CAU PERÚ 2026

SIUP Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica

Perú

LIBRO DE RESÚMENES

CAU Perú 2026



Índice de autores

Autor	Trabajos
A.Morales Ku, Walter	O-35
Abarzúa, Lorena	O-39
Abreu Collado, Yojeny	P-19
Acevedo, Cristián	O-02
Acevedo, Esteban	P-21
Acosta, Omar	V-01
Acuña Galvez, Esteban	V-18 V-28 V-29
Acuña Madrid, Jose Ignacio	O-61 V-08
Acuña, Jose Ignacio	O-27 O-56
Adalid, Gabino	O-68
adorno, Raul	P-18 P-20
Aguila, Felipe	O-15 O-16 O-17
Aguilar, Paulina	O-39
Alabat, Andreu	O-26
Alarcón, Luis	P-11 P-22
Alfaro Carvajal, Alfredo	P-14
Alfaro, Alfredo	P-11 P-22
Alfaro, Kizzy	O-39
Alfieri, Andres	O-38 O-40
Aliaga, Alfredo	O-37 O-52 V-12 V-22
Alvar, Benjamín	O-07
Andrade Souki, Romulo	P-23
Andrés, Benítez	O-15
Andres, Zoe	O-67
Andriola Perez, Mauricio	O-15
Andriola, Mauricio	O-02
Andrusco Fidalgo, Alexander	V-29
Angeloni, Bruno	V-34
Angerri Feu, Oriol	P-04 P-08 V-03 V-04 V-05
Anidjar, M.	V-02 V-19
Aprikian, A.	O-08 V-02
Arancibia, María Ignacia	P-06
Araya Salcedo, Felipe	V-29
Araya, Catalina	P-06
Arezki, A.	V-02 V-19
Arias, Esteban	P-21
Arias, José	V-01
Aristizabal, Olga	O-53 O-70
Aristizabal, Olga Lucia	O-69

Autor	Trabajos
Arley, Andres	O-29 O-30
Armisen, Ricardo	O-39
Arnaiz, Felix	O-44
Arrus-Soldi, Jose Antorio	O-68
Ascanio Rojas, Javier	V-18 V-28 V-29
Avaca, Felipe	P-05 V-24
Ávila, Cristóbal	O-02 O-50
Azcarraga, Gonzalo	O-44
Ballena Castillo, Jorge Luis	O-23
Bálsamo, Carlos	O-45 O-46
Barahona, Jaime	O-15 O-16 O-17 O-19
Barahona, Jesús	V-01
Barrantes, Gabriela	O-29 O-30
Barreto, Mariana	O-40
Barroso Salvestrini, Juan Pablo	V-36
Bastos da Costa Almeiad, Carla	P-23
Battiston, Santiago	O-03
Beato, Sergi	O-26
Becher, Ezequiel	O-01 O-47
Bedoya Ismodes, Enrique	O-66
Behram, Cameron	P-09 P-13
Belinky, Javier	O-57 O-62
Belkahia, Ghali	O-58
Benitez-Filselcker, Andres	V-16
Bermudez, Hugo	O-37 O-52 V-12 V-14
Bernardo, Norberto	O-03 O-09 O-41 O-45 O-46
Bezama, Pablo	P-21
Blackburn, Sebastián	V-25
Blanco, Alejandro	O-39
Boggavarapu, Nageswara R.	O-67
Borges Rizental, Lais	O-32
Borghi, Marcelo	O-01 O-47
Borgna, Vincenzo	P-11 P-22
Bravo Balado, Alejandra Cecilia	P-04 P-08 V-03 V-04 V-05
Bravo Castro, E	O-41
bravo, alejandra	O-14
Breda, Alberto	O-21
Brito González, Florencia	V-33
Brito, Florencia	O-63
Burck dos Santos, Emanuel	O-32
Bustamante Valenzuela, Paz	V-18 V-28 V-29

Autor	Trabajos
Bustamante, Alberto	O-39
Bustamante, Carlos	P-21
cabrera, fernandez	O-14
cabrera, johan	O-11
Cáceres Cuaquira, Anapaula	O-20
Cáceres, Camila	P-06
Calado, Adriano Almeida	V-09
Calvo Bernasconi, Isidora	O-61
Calvo, Isidora	V-15
Calvo, Natalia	O-63 V-33
Cambeses Souza, Pablo	O-32
Camean, Juan	O-41
Camean, Juan Jorge	O-48
Campos, Darío	O-04 O-05 O-10 O-42 P-15 V-06 V-10
Capiel, Leandro	V-34
Carcamo, Daiana Sol	V-27
Carracedo Calvo, David	O-58 V-31
Carrillo, Pablo	O-29 O-30
Carrion, Rafael	O-72 P-24 V-37 V-38 V-40
Carvalho, Jorge	P-10 P-12
Castillo Laborio, Richard	O-66
Catalá, V	O-41
Ccora Quito, Rocio	O-34
Celada Luis, Guillermo	O-58
Challapa Huamani, Yessenia	V-11
Chamorro Jimenez, Clara Ibel	O-67
Chavez, David	O-36
Chavez, Oscar	O-17
Chemi, Joaquin	O-48
Chernobilsky, Victor	O-47
Chirino Rosendo, Josue	V-18 V-28 V-29
Cid, Antonieta	P-06
Cifuentes, Melissa	O-63 V-33
Coelho, Rodolfo	V-27
Collavini, Martin	V-34
Connelly, Zachary	O-72 P-13 P-24 V-23
Connelly, Zachary M	P-01 P-02 P-09
Consigliere, Lucas	O-15 O-17 O-19
Consiglieri, Lucas	O-16
Contreras-García, Ricardo	O-68
Contreras, Pablo	O-41

Autor	Trabajos
Cook, Tyler	O-72 P-24 V-37 V-38 V-40
Copaja, María Francisca	O-07
Coradini, Lucas	O-41
Cordova, Vinzenz	O-19
Corredor Ayala, Hector	O-69 O-70
Corredor, Héctor	O-53
Covarrubias, C.	V-19
Creixell, Abril	O-54 O-55 O-59 O-60
Crespo, Jorge	O-44
Cristallo, Christian	O-22 O-24 V-07
Cruz Mamani, Diego Alonso	O-20
Cuevas, Fabiola	O-25
Cuevas, Pablo	O-25 P-25
Czachor, Alexander	P-07
D'Anna, Maurizio	O-26
Damrauer, Jeffrey S.	O-39
De Gracia Nieto, Armando	O-35
De la Calle, Federico	O-43 V-27
De la Fuente, Marcelo	O-25 P-25
De La Llera, Juan Francisco	O-15 O-16 O-17 O-19
De La Morena Gallego, Jose Manuel	V-31
de la Morena, Ray	P-07
de Oliveira Costa, Agnes	V-35 V-36
de Oliveira, Renan Timóteo	O-59
De Rocco-Ponce, Maurizio	O-68
de Souza Britto, Alissa Fernanda	O-32 O-49 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
Decesare, Steven	P-09
Dechiara, Javier	O-03 O-09
Del Real, Octavio	P-06
Di Fonzo, Guido	O-43
Diaz-Llontop, Diana	O-66
Díaz, Gonzalo	V-25
Dieguez, Lucía	O-26
Diz, Alejandro	O-01
Domínguez, Raimundo	V-15
Donalisio, Rodrigo	P-07
Dorsemaine, Marcio	O-33
Dorsemaine, Marcio Gastón	V-30
Dumas-Castro, Sebastian	O-68
Ebel, Luis	O-07 O-25 P-25

Autor	Trabajos
Eltit, Ignacio	O-04 O-05 O-10 O-37 O-39 O-40 O-42 O-52 O-56 P-06 P-15 V-06 V-10 V-12 V-14 V-22
Escudero Perelló, Augusta	O-61
Escudero, María Augusta	O-27
Espitia De La Hoz, Franklin	O-71 P-17
Esquinas Lombán, Cristina	O-58
Expósito, Elia	O-44
Farré Alejo, Alba	O-21
Fasce, Renato	P-05 V-24
Favre, Gabriel	O-24 O-38
Feijoo Mendoza, Rafael	O-66
Felipe, Aguila	O-19
Fernandez Alberti, Joaquin	O-01 O-47
Fernández Alvarez, Luciana Guadalupe	O-20
Fernandez Candia, Gaston	O-48
Fernandez-Cisneros, Marina	O-21
Fernandez-Crespo, Raul	O-72 P-24 V-37 V-38 V-40
Fernandez, Beltrán	O-44
Fernández, Juanita	P-05 V-24
Fernández, Mario	O-40 V-22
Fernández, Mario I.	O-39
Fernández, Mauricio	O-39
Ferroni, Bautista	O-01
Festugato Maranhão, Gabriela	O-32
Figueiredo, Levi Cezar de Castro	V-09
figueredo, cesar	P-18 P-20
Fila, Lucio	P-04 P-08 V-03 V-04 V-05
Filizzola, Facundo	O-41
Flores, Francisca	O-07 O-25 P-25
Foneron, Alejandro	O-07 O-25 P-25
Foneron, Andrónico	O-07 O-25 P-25
Fossum, Magdalena	O-67
Fraga, Avelino	P-10 P-12
Fulla, Juan	V-25
Gallegos, Iván	O-02
Gálvez Ramos, Lucero María	O-20
Ganapathi, Hariharan	P-01 P-07
Gárate, Sebastián	O-25 P-25
García Marchiñena, Patricio	O-33 V-30
García, Arheli	V-01
Garcia, Julio	O-35

Autor	Trabajos
García, Patricio	O-51 V-20
Garibaldi Bertoncello, Giullia	O-32 O-49 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
garnique diaz, emilio	O-13
Garrido, Eduardo	V-01
Gavilan Leñam, Diego	O-06 O-31
Gentili, Georgina	O-40
Giraldo, Claudia	O-57 O-62
Glusman Knijnik, Pedro	O-54 O-55 O-59 O-60
Gómez González, Beatriz	V-31
Gomez, Sebastián	O-45 O-46
gonzales, mariano sebastian	O-13
Gonzalez Serrano, Adolfo	O-40
Gonzalez, Mariano	O-22 O-24
González, Mariano Sebastián	V-07
Gonzalez, Mario	O-28 O-29 O-30
Gonzalez, Matias	O-38
González, Oriel	O-35
Grandi, Diego	O-25
Gregorio Berutti, Manuel	V-34
Grinstein, Paula	O-03 O-09 O-45 O-46
Gründler, Simon	O-67
Guizolfi Ferreira, Renata	O-49
Gurivich, J	O-41
Hagey, Daniel	O-67
Hassi Román, Mario	V-35
Hassi, Mario	O-65 V-15
Helm, Robert	P-07
Hernandez, David	P-13 V-23
Hernandez, David J	P-01 P-09
Hernandez, David J.	P-02 P-07
Herquiñigo, David	O-42
Herranz Yagüe, J.A.	V-02 V-19
Herrera Sepúlveda, Diego Alonso	V-36
Herrera, Diego	O-19
Herrera, Leonel	P-21
Hidalgo, Jonathan	V-20
Hockmuller Filho, Fabio	O-49
Hockmuller Filho, Fabio Alberto	O-32 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
Horta Görgen, Antônio Rebello	O-49
Hurtado, Jhasmin	P-11 P-22
Hussain, J.	V-19

