP; se obtuvo una alta tasa de estado libre de calculo y una baja incidencia de complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-16

Malformación vascular vesical: causa infrecuente de hematuria recurrente en pediatría, a propósito de un caso.

Cisternas, V[(1)]; Veas, M[(1)]; Oliveros, E[(2)]; Martinez, G[(2)]; Nuñez, F[(2)]

[(1)]Cirugía Infantil, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. [(2)]Urología Infantil, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Introducción: Las malformaciones vasculares vesicales son infrecuentes en pediatría y pueden confundirse con infección urinaria, pólipos o lesiones tumorales. Reconocer su origen vascular antes de realizar una biopsia es importante, ya que una intervención transuretral no planificada puede producir sangrado significativo. Se presenta un caso en que los hallazgos cistoscópicos y la angiorresonancia evitaron una biopsia riesgosa y orientaron una conducta conservadora.
Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 7 años, con antecedentes de asma y rinitis alérgica, que consultó por disuria y hematuria macroscópica. El examen de orina mostró más de 100 eritrocitos por campo, sin respuesta inflamatoria y con urocultivos negativos. La función renal, presión arterial, complemento y estudio de autoinmunidad fueron normales. Luego de un período asintomático, presentó un episodio de hematuria. La pielotomografía descartó urolitiasis, pero mostró engrosamiento irregular de la pared vesical. La ecografía evidenció una lesión ecogénica de aproximadamente 6 cm, adosada a la pared lateral derecha, planteándose pólipo versus malformación vascular. La cistoscopia mostró una lesión única de 3 × 4 cm, de bordes irregulares y aspecto vascular, ubicada en la pared lateral derecha hacia la cúpula, sin sangrado activo. La uretra y el resto de la vejiga eran normales. Por el riesgo hemorrágico, se decidió no realizar biopsia. La angiorresonancia demostró estructuras vasculares tortuosas en la pared anterior vesical, en un área de 4,3 × 2,5 × 1,1 cm, sin extensión extravesical, compatibles con una malformación vascular mixta de bajo flujo. Considerando la ausencia de sangrado activo, anemia o compromiso extravesical, se decidió seguimiento clínico multidisciplinario. Ante recurrencia significativa se considerarían escleroterapia endovascular o cistoscópica y, en caso de fracaso o hemorragia persistente, resección vesical parcial.
Discusión: Ante hematuria recurrente, urocultivos negativos y una lesión vesical, debe considerarse una malformación vascular. La resonancia magnética permite definir extensión, flujo y relación con estructuras vecinas antes de intervenir. El tratamiento debe individualizarse según síntomas, extensión y riesgo hemorrágico.
Conclusión: Las malformaciones vasculares vesicales deben incluirse en el diagnóstico diferencial de la hematuria recurrente pediátrica. La sospecha previa a la biopsia permite prevenir una complicación hemorrágica y seleccionar una estrategia escalonada y preservadora de vejiga.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-17

MASA PÉLVICA CALCIFICADA PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN DE DUPLICACIÓN VESICAL ASOCIADA A MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE CASO

Jordan Balladares, RE[(1)]; Luna Balderrama, E[(1)]; Martinez Leo, B[(2)]; Landa Juarez, S[(1)]; Aguilar Torres, F[(1)]; Vázquez Perez, D[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund Centro medico nacional SIGLO XXI. CDMX, Mexico.
[(2)]Cirugía Colorrectal, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund Centro medico nacional SIGLO XXI. CDMX, Mexico.

Introducción y objetivos:
Las malformaciones anorrectales presentan una asociación frecuente con anomalías urológicas; sin embargo, la duplicación vesical es excepcional y representa un reto diagnóstico, incluso en centros especializados. El objetivo es describir el diagnóstico tardío de una duplicación vesical asociada a una malformación anorrectal (MAR) corregida y resaltar las implicaciones diagnósticas y quirúrgicas de esta infrecuente asociación.

Presentación del caso:
Paciente masculino de 12 años con antecedente de MAR con fístula rectouretral, sometido a colostomía al nacimiento y anorectoplastia sagital posterior a los 10 meses de edad. Durante su seguimiento por cirugía pediátrica presentó estreñimiento crónico y una tumoración pélvica persistente, radioopaca, sin cambios de tamaño ni localización durante varios años, inicialmente considerada dependiente del colon sigmoides. La colonoscopia identificó una compresión extrínseca del sigmoides a 10 cm del margen anal. Al ser referido a urología pediátrica, la cistoscopia diagnóstica evidenció una lesión litiásica intravesical de aproximadamente 60 × 60 × 40 mm y un aparente divertículo vesical. La cistolitotomía abierta reveló una duplicación vesical coronal completa con uretra única y duplicación del cuello vesical a 30 mm del verum montanum, sin drenaje ureteral visible en la vejiga accesoria. Se extrajo un lito de 50 × 60 mm y se realizó anastomosis laterolateral entre ambas cavidades vesicales. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones urinarias ni intestinales; el estudio contrastado confirmó la integridad de la anastomosis, y el paciente permaneció asintomático durante el seguimiento.

Conclusiones:
La duplicación vesical es una anomalía congénita extremadamente rara, cuya asociación con MAR puede pasar inadvertida pese a múltiples evaluaciones diagnósticas. En este caso, la persistencia de una masa pélvica calcificada motivó una revaloración que permitió el diagnóstico definitivo, y el hallazgo intraoperatorio modificó la estrategia quirúrgica evitando una posible lesión del cuello vesical. Esta entidad, excepcional y de difícil diagnóstico, resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha e integrar estudios anatómicos y endoscópicos complementarios en pacientes con malformaciones complejas y hallazgos clínicos atípicos. La evaluación anatómica integral y el abordaje multidisciplinario permiten identificar anomalías asociadas no reconocidas y establecer estrategias terapéuticas seguras e individualizadas.

Palabras clave: duplicación vesical; malformación anorrectal; cistoscopia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-18

Migración proximal de catéter doble j tras pieloplastia abierta en paciente pediátrico, complicación evitable o evento inherente.

Merino, J[1, 2]; Crespo, H[3]

[1]Posgradista Urologia R3, UNIVERSIDAD ESPIRITU SANTO. Guayaquil, Ecuador. [2]Posgradista Urologia R3, Hospital Roberto Gilbert. Guayaquil, Ecuador. [3]Urologia pediatrica, Hospital Roberto Gilbert. Guayaquil, Ecuador.

INTRODUCCION:
La pieloplastia abierta continúa siendo el tratamiento de elección para la obstrucción de la unión pieloureteral en pacientes pediátricos. La colocación de un catéter doble J facilita el drenaje urinario y favorece la cicatrización de la anastomosis; sin embargo, pueden presentarse complicaciones poco frecuentes, como la migración proximal del dispositivo.

OBJETIVO:
Describir un caso de migración proximal de catéter doble J tras pieloplastia abierta en un paciente pediátrico y discutir los factores asociados a esta complicación y su resolución.

CASO CLÍINICO:
Paciente pediátrico 6 meses de edad con obstrucción de la unión pieloureteral sometido a pieloplastia abierta con colocación intraoperatoria de catéter doble J. En el seguimiento posoperatorio, la radiografía de control evidenció catéter doble j en buena posición y alta domiciliaria, se programa cistoscopia para su extracción a las 4 semanas, durante el procedimiento, y bajo control fluoroscópico, se evidenció migración proximal completa del catéter hacia la pelvis renal. La extracción mediante ureteroscopia no fue posible por el diámetro del meato y uréter, por lo que se realizó pielotomía abierta con recuperación exitosa del dispositivo, posteriormente se realizo pieloureterografia anterógrada sin complicaciones adicionales. La evolución clínica fue satisfactoria, con adecuada resolución de la obstrucción y preservación de la función renal.

CONCLUSIONES:
La migración proximal del catéter doble J es una complicación infrecuente, pero potencialmente compleja. Factores como la longitud del catéter, la técnica de colocación y las características anatómicas pueden contribuir a su aparición. Aunque una adecuada selección del dispositivo, la verificación intraoperatoria de su posición y el seguimiento radiológico disminuyen el riesgo, esta complicación no puede evitarse por completo. Su reconocimiento temprano y tratamiento oportuno permiten resolver el problema con buenos resultados y mínima morbilidad.