Autor	Trabajos
Iacobelli, Antonio	P-05 V-24
Ignacio, Rojas	V-22
Infante, Ignacia	O-27 O-65 V-13 V-15
Infantini Dini, Leonardo	O-32
Inzunza Navarro, Jose Antonio	P-14
Iturbe Larenas, Ricardo	O-06 O-31
Izquierdo Gonzalez, Paula	P-04 P-08 V-03 V-04 V-05
Jaunarena, Jorge Horacio	O-48
Jerez Izquierdo, Tamara	O-58
Jurado, Alberto	O-33 O-51 V-20 V-30
Juri Yamal, Diego	O-61 V-08
Kaanshiro Azabache, Andrés Koey	V-05
Kanashiro Azabache, Andres	O-12
Kanashiro Azabache, Andrés Koey	P-04 P-08 V-03 V-04
Kassouf, W.	V-02
Kerkebe Lama, Marcelo	V-35
Kerkebe, Marcelo	V-13
Kim, William Y.	O-39
Koren, Claudio	O-43
Koren, Claudio Ariel	V-27
Koren, Guido	O-41
Krebs, Alfred	O-37 O-52 V-12 V-14
Labrador, Jorge Enrique	O-43 V-27
Larenas, Francisca	O-02 V-25
Latatu, Miguel Angel	O-44
Ledesma, Jane	P-07
Lee Mclntyre, Eugenia	O-35
Lee, Elisa	O-43 V-27
Lerma Quijhua, Luis Fernando	O-20
Lima, Neide P.B.de Araújo	O-35
Lizárraga Rosas, André Sebastián	O-20
Lobos, Rodrigo	P-21 V-22
lopez ramoz, hugo	O-13
Lopez Silfva, Maximiliano	O-41
Lopez Silva, Maximiliano	O-03 O-09 O-45 O-46
López, Pedro	P-21
Lorenzi, Alberto	V-34
Losada, Fernando	O-41
lovera, aldo	P-18 P-20
Luz, Daniela	O-27 V-15
Lyng, Raul	O-37 O-52 V-12 V-14

Autor	Trabajos
Machado Tavares, Patric	O-32 O-49 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
Machado, Lautaro	V-27
Malca-Caballero, Luis	O-68
Malventano, Marcelo	V-27
Mamand, Doste R.	O-67
Mannozzi, Joseph	P-13
Manzanares, Víctor	P-21
Manzano, Ruben	O-04 O-05 O-10 O-42 P-15 V-06 V-10
Marcelain, Katherine	O-39
Marcelo, Kerkebe	O-50
Marchant, Fernando	O-15 O-16 O-17 O-19
Mardonez, Paula	O-65
Marini, Micaela	V-20
Martinez Dominguez, Arsenio	P-14
Martinez Preciado, Juan Manuel	O-69 O-70
Martínez, Christian	O-50 V-25
Martínez, José	V-24
Martinez, Juan Manuel	O-53
Mateo Martínez, Erika	V-31
Maya, Aída	O-39
Mayta Viza, Ronaldo Misaid	O-20
Medairos, Robert	P-07
Medeiros Burttet, Lucas	O-32
Mellado, Javiera	P-22
Mendoza Chuctaya, Giuston	O-13
Mercado, Alejandro	V-16
Milowsky, Matthew I.	O-39
Mínguez Ojeda, César	O-58
Miño, Barbara	O-39
Mogollón, Jesús	O-04 O-05 O-10 O-42 P-15 V-06 V-10
Moncada Castro, Enver	O-21
Moncada Castro, Enver Miguel	V-32
Moncada, Enver	O-26
Mongelluzzo, Virginia	V-27
Montanile, Mariela	O-09
Monteior Gontijo, Luciana	P-23
Montelli Yanzi, Guillermo	O-22 O-24 V-07
Montlleó Gonzalez, María	O-21 O-26 V-32
Morales Paucar, Roberto Carlo	O-20
Morales, Christian	P-05 V-24
Morales, Ignacio	P-05 V-24

Autor	Trabajos
Morales, Julián	P-11
Moreno Loiza, Milagros	V-11
moretto, stefano	O-14
Morris, Kathryn	P-02
Moya, Francisco	O-02
Munaro Bruschi, Mylena	O-64
Muro, Nicolas	O-43
Muro, Nicolás David	V-27
nannola, nicola	O-11
Niakani, S.	O-08 V-02 V-19
Oliveira Brum, Samantha	P-23
Oliveira, Renan Timóteo de	O-32 O-49 O-54 O-55 O-60 O-64
Olmedo, Tomás	O-41
Orellana Sepúlveda, Sebastián	V-35
Orellana, Sebastián	V-15
Ortega Castillo, Thainys	O-35
Osorio Martini, Francisco Javier	V-36
Otaola-Arca, Hugo	V-14
Otaola, Hugo	V-22
Oyanedel, Felipe	O-07 O-25 P-25
Padovani, Pedro Z.	P-07
Padulles, Bernat	O-26
Paesano, Nahuel	O-40 O-41 P-14
Palou Redorta, Joan	V-32
Palou, Joan	O-21
Pangborn, Jacob	P-13
Patel, Trushar	P-13
Pedergnana, Camila	O-22 O-24 V-07
Pego, Josefina	V-13
Pelayo, Marcela	O-40
Percovich, Federico	V-34
Pereira, Clovis Fraga Tenório	V-09
Pereyra Velasquez, Wilson	O-23
Perez, Liliana	O-40
Perez, Sebastian	O-44
Perri, Davide	O-12
Pichardo, Merycarla	P-19
Pinho, Beatriz	P-10 P-12
Pinochet, Rodrigo	V-22
Pinto Martinez, Ulises	V-18 V-28 V-29
Poblete, Vicente	O-65

Autor	Trabajos
Ponce de Leon Roca, Javier	O-21 O-26 V-32
Porta, Ricardo	O-29 O-30
Potente, Luciana	V-34
Punte Menendez, Tomas	O-16
Punte, Tomás	O-15 O-17 O-19
quara, alberto	O-14
Quintana, Esteban	P-21
Quiñones, Camila	O-37 O-52 V-12
Quiñoñes, Camila	V-14
Radtke López, Valentina	V-08
Radtke, Valentina	O-27
Raffo, Massimiliano	O-68
Ramírez Quintero, José	V-35
Ramírez Rocha, Gabriela	O-61 V-08 V-35
Ramirez, Florencia	O-38
Ramírez, Gabriela	V-13 V-14 V-22
Ramírez, Juan Carlos	P-21
Ramos Mamani, Juan Carlos	O-23
Ramos, Enrique	O-44
Rebello Horta Görgen, Antônio	O-32 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
Rech de Castilhos, Larissa	O-32
Redondo Ríos, Anna	O-21 O-26
Rendón, Andres	O-33
Rico, Luis	O-12
Ringa, Maximiliano	O-41
Rioja, Jorge	O-44
Rios Pita, Hernando	O-47
Rodríguez Gutarra, Nicanor	O-66
Rodriguez Socarras, Moises	O-12
Rodríguez-Carlin, Arquímedes	O-10 O-42 V-06 V-10
Rodríguez-Carlin, Arquímides	O-04 O-05 O-56 P-15
Rodriguez, Cristian	O-65
Rodriguez, Martin	O-19
Rodriguez, Nicanor	O-13
Rodriguez, Tobias Ezequiel	V-07
Rojanasarot, Sirikan	P-02
Rojas Chohen, Alejando	P-14
Rojas Varas, Julio	V-29
Rojas, Ignacio	O-27 O-56 V-14 V-15
Roldan-Testillano, R.	V-19
Roldan-Testillano, Rocio	O-08 V-02

Autor	Trabajos
Romeo, Agustin	O-33 V-30
Romero Otero, Javier	O-58
Romero, Cristian	V-01
Rompré-Brodeur, A.	O-08 V-02 V-19
Rootsi, Dennis	O-67
Rosito, Tiago Elias	O-32 O-49 O-54 O-55 O-59 O-60 O-64
Rozental de Mayo, Matías	V-35
Rozental, Matías	O-50
Rubia Escribano, Alba	V-31
Ruiz-Castañe, Eduardo	O-68 V-39
Ruiz-Tagle, Sofía	V-25
Ruiz, Tomas	O-17
Ruiz, Tomas Jose	O-19
Sabugo, Francisco	O-07
Sáez, Gerardo	P-21
Salazar Arenas, Miguel Angel	O-20
Saldivia, Diego	O-02
Saldivia, Zaror	V-25
Salinas, Emilio	O-25
Salinas, Vergaray	O-34
Samojeden, Carla Daniela	O-22
Sánchez Gallego, Mª Dolores	V-31
Sanchez Gallego, María Dolores	O-58
Sánchez Molina, Susana	V-31
Sanchez-Curbelo, Josvany	O-68
Sanchez-Salas, R.	O-08 V-02 V-19
Sanchez, Josvany	V-39
Sandoval Salinas, Carolina	O-69 O-70
Sandoval-Salinas, Carolina	O-53
Sanguinetti, Horacio	O-09
Sanhueza, Joaquin	O-16
Sanmiguel, Iván	O-03
Santillan, Diego	O-22 O-24 V-07
Schaub-Cantin, Andres	O-17
Scherpenisse Duarte, Diego Ignacio	V-36
Schultz, Marcela	O-39
Schwartzmann Jochamowitz, Ivan	V-32
Schwartzmann, Iván	O-21 O-26
scilipoti, pietro	O-11
Segura Díaz, Fernando	O-06 O-31
Shin, Young	P-02

Autor	Trabajos
Siri, Facundo	O-15
Siri, Juan Facundo	O-16 O-17
Soler Andonie, Diego	V-18 V-28 V-29
Soler Soler, Sergio	V-29
Soler, Diego	O-56 P-06
Soto Inga, Gerson	O-66
Souper, Renato	O-37 O-52 V-12 V-14 V-22
Spezzi, Lautaro	O-33 V-30
Steuer, Andrés	O-25
Sturmer Dupont, Helena	O-49
Sur, Roger L	P-07
Tanguay, S.	O-08 V-02
Tarp-Hansen, Erik	O-65
Taype Rondán, Alvaro	O-13
Tejwani, Ro	P-07
Terry, William	P-07
Tirado, Daniela	O-04 O-05 O-10 O-42 O-56 P-15 V-06 V-10 V-16
Tirapegui, Federico	O-22 O-24
Tirapegui, Federico Ignacio	V-07
Toapanta, Jessica	O-51 V-20
Tobia Gonzalez, Ignacio	O-33 O-38
Tobia, Ignacio	O-22 O-24 O-51 V-20
Tobias-Machado, Marcos	P-14
Toledo Bravo, Jordan	V-18 V-28 V-29
Toledo, Hernán	O-07 O-25 P-25
Toledo, Valentina	O-65
Torrado, Kristal	P-21
Toyohama Gushiken, Victor Andres	V-11
traxer, olivier	O-11 O-14
Trebliner, Naiara	O-43 V-27
Troncoso, Luis	O-07 P-25
Tsacogianis, Theodore	P-02
Turpo-Peqqueña, Albert Gabriel	O-20
Uebel Engelsing, Paula	O-32
Uria, Luis	O-36
Vaccaro, Franceso	V-39
Valdebenito, Patricio	O-39
Valenzuela Grau, Rodrigo	V-29
Valle, Jeffrey	O-12
Van Cauwelaert, Roberto	O-04 O-05 P-15 V-06 V-10
Vantman-Luft, Doron	O-68

Autor	Trabajos
Vantman, Doron	V-39
Vasconcelos, Rômulo Augusto Lucena	V-09
Vega Barriga, Mijail Alberto	O-20
Vera Ubillús, Lorena	O-13
Vera Veliz, Alvaro	V-18 V-28 V-29
Verdugo, Carolina	P-22
Vergara, Karina	O-03
Verri, Paolo	P-04 P-08 P-08 V-03 V-04 V-05
Viegas Madrid, Vanessa	O-58
Vilches, Roberto	O-50 V-16
Villar Quispe, Wilmar	O-18
Villoldo, Gustavo	O-41
Villoldo, Gustavo Martin	O-48
Vives-Suñe, Alvaro	O-68
Vizuete, Erika	O-15 O-16 O-17 O-19
Wagner, Thomas	O-07 O-25 P-25
Westenenk, Karla	O-39 V-22
Whiles, Bristol B	P-07
Yaber, Federico	O-40
Zea Borda, Jhanderine Dioselyth	O-20
Zimmermann, Denise	O-38

O-01

Más allá del target en biopsia prostática por fusión: valor del muestreo perilesional y sistemático según PI-RADS

Fernandez Alberti, J[(1)]; Ferroni, B[(1)]; Diz, A[(2)]; Borghi, M[(1)]; Becher, E[(1)]

[(1)]Urologia, Centro de Urologia (CDU). Buenos Aires, Argentina. [(2)]Cardiologia, Centro de Urologia (CDU). Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La estrategia óptima para complementar la biopsia prostática dirigida por resonancia continúa en debate. La biopsia sistemática sigue siendo frecuente, pero el muestreo perilesional podría aportar información adicional al compensar la posible subestimación de la extensión tumoral por resonancia. Evaluamos si el aporte incremental del muestreo perilesional y sistemático varía según PI-RADS.
Materiales y métodos: Se analizó retrospectivamente una base prospectiva de biopsias prostáticas por fusión resonancia/ecografía realizadas entre 2021 y 2025. Se excluyeron pacientes con radioterapia o terapia focal previa. El cáncer clínicamente significativo se definió como Grade Group ≥2. Las biopsias target, perilesionales y sistemáticas fueron realizadas por dos urólogos siguiendo un protocolo institucional. El análisis comparativo se limitó a casos con las tres estrategias disponibles y se estratificó por PI-RADS máximo.
Resultados: Se identificaron 854 casos; 804 permanecieron tras excluir tratamientos previos. La detección global de cáncer clínicamente significativo fue 52,1% (419/804). Según PI-RADS máximo, la detección fue 23,3% en PI-RADS 3, 50,4% en PI-RADS 4 y 74,4% en PI-RADS 5. La cohorte comparativa incluyó 532 casos. El target aislado detectó cáncer significativo en 237 casos (44,5%). La detección aumentó a 268 (50,4%) con target más perilesional, a 259 (48,7%) con target más sistemática y a 285 (53,6%) con las tres estrategias. El aporte incremental varió según PI-RADS: en PI-RADS 3, la sistemática agregó más casos que el perilesional (+6 vs +2); en PI-RADS 4 y 5, el perilesional agregó más que la sistemática (+21 vs +12 y +8 vs +4, respectivamente).
Conclusiones: El valor agregado del muestreo perilesional y sistemático varía según el grado de sospecha radiológica. La sistemática conserva mayor utilidad en PI-RADS 3, mientras que el perilesional aporta más en PI-RADS 4 y 5. Estos hallazgos apoyan una estrategia de biopsia adaptada al PI-RADS.
Palabras clave: biopsia por fusión; PI-RADS; cáncer de próstata.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-02

Antecedente familiar y riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo: impacto del parentesco en lesiones PI-RADS 3

Acevedo, C[1, 2, 3]; Andriola, M[1]; Avila, C[1]; Saldivia, D[4]; Moya, F[2]; Gallegos, I[5]; Larenas, F[2, 4, 6]

[1]Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. [2]Urología, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC). Santiago, Chile. [3]Laboratorio de Carcinogénesis Clínica y Farmacogenética, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [4]Urología, Hospital San Borja Arriarán Universidad de Chile. Santiago, Chile. [5]Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. [6]Urología, Clínica MEDS. Santiago, Chile.

Introducción: La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es fundamental en la selección de pacientes para biopsia prostática. Sin embargo, persiste incertidumbre en lesiones PI-RADS 3, donde el antecedente familiar (AF) podría mejorar la estratificación del riesgo.
Objetivo: Evaluar la asociación del AF y del parentesco con la detección de cáncer de próstata (CaP) y cáncer clínicamente significativo (CaPcs) según categoría PI-RADS.
Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en pacientes sometidos a biopsia prostática transrectal cognitiva. El AF se obtuvo de variables estructuradas y registros clínicos. Se analizaron variables clínicas y detección de CaP y CaPcs (ISUP ≥2), estratificando por PI-RADS 3–5 y parentesco de primer grado. Se realizaron análisis univariados y un modelo de regresión logística multivariable (ORa) ajustado por edad, PSA y tacto rectal sospechoso.
Resultados: De 2005 pacientes con AF disponible, 1862 fueron AF negativo y 143 AF positivo. Los pacientes con AF positivo fueron biopsiados a menor edad (65,9 vs 68,8 años; p<0,001) y con menor PSA mediano (8,0 vs 10,4 ng/ml; p<0,001), sin diferencias en tacto rectal sospechoso (p=0,21). En PI-RADS 3, la detección de CaPcs fue 66,7% en AF positivo (10/15) y 33,9% en AF negativo (42/124). En esta categoría, el AF se asoció con CaPcs en el análisis univariado (OR 3,90; IC95% 1,25–12,16; p=0,019) y multivariable (ORa 6,25; IC95% 1,62–24,17; p=0,008; n=137). No hubo asociaciones significativas en PI-RADS 4–5. En el análisis exploratorio, el antecedente de hermano afectado fue la única categoría de parentesco asociada con CaP global (29/31; OR 5,08; IC95% 1,21–21,37; p=0,027) y CaPcs (27/31; OR 3,10; IC95% 1,08–8,91; p=0,036); el antecedente paterno aislado no alcanzó significación estadística.
Conclusiones: El AF complementa la RMmp como modificador clínico del riesgo. Su mayor utilidad potencial se observa en PI-RADS 3, donde mantuvo una asociación independiente con CaPcs. El antecedente de hermano afectado podría identificar un subgrupo de mayor riesgo y contribuir a precisar la indicación de biopsia en escenarios de sospecha intermedia; sin embargo, este hallazgo exploratorio debe interpretarse con cautela y validarse en cohortes mayores.
Palabras clave: cáncer de próstata; antecedentes familiares; PI-RADS.

1. Antecedente familiar y detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs) según categoría PI-RADS y parentesco. (AF: antecedente familiar; CaPcs: cáncer de próstata clínicamente significativo; n/N: casos con CaPcs/total biopsiados).

Categoría	CaPcs AF+(n/N, %)	CaPcs AF−(n/N, %)	OR univariado / OR ajustado(IC 95%)	p
PI-RADS 3(univariado)	10/15(66,7%)	42/124(33,9%)	3,90(1,25-12,16)	0,019
PI-RADS 3(ajustado)	-	-	6,25(1,62-24,17)	0,008
PI-RADS 4(univariado)	49/65(75,4%)	244/387(63,0%)	1,79(0,98-3,27)	0,067
PI-RADS 5(univariado)	42/43(97,7%)	426/474(89,9%)	4,73(0,64-35,16)	0,107
Hermano—CaPcs	27/31(87,1%)	1353/1974(68,5%)	3,10(1,08-8,91)	0,036
Padre aislado—CaPcs	42/55(76,4%)	1270/1861(68,2%)	1,59(0,80-2,82)	0,204

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-03

Menor tasa de upgrade patológico con biopsia por fusión RMN en comparación con biopsia cognitiva: análisis de una cohorte de prostatectomía radical

Lopez Silva, M[1, 2, 3]; Grinstein, P[1, 2]; Battiston, S[2]; Sanmiguel, I[2]; Vergara, K[2]; Dechiara, J[1]; Bernardo, N[1, 2, 3]

[1]Urología, Centro Argentino de Urología. Buenos Aires, Argentina. [2]Urología, Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina. [3]Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires, Argentina.

Introducción
La presencia de upgrade patológico entre la biopsia prostática y la anatomía patológica de la prostatectomía radical (PR) continúa siendo una limitación relevante en la adecuada estratificación del riesgo del cáncer de próstata. La biopsia por fusión resonancia magnética–ecografía (RM–US) ha sido propuesta como una herramienta capaz de mejorar la precisión del muestreo tumoral en comparación con la biopsia cognitiva; sin embargo, su impacto sobre la tasa de upgrade patológico no ha sido completamente establecido.
Objetivo
Comparar la tasa de upgrade patológico en pacientes sometidos a prostatectomía radical luego de una biopsia dirigida por fusión RM–US o por targeting cognitivo.
Materiales y Métodos
Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a prostatectomía radical con antecedente de biopsia prostática dirigida. Los pacientes fueron estratificados según la técnica utilizada: biopsia por fusión RM–US con equipo KOELIS Trinty o biopsia cognitiva. Se excluyeron los casos que recibieron hormonoterapia neoadyuvante. Se definió upgrade patológico como el aumento del puntaje de Gleason entre la biopsia y la pieza quirúrgica, excluyendo los cambios de Gleason 3+4 a 4+3. Se compararon las tasas de upgrade entre ambos grupos y se calcularon odds ratios (OR).
Resultados
Se incluyeron 157 pacientes, de los cuales 84 fueron sometidos a biopsia cognitiva y 73 a biopsia por fusión. La tasa de upgrade patológico fue del **29,8%** en el grupo de biopsia cognitiva y del **15,1%** en el grupo de biopsia por fusión.
La biopsia por fusión se asoció con un riesgo significativamente menor de upgrade patológico en comparación con la biopsia cognitiva (**OR 0,42; IC95% 0,19–0,93; p=0,036**).
Conclusiones
La biopsia por fusión resonancia magnética–ecografía reduce significativamente el riesgo de upgrade patológico en comparación con la biopsia cognitiva. Estos hallazgos sugieren una mayor precisión en la caracterización del grado tumoral mediante técnicas de fusión, respaldando su utilización para optimizar la estratificación del riesgo en pacientes con cáncer de próstata.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-04

Overlapping en biopsia prostática por fusión: redefiniendo el aporte real de la biopsia sistemática

Eltit, I[(1)]; Tirado, D[(1)]; Campos, D[(1)]; Mogollon, J[(1)]; Manzano, R[(1)]; Van Cauwelaert, R[(1)]; Rodríguez-Carlin, A[(1)]

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

La biopsia prostática combinada incorpora cores dirigidos a las lesiones visibles en resonancia magnética (RM) y cores sistemáticos para detectar enfermedad no identificada en las imágenes. Sin embargo, parte del cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) atribuido exclusivamente a la biopsia sistemática puede corresponder a muestras obtenidas dentro de lapropialesióntarget. El objetivo fue cuantificar el rendimiento incremental real de la biopsia sistemática para detectar CPCS fuera del target de RM.
Materiales y métodos
Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a biopsia prostática transperineal combinada mediante fusión RM–ecografía. Se definió CPCS como ISUP ≥2. Se compararon las tasas de detección de la biopsia sistemática y dirigida mediante la prueba de McNemar. En los casos con CPCS detectado exclusivamente por la biopsia sistemática, se revisó la localización del core positivo respecto del target de RM, clasificándolo como intratarget u off-target. El desenlace principal fue la proporción de CPCS exclusivo de labiopsiasistemáticalocalizadooff-target
Resultados
Se incluyeron 619 pacientes. La detección global de CPCS fue 49,4% (306/619). La biopsia sistemática detectó CPCS en 44,7% y la dirigida en 44,9%, sin diferencias significativas (McNemar, p=1,000). El CPCS fue identificado por ambas técnicas en 249 pacientes (40,2%), exclusivamente por la biopsia dirigida en 29 (4,7%) y exclusivamente por la sistemática en 28 (4,5%). De estos últimos, 6 (21,4%) correspondieron a cores intratarget y 22 (78,6%) a detección off-target, por lo que, tras excluir los cores intratarget, el rendimiento incremental verdaderamente off-target de la biopsia sistemática fue de 3,6% (22/619). Entre los tumores off-target, 13 (59,1%) fueron ISUP 2 y 9 (40,9%) ISUP ≥3. No se observó asociación entre la categoría PI-RADS y la detección exclusiva off-target (p=0,390).
Conclusiones
Aunque ambas estrategias mostraron tasas similares de detección de CPCS, uno de cada cinco casos inicialmente atribuidos exclusivamente a la biopsia sistemática correspondió a un muestreo de la lesión visible en RM. Su rendimiento incremental verdaderamente off-target fue de solo 3,6%; sin embargo, el 40,9% de estos tumores fueron ISUP ≥3, lo que demuestra que, aunque cuantitativamente limitado, el aporte de la biopsia sistemática mantiene relevancia clínica.