PALABRAS CLAVE: Pieloplastia, pielotomía, ureteroscopia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-19

Neoplasia Urotelial Papilar de Bajo Potencial Maligno (PUNLMP) en una Adolescente: Reporte de caso y Revisión de la Literatura

Bolaños, A[(1)]; Larios, C[(2)]; Gonzalez, P[(2)]; Noreña, L[(2)]; Santafé, J[(2)]; Porras, ML[(2)]; Montenegro, S[(3)]; Torrado, M[(3)]

[(1)]Jefe de servicio de Urologia Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(2)]Urología Pediatrica, Hospital Infantil Universitario de San Jose. Bogota, Colombia. [(3)]Fellow Urologia Pediatrica, Universidad FUCS. Bogota, Colombia.

Introducción:
Los tumores uroteliales en pediatría son extremadamente raros, representando entre el 0.1% y 0.4% de los tumores en menores de 20 años. La Neoplasia Urotelial Papilar de Bajo Potencial Maligno (PUNLMP) es la entidad histopatológica más frecuente en este rango de edad. Estos tumores suelen tener un comportamiento indolente y baja tasa de progresión. Presentamos el abordaje de una paciente de 14 años con hallazgo incidental de PUNLMP.
Caso Clínico
Paciente femenina de 14 años, previamente sana y asintomática urinaria. Consultó a urgencias por cuadro de apendicitis aguda en noviembre de 2025, realizan ecografía abdominal identificando incidentalmente una imagen nodular en la vejiga.
Se indicó una Urografía por TAC que confirmó una lesión nodular hipodensa en la pared posterior supratrigonal, sin evidencia de infiltración extravesical.
Fue llevada a cistoscopia bajo sedación, identificando una lesión tumoral de 1 cm, pediculada y de características arboriformes en el piso vesical derecho y zonas de eritema de la mucosa en el piso izquierdo.
Se decide resección transuretral (RTU) intraoperatoria y fulguración de la base, además de toma de biopsias en la zona izquierda previamente descrita.
Resultados
Patología de resecciñon:
Piso derecho: -Neoplasia Urotelial Papilar De Bajo Potencial Maligno
-Muscular Propia No Representada
Piso izquierdo: -Mucosa Urotelial Con Metaplasia Escamosa
El PUNLMP tiene un pronóstico excelente, la tasa de recurrencia en niños varía entre el 8% y 15%. Se estableció un protocolo de seguimiento basado en uroanálisis y ecografía de vías urinarias cada 3 meses durante el primer año, reservando la cistoscopia ante sospecha de recurrencia o hematuria
Conclusion
El PUNLMP en paciente pediátrico debe sospecharse ante cualquier tumor vesical detectado, incluso en ausencia de hematuria. La RTU completa es el estándar de oro del tratamiento. A pesar de la ausencia de detrusor en la muestra histológica en este caso, el manejo con vigilancia no invasiva es una opción viable y segura para esta patología en la población pediátrica
No existen guías específicas para manejo y seguimiento de los pacientes pediátricos con tumores vesicales, por lo cual, el manejo en esta paciente se realizó extrapolando guías de a adultos y grandes estudios en niños.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-20

Quiste renal simple gigante tratado con escleroterapia percutánea y drenaje aspirativo. Reporte de un caso.

Hernández, K[1]; Orsini, S[1]; Soto, R[1]; Ovalle, JR[2]

[1]Centro Médico Moderno. Santo Domingo, República Dominicana. [2]Centro de Urología Pediátrica CENUPE. Santo Domingo, República Dominicana.

Introducción.
Los quistes renales simples son infrecuentes en la población pediátrica y generalmente constituyen hallazgos incidentales.

Caso clínico .
Se presenta el caso de una paciente femenina de ocho años, con diagnóstico prenatal de lesión quística renal izquierda. Durante el seguimiento permaneció asintomática. A los seis años, la ultrasonografia evidenció la imagen qustica exofítica en el polo superior del rinon izquierdo (5.2 x 3.6cm.); la gammagrafía renal DMSA mostró adecuada captación renal. Funcion renal conservada.
La ultrasonografia a los 8 anos mostró un crecimiento importante de la lesión quística (8.17 x 6.61cm.). Una IRM abdominal confirmó el hallazgo y plateó el diagnóstico diferencial con divertículo calicial.
Debido al crecimiento progresivo de la lesión, se realizó punción percutánea guiada por imagen, se instiló medio de contraste y se descartó la comunicación con el sistema colector. Se aspiró el contenido quístico y se instiló etanol al 95%, asociado a drenaje aspirativo temporal. La paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones perioperatorias, ni alteración de la función renal. El seguimiento clínico e imagenológico posterior evidenció adecuada resolución de la lesión.

Discusión.
Los quistes renales de la infancia rara vez requieren tratamiento, sin embargo, en casos sintomáticos o de crecimiento progresivo puede considerarse el tratamiento intervencionista. La experiencia pediátrica con escleroterapia percutánea continúa siendo limitada.

Conclusiones.
La escleroterapia percutánea con etanol al 95% representa una alternativa mínimamente invasiva segura y efectiva para el tratamiento de quistes renales simples gigantes en pacientes pediátricos seleccionados. El adecuado diagnóstico diferencial con anomalías del sistema colector resulta fundamental para establecer la conducta terapéutica.

Palabras clave: quiste renal simple, escleroterapia, pediatría.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-21

RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DEL SENO UROGENITAL MEDIANTE MOVILIZACIÓN TOTAL Y VAGINOPLASTIA CON COLGAJO DE FORTUNOFF-LATTIMER: REPORTE DE CASO

Pérez Correa, CA[1]; Rivera Pereira, BMY[2]; Landa Juárez, S[3]; Vázquez Pérez, D[2]; Aguilar Torres, FH[2]; Luna Balderrama, E[1]

[1]Cirugía Pediátrica, Hospital de Pediatríca, Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México. [2]Urología Pediátrica, Hospital de Pediatríca, Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México. [3]Urología Pediátric, Hospital de Pediatríca, Centro Médico Nacional, Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

Introducción

El colgajo de Fortunoff-Lattimer es una técnica clásica en urología pediátrica utilizada para la vaginoplastia en pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita y seno urogenital de confluencia baja, para ampliar el introito vaginal y reconstruir el vestíbulo. El objetivo quirúrgico es lograr una adecuada separación de la uretra y la vagina, preservando la continencia urinaria y obteniendo un introito vaginal de calibre adecuado con un resultado estético satisfactorio. En este caso, la vaginoplastia con colgajo de Fortunoff-Lattimer se eligió por proporcionar tejido bien vascularizado para la reconstrucción del introito vaginal y reducir el riesgo de estenosis.

Material y métodos

Se realizó un reporte de caso, obteniendo la información mediante la revisión del expediente clínico, estudios de imagen, y la nota postquirúrgica, realizando el análisis y discusión del caso en base a la literatura científica.

Resultados

Paciente femenino de 17 años con diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita al nacimiento operada a los 6 meses de descenso de seno urogenital y clitoroplastia, quien continuó seguimiento y manejo multidisciplinario, siendo referida a Urología Pediátrica para continuar abordaje de reconstrucción genitourinaria. A la exploración física se identificaron genitales ambiguos con clitoromegalia y orificio de seno urogenital con banda cicatricial. La evaluación mediante genitoscopia y estudios de imagen confirmó un seno urogenital con confluencia baja. Se realizó reconstrucción urogenital mediante movilización del seno urogenital, clitoroplastia con preservación del paquete neurovascular y vaginoplastia utilizando un colgajo de Fortunoff-Lattimer. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuada cicatrización, micción espontánea, introito vaginal permeable y buen resultado estético durante el seguimiento, sin complicaciones.

Conclusiones

La hiperplasia suprarrenal congénita asociada a seno urogenital de confluencia baja representa un reto reconstructivo, cuyo tratamiento debe individualizarse de acuerdo con la anatomía y las características urogenitales de cada paciente, en este caso la vaginoplastia con colgajo de Fortunoff-Lattimer y su combinación con la movilización del seno urogenital y la clitoroplastia permitió una reconstrucción anatómica y funcional de los genitales externos, con evolución postoperatoria favorable.

Palabras clave

Seno urogenital; vaginoplastia; clitoroplastia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-22

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA EN PEDIATRÍA, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Delgado Mendoza, E[(1)]; Cuevas, A[(1)]; Sánchez, S[(1)]; Aguilar, A[(1)]; Uscanga, R[(1)]; Cavazos, C[(1)]; Cerón, N[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México.

Introducción. La litiasis del tracto urinario es una patología poco frecuente en pacientes pediátricos, pero con una tendencia al alza en las últimas décadas. En México se reporta que el 1% de los casos de litiasis urinaria ocurren en pacientes menores de 18 años.No existe un único agente etiológico en su formación, sin embargo, un factor predominante en niños son las alteraciones metabolicas como la hipercalciuria.
Debido a su baja incidencia, se dispone de pocos reportes sobre la experiencia en el manejo litiasis del tracto urinario en pediatría, este trabajo tuvo como objetivo conocer los resultados del tratamiento de litiasis urinaria en niños en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).
Materiales y método. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal obteniendo información de los expedientes de niños con diagnostico de litiasis del tracto urinario en manejo por el servicio de urología del INP en el periodo comprendido de 2019 a 2024.
Resultados: Se incluyeron 60 casos, con una media de edad de 6.0 ± 4.8 años, el 36.6% presentaron cálculo único, el 43.3% cálculos múltiples y 10 pacientes cálculos coraliformes. En el manejo de la litiasis del tracto urinario se realizaron procedimientos quirúrgicos en 57 pacientes (95.0%) y 3 pacientes presentaron expulsión espontánea. Los procedimientos más efectuados fueron: litotricia láser (53.3%, n=32) y pielolitotomía laparoscópica (13.3%, n=8). Se logró en pacientes con lito único una tasa de éxito de 90.4% en una sola intervención quirúrgica y, aún así en la población general la tasa libre de lito fue 71.7% (n=43) y presencia de complicaciones en 11.7%.
Conclusiones. La tasa de éxito de la litiasis del tracto urinario fue similar a la reportada por estudios previos con el uso de equipos endourológicos. Sin embargo, la edad de presentación menor a 3 años, la carga litiásica elevada y la presencia de litos múltiples o coraliformes son factores de riesgo que aumentan el número de intervenciones para lograr una tasa libre de lito.
Palabras clave: Litiasis urinaria, cálculos en niños, litotricia con laser

Manejo quirúrgico en pacientes con lito único <20 mm en el tracto urinario

Abordaje quirúrgico	(n)	(% éxito)
Ureteroscopía	12	83.3
Pielolitotomía abierta	2	100
Ureterolitotomía abierta	1	100
Pielototomía laparoscópica	2	100
Ureterolitotomía laparoscópica	2	100
Nefrectomía laparoscópica	2	100

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-23

Tratamiento endoscópico de una estenosis uretral posterior en síndrome de Prune Belly

Valenzuela López, CC[1, 2]; Hernández Calvarro, AE[1, 2]; Romero Ruiz, RM[3, 4]

[1]Sección de Urología Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España. [3]Sección de Urología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España. [4]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España.

Introducción
El síndrome de Prune Belly (SPB) se asocia frecuentemente a anomalías uretrales complejas. Presentamos el manejo endoscópico de una estenosis uretral posterior (EUP) en un paciente con SPB y su contribución a la optimización vesical precoz ante una futura necesidad de trasplante renal.
Material y métodos
Caso clínico de un varón con diagnóstico prenatal de megavejiga durante el primer trimestre, tratado mediante derivación vesicoamniótica. Nació a las 36+6 semanas de gestación (3090 g), con fenotipo compatible con SPB (Woodard I) e insuficiencia respiratoria leve. El cateterismo uretral neonatal no fue posible. La ecografía a los 4 días mostró hipoplasia renal bilateral, dilatación del tracto urinario superior y vejiga patológica, con creatinina sérica de 2,7 mg/dL. A los 20 días de vida, los hallazgos cistoscópicos evidenciaron lo que impresionaba ser una atresia uretral y se realizó una vesicostomía derivativa.
A los 6 meses, una nueva cistoscopia se confirmó una EUP que se pudo franquear la estenosis mediante una guía de 0,018 pulgadas. Posteriormente se realizó dilatación progresiva con un balón de 5 mm (2.7 Fr), sin incidencias, y se colocó una sonda Foley de 10 Fr durante tres semanas.
Resultados
Una semana tras su retirada se inició cateterismo intermitente limpio. A los 17 meses, la urodinamia mostró una vejiga de pequeña capacidad, baja distensibilidad y contracciones detrusorianas de alta presión sin micción efectiva, se decidió iniciar terapia anticolinérgica. La vesicostomía se cerró a los 18 meses, continuándose el programa de optimización vesical.
El paciente recibió un trasplante renal a los 3 años en etapa de prediálisis. A los 4 años permanecía continente, con creatinina sérica de 0,39 mg/dL, realizando cateterismo intermitente limpio siete veces al día y bajo tratamiento anticolinérgico.
Conclusiones
El abordaje endourológico precoz de la EUP asociada al SPB fue factible y no presentó complicaciones. La restauración temprana de la permeabilidad uretral permitió iniciar el ciclado y la optimización vesical desde edades precoces, facilitando la preparación para el trasplante renal y asociándose a una evolución funcional y renal favorable a medio plazo.
Palabras clave: Síndrome de Prune Belly; tratamiento endourológico; trasplante renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-P-24

Trauma Renal Grado V en Pacientes Pediátricos: Un Análisis Descriptivo de las Tasas de Intervención Quirúrgica y la Transición hacia el Manejo Conservador

Fontanet-Jaime, F[(1)]; Pérez-Marchan, M[(2)]; Wan, E[(3)]; Tong, CMC[(1)]; Pérez-Brayfield, M[(2)]

[(1)]Departamento de Urología Pediátrica, Universidad de Alabama en Birmingham. Birmingham, AL, USA. [(2)]Departamento de Urología, Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico, USA. [(3)]Heersink School of Medicine, University of Alabama at Birmingham. Birmingham, AL, USA.

Las lesiones renales grado V son poco comunes en la población pediátrica. En los últimos años, el manejo de estas lesiones se ha transformado con el creciente uso de manejo conservador. Este estudio tuvo como objetivo evaluar retrospectivamente los patrones de manejo de los mismos.
Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes clínicos para identificar pacientes pediátricos (≤18 años) con trauma renal grado V tratados en el Hospital Pediátrico de Alabama y en el Centro Médico de Puerto Rico entre el 2016-2024. Se analizaron las características demográficas, los patrones de lesión, hallazgos radiológicos, el manejo médico y complicaciones.
Se incluyeron 16 pacientes pediátricos con traumatismo renal grado V con una mediana de edad de 13.5 años. El trauma contuso representó el 81.2% de los casos y el 81.2% presentó lesiones de otros órganos sólidos intraabdominales. El manejo no operatorio fue la estrategia inicial en 11 de 16 pacientes (68.8%). De los restantes cinco, cuatro (25%) requirieron la colocación de un catéter ureteral (stent) y solo uno (6.3%) fue sometido a nefrectomía inmediata. Tres pacientes (27%) requirieron intervención tardía mediante embolización selectiva por pseudoaneurisma con sangrado agudo y nefrectomía debido a dolor persistente. Los demás pacientes tuvieron una trayectoria clínica favorable con manejo conservador. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron hematoma perirrenal (93.8%), extensión del hematoma al retroperitoneo (62.5%), extravasación activa de contraste (62.5%) y riñón fragmentado en más de tres fragmentos (37.5%). Nueve pacientes (56.2%) fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos, con una mediana de estancia de 3 días, mientras que la mediana de la estancia hospitalaria fue de 9.5 días. Dos pacientes (13.3%) desarrollaron hipertensión de novo antes del alta hospitalaria y la mortalidad a 30 días fue del 6.2%. El manejo no operatorio fue exitoso en la mayoría de los pacientes, con bajas tasas de intervención y complicaciones. Estos hallazgos respaldan el manejo no operativo como una estrategia segura y eficaz para niños hemodinámicamente estables con traumatismo renal grado V. Futuros estudios multicéntricos deberían enfocarse en identificar predictores de intervención y optimizar la selección de pacientes que recibirán manejo conservador.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-01

Expandiendo los límites de la mininefrolitotomia percutánea pediátrica: caso en posición valdivia

Chipa Beizaga, WM[(1)]; Chang Valdez, CE[(1)]; Pereyra Velásquez, WP[(2)]; Murillo Martin, CM[(1)]; Orbegoso Celis, LJ[(1)]

[(1)]Unidad de Urología Pediátrica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú. [(2)]Servicio de Urologia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

Introducción

La urolitiasis en pediatría es una entidad de incidencia creciente a nivel mundial. La mininefrolitotomía percutánea (mini-PCNL) es una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de litiasis renales de mayor tamaño. La posición de Valdivia ofrece ventajas como realizar un abordaje combinado retrógrado y percutáneo, optimizando el acceso al sistema colector y reduciendo el tiempo quirúrgico, pero a pesar de sus ventajas continúa siendo un abordaje poco utilizado en la población pediátrica

Materiales y métodos:

Paciente mujer de 8 años con antecedente de un episodio de infección del tracto urinario. Negó otros antecedentes. Se realizó ecografía renal, evidenciándose una litiasis localizada en el seno renal izquierdo de 15,4 mm. La urotomografía confirmó la un lito en el sistema colector izquierdo de 18 × 19 mm con densidad de 1000 unidades Hounsfield (UH), se indicó mini nefrolitotomía percutánea.