Concordancia diagnóstica y aporte off-target de la biopsia sistemática

Hallazgo	n	% cohorte	% subgrupo	Interpretación
CPCS detectado por ambas técnicas	249	40,2%	—	Concordante
CPCS exclusivo de biopsia dirigida	29	4,7%	—	Aporte dirigido
CPCS atribuido inicialmente a sistemática	28	4,5%	100%	Exclusivo aparente
Sistemática intratarget	6	1,0%	21,4%	Falso exclusivo
Sistemática off-target	22	3,6%	78,6%	Aporte incremental real
Off-target ISUP 2 / ISUP ≥3	13 / 9	2,1% / 1,5%	59,1% / 40,9%	Relevancia clínica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-05

Caracterización de la curva de aprendizaje de la biopsia prostática transperineal guiada por fusión: análisis LOESS y CUSUM de 500 casos

Eltit, I[1, 2]; Tirado, D[1, 2]; Mogollon, J[1, 2]; Campos, D[1, 2]; Manzano, R[2]; Van Cauwelaert, R[1, 2]; Rodríguez-Carlin, A[1, 2]

[1]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. [2]Facultad de Medicina, Universidad Andres Bello. Santiago, Chile.

Introducción: La biopsia prostática transperineal guiada por fusión entre resonancia magnética y ecografía se ha consolidado como una técnica diagnóstica relevante. Sin embargo, su curva de aprendizaje ha sido escasamente caracterizada mediante métodos estadísticos objetivos, y persiste la interrogante de si una mayor eficiencia puede alcanzarse sin comprometer los resultados oncológicos. El objetivo fue caracterizar la curva de aprendizaje de esta técnica y evaluar su impacto sobre el rendimiento procedural y diagnóstico.
Materiales y métodos: Se analizó una base prospectiva de las primeras 500 biopsias transperineales consecutivas realizadas por un único cirujano. El número consecutivo de caso se utilizó como medida de experiencia y la cohorte se dividió en cinco quintiles de 100 pacientes. Se compararon tiempo operatorio, número total de cilindros, complicaciones y detección de cáncer. La curva de aprendizaje se evaluó mediante regresión LOESS y análisis CUSUM. Se construyó además un RA-CUSUM para detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, ajustado por edad, PSA, PI-RADS y volumen prostático.
Resultados: El tiempo operatorio mediano disminuyó de 25 a 14 minutos entre el primer y último quintil, mientras el número de cilindros descendió de 35 a 25, ambos con p<0,001. LOESS y CUSUM demostraron una fase inicial de aprendizaje seguida de estabilización y optimización progresiva. Pese a esta simplificación, la detección de cáncer clínicamente significativo se mantuvo estable entre quintiles: 39%, 48%, 43%, 51% y 54% (p=0,221). La detección global tampoco mostró deterioro significativo (59%, 53%, 58%, 62% y 72%; p=0,084). El RA-CUSUM confirmó estabilidad del rendimiento oncológico ajustado. En el modelo multivariado, la experiencia no se asoció independientemente con la detección de cáncer clínicamente significativo (OR 1,001; p=0,300); el modelo alcanzó un AUC de 0,820.
Conclusiones: La experiencia permitió reducir sustancialmente el tiempo operatorio y la intensidad de muestreo sin comprometer la detección de cáncer clínicamente significativo. La eficiencia procedural puede optimizarse de forma progresiva y segura durante la implementación de la biopsia transperineal por fusión.

Tabla. Evolución del rendimiento procedural y diagnóstico según experiencia

Experiencia	Tiempo operatorio, min	Cilindros totales	csPC, n (%)	Cáncer global, n (%)
Casos 1–100	25 (20–28)	35 (29–35)	39 (39,0%)	59 (59,0%)
Casos 101–200	18 (15–20)	34 (29–35)	48 (48,0%)	53 (53,0%)
Casos 201–300	20 (17–20)	23 (23–29)	43 (43,4%)	58 (58,6%)
Casos 301–400	16 (14–17)	23 (22–25)	51 (51,0%)	62 (62,0%)
Casos 401–500	14 (13–14)	25 (22–29)	54 (54,0%)	72 (72,0%)
Valor p	<0,001	<0,001	0,221	0,084

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-06

Micro-ultrasonido en biopsia de próstata: precisión diagnóstica y complementariedad con la resonancia magnética multiparamétrica — experiencia inicial

Segura Díaz, F[(1)]; Gavilan Leñam, D[(1)]; Iturbe Larenas, R[(1)]

[(1)]Servicio Urología, Hospital La Unión. La Unión, Chile.

Introducción: El micro-ultrasonido es una tecnología emergente que ofrece mayor resolución que el ultrasonido transrectal convencional, permitiendo identificar y biopsiar lesiones prostáticas en tiempo real mediante el sistema PRI-MUS. El objetivo fue reportar nuestra experiencia inicial con micro-ultrasonido en biopsia de próstata, evaluando su utilidad diagnóstica de forma independiente y en combinación con resonancia magnética (RM) multiparamétrica previa.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 88 pacientes sometidos a biopsia prostática guiada por micro-ultrasonido con clasificación PRI-MUS. De ellos, 66 contaban con RM previa evaluable. Se realizó biopsia target ante lesiones PRI-MUS ≥4 y/o PI-RADS ≥4, biopsiando ambas lesiones cuando su ubicación era discordante, además de biopsia sistemática de 12 cores en todos los pacientes. Se definió cáncer clínicamente significativo (csPCa) como ISUP ≥2. Se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos con sus intervalos de confianza; se comparó ambas pruebas en el subgrupo con ambos estudios, evaluando su concordancia mediante kappa.
Resultados: La edad mediana fue 70 años (52–87) y el PSA mediano 9,7 ng/mL. La prevalencia de csPCa fue 53,4% (47/88). El micro-ultrasonido mostró sensibilidad 87,0%, especificidad 52,5%, VPP 67,8%, VPN 77,8% y exactitud 70,9%. En el subgrupo con ambos estudios (n=66), la sensibilidad fue comparable entre micro-ultrasonido y RM (87,9% vs 93,9%; sin diferencia significativa), con especificidad superior del micro-ultrasonido (45,5% vs 24,2%) y concordancia moderada (kappa=0,44). En los casos discordantes, la RM detectó csPCa adicional en 2 de 11 pacientes con micro-ultrasonido negativo, reforzando el rol complementario de ambas técnicas. De las 65 biopsias target realizadas, 20 (30,8%) fueron guiadas exclusivamente por micro-ultrasonido en tiempo real, con una tasa de detección de csPCa de 60,0%.
Conclusiones: El micro-ultrasonido con clasificación PRI-MUS mostró precisión diagnóstica comparable a la RM para csPCa, con especificidad superior y buen rendimiento en biopsias guiadas exclusivamente por esta técnica. Su capacidad de dirigir la biopsia en tiempo real lo posiciona como alternativa válida, especialmente donde el acceso a RM es limitado, tanto de forma independiente como complementaria. Se requieren series mayores para confirmar estos hallazgos.
Palabras clave: microultrasonido; cáncer de próstata; biopsia fusión.

Tabla 1. Comparación de rendimiento diagnóstico entre micro-ultrasonido y RM para csPCa en el subgrupo con ambos estudios (n=66).

Índice (≥4)	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Micro-ultrasonido (PRI-MUS)	87,9%	45,5%	61,7%	78,9%
Resonancia magnética (PI-RADS)	93,9%	24,2%	55,4%	80,0%

Nota. csPCa = cáncer de próstata clínicamente significativo (ISUP ≥2); VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo. Subgrupo de pacientes con ambos estudios disponibles (n = 66). Punto de corte: PRI-MUS ≥4 y PI-RADS ≥4.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-07

Vigilancia Activa en cáncer de próstata de bajo riesgo: actualización de una cohorte de hospital de alta complejidad del sur de Chile con seguimiento a largo plazo.

Oyanedel, F[1, 2, 3]; Wagner, T[4]; Copaja, MF[2]; Sabugo, F[2]; Alvar, B[2]; Ebel, L[1]; Foneron, A[1]; Troncoso, L[1]; Foneron, A[1]; Toledo, H[1]; Flores, F[1]

[1]Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. [2]Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. [3]Urología, Clínica Costanera Valdivia. Valdivia, Chile. [4]Escuela de Graduados, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN
La vigilancia activa (VA) es la estrategia recomendada para el cáncer de próstata localizado de bajo riesgo, permitiendo evitar el sobretratamiento sin perder la ventana de curación en los pacientes que progresan. Nuestro grupo publicó en 2021 los resultados a mediano plazo de esta cohorte histórica (n=70, seguimiento mediano 23,5 meses). El objetivo fue actualizar dichos resultados con una cohorte ampliada y un seguimiento sustancialmente más prolongado.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio observacional de cohorte histórica de pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo (ISUP 1) manejados con VA en un hospital público, desde 2013. Se incluyeron pacientes con seguimiento potencial mínimo de 12 meses. Se analizaron variables basales, de seguimiento, reclasificación de riesgo y modalidad de egreso. La reclasificación se definió como el egreso de VA por progresión documentada a un grupo de mayor riesgo. Las proporciones se expresan con intervalo de confianza del 95% (método de Wilson). Los análisis se realizaron en R.
RESULTADOS
Se incluyeron 139 pacientes, con seguimiento mediano de 76 meses. Al corte, 55,4% continuaba en VA, 38,8% había egresado y 5,8% se encontraba sin seguimiento. La reclasificación a un grupo de mayor riesgo ocurrió en 24,5% (IC95 18–32), predominantemente por progresión de grado. El 28,8% (IC95 22–37) recibió tratamiento con intención curativa (22 prostatectomía radical, 18 radioterapia). No se registraron muertes atribuibles a cáncer de próstata.
CONCLUSIONES
Con un seguimiento prolongado (mediana de 76 meses), la VA se mantiene como una estrategia segura y factible para el cáncer de próstata de bajo riesgo en un hospital público chileno, sin pérdida documentada de la ventana terapéutica. El aumento de la reclasificación con el tiempo es esperable y no comprometió la posibilidad de tratamiento curativo. Estos hallazgos respaldan su consolidación como práctica estándar y la actualización del protocolo institucional, actualmente en curso.
Palabras clave: próstata, vigilancia activa, seguimiento a largo plazo

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-08

RELIEVE-TP: impacto analgésico del metoxiflurano inhalado en la biopsia prostática transperineal bajo anestesia local. Ensayo clínico aleatorizado.

Roldan-Testillano, R[(1)]; Niakani, S[(1)]; Aprikian, A[(1)]; Tanguay, S[(1)]; Rompré-Brodeur, A[(1)]; Sanchez-Salas, R[(1)]

[(1)]Urología, McGill University. Montreal, Canadá.

Introducción y objetivos

La biopsia prostática (BP) transperineal se ha consolidado como alternativa a la vía transrectal por su menor tasa de complicaciones infecciosas y mejor acceso a regiones anteriores y apicales de la próstata. No obstante, cuando se realiza bajo anestesia local (AL), la biopsia transperineal puede asociarse con mayores niveles de dolor y ansiedad, lo que limita su tolerancia en el ámbito ambulatorio.

El metoxiflurano inhalado es un analgésico autoadministrado de inicio rápido y perfil de seguridad favorable en procedimientos ambulatorios. El objetivo de este estudio es evaluar si el metoxiflurano inhalado, como adyuvante a la AL, reduce el dolor y la ansiedad durante la BP transperineal ambulatoria.

Material y métodos

RELIEVE-TP (Reducing Exam-related Levels of Intensity and Emotion with Vaporized Ethel-methoxyflurane in Transperineal Biopsy) es un estudio prospectivo, aleatorizado, controlado, de dos brazos, realizado en un único centro terciario.

Se incluirán varones ≥40 años programados para BP transperineal ambulatoria, aleatorizados 1:1 a recibir AL estándar sola (grupo control) o AL combinada con metoxiflurano inhalado (grupo intervención).

El metoxiflurano se administrará mediante inhalador, iniciado 5 minutos antes de la biopsia y mantenido según necesidad durante el procedimiento.