Resultados:

La paciente fue colocada en posición de Valdivia, Se realizó cistoscopia e inserción de catéter ureteral para pielografía retrógrada. Bajo control fluoroscópico, se punzó el cáliz inferior izquierdo, logrando acceso exitoso. Se avanzó una guía hidrofílica y se realizó dilatación progresiva del trayecto percutáneo hasta 16,5 Fr. A través de la camiseta de trabajo se introdujo un nefroscopio de 12 Fr, identificándose una litiasis localizada en el grupo calicial medio. La fragmentación del cálculo se efectuó mediante láser Holmium utilizando una fibra de 550 µm y una potencia de 15 W. Al finalizar, se corroboró la ausencia de fragmentos residuales mediante evaluación endoscópica y fluoroscópica. La cirugía concluyó sin complicaciones, procediéndose a la colocación de un catéter ureteral doble J de 20 cm × 4 Fr. La evolución postoperatoria fue favorable, sin eventos adversos. El catéter doble J fue retirado a las cuatro semanas del procedimiento. En el control ecográfico posterior no se evidenciaron litos.

Conclusiones:

La mini-PCNL en posición Valdivia es una técnica factible, segura y reproducible para el manejo de litiasis renal pediátrica además ofrece altas tasas de éxito, posibilidad de acceso retrógrado simultáneo y una mejor ergonomía quirúrgica, disminuyendo morbilidad, incluso en cálculos de gran tamaño.

Palabras Clave:

Litiasis renal pediátrica, Endourología pediátrica, Cirugía mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-02

Colocación retrógrada modificada de Blue stent en pieloplastia laparoscópica pediátrica

Zambudio Carmona, GA[(1)]; Zambudio Munuera, A[(2)]

[(1)]Cirugía Pediátrica (Urología), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España. [(2)]Urología, Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España.

Introducción:
El drenaje externo mediante Blue stent tras pieloplastia pediátrica permite tutorizar la anastomosis y evita una segunda anestesia general para la retirada del catéter. Sin embargo, su colocación laparoscópica mediante la técnica estándar con aguja de Kirschner recta introducida a través de un trocar puede resultar difícil en niños mayores o de mayor tamaño, por la longitud efectiva limitada de la aguja y el trayecto necesario hasta la pelvis renal y la pared abdominal.

Objetivo:
Presentar en formato vídeo una técnica modificada de colocación retrógrada de Blue stent durante la pieloplastia laparoscópica pediátrica, diseñada para facilitar la inserción, mejorar el control direccional y mantener las ventajas del drenaje externo.

Técnica quirúrgica:
La modificación utiliza una aguja de Kirschner modelada manualmente, con cuerpo curvo, asa proximal de control y punta distal roma tipo bulbo. A diferencia de la técnica trans-trocar, la aguja se introduce directamente a través de la piel, cerca del punto previsto de salida lumbar. Bajo visión laparoscópica, se expone la pelvis renal y se dirige la aguja hacia el cáliz seleccionado, atravesando el parénquima hasta exteriorizarse por la piel. El Blue stent se acopla entonces de forma extracorpórea a la punta de la aguja. Posteriormente, la aguja se retira siguiendo el trayecto original, arrastrando el catéter de forma retrógrada hacia el sistema colector. Una vez exteriorizado en el punto de entrada, el catéter se separa del introductor o se corta, se reintroduce en la cavidad abdominal y se avanza con pinzas laparoscópicas hasta el uréter proximal bajo visión directa.

Experiencia inicial:
La técnica se utilizó en 13 pieloplastias laparoscópicas pediátricas. La colocación fue posible en todos los casos, sin conversión a otra técnica ni desacoplamiento del catéter. Se registró un único sangrado leve autolimitado. Todos los catéteres funcionaron correctamente y se retiraron en consulta a los 15 días, sin sedación ni nueva anestesia general.

Conclusión:
Esta técnica ofrece una solución sencilla y reproducible para la colocación laparoscópica de Blue stent, especialmente útil en niños mayores o de mayor tamaño.

Palabras clave: pieloplastia; laparoscopia; Blue stent; obstrucción pieloureteral; urología pediátrica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-03

Hamartoma ureteral. Abordaje diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una causa excepcional de obstrucción ureteral en la infancia.

Moncada, K[(1)]; Hidalgo, D[(1)]; Sierralta, MC[(2)]; Pinilla, C[(2)]; Arce, C[(3)]; Troncoso, B[(2)]; Lira, J[(4)]; Rodríguez, J[(2)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Clínico Herminda Martin. Chillán, Chile. [(2)]Urología Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile. [(3)]Anatomía Patológica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile. [(4)]Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Santiago, Chile.

Introducción: Los tumores ureterales benignos son infrecuentes en la edad pediátrica y se presentan habitualmente con dolor lumbar, hematuria u obstrucción del tracto urinario. Entre las lesiones descritas en niños predominan los pólipos fibroepiteliales, mientras que sólo se ha descrito un caso de hamartoma ureteral. El objetivo es describir un caso de hamartoma ureteral, su abordaje diagnóstico y tratamiento quirúrgico como causa excepcional de obstrucción ureteral en la infancia.
Material y Método: Estudio retrospectivo de un caso clínico, incluyendo presentación clínica, estudio por imágenes, tratamiento quirúrgico y hallazgos anatomopatológicos.
Resultados: Niño de 6 años, previamente sano, con dolor intermitente en flanco izquierdo asociado a vómitos y fiebre. No presentó hematuria y los exámenes evidenciaron elevación de parámetros inflamatorios. La ecografía mostró hidroureteronefrosis izquierda. La tomografía computada sin contraste descartó urolitiasis. La pielografía retrógrada evidenció un segmento estenótico de 2 cm en el uréter distal y la ureteroscopia mostró una protrusión circunferencial de la pared ureteral que estrechaba significativamente el lumen. La tomografía computada con contraste sugirió engrosamiento parietal ureteral distal, sin descartar compresión extrínseca. Se realizó resección laparoscópica videoasistida del segmento comprometido y uretero-ureteroanastomosis. El estudio histopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de hamartoma ureteral, con márgenes quirúrgicos negativos. Asintomático a los 2 meses de seguimiento y con regresión importante de la hidroureteronefrosis en la ecografía postoperatoria.
Discusión: El hamartoma ureteral es una causa excepcional de obstrucción ureteral en la infancia y se debe considerar en estenosis ureteral de etiología no precisada. La integración de la clínica, el estudio imagenológico y endoscópico/laparoscópico, además de la anatomía patológica es clave para precisar el diagnóstico y orientar el tratamiento que preserve la unidad renal.
Palabras clave: hamartoma, obstrucción ureteral, ureteroscopía

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-04

Más allá de la estrechez: Pólipo Ureteral en Pediatría

Cadena González, YA[1]; Rojas Caicedo, MD[1]; Orjuela Rodríguez, CA[1]

[1]Urología Pediátrica, Fundación Hospital de la Misericordia HOMI. Bogotá, Colombia.

Palabras clave: Procedimientos intraoperatorios, diagnóstico, enfermedades ureterales, patología, pediatría.