Las variables principales serán el dolor y la ansiedad procedimental, evaluados mediante la escala numérica del dolor (NRS, 0–10), y la escala visual analógica de ansiedad (VAS-A), recogidas inmediatamente tras la biopsia.

Las variables secundarias incluyen satisfacción del tratamiento, disposición a repetir el mismo método analgésico, eventos adversos, cambios en constantes vitales, tiempo total del procedimiento y tasas de detección de cáncer de próstata.

El tamaño muestral estimado (100–120 pacientes) proporciona una potencia del 80% para detectar una diferencia clínicamente relevante de 1 punto en la NRS.

Resultados

El protocolo del estudio ha sido finalizado y se encuentra en fase de implementación. El reclutamiento está previsto tras la aprobación ética, con una duración estimada de 6–9 meses.

Conclusiones

RELIEVE-TP aportará evidencia prospectiva aleatorizada sobre la eficacia y seguridad del metoxiflurano inhalado como adyuvante analgésico en la BP transperineal ambulatoria. Su uso podría mejorar la experiencia del paciente sin comprometer el flujo asistencial ni requerir recursos anestésicos adicionales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-09

Viendo lo Invisible: MicroUS en detección de cáncer de próstata clínicamente significativo en pacientes con RMN negativa o no elegibles para RMN

Lopez Silva, M[1, 2, 3]; Sanguinetti, H[1, 2, 3]; Montanile, M[1]; Grinstein, P[1, 2]; Dechiara, J[1]; Bernardo, N[1, 2, 3]

[1]Urologia, Centro Argentino de Urología. Buenos Aires, Argentina. [2]Urología, Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina. [3]Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo
La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) constituye actualmente el método de imagen de referencia para la detección y localización del cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS). Sin embargo, entre un 5% y un 15% de los tumores clínicamente significativos pueden pasar inadvertidos en pacientes con RMmp negativa (PI-RADS 1–2). Asimismo, un grupo de pacientes no puede acceder a este estudio debido a contraindicaciones o limitaciones de disponibilidad. El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad diagnóstica de la microecografía de alta resolución (microUS) para la detección de CPCS en pacientes con RMmp negativa o no elegibles para resonancia magnética.
Materiales y Métodos
Se realizó un estudio prospectivo descriptivo que incluyó pacientes con sospecha clínica de cáncer de próstata que presentaban una RMmp negativa (PI-RADS 1–2) o que no podían realizar dicho estudio. Todos los pacientes fueron evaluados mediante microecografía en tiempo real de 29 MHz utilizando la clasificación PRI-MUS. Las lesiones con PRI-MUS ≥3 fueron sometidas a biopsia dirigida por vía transperineal, asociada a biopsia sistemática. Se definió CPCS como ISUP ≥2.
Resultados
Se incluyeron 30 pacientes: 17 no elegibles para RMmp y 13 con RMmp negativa (PI-RADS 1–2). En el grupo no elegible para RMmp se diagnosticaron cuatro casos de CPCS, tres de los cuales (17,6%) fueron detectados exclusivamente mediante biopsia dirigida por microUS, con biopsias sistemáticas negativas. En el grupo con RMmp negativa, cuatro casos de CPCS fueron identificados únicamente mediante biopsia dirigida por microUS pese a biopsias sistemáticas negativas. Todas las lesiones con CPCS presentaron una puntuación PRI-MUS ≥3.
Conclusiones
La microecografía de alta resolución permitió identificar cáncer de próstata clínicamente significativo en pacientes con RMmp negativa o sin acceso a resonancia magnética, aportando información diagnóstica adicional que no hubiera sido obtenida mediante biopsia sistemática aislada. Estos hallazgos respaldan su potencial utilidad como herramienta diagnóstica complementaria o alternativa en escenarios seleccionados. Estudios multicéntricos con mayor número de pacientes serán necesarios para confirmar estos resultados y definir su papel dentro de los algoritmos diagnósticos actuales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-10

Determinants of clinically significant prostate cancer detection during implementation of transperineal MRI-targeted prostate biopsy

Eltit, I[(1)]; Campos, D[(1)]; Tirado, D[(1)]; Mogollón, J[(1)]; Manzano, R[(1)]; Rodríguez-Carlin, A[(1)]

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

Introduction
Multiparametric MRI-targeted transperineal prostate biopsy has become the preferred diagnostic approach for prostate cancer because of its high diagnostic accuracy and favorable safety profile. Although clinically significant prostate cancer (csPC) detection is known to depend on clinical and imaging characteristics, the potential influence of operator experience during implementation of this technique remains uncertain. We aimed to identify independent predictors of csPC detection and evaluate whether operator experience influences oncological outcomes during the first 500 consecutive transperineal MRI-targeted prostate biopsies performed by a single surgeon.

Materials and Methods
A retrospective analysis of the first 500 consecutive transperineal MRI-targeted prostate biopsies performed by a single surgeon was conducted. Cases were divided into five consecutive experience quintiles of 100 procedures each. Baseline clinical and MRI characteristics were compared across groups. Univariable and multivariable logistic regression analyses were performed to identify independent predictors of csPC detection (ISUP ≥2), including age, PSA, PI-RADS category, prostate volume, and operator experience. Model discrimination was assessed using the area under the receiver operating characteristic curve (AUC).

Results
Baseline patient characteristics were comparable across experience quintiles. Overall csPC detection increased from 39% in the first quintile to 54% in the fifth quintile, although this difference was not statistically significant (p=0.221). On multivariable analysis, age (OR 1.10, p<0.001), PSA (OR 1.12, p<0.001), PI-RADS category (p<0.001), and prostate volume (OR 0.97, p<0.001) were independent predictors of csPC detection. After adjustment for patient and imaging characteristics, operator experience was not an independent predictor of clinically significant prostate cancer detection (global p=0.629). The final prediction model demonstrated good discrimination with an AUC of 0.820 (95% CI 0.783–0.856).

Conclusions
Clinically significant prostate cancer detection during transperineal MRI-targeted biopsy is primarily determined by patient- and lesion-related characteristics rather than operator experience. After adjustment for established clinical predictors, surgeon experience was not independently associated with oncological performance, supporting the reproducibility of this technique during its implementation in routine clinical practice.

Multivariable predictors of clinically significant prostate cancer detection

Variable	Adjusted OR (95% CI)	p
Age (per year)	1.10 [___–___]	<0.001
PSA (per ng/mL)	1.12 [___–___]	<0.001
Prostate volume (per cc)	0.97 [___–___]	<0.001
PI-RADS 4 vs. 3	___ [___–___]	<0.001*
PI-RADS 5 vs. 3	___ [___–___]	<0.001*
Operator experience	**—**	**0.629**

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-11

El cultivo de orina intraoperatorio previo a la intervención con láser proporciona información microbiológica clave para el tratamiento de las infecciones postoperatorias tras una ureteroscopia flexible por litiasis renal: un estudio prospectivo realizado

cabrera, j[(1)]; nannola, n[(1)]; scilipoti, p[(1)]; traxer, o[(1)]

[(1)]urologia, tenon. paris, france.

Introducción: Las complicaciones infecciosas postoperatorias siguen siendo un motivo de preocupación clínicamente relevante tras una ureteroscopia flexible (FURS), incluso en pacientes con cultivos de orina vesicales preoperatorios (CO) negativos. La discordancia microbiológica entre las muestras de la vejiga y las del tracto urinario superior puede contribuir a que no se reconozca adecuadamente el riesgo de infección.
Métodos: Nos basamos en un conjunto de datos recopilados de forma prospectiva de 238 intervenciones consecutivas de FURS para el tratamiento de la litiasis renal, realizadas por un único cirujano experimentado (2023-2025). Los UC se obtuvieron de forma preoperatoria e intraoperatoria en momentos estandarizados, incluyendo orina vesical al inicio de la intervención, orina de la pelvis renal antes de la litotricia con láser y orina de la pelvis renal tras la litotricia. El criterio de valoración principal fueron las complicaciones infecciosas postoperatorias, clasificadas como cualquier infección e infección grave (sepsis/choque séptico según las definiciones internacionales). Se evaluaron las asociaciones entre los patrones de positividad en los cultivos y los resultados mediante la prueba exacta de Fisher y la regresión logística univariable.
Resultados: De los 952 cultivos intraoperatorios analizados, el 79 % resultaron negativos en general. Un total de 136 pacientes (57,1 %) presentaron cultivos negativos en todos los momentos de toma de muestras. Se produjo una positividad de novo en los cultivos intraoperatorios en el 7,1 % de los pacientes con cultivos intraoperatorios preoperatorios negativos. La positividad de los análisis de orina intraoperatorios previos al láser se asoció de forma significativa con complicaciones infecciosas postoperatorias, con tasas de cualquier infección e infección grave del 27 % y el 23 %, respectivamente. Por el contrario, la positividad aislada en los cultivos de orina preoperatorios o postláser no se asoció de forma significativa con los resultados infecciosos.
Conclusiones: Los cultivos de orina intraoperatorios obtenidos antes de la litotricia con láser se asociaron de forma significativa con complicaciones infecciosas postoperatorias tras una FURS para el tratamiento de la litiasis renal. Los cultivos de orina vesicales preoperatorios por sí solos mostraron una capacidad limitada para identificar a los pacientes con mayor riesgo de infección.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-12

Modulación dinámica del pulso durante la litotricia con láser Ho:YAG: ¿Cuándo cambiar de Magneto a Virtual Basket? Recomendaciones de un estudio multicéntrico

Rico, L[(1)]; Kanashiro Azabache, A[(2)]; Valle, J[(3)]; Rodriguez Socarras, M[(4)]; Perri, D[(5)]

[(1)]Servicio de Urologia, Hospital Aleman. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Department of Urology, Fundaciò Puigvert. Barcelona, España. [(3)]Department of Urology, Clinical Cardio Centro – Hospicor. Manabi, Ecuador. [(4)]Department of Urology, Instituto de Cirugía urológica Avanzada ICUA. Madrid, España. [(5)]Department of Urology, Sant'Anna Hospital. Como, Italia.

Introducción
La introducción de las tecnologías de modulación del pulso ha ampliado la versatilidad de los láseres Holmium de alta potencia. La modulación de pulso Magneto (M-Ho:YAG) proporciona una baja potencia pico y favorece una litotricia tipo Dusting, mientras que Virtual Basket (VB) podría mejorar la eficiencia de fragmentación en casos seleccionados. Sin embargo, los factores que determinan la transición intraoperatoria entre ambas modalidades aún no están claramente definidos. El objetivo de este estudio fue identificar las variables preoperatorias e intraoperatorias asociadas con la necesidad de cambiar de M-Ho:YAG a VB durante la ureteroscopia flexible.

Materiales y métodos
Se realizó un estudio observacional multicéntrico que incluyó 400 pacientes consecutivos sometidos a cirugía intrarrenal retrógrada entre enero de 2025 y marzo de 2026 utilizando la plataforma Cyber Ho ™ 150W. En todos los casos, la litotricia se inició con M-Ho:YAG. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la estrategia de modulación del pulso utilizada durante el procedimiento: M-Ho:YAG exclusivo (n=301) y M-Ho:YAG+VB (n=99). Se analizaron variables demográficas, características del cálculo, aspectos anatómicos y datos intraoperatorios.

Resultados
El volumen promedio de los cálculos fue de 1804 mm³ y la densidad promedio de 938 UH. De los 400 procedimientos, 99 pacientes (24,8%) requirieron un cambio intraoperatorio de M-Ho:YAG a VB. El volumen litiásico mostró una fuerte correlación con la necesidad de cambiar la modulación del pulso (r=0,69). Además, los cálculos localizados en el cáliz inferior fueron la localización anatómica más frecuente entre los pacientes que requirieron el cambio. Finalmente, una mayor densidad del cálculo también se asoció con una mayor probabilidad de transición a VB, lo que sugiere una menor eficiencia del dusting con configuraciones de baja potencia pico en cálculos más duros.