Introducción y objetivos: El pólipo fibroepitelial (PFE) ureteral es una tumoración mesenquimal benigna inusual, que representa aproximadamente el 0.5% de la patología obstructiva de la unión pieloureteral (UPU) en la población pediátrica, en la cual, tanto clínica como radiológicamente pueden simular una estenosis intrínseca de la UPU, su diagnóstico preoperatorio es un reto y suele ser un hallazgo incidental intraoperatorio. El objetivo de este trabajo es presentar el manejo laparoscópico en un caso de PFE ureteral detectado de forma inesperada durante una pieloplastia laparoscópica por sospecha de estrechez de la UPU.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de 1 paciente pediátrico con diagnóstico preoperatorio de hidronefrosis con sospecha de estrechez de la UPU, los criterios de inclusión se centraron en seguimiento imagenológico de dilatación pieloureteral con incremento durante el tiempo, respaldado con curvas de eliminación obstructivas en el renograma. Se presenta mediante un video la técnica quirúrgica y abordaje laparoscópico utilizado para la resección de una lesión polipoidea ureteral evidenciada como hallazgo incidental.

Resultados: Dentro de los hallazgos quirúrgicos se descartó la presencia de vasos polares o estenosis intrínseca de la UPU, sin embargo, se evidenció dilatación de la porción proximal del uréter, al realizar la ureterotomía se identificó una lesión polipoidea pediculada, que se originaba 3 cm distal a la UPU y protruía hacia la pelvis renal, actuando como un mecanismo de válvula obstructiva. Se procedió a realizar una resección de la base del pólipo y posteriormente cierre ureteral con puntos simples. El seguimiento postoperatorio es de 18 meses, el paciente permanece asintomático, con una marcada mejoría de la dilatación en el control ecográfico, y sin evidencia de recurrencia de la lesión.

Conclusiones: El PFE ureteral debe considerarse como un diagnóstico diferencial en niños con hidronefrosis que no resuelve con el tiempo, especialmente cuando los hallazgos en imagenológicos tanto ecográficos como resonancia magnética no son concluyentes. El abordaje laparoscópico es un recurso seguro que permite un diagnóstico definitivo y un tratamiento exitoso en un solo tiempo quirúrgico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-05

Nefrectomía bilateral por retroperitoneoscopia paso a paso.

Figueroa Gutiérrez, LM[1, 2]; Martínez Muñoz, HF[1]; Trujillo Vidal, JH[1]; Gálvez Salazar, PF[2]

[1]Sección de Cirugía Pediátrica, Universidad del Valle. Cali, Colombia. [2]Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario del Valle. Cali, Colombia.

Introducción.
La nefrectomía bilateral en edad pediátrica es un procedimiento indicado en casos de síndrome nefrótico congénito refractario, riñones poliquísticos masivos o hipertensión renovascular incontrolable, habitualmente como paso previo a un trasplante renal. El abordaje retroperitoneoscópico ofrece ventajas significativas al ser mínimamente invasivo, evita la morbimortalidad asociada a la invasión de la cavidad peritoneal por laparotomía o laparoscopia (lo cual es vital si el paciente requiere diálisis peritoneal), disminuye el riesgo de adherencias y asegura una recuperación más rápida. El objetivo de este trabajo es presentar la técnica quirúrgica estandarizada para la nefrectomía bilateral por retroperitoneoscopia, su viabilidad y seguridad.
Material y métodos.
Paciente de 15 años de edad, con diagnóstico de glomerulonefritis rápidamente progresiva y enfermedad renal crónica, con indicación de nefrectomía bilateral por hipertensión arterial incontrolable. Se detalla la técnica quirúrgica empleada: colocación del paciente en posición, creación del espacio de trabajo retroperitoneal mediante disección, retroneumoperitoneo y posicionamiento de trócares. Se destacan los pasos críticos del procedimiento: identificación del músculo psoas, disección del uréter para tracción, control vascular seguro (arteria y vena renales) utilizando clips, hemostasia con energía bipolar avanzada , disección del polo superior preservando la glándula suprarrenal y la extracción de las piezas quirúrgicas ampliando mínimamente una de las incisiones de los puertos.
Resultados.
El procedimiento se completó exitosamente por vía retroperitoneoscópica sin necesidad de conversión a cirugía abierta ni transperitoneal. El tiempo operatorio total fue de 240 minutos y el sangrado intraoperatorio fue mínimo. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. El paciente presentó una evolución favorable, iniciando tolerancia oral a las 6 horas y requiriendo analgesia básica. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 7 días para control adecuado de la tensión arterial. Actualmente en espera de trasplante renal.
Conclusión.
La nefrectomía bilateral por retroperitoneoscopia es una técnica segura, factible y reproducible en manos experimentadas. Al preservar la integridad anatómica de la cavidad peritoneal y ofrecer una excelente recuperación postoperatoria, se posiciona como el abordaje de elección en pacientes candidatos a futura terapia de reemplazo renal o trasplante.
Palabras clave: Nefrectomía, Glomerulonefritis, Sistema Urinario.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-06

Quiste renal gigante: Manejo quirúrgico en preescolar

Sierralta Born, MC[(1)]; Pinilla Saavedra, C[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile.

Preescolar de 3 años sin antecedentes mórbidos, que en relación a un cuadro de diarrea y vómitos, se realiza ecografía abdominal que muestra quiste renal derecho de 12 x 9 x9 cm que desplaza riñón hacia medial. Evaluado por nefrología, se descarta hipertensión arterial secundaria y por sospecha de obstruccion pieloureteral se le solicitó cintigrama renal dinámico con función renal relativa disminuida a derecha (43,6%), sin evidencia de alteraciones de la función excretora.
Se deriva a urología y se realiza UroTAC que muestra gran quiste renal simple derecho que no impresiona comunicado con vía urinaria en fase tardía, que desplaza y comprime parénquima renal derecho hacia medial.
Por compromiso de la función renal, se decide realizar pielografía retrógrada que no demuestra comunicación del sistema pielocalicial con el quiste renal. Se realiza una laparoscopía exploradora en decúbito lateral, donde se observa gran quiste renal derecho con parénquima renal desplazado hacia medial y adelgazado. Se realiza la disección del quiste abriendo cuidadosamente la gerota para una mejor visualización de los márgenes de este. Posterior a la disección del quiste, se realiza su punción con salida de 500 ml de contenido y se repite la pielografíaretrógrada, ahora sin tensión del quiste para corroborar que no existe comunicación del quiste con la vía urinaria. Se aspira el contenido líquido que queda en su interior obteniendo un total de 600 ml de líquido.
Se procede a la marsupialización del quiste con la resección amplia de la pared del quiste que se envía a anatomía patológica.
El niño evoluciona favorablemente en el post operatorio.
Presentamos una forma de manejo mínimamente invasivo de un quiste renal gigante donde es fundamental corroborar que no exista comunicación de este con la vía urinaria para planificar el manejo pre e intraoperatorio.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-07

Hipospadias con curvatura ventral ≥30 grados: ¿es siempre necesario seccionar la uretra?

Ovalle, JR[1, 2]; Hernández, K[2]

[1]Servicio de Urología, Centro de Urología Pediátrica CENUPE. Santo Domingo, República Dominicana. [2]Servicio de Urología, Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza. Santo Domingo, República Dominicana.

Introducción:
Se ha establecido un punto de corte para decidir el manejo de las hipospadias con curvatura ventral. Cuando esta es igual o superior a 30 grados hay una fuerte tendencia al tratamiento por etapas en dos y tres tiempos quirúrgicos, iniciando por la sección de la placa uretral. Los algoritmos actuales, en general, no contemplan una categoria intermedia en la que se pueda mantener la placa uretral íntegra.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo de los expedientes de pacientes con hipospadias con curvatura ventral igual o superior a 30 grados a quienes se les realizó la movilización de la uretra y les fue reparada la hipospadias, sin seccionar la placa uretral, entre enero de 2019 y diciembre de 2025. Los parámetros estudiados fueron: edad, posición inicial del meato, grado de curvatura post-movilización, técnica de uretroplastia y complicaciones. El grado de curvatura fue medido con la aplicación ANGLE. Fueron excluidos los casos a los que no se les realizaron corporotomías.
Se realizó y editó un video con los pasos del procedimiento.

Resultados:
Fueron analizados 10 expedientes. El rango de edad osciló entre 14 y 103 meses con una mediana de 32 meses. El seguimiento mínimo fue de 7 meses.
El rango de la curvatura ventral después de la movilización de la uretra osciló entre 30 y 54 grados, con una media de 31.4 grados.
Se realizó uretroplastia TIP-DIG en seis pacientes, TIP en dos, TIERSCH-DUPLAY y MAGPI una cada uno.
Tres pacientes tuvieron complicaciones: fístula, estenosis del meato + divertículo uretral y dehiscencia de glande.
Ninguno presentó recidiva de la curvatura ventral.

Conclusiones:
Consideramos que abordar de la misma forma una curvatura de 30 grados y otra cercana al extremo más alto, es cuestionable. Debería existir una categoría intermedia —una zona de incertidumbre— en la que, tras la liberación y elongación de la uretra, se decida si proceder a su sección. El tamaño de esta serie de casos no permite extraer conclusiones definitivas.
Palabras clave: Hipospadias, movilización uretral, elongación uretral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-08

Hipospadias. Atrofia de un hemiglande: una complicación inusual / una solución original.

Ovalle, JR[1, 2]; Hernández, K[2]

[1]Servicio de Urología, Centro de Urología Pediátrica CENUPE. Santo Domingo, República Dominicana. [2]Servicio de Urología, Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza. Santo Domingo, República Dominicana.

Introducción:
La cirugía de hipospadias presenta una alta tasa de complicaciones, las cuales oscilan entre el 5% y el 10% para las hipospadias distales y entre el 32% y el 68% para las proximales. La atrofia de un hemiglande parece ser una complicación excepcional, ya que no se encontraron reportes de casos similares en una búsqueda avanzada en Pubmed.

Presentación del caso:
Es un adolescente de 17 años, con antecedente de 4 cirugías de reparación de hipospadias desde su primer año. Originalmente era una hipospadias coronal. Al examen, el hemiglande derecho era cicatricial, hipotrófico, deforme y aplanado, con el meato en localización coronal. Esta situación parecía desfavorable para realizar la uretroplastia.
Nos planteamos dos opciones: el injerto mucoso versus el relleno del hemi-glande.
Decidimos realizar el relleno del área afectada con un colgajo adventicial. A través de una incisión coronal y mediana ventral creamos un espacio en el hemiglande y aislamos un colgajo adventicial ventral cuyo extremo fue fijado en el espacio creado.
Adicionalmente lo fijamos al cuerpo del pene para evitar su retracción y se cerró la incisión.
Siete meses más tarde se realizó una uretroplastia con técnica de Thiersch-Duplay.
A los cinco meses de realizada la uretroplastia el glande mantiene un aspecto aceptable, con un meato vertical localizado en la punta del glande, y un chorro miccional grueso.

Discusión:
Una disección excesiva y fuera del plano correcto del alerón glandar afectado, una lesión vascular dorsal parcial, el cierre muy forzado de los alerones, o un vendaje excesivamente compresivo, pudieron generar esta inhabitual complicación.

Conclusiones:
En la cirugía de hipospadias se pueden presentar situaciones especiales para las que no hay un manejo establecido. Esto obliga a recurrir a la creatividad quirúrgica, basada en principios anatómicos y la experiencia.
El uso de un colgajo adventicial de la cara ventral del pene, demostró ser una opción eficaz para solucionar una complicación inhabitual de la cirugía de hipospadias.
Palabras clave: Hipospadias, atrofia de glande, colgajo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-09

Injerto de divertículo uretral: Alternativa quirúrgica para el manejo del divertículo uretral secundario en hipospadias proximal operada

Sierralta Born, MC[(1)]; Pinilla Saavedra, C[(1)]; Troncoso Solar, B[(1)]; Bastias Campos, C[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile.

Los divertículos uretrales son una complicación infrecuente y más frecuentemente secundaria a reparaciones de hipospadias proximales con colgajos. Suele ser el resultado de estenosis distal y falta de soporte de la neouretra.
Presentamos el caso de un niño de 10 años con antecedentes de fisura labiopalatina e hipospadias proximal operada en 2 tiempos con colgajos prepuciales antes de los 2 años.
Consulta nuevamente a los 9 años por balonamiento uretral al orinar. La uroflujometría muestra un flujo lento y arrastrado. Se realiza una cistoscopía donde se observa dilatación de neouretra sin estenosis distal. Se realiza una uretroplastía de reducción con resección de neouretra redundante y preservación de dartos que se usa para cubrir la uretroplastía.
A los 7 meses post operado, los papás advierten que presenta nuevamente balonamiento uretral al orinar y se realiza uroflujometría que muestra un flujo lento y arrastrado, con residuo post miccional elevado.
Se decide realizar una reparación en 2 etapas con injerto y se considera utilizar la piel del divertículo uretral como injerto para preservar al máximo los tejidos en este paciente. A la semana del primer tiempo, se revisa en pabellón y se observa una buena toma del injerto.
Siete meses después se realiza segundo tiempo de hipospadias con la tubularización del injerto. La uretroplastía se cubre con colgajos laterales de dartos y piel según la disposición de los colgajos y su vitalidad. El niño presenta una buena evolución y sin recidiva de su divertículo uretral a 6 meses de seguimiento.
La reducción del saco diverticular a través de una uretroplastía de reducción es una técnica con buenos resultados. Un primer tiempo con injerto de prepucio del mismo divertículo uretral es una alternativa en caso de recidiva, si los tejidos están muy dañados o existe la sospecha de estenosis distal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-10

TÉCNICA DE CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS EN UN TIEMPO CON PRESERVACIÓN DEL PREPUCIO

Ramirez, EDJ[(1)]; Uzares, D[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gomez. Ciudad De México, México.

Introducción
La reparación del hipospadias distal busca restablecer una función urinaria adecuada y obtener un resultado cosmético satisfactorio. Tradicionalmente, la mayoría de las técnicas incluyen la circuncisión; sin embargo, en pacientes cuidadosamente seleccionados, la preservación del prepucio representa una alternativa reconstructiva que mantiene una apariencia anatómica más natural sin comprometer los resultados funcionales.

Objetivo
Describir paso a paso la técnica de corrección de hipospadias distal con preservación del prepucio en un solo tiempo quirúrgico y presentar sus resultados funcionales y estéticos.

Material y métodos
Se presenta el caso de un paciente masculino de 4 años con hipospadias coronal y cuerda peniana de 30°. En la evaluación preoperatoria presentó longitud peneana de 5,5 cm, distancia meato-punta de 1 cm, ancho del glande de 2,2 cm y prepucio redundante dorsal con déficit ventral. La indicación quirúrgica se estableció por anatomía favorable y deseo familiar de conservar el prepucio.

Técnica quirúrgica
Se realizó fijación del glande, marcaje del plato uretral y del prepucio, seguido de desenguantamiento completo del pene. La corrección de la incurvación se efectuó mediante ortoplastia con técnica de Heineke-Mikulicz. Posteriormente se realizó uretroplastia mediante técnica TIP (Snodgrass) sobre sonda Nelaton 16 Fr en dos planos con PDS 6-0, reforzada con un colgajo vascularizado de Dartos. Finalmente se efectuó la postioplastia con preservación del prepucio, verificando adecuada movilidad prepucial y hemostasia antes del cierre definitivo. Se dejó sonda siliconada 10 Fr y vendaje compresivo, retirados al séptimo día postoperatorio.

Resultados
A los tres meses de seguimiento se observó un meato uretral en posición apical, adecuada permeabilidad uretral, retracción completa del prepucio, resultado cosmético satisfactorio y función urinaria conservada, sin complicaciones uretrales mayores durante el período de seguimiento.

Conclusiones
La preservación del prepucio durante la reparación del hipospadias distal es una técnica segura, reproducible y factible en pacientes adecuadamente seleccionados. Permite obtener resultados funcionales y estéticos satisfactorios sin incrementar el riesgo de complicaciones uretrales, constituyendo una alternativa reconstructiva válida cuando las condiciones anatómicas son favorables.