Conclusion
Un mayor volumen litiásico, la localización en el cáliz inferior y una elevada densidad del cálculo fueron los principales predictores del cambio intraoperatorio de M-Ho:YAG a VB. Estos hallazgos respaldan una estrategia dinámica de modulación del pulso, adaptada a las características del cálculo, con el objetivo de optimizar la eficiencia de la litotricia y el rendimiento del procedimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-13

Ureterorrenoscopia flexible con succión versus nefrolitotomía percutánea miniaturizada para el manejo de cálculos renales de 2–3 cm: una revisión sistemática

Vera Ubillús, L[1]; Mendoza Chuctaya, G[2]; garnique diaz, e[3]; lopez ramoz, h[4, 5]; gonzales, ms[6]; Rodriguez, N[7]; Taype Rondán, A[8, 9]

[1]UROLOGIA, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. Lima, Perú. [2]escuela de medicina, universidad san antonio abad. CUSCO, Perú. [3]Hospital Nacional de la Policía Luís N. Sáenz. Lima, Perú. [4]urologia, Hospital Universitario San Ignacio. bogota, colombia. [5]escuela de medicina, Pontificia Universidad Javeriana. CUSCO, Perú. [6]UROLOGIA, Hospital Italiano de buenos aires. buenos aires, argentina. [7]UROLOGIA, clinica internacional. Lima, Perú. [8]Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencia en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Peru. [9]EVISALUD. Lima, Perú.

Introducción: La nefrolitotomía percutánea miniaturizada (mPCNL) y la ureterorrenoscopia flexible con succión (f-URS + FANS) han surgido como alternativas para el manejo de cálculos renales de tamaño intermedio. Ante recomendaciones aún variables en las guías clínicas, se realizó esta revisión sistemática con metaanálisis para sintetizar la evidencia disponible.
Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática con búsqueda en PubMed, Scopus y Web of Science hasta septiembre de 2025, siguiendo PRISMA 2020 (PROSPERO: CRD420251156457). Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con pacientes con litiasis renal de 2–3 cm. Dos revisores seleccionaron los estudios de forma independiente. El metaanálisis se realizó con RevMan 5.4, el riesgo de sesgo se evaluó con RoB 2.0 y la certeza de la evidencia mediante GRADE.
Resultados: Se incluyeron 3 ECA con 982 participantes. f-URS + FANS mostró poca o ninguna diferencia en la tasa libre de cálculos (SFR) inmediata (RD: −1,7 por 100; IC 95%: −3,3 a 0; alta certeza) y a corto plazo (RD: −1,8 por 100; IC 95%: −7,3 a +4,6; certeza moderada). La fiebre postoperatoria fue comparable (RD: −0,4 por 100; certeza moderada) y no se observaron diferencias en complicaciones Clavien–Dindo grado I (RD: +0,2 por 100; alta certeza). Los efectos sobre el tiempo operatorio, estancia hospitalaria, disminución de hemoglobina y complicaciones grado II permanecen inciertos (muy baja certeza).
Conclusiones: f-URS + FANS y mPCNL presentan eficacia y seguridad comparables para cálculos de 2–3 cm. Existe alta certeza en la equivalencia de la SFR inmediata y las complicaciones leves; sin embargo, persiste incertidumbre en desenlaces perioperatorios y complicaciones de mayor grado.
Palabras clave: Nefrolitiasis; Nefrolitotomía Percutánea; Ureteroscopia

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-14

Tasas de ablación in vitro de los láseres Ho:YAG, p-Tm:YAG y TFL

cabrera, f[(1)]; quara, a[(1)]; bravo, a[(1)]; moretto, s[(1)]; traxer, o[(1)]

[(1)]urologia, tenon. paris, francia.

OBJETIVO: Este estudio compara las tasas de ablación de tres sistemas láser —Holmio:YAG (Ho:YAG), láser de fibra de tulio (TFL) y láser pulsado de tulio:YAG (p-Tm:YAG)— para la litotricia de cálculos renales utilizando una configuración estandarizada.
MATERIALES Y MÉTODOS: Un brazo robótico permitió una aplicación uniforme del láser sobre modelos de cálculos que simulaban cálculos de oxalato cálcico monohidratado (duros) y de ácido úrico (blandos). Se evaluó la eficiencia de ablación (mm³/J) con diferentes ajustes del láser (0,2 J–50 Hz, 0,5 J–20 Hz y 1,0 J–10 Hz) y diámetros de fibra (200 y 272 µm). Los volúmenes ablacionados se cuantificaron mediante micro-TC y segmentación 3D con el software 3DSlicer.
RESULTADOS: El TFL mostró las tasas de ablación más altas tanto para cálculos duros como blandos, superando significativamente al Ho:YAG en múltiples configuraciones. En el caso de los cálculos duros, el TFL presentó una mayor eficacia de ablación que el Ho:YAG, especialmente a 0,5 J–20 Hz y 1,0 J–10 Hz. El láser p-Tm:YAG también superó al Ho:YAG a 0,5 J–20 Hz. En el caso de los cálculos blandos, la diferencia entre el TFL y el Tm:YAG fue estadísticamente significativa en los ajustes de energía más bajos (0,20 J–50 Hz y 0,5 J–20 Hz). En comparación con el Ho:YAG, el TFL mostró tasas de ablación significativamente más altas en todos los ajustes probados ($p < 0,05$). El láser p-Tm:YAG mostró un rendimiento intermedio, con una eficiencia superior a la del Ho:YAG, pero ligeramente inferior a la del TFL. El diámetro de la fibra influyó en la ablación, ya que las fibras de 272 µm ofrecieron una mayor eficiencia con ajustes de energía más bajos ($p < 0,05$ a 0,20 J–50 Hz y 0,5 J–20 Hz para ambos tipos de cálculos); esta comparación se limitó al p-Tm:YAG, ya que los datos de los demás láseres ya están disponibles en la bibliografía.
CONCLUSIÓN: El TFL alcanzó la mayor eficiencia de ablación in vitro. Sin embargo, el p-Tm:YAG representa una opción prometente, ya que ofrece un rendimiento mejorado con respecto al Ho:YAG y un perfil equilibrado entre la capacidad de fragmentación y la de pulverización.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-15

Experiencia institucional en ureteroscopia flexible descartable: análisis de 755 procedimientos consecutivos en un hospital público de referencia

Andriola Perez, M[(1)]; Andrés, B[(1)]; Punte, T[(1)]; Barahona, J[(1)]; Consigliere, L[(1)]; De La Llera, JF[(1)]; Vizuete, E[(1)]; Siri, F[(1)]; Marchant, F[(2)]; Aguila, F[(1)]

[(1)]Subunidad Litiasis Urinaria, Hospital San José. Santiago, Chile. [(2)]Urologia, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción

La ureteroscopia flexible (URSf) constituye una de las técnicas más utilizadas para el tratamiento de la litiasis renal. La incorporación de ureteroscopios descartables ha favorecido su implementación en centros de alta demanda asistencial. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia clínica de 755 procedimientos consecutivos realizados en un hospital público de referencia nacional.

Materiales y Métodos

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo que incluyó 755 pacientes sometidos a URSf entre junio de 2018 y abril de 2026. Se analizaron variables demográficas y perioperatorias, además del volumen litiásico calculado mediante la fórmula del elipsoide. Los pacientes se agruparon según volumen preoperatorio (<500, 500–1000, 1000–2000 y >2000 mm³). Se definió stone-free convencional como fragmentos residuales <4 mm y stone-free volumétrico como volumen residual ≤33,28 mm³. Se realizó regresión logística univariada para evaluar la asociación entre volumen litiásico preoperatorio y probabilidad de alcanzar stone-free.

Resultados

Se incluyeron 755 pacientes, con una mediana de edad de 53 años (RIQ: 41–62); el 55% fueron mujeres. El tamaño mediano de la litiasis fue de 15 mm (RIQ: 10–21), la densidad de 980 UH (RIQ: 620–1210) y el volumen preoperatorio de 558,5 mm³ (RIQ: 275,3–1165,3). La tasa global de stone-free fue de 72,3%. Según el volumen preoperatorio, las tasas fueron de 88,8%, 73,3%, 60,8% y 36,4%, respectivamente. La reducción volumétrica media alcanzó 90,1%, 91,2%, 87,6% y 81,3% en cada grupo. En la regresión logística, un mayor volumen litiásico se asoció con menor probabilidad de stone-free (OR 0,93 por cada incremento de 100 mm³; IC95%: 0,91–0,95; p<0,001), equivalente a una disminución aproximada del 7% en la probabilidad de éxito por cada 100 mm³ adicionales.

Conclusiones

La URSf es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la litiasis renal. El volumen litiásico preoperatorio constituye un factor pronóstico independiente de éxito, observándose una disminución progresiva y significativa de la tasa de stone-free a medida que aumenta la carga litiásica. No obstante, incluso en litiasis de gran volumen, la URSf logra una reducción sustancial de la carga residual.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-16

Ureteroscopia flexible asistida por la plataforma robótica ILY: experiencia clínica inicial y curva de aprendizaje

Punte Menendez, T[1, 2]; Sanhueza, J[3]; Barahona, J[1]; De la Llera, JF[1]; Siri, JF[1]; Marchant, F[2, 3]; Aguila, F[1, 2, 3]; Vizuete, E[1]; Consiglieri, L[1]

[1]Urologia, Hospital San Jose. Santiago, Chile. [2]Urologia, Clinica Bupa. Santiago, Chile. [3]Urologia, Hospital Clinico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción
La ureteroscopia flexible asistida por robot busca mejorar la ergonomía del cirujano y reducir su exposición a radiación, manteniendo la eficacia de la cirugía intrarrenal retrógrada. Sin embargo, la evidencia clínica sobre la plataforma ILY es aún limitada y no existen experiencias publicadas en Chile. El objetivo fue evaluar la factibilidad, seguridad, tasa libre de cálculos y curva de aprendizaje inicial asociadas con su implementación clínica.

Material y métodos
Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó consecutivamente a pacientes adultos sometidos a ureteroscopia flexible robótica con la plataforma ILY entre septiembre de 2025 y marzo de 2026. Se registraron características demográficas y litiásicas, tiempo de docking, tiempo quirúrgico total, tiempo intrarrenal, lesiones ureterales, complicaciones y necesidad de procedimientos secundarios. La tasa libre de cálculos se definió intraoperatoriamente como ausencia de fragmentos residuales ≥2 mm. La curva de aprendizaje se evaluó mediante la evolución secuencial del tiempo de docking.

Resultados
Se incluyeron 10 pacientes, con una mediana de edad de 61 años y un tamaño litiásico mediano de 11 mm (rango: 9–28). El volumen promedio fue 662 mm³ y la densidad mediana 1.100 UH. La mediana del tiempo de docking fue 420 segundos (rango: 180–2.700), del tiempo quirúrgico total 90 minutos (45–126) y del tiempo intrarrenal 60 minutos (15–80). La tasa libre de cálculos intraoperatoria fue 88,9% (8/9). Todos los procedimientos se completaron con asistencia robótica, sin conversiones a ureteroscopia convencional, lesiones ureterales mayores a Traxer grado 1 ni complicaciones intraoperatorias o postoperatorias. El 100% de los pacientes fue manejado ambulatoriamente y uno requirió un segundo procedimiento. Tras los primeros casos, el tiempo de docking disminuyó y se estabilizó aproximadamente entre 270 y 420 segundos.