Palabras clave: Hipospadias distal; Preservación del prepucio; Uretroplastia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-11

Calicoureterostomía laparoscópica guiada por verde de indocianina (ICG) en una anomalía renal compleja: video quirúrgico paso a paso

Ruiz, J[(1)]; Oliva, A[(1)]; Diaz, N[(1)]; Korzin, C[(1)]; Parra, A[(1)]; Mercado, P[(1)]; De Badiola, F[(1)]; Ormaechea, M[(1)]; Vagni, R[(1)]

[(1)]Cirugia Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, argentina.

Introducción: La ureterocalicostomía constituye una alternativa reconstructiva en pacientes con estenosis complejas de la unión pieloureteral, pelvis intrarrenal pequeña o anatomías renales que limitan las técnicas convencionales. Los riñones en torta representan una anomalía congénita excepcional, caracterizada por alteraciones de fusión y rotación que dificultan la cirugía reconstructiva. La utilización de fluorescencia con verde de indocianina (ICG) puede facilitar la identificación anatómica y optimizar la precisión quirúrgica en estos casos.
Objetivo: Presentar, mediante un video quirúrgico paso a paso, la planificación y resolución laparoscópica de una calicoureterostomía guiada por ICG en una paciente con riñón en torta e hidronefrosis bilateral secundaria a anomalías obstructivas complejas.
Caso clínico y técnica quirúrgica: Paciente de 11 meses con antecedente de hidronefrosis prenatal bilateral. Los estudios demostraron riñón en torta con hidronefrosis grado IV bilateral, función renal diferencial derecha del 20%, estenosis pieloureteral izquierda con pelvis extrarrenal pequeña y segmento estenótico extenso, asociada a hipoplasia ureteral derecha. Se planificó una reconstrucción en dos tiempos. Inicialmente se realizó un reimplante pielovesical derecho laparoscópico asistido con vejiga psoica y colocación bilateral de catéteres doble J. Un mes después se efectuó una calicoureterostomía laparoscópica izquierda. Tras la colocación de un catéter ureteral, se administró ICG por vía retrógrada (2.5mg/ml) para identificar selectivamente el cáliz inferior, permitiendo realizar una apertura precisa del cáliz y una anastomosis calicoureteral a espesor completo con sutura monofilamento continua. El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos y la internación de 48 horas.
Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones. El catéter doble J se retiró al mes y la ecografía de control evidenció mejoría de la dilatación pielocalicial bilateral, con adecuada evolución clínica.
Conclusiones: La calicoureterostomía laparoscópica guiada por fluorescencia con ICG constituye una alternativa factible y reproducible para el tratamiento de obstrucciones complejas del tracto urinario superior en pacientes pediátricos con anomalías renales poco frecuentes. La identificación intraoperatoria selectiva del cáliz mediante ICG facilita la orientación anatómica, favorece una anastomosis precisa y puede contribuir a mejorar la seguridad y los resultados de la reconstrucción en escenarios de alta complejidad.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-12

Doble sistema incompleto y un problema oculto: de la endourología a la robótica

Figueroa, MS[(1)]; Celis, S[(1)]; Sepúlveda, X[(1)]

[(1)]Unidad de Urología Pediátrica, Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

Introducción

El presente video muestra el uso de la endourología y cirugía robótica en pacientes con anatomía compleja y ejemplifica el amplio rango de presentación del doble sistema y la estenosis pieloureteral, donde el diagnóstico no siempre es claro.

Material y método

Revisión retrospectiva de caso clínico.

Resultados:

Paciente de 14 años con historia de infección urinaria recurrente por proteus mirabilis. Presenta cólico renal, por lo que se realizan ecografía y tomografía que muestran doble sistema pieloureteral con sistema inferior dilatado de 14 mm y litiasis de 10 y 5 mm. En su hospital de origen se instala doble j.

En nuestro hospital se realiza ureteroscopía flexible con ureterolitotomía endoscópica láser, con vaina con aspiración, evidenciando doble sistema incompleto con unión baja y estenosis relativa en la unión pieloureteral de sistema inferior.

A la revisión libre de cálculos. Tras retiro de doble j, ecografía y tomografía muestran 2 fragmentos de 2 mm, que elimina con cólico y hematuria. Dilatación persiste de 14 mm.

Cintigrama renal MAG3: Riñón derecho 55%, sistema inferior con un 41% de ésta. En sistema inferior el vaciamiento es lento pero posterior a la micción vacía. OE 20 min 71%, PM 88%, NORA 20 min 1.33, PM 0.51.

El paciente persiste con dolor abdominal cólico recurrente, sin litiasis residual por lo que se decide pieloureteroanastomosis asistida por robot, encontrándose malrotación renal. Tras la cirugía el paciente evoluciona favorablemente permaneciendo asintomático tras 10 meses de seguimiento.

Conclusión y discusión

El vaciamiento lento que facilitó la aparición de cálculos y provocó dolor recurrente debió ser corregido. Este caso ejemplifica las ventajas de la endourología y cirugía robótica en pacientes con anatomía compleja.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-13

Aplicación de balón con Paclitaxel como nueva alternativa en el manejo de estenosis uretral compleja pediátrica

Arenas Norton, I[(1)]; Ruiz, J[(1)]; Rosiere, N[(1)]; Imaz, F[(1)]; Alberti, D[(1)]; Asen, L[(1)]; Blain, O[(1)]; López Imizcoz, F[(1)]; Gómez, Y[(1)]; Sager, C[(1)]; Burek, C[(1)]; Weller, S[(1)]

[(1)]Urología Pediátrica, Hospital de Pediatría J.P Garrahan. CABA, Argentina.

Introducción:
La estenosis uretral es una complicación infrecuente pero desafiante en pacientes con malformaciones uretrales complejas. El paclitaxel actúa inhibiendo la proliferación de células del músculo liso y la producción de colágeno, modulando la cicatrización y reduciendo el riesgo de reestenosis. Su aplicación local mediante balones recubiertos con fármaco ha demostrado eficacia en modelos animales, en adultos y, más recientemente, en escenarios pediátricos complejos.
Materiales y métodos:
Se presenta un video de la técnica quirúrgica de la dilatación ureteral con balón recubierto de paclitaxel en un paciente con una panestenosis ureteral.
Resultados:
Paciente de un año de edad de sexo masculino con diagnóstico de duplicación uretral tipo Y, en seguimiento postoperatorio tras la movilización de la uretra ventral. Evoluciona con imposibilidad para la micción por uretra, diagnosticándose panestenosis uretral.
Se realiza predilatación con balón de PTA de 6 mm de diámetro y 60 mm de longitud, mantenido durante 5 minutos a 10 atmósferas. Posteriormente, se efectúa dilatación con balón recubierto con paclitaxel de iguales dimensiones, inicialmente a 10 atmósferas durante 5 minutos y luego a 12 atmósferas por 2 minutos. Ambas dilataciones fueron asistidas por radioscopia. No se detectaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. El paciente evoluciona sin dificultad para la micción. Se logra retirar la talla vesical a las 2 semanas postoperatorias. Ecografía control normal.
Conclusión:
El uso de balones recubiertos con paclitaxel representa una alternativa segura y eficaz en el manejo de estenosis uretrales complejas pediátricas, extendiendo la aplicabilidad de protocolos ya validados en adultos a contextos reconstructivos desafiantes en la población infantil.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-14

Modelo de Simulación en Vejiga de Silicona de Bajo Costo para el Entrenamiento en Tratamiento Endoscópico del Reflujo Vesicoureteral

Reed, F[1, 2]

[1]Urología Pediátrica, Hospital Exequiel González Cortes. Santiago, Chile. [2]Urología Pediátrica, Clinica Alemana. Santiago, Chile.

Introducción: El tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) mediante inyección submucosa de agentes abultantes, exige coordinación mano-ojo precisa, control fino de la profundidad de aguja y reconocimiento visual de la formación del habón o abultamiento. Los modelos biológicos ex-vivo ofrecen alta fidelidad anatómica y háptica, pero su acceso puede verse limitado por disponibilidad, bioseguridad y costos logísticos recurrentes. Presentamos un modelo alternativo, reutilizable y de bajo costo, construido en silicona.

Descripción técnica: Se diseñó una vejiga simulada en silicona, con un costo aproximado de USD $80 por unidad. A diferencia de los modelos biológicos de un solo uso, esta plataforma puede ser utilizada en varias ocasiones por tener un numero alto de meatos. Se practicó la inyección submucosa utilizando gel de ecografía y alcohol-gel como sustitutos seguros y económicos de los agentes abultantes comerciales, permitiendo entrenar la identificación del punto de punción, el control de profundidad, la elevación de la mucosa y la formación del habón, con retroalimentación háptica y visual durante la maniobra.