Conclusiones
La ureteroscopia flexible asistida por la plataforma ILY fue factible y segura durante su implementación inicial, con una tasa libre de cálculos de 88,9%, ausencia de complicaciones y rápida reducción del tiempo de docking. Se requieren estudios comparativos y con mayor tamaño muestral para definir sus potenciales ventajas clínicas y ergonómicas frente a la ureteroscopia convencional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-17

Experencia inicial con vainas de acceso ureteral flexibles y navegables con aspiración en cirugía retrógrada intrarrenal: Primeros 100 casos en un hospital académico chileno

Schaub-Cantin, A[(1)]; Punte, T[(1, 2)]; Chavez, O[(1)]; Ruiz, T[(1)]; Barahona, J[(2)]; Consigliere, L[(2)]; Vizuete, E[(2)]; De La Llera, JF[(2)]; Siri, JF[(2)]; Marchant, F[(1, 3)]; Aguila, F[(1, 2, 3)]

[(1)]Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(2)]Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San Jose. Santiago, Chile. [(3)]Departamento de Urologia, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción:
La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) es una opción de primera línea para nefrolitiasis menor de 20 mm. Las vainas de acceso ureteral flexibles y navegables con aspiración (FANS) buscan optimizar la cirugía y podrían ampliar el rol de RIRS en litiasis de mayor tamaño. El objetivo fue describir la experiencia inicial con FANS en RIRS en un hospital academico y explorar factores asociados a stone-free favorable.
Material y métodos:
Estudio prospectivo observacional de los primeros 100 casos consecutivos sometidos a RIRS con FANS entre agosto de 2025 y junio de 2026. Se registraron características clínicas, litiásicas, intraoperatorias, complicaciones y seguimiento. El volumen litiásico se calculó mediante fórmula elipsoide. El desenlace principal fue stone-free intraoperatorio favorable, definido como grados A/B/C —ausencia de fragmentos o fragmentos residuales <4 mm— versus grado D —litiasis residual ≥4 mm—. Se realizaron análisis uni y multivariados exploratorios. La capacidad discriminativa del volumen se evaluó mediante curva ROC. Se calculó volumen residual y reducción porcentual.
Resultados:
Se incluyeron 100 casos. La edad media fue 55,5 ± 15,0 años; 50,0% tenía prestenting y 18,8% antecedente de pionefrosis. El diámetro litiásico mayor promedio fue 20,1 ± 11,8 mm y el volumen mediano 593,8 mm³ (RIC 224,1–1.594,9). Las localizaciones más frecuentes fueron cáliz inferior (29,6%), pelvis renal (22,4%) y cáliz medio (18,4%). El stone-free intraoperatorio favorable fue 81,4%. Se registró una lesión ureteral intraoperatoria y complicaciones postoperatorias en 7 casos (7,0%). Cada incremento de 500 mm³ en volumen se asoció con menor probabilidad de resultado favorable (OR ajustado 0,57; p<0,001). La curva ROC identificó un corte exploratorio de 1.256 mm³, con resultado favorable en 95,1% bajo este umbral versus 51,9% sobre él. PieloTAC disponible en 37 casos; 17/37 (45,9%) presentaron resultado A/B/C. La reducción mediana del volumen fue 87,6% (RIC 68,1–98,3).
Conclusiones:
RIRS con FANS tuvo una alta tasa de stone-free intraoperatorio favorable y baja morbilidad. El volumen litiasico fue el principal factor asociado a resultado desfavorable. El umbral exploratorio de 1.256 mm³ podría orientar la selección de pacientes, aunque requiere validación y seguimiento radiológico estandarizado.
Palabras clave: nefrolitiasis; cirugía retrógrada intrarrenal; vaina de acceso ureteral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-18

Evolución del abordaje multimodal en litiasis urinaria compleja: Experiencia de 9 años con 150 NLPC, laparoscopia y endourología en la Amazonía Peruana

Villar Quispe, W[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Regional de Pucallpa. Pucallpa, Perú.

Introducción:
La litiasis urinaria es altamente prevalente en la Amazonía. El acceso a cirugía mínimamente invasiva en hospitales regionales es aún un desafío. El objetivo es reportar los resultados del manejo multimodal de urolitiasis compleja en un hospital de la selva peruana, mostrando la evolución del abordaje quirúrgico con énfasis en la nefrolitotomía percutánea como técnica consolidada.
Materiales y Métodos:
Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes con urolitiasis tratados quirúrgicamente entre julio 2017 y mayo 2026. Se incluyeron casos de nefrolitotomía percutánea, ureteroscopía flexible/rígida, cirugía laparoscópica y ECIRS. Se evaluaron variables demográficas, características litiásicas, técnica quirúrgica, tiempo operatorio, tasa libre de cálculos, estancia hospitalaria y complicaciones según Clavien-Dindo. La litiasis residual se evaluó con radiografía y/o tomografía a las 4 semanas. Se analizó la tendencia temporal de técnicas.
Resultados:
Se realizaron 251 procedimientos en 235 pacientes. Distribución: NLPC 150 casos 59.8%, ureteroscopía flexible/rígida 70 casos 27.9%, laparoscopia 25 casos 10.0% y ECIRS 6 casos 2.4%.
En NLPC: edad media 50 años rango 17-71, tamaño litiásico medio 43 mm, tiempo quirúrgico medio 100 minutos. Tasa libre de cálculos para NLPC: 88% en primer tiempo y 95% tras segundo procedimiento. Estancia hospitalaria promedio en NLPC: 3.2 días. Complicaciones en NLPC según Clavien-Dindo: I 6%, II 8%, IIIa 2%, IIIb 2% y IVb 2%. Sin mortalidad en la serie global.
En el último año aumentó significativamente la ureteroscopía flexible con vainas de succión para litiasis renal <2 cm. La laparoscopia se indicó en litiasis piélica gigante, ureteral proximal impactada y tras fracaso de ureteroscopía, con 100% de tasa libre de cálculos.
Conclusiones:
Un programa multimodal para litiasis urinaria compleja es factible, seguro y sostenible en un hospital regional de la Amazonía durante 9 años. La evolución muestra a la NLPC como pilar para litiasis de gran volumen, con 150 casos y tasa libre de cálculos de hasta 95% tras segundo tiempo. La creciente URS flexible con vainas de succión y la laparoscopia complementan el espectro terapéutico. Esta experiencia demuestra reducción de la brecha tecnológica y acceso a cirugía mínimamente invasiva en zonas alejadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-19

Experiencia clínica con el uso de nefroscopio descartable para nefrolitotomía percutánea miniaturizada

Ruiz, TJ[1]; Punte, T[2]; Felipe, A[2]; Barahona, J[3]; Consigliere, L[3]; Vizuete, E[3]; De la Llera, JF[3]; Herrera, D[4]; Cordova, V[1]; Rodriguez, M[1]; Marchant, F[2]

[1]Residencia Urologia, Hospital Clinico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. [2]Urologia, Hospital Clinico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. [3]Urologia, Hospital San Jose. Santiago, Chile. [4]Interno de Facultad de Medicina, Clinica Alemana - Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Introducción
La nefrolitotomía percutánea (NLP) es el tratamiento de elección para cálculos renales de gran volumen, asociandose a sangrados y otras morbilidades. La miniaturización del trayecto percutáneo (mini-NLP) ha demostrado reducir el sangrado, necesidad de nefrostomía y estancia hospitalaria. Los nefroscopios de un solo uso reducen el riesgo de contaminación y costos de esterilización, con calidad óptica estandarizada. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y resultados de un nefroscopio descartable en mini-NLP.
Material y métodos
Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en pacientes sometidos a mini-NLP con nefroscopio descartable. Se recolectaron variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias. Se evaluaron características litiasicas (volumen, densidad, GUY's Stone Score). La litotripsia se realizó con láser de Holmio. Las variables continuas se reportaron como media o mediana, y las categóricas como frecuencias y porcentajes.
Resultados
Se incluyeron 46 pacientes, con edad media de 54 años. La mayoría se clasificó como GUY I o II (76,5%), con diámetro mediano del cálculo de 20 mm (12–39), volumen mediano de 2.090 mm³ y densidad mediana de 1.063 UH. La dilatación del trayecto tras la punción renal fluoroscópica fue de hasta 18 Fr en la mayoría (65%). El tiempo operatorio mediano fue de 120 minutos (65–275). El 39% quedó completamente tubeless, el 58% requirió catéter doble J y el 10% requirió nefrostomía (mediana 4 días). La caída media de hemoglobina fue de 1,5 g/dL. Seis casos presentaron hematomas perirrenales (mediana 12 cc); solo uno requirió transfusión. La estancia hospitalaria media fue de 2,8 días. La tasa libre de cálculos fue de 63,0%, limitada principalmente por cálculos en cálices paralelos o inaccesibles (80%). Se registraron dos complicaciones menores y un pseudoaneurisma renal que requirió cirugía.
Conclusiones
El uso de un nefroscopio de un solo uso en mini-NLP resultó seguro y eficaz para el manejo de la litiasis renal, con resultados favorables en tasa libre de cálculos y baja morbilidad. Estos dispositivos podrían facilitar un acceso más amplio a la mini-NLP y representar una opción valiosa en la cirugía endourológica de litiasis.
Litiasis urinaria, Nefrolitotomía percutánea, Nefroscopio descartable

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-20

Resultados clínicos y eficiencia quirúrgica de equipos de resectoscopio 22 Fr vs 26 Fr en enucleación prostática con láser holmium (HoLEP): Una cohorte retrospectiva de un solo centro

Salazar Arenas, MA[1, 2, 3]; Fernández Alvarez, LG[4]; Cruz Mamani, DA[4]; Mayta Viza, RM[4]; Cáceres Cuaquira, A[4]; Lerma Quijhua, LF[4]; Vega Barriga, MA[4]; Lizárraga Rosas, AS[4]; Gálvez Ramos, LM[4]; Morales Paucar, RC[4]; Zea Borda, JD[4]; Turpo-Peqqueña, AG[4]

[1]Urología, Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, Perú. [2]Urología, Uromin. Arequipa, Perú. [3]Urología, Universidad Católica Santa María. Arequipa, Perú. [4]Medicina, Universidad Católica Santa María. Arequipa, Perú.

Objetivo: La enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) es un tratamiento mínimamente invasivo y eficaz para la hiperplasia prostática benigna (HPB). Sin embargo, el impacto del tamaño del equipo de trabajo del resectoscopio en la eficiencia quirúrgica y en los resultados perioperatorios sigue sin estar claro. Este estudio comparó la HoLEP realizada con resectoscopios de 22 Fr versus 26 Fr.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes consecutivos sometidos a HoLEP entre julio de 2022 y noviembre de 2025 en un centro de referencia terciaria. Los pacientes se agruparon según el tamaño del resectoscopio (22 Fr vs. 26 Fr). Se analizaron las características demográficas, variables perioperatorias y parámetros de eficiencia quirúrgica: tiempo de enucleación, tiempo de morcelación, eficiencia de enucleación y eficiencia de morcelación. Los resultados postoperatorios tempranos incluyeron tiempo de cateterización vesical, estancia hospitalaria y complicaciones. Las variables continuas se compararon con la prueba t de Student y las variables categóricas con chi-cuadrado o test exacto de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (22 Fr: n = 31; 26 Fr: n = 21), con características basales similares. El tiempo de enucleación no mostró diferencia significativa (85,0 ± 31,8 vs. 72,9 ± 21,5 min; p = 0,108) ni la eficiencia de enucleación (1,2 ± 0,1 vs. 1,2 ± 0,1 g/min; p = 0,153). El tiempo de morcelación fue menor con el resectoscopio de 26 Fr (18,8 ± 8,6 vs. 14,2 ± 4,2 min; p = 0,014), mientras que la eficiencia de morcelación fue similar (p = 0,059). El tiempo de cateterización vesical, la estancia hospitalaria y las tasas de complicaciones fueron comparables.

Conclusiones: El calibre del resectoscopio (22 Fr vs 26 Fr) no influye significativamente en la eficiencia quirúrgica ni en la seguridad perioperatoria durante la HoLEP. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido al tamaño de la muestra.

Palabras Clave: Hiperplasia prostática benigna; HoLEP; resectoscopio; cirugía endoscópica; eficiencia quirúrgica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-21

Impacto de la densidad de inyección en los resultados funcionales tras la terapia térmica de vapor de agua para la obstrucción prostática benigna

Schwartzmann, I[(1)]; Moncada Castro, E[(1)]; Redondo Ríos, A[(1)]; Fernandez-Cisneros, M[(1)]; Farré Alejo, A[(1)]; Montlleó Gonzalez, M[(1)]; Breda, A[(1)]; Palou, J[(1)]; Ponce de León Roca, J[(1)]

[(1)]Urología, Fundació Puigvert. Barcelona, España.