Observaciones preliminares: El modelo fue utilizado inicialmente por un único cirujano, quien reportó una experiencia táctil y visual satisfactoria, comparable en aspectos clave —resistencia tisular percibida y visualización endoscópica de la elevación mucosa— a lo descrito previamente con modelos biológicos.

Limitaciones y próximos pasos: Se trata de un modelo preliminar, evaluado por un solo operador, sin validación formal multi-usuario ni datos cuantitativos de realismo o confianza. El componente que simula el uréter requiere mejoras en su diseño de inserción, y se plantea aumentar su número por unidad para permitir inyecciones repetidas sin recambio del modelo.

Conclusión: Este modelo de silicona constituye una alternativa accesible, económica y reutilizable para el entrenamiento en inyección endoscópica submucosa, con potencial para complementar a los modelos porcinos ex-vivo. Su validación formal con múltiples operadores es el siguiente paso necesario.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-15

Nefrolitotomía Endoscópica asistida por Robot

Bastías, C[(1)]; Punte, T[(2)]; Recabal, X[(3)]; Ríos, A[(3)]; Letelier, N[(3)]; Finsterbusch, C[(3)]; Yankovic, F[(3)]; Águila, F[(2)]; Reed, F[(3)]

[(1)]Fellow Urología Pediátrica, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(2)]Urología, San Juan de Dios. Santiago, Chile. [(3)]Urología Pediátrica, Hospital Exequiel González Cortés. Santiago, Chile.

Introducción: la patología litiásica ha tenido un aumento sostenido en la población pediátrica en los últimos años. La cirugía robótica es una herramienta ya utilizada en urología pediátrica de forma segura, mínimamente invasiva y con ventajas en la manipulación de tejidos delicados. El uso del ureteroscopio flexible implica para el cirujano grandes torsiones toracoabdominales, de muñeca y flexoextensión repetida del pulgar de la mano hábil. En conjunto con los avances en disponibilidad de instrumental urológico de tamaños cada vez menores para acceso a la vía urinaria infantil, se ha implementado la asistencia robótica que además de aportar precisión permite al cirujano un gran rango de movimiento con ergonomía al permitir estar sentado o de pie manipulando un joystick utilizando ambas manos.
Material y métodos: Presentamos el primer caso de RIRS asistido por robot en paciente pediátrico en Chile. Se planificó la nefrolitotomía endoscópica asistida por robot en paciente de 14 años con uso permanente de Vitamina D con cólico renal izquierdo generado por 3 litos no obstructivos de 5mm. El instrumental utilizado fue un cistoscopio adolescente 11fr, ureteroscopio flexible OTU 7,5fr, vaina de acceso ureteral flexible y navegable YiaoMed 10/12, robot quirúrgico ILY, fluoroscopía, laser 30W, fibra 265micras en setting de fragmentación 0,5J / 15 Hz.
Resultados: Se realizó el procedimiento sin incidentes, tiempo de docking de 5 minutos, tiempo de trabajo intrarrenal 30 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.
Conclusiones: el manejo de litiasis urinaria endoscópica asistida por robot en adolescentes es una opción segura y factible. Su aporte radica en proporcionar los rangos de movimiento del ureteroscopio flexible manteniendo una postura ergonómica. El acople a los movimientos respiratorios y falta de sensación háptica son un punto a perfeccionar.
Palabras clave: Asistido por Robot, nefrolitotomía, litiasis renal pediátrica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-16

Una idea nacida del paciente: técnica casera de protección periestomal de bajo costo en derivaciones urinarias pediátricas

Jordan Balladares, RE[1]

[1]Urología Pediátrica, Hospital pediatrico Iztacalco. CDMX, Mexico.

Introducción y objetivos:
Las derivaciones urinarias cutáneas (ureterostomía y vesicostomía) requieren dispositivos colectores que, en población pediátrica, se asocian frecuentemente a dermatitis, fugas e irritación periestomal secundaria al desprendimiento de bolsas adhesivas convencionales, además de representar un costo económico sostenido para las familias. Se presenta una técnica de protección periestomal de bajo costo, propuesta originalmente por un paciente y su familia, como alternativa a los sistemas colectores adhesivos tradicionales. El objetivo es describir esta técnica casera y sus resultados en el cuidado de estomas urinarios cutáneos.

Material y métodos:
La técnica utiliza materiales caseros de bajo costo: una toalla higiénica absorbente, de la cual se retiran los adhesivos dejando libre únicamente la porción absorbente, la cual se envuelve alrededor de un mini contenedor plástico tipo tupper que actúa como adaptador rígido y reservorio. El conjunto se centra sobre el estoma, cuidando de proteger toda la superficie en contacto con la piel, y se fija externamente mediante un pañal convencional, sin uso de adhesivos directos sobre la piel periestomal. Se aplicó esta técnica en 10 pacientes portadores de ureterostomía o vesicostomía cutánea, con seguimiento mayor a 12 meses.

Resultados:
Ninguno de los 10 pacientes presentó dermatitis, lesiones periestomales, fugas ni irritación cutánea asociada al dispositivo durante el período de seguimiento. Se eliminó la irritación secundaria al desprendimiento repetido de bolsas adhesivas, y el costo del material fue considerablemente menor en comparación con los sistemas colectores comerciales.

Conclusiones:
Esta técnica casera, de origen en una propuesta del paciente, constituye una alternativa segura, eficaz y de bajo costo para la protección periestomal en derivaciones urinarias cutáneas pediátricas, con ausencia de complicaciones cutáneas en un seguimiento mayor a 12 meses. Su reproducibilidad y accesibilidad la convierten en una opción atractiva, especialmente en contextos de recursos limitados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

S-V-17

Ureterocalicostomía laparoscópica: una técnica alternativa a la pieloplastia laparoscópica

Rojas-Ticona, J[(1)]; Ramírez Piqueras, M[(1)]; Marijuán Sahuquillo, V[(1)]; Hernández Anselmi, E[(1)]; Moratalla Jareño, T[(1)]; Fernández Córdoba, MS[(1)]

[(1)]Urología pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Introducción:
Entre las indicaciones de la ureterocalicostomía se encuentran el fallo previo de la cirugía pieloureteral, severa fibrosis en la unión pieloureteral que impide la pieloplastia, una estenosis ureteral proximal extensa que puede comprometer una anastomosis pieloureteral sin tensión y una pelvis intrarrenal con hidronefrosis significativa. El objetivo de la presente comunicación es presentar el video de un caso clínico que se trató con una ureterocalicostomía laparoscópica.

Material y métodos:
Niño de 10 años, con antecedente de diagnóstico a los 2 años de megacaliosis derecha en estudio por ITU, en seguimiento por nefrología pediátrica sin ITUs ni profilaxis antibiótica hasta los 9 años, cuando inicia dolor lumbar intermitente. En ecografía se observaba importante dilatación de cálices renales y pelvis derecha (AP de 2cm intrarrenal). Se realizó tomografía contrastada observándose signos de estenosis de la unión pieloureteral con adelgazamiento del parénquima renal. El renograma DTPA mostraba escasa funcionalidad renal derecha (17%) con uropatía obstructiva renal.

Resultados:
Se intervino vía laparoscópica por vía transperitoneal. Se disecó perirrenal hasta identificar uréter derecho, riñón con muy escasa consistencia de parénquima, pelvis renal poco dilatada con vasos polares inferiores posteriores y anterosuperiores. La estenosis en la unión pieloureteral impresionó intrínseca a la sección. Dada la dificultad anatómica para realizar una pieloplastia se decidió ureterocalicostomía al cáliz renal inferior. Se dejó catéter doble J 4,5Fr transanastomótico que se retiró al mes. Actualmente en seguimiento clínico, se encuentra asintomático con mejoría ecográfica de la dilatación.

Conclusiones:
La ureterocalicostomía es una opción de tratamiento viable cuando la anatomía es inadecuada para la reconstrucción directa de la continuidad pieloureteral. La ureterocalicostomía laparoscópica es una técnica quirúrgica alternativa factible, con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva en la edad pediátrica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No