Introducción

La Terapia Térmica de Vapor de Agua (TTVA) ha surgido como un tratamiento mínimamente invasivo y eficaz para la obstrucción prostática benigna (OPB). El abordaje estándar determina el número de inyecciones según la longitud de la uretra prostática sin estandarizar la densidad de inyección (DI), pudiendo dar lugar a variaciones significativas en la intensidad del tratamiento según el tamaño prostático. La relación entre la DI, definida como el número de inyecciones por 10cc de volumen prostático, y los resultados funcionales no ha sido estudiada.

El objetivo de este estudio fue identificar la DI óptima para minimizar el fracaso terapéutico tras TTVA.

Materiales y métodos

Realizamos un estudio retrospectivo multicéntrico entre 11 hospitales de España e Italia entre 2019-2024. Recopilamos datos basales, quirúrgicos y postoperatorios. La variable desenlace principal fue el fracaso terapéutico, definida como la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico a los 12 meses de la TTVA. Mediante un análisis de regresión logística evaluamos diferentes puntos de corte de DI (0.75–2.5). Evaluamos también las complicaciones postoperatorias y función sexual, evaluada con los cuestionarios IIEF-5 y MSHQ-EjD.

Resultados

Se incluyeron 722 pacientes tratados con TTVA por OPB sintomática con una media de edad de 64 años. El Qmax medio basal era de 8.0±3.6ml/s y el residuo postmiccional basal de 108.7 ± 108.6 ml.

Puntos de corte intermedios (1,25–1,75) sugirieron un efecto protector frente a fracaso terapeutico, siendo el punto de corte de 1,75 el primero en mostrar significancia estadística (p = 0,028). Puntos de corte más altos (2,00–2,50) continuaron mostrando un efecto protector, pero no se alcanzó significancia estadística, excepto para el punto de corte de 2,25 (p = 0,024). No se observó relación significativa entre DI y complicaciones postoperatorias. En cuanto a la función sexual, identificamos una mejoría significativa en el IIEF-5 para la DI de 0.75 (p = 0.0446) y de 1.75 (p = 0.0104) a los 12 meses de seguimiento.

Conclusiones

Optimizar la DI durante la TTVA podría mejorar las tasas de éxito sin aumentar las complicaciones postoperatorias ni afectar la función sexual.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-22

Puntaje FRAIL como herramienta predictiva de Complicaciones Posoperatorias y Reingreso en pacientes sometidos a Enucleación Endoscópica Anatómica de la Próstata

Pedergnana, C[(1)]; Samojeden, CD[(1)]; Montelli Yanzi, G[(1)]; Tirapegui, F[(1)]; Santillan, D[(1)]; Cristallo, C[(1)]; Gonzalez, M[(1)]; Tobia, I[(1)]

[(1)]Urologia, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción:
La enucleación endoscópica anatómica de la próstata (EEP) es un tratamiento quirúrgico establecido para la hiperplasia prostática benigna (HPB). Aunque la edad avanzada se ha asociado tradicionalmente a mayor riesgo quirúrgico, muchos adultos mayores presentan hoy un estado funcional preservado. La fragilidad ha emergido como un factor clave en la evaluación de la elegibilidad quirúrgica. El objetivo fue evaluar los resultados perioperatorios y posoperatorios de la AEEP según el puntaje FRAIL.
Métodos:
Estudio observacional prospectivo que incluyó 366 pacientes consecutivos sometidos a AEEP por HPB en un centro de alto volumen. Los pacientes fueron categorizados preoperatoriamente como no frágiles (NF) o prefrágiles/frágiles (PFF) mediante la escala FRAIL. Los resultados primarios fueron las complicaciones a 30 días y las tasas de reingreso, clasificadas según nivel de atención y necesidad de reintervención. Los secundarios incluyeron cambios en IPSS y flujo urinario máximo (Qmax).
Resultados:
De 366 pacientes, 149 (40,7%) fueron clasificados como PFF y 217 (59,3%) como NF. Los pacientes PFF eran mayores, con peor IPSS basal, menor Qmax y mayor tasa de cateterismo uretral previo. Las complicaciones a 30 días fueron significativamente más frecuentes en el grupo PFF (11,4% vs. 5,1%; p=0,041), predominantemente Clavien-Dindo grado II (7,4% vs. 4,1%; p=0,147). Las tasas de reingreso por guardia (9,4% vs. 3,2%; p=0,218) y de hospitalización o reintervención (2,0% vs. 1,8%; p=0,147) no difirieron significativamente. Los resultados funcionales fueron comparables: mejoría media del IPSS (17,5 vs. 16,4; p=0,267) y cambio del Qmax al mes (17,0 vs. 18,1 mL/s; p=0,718). Sin embargo, en el análisis multivariado, el estado PFF casi duplicó el riesgo de reingreso por cualquier complicación; la hemoglobina preoperatoria también fue un predictor independiente.
Conclusiones:
El estado prefrágil/frágil se asoció independientemente con mayores tasas de complicaciones posoperatorias y reingreso tras la EEP. La escala FRAIL es simple y puede incorporarse fácilmente a la evaluación preoperatoria habitual. La fragilidad no debería considerarse una contraindicación para la EEP en centros experimentados de alto volumen, sino guiar el asesoramiento individualizado y la planificación perioperatoria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-23

Más allá de la preservación de la mucosa anterior: impacto de la evolución técnica en MiLEP sobre la continencia urinaria en un programa de enucleación prostática desarrollado a gran altitud.

Ramos Mamani, JC[(1)]; Ballena Castillo, JL[(2)]; Pereyra Velasquez, W[(2)]

[(1)]Servicio de Urología, CLINICA SAN CARLOS. JULIACA, Perú. [(2)]Servicio de Urología, Hospital Edgardo Rebagliati. LIMA, Perú.

Introducción

La incontinencia urinaria es una de las principales complicaciones funcionales tras la enucleación prostática con láser. En nuestro programa, desarrollado a **3825 msnm**, la transición de HoLEP hacia MiLEP respondió a la necesidad de optimizar el tratamiento de próstatas de gran volumen y anatomías complejas frecuentes en gran altitud mediante instrumental miniaturizado, mayor potencia láser y modificaciones progresivas de la disección apical. Este escenario permitió evaluar si la reducción de la IUE depende de la evolución técnica global más que de la preservación aislada de la mucosa anterior.

Objetivo

Evaluar el impacto de la evolución técnica en MiLEP sobre la incidencia y recuperación de la IUE e identificar los factores asociados.

Métodos

Estudio de cohorte retrospectiva. De **750 procedimientos**, de los cuales **410 pacientes consecutivos** con información clínica completa y seguimiento mínimo de seis meses fueron incluidos. Se compararon HoLEP y MiLEP. El desenlace principal fue la IUE postoperatoria. La recuperación de la continencia y los factores asociados mediante regresión logística multivariable. Como análisis de sensibilidad se realizó **overlap weighting basado en propensity score**.

Resultados

La incidencia global de IUE fue **12.2%**. MiLEP presentó menor incidencia de IU que HoLEP (**7.2% vs. 16.7%; p=0.0038**). En el análisis multivariable, MiLEP se asoció independientemente con menor riesgo de IUE (**OR ajustado 0.48; IC95% 0.24–0.92; p=0.032**), mientras que un volumen prostático ≥150 mL incrementó significativamente el riesgo (**OR 3.47; IC95% 1.74–6.79; p<0.001**). Los pacientes con IUE tratados mediante MiLEP recuperaron la continencia antes de 30 días, frente al **63.9%** de HoLEP (**p=0.011**). El análisis de sensibilidad, overlap weighting mostró una asociación consistente en la misma dirección, aunque con menor precisión por la limitada superposición temporal entre ambas técnicas.

Conclusiones

La evolución técnica hacia MiLEP se asoció con una reducción clínicamente relevante de la IUE y una recuperación más rápida de la continencia. La consistencia de los diferentes análisis sugiere que la preservación funcional del complejo esfinteriano depende de la evolución integral de la técnica quirúrgica más que de la preservación aislada de la mucosa anterior. Estos hallazgos respaldan el desarrollo de estudios prospectivos para definir la contribución específica de cada modificación técnica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-24

¿Existe una Asociación entre las Maniobras Accesorias para Uretras Estrechas y la Estenosis Uretral Postoperatoria en Pacientes Sometidos a Enucleación Endoscópica Anatómica de Próstata?

Pedergnana, C[(1)]; Tirapegui, F[(1)]; Favre, G[(1)]; Tobia, I[(1)]; Santillan, D[(1)]; Cristallo, C[(1)]; Montelli Yanzi, G[(1)]; Gonzalez, M[(1)]

[(1)]Urologia, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enucleación endoscópica anatómica de próstata (EEP) es un tratamiento ampliamente utilizado para la hiperplasia benigna de próstata. Las estenosis uretrales postoperatorias se reportan en el 1,4%-4,4% de los casos, sin factores predictivos claramente establecidos. El objetivo fue determinar si las maniobras accesorias intraoperatorias en uretras estrechas se asocian con estenosis uretral a los 6 meses, y secundariamente evaluar el estadio uretral posoperatorio.
Métodos: Estudio de cohorte prospectivo unicéntrico entre Julio - Diciembre de 2025. Los pacientes consecutivos sometidos a EEP fueron estadificados intraoperatoriamente mediante la Escala de Purohit-Blaivas (Estadio 0-4); se incluyeron únicamente los Estadios 1 y 2 (40/518). Las maniobras -dilatación uretral, reducción de calibre del resectoscopio, meatotomía o uretrotomía interna- se eligieron a criterio del cirujano. Se realizó cistoscopia flexible a los 6 meses para el reestadiaje; la estenosis se definió como uretra infranqueable por un cistoscopio de 15,7 Fr (Estadio 3-4). Las diferencias de estadios se analizaron con la prueba de Wilcoxon, los subgrupos con la prueba exacta de Fisher, y los resultados funcionales (IPSS, Qmax) con la prueba t pareada.
Resultados: La uretra bulbar fue el sitio más frecuente de estrechez (20/40, 50,0%). Maniobras realizadas: dilatación uretral en 31 casos (77,5%), reducción de calibre del resectoscopio en 5 (12,5%), uretrotomía interna en 3 (7,5%) y meatotomía en 1 (2,5%). La estenosis uretral a los 6 meses fue del 2,5% (1/40). En la misma cistoscopia, el estadio mejoró en 16 (40,0%), se mantuvo estable en 19 (47,5%) y empeoró en 5 (12,5%) (Tabla 1; p = 0,068); de estos, 4 se manejaron conservadoramente y 1 requirió cirugía. Ninguna maniobra se asoció con el empeoramiento (p > 0,05). El IPSS mejoró de 26,6 ± 4,6 a 8,6 ± 5,9 (p < 0,001) y el Qmax de 12,5 ± 6,4 a 21,9 ± 10,9 mL/s (p = 0,063); el urocultivo fue positivo en 14/40 (35,0%).
Conclusiones: Las maniobras accesorias intraoperatorias en uretras estrechas durante la EEP no parecen asociarse con estenosis uretral a los 6 meses. La mayoría de los pacientes mejoró o se mantuvo estable en su estadio, independientemente del estadio basal.

Tabla 1. Cambio en el estadio de estenosis uretral (Purohit-Blaivas) desde el basal hasta el seguimiento a los 6 meses (N = 40).

Estadio basal	→Estadio 0 (n=12)[a]	→Estadio 1 (n=22)	→Estadio 2 (n=5)	→Estadio 4 (n=1)
Estadio 1	12 (35,3)	18 (52,9)	4 (11,8)	0 (0,0)
Estadio 2	0 (0,0)	4 (66,7)	1 (16,7)	1 (16,7)
Total	12 (30,0)	22 (55,0)	5 (12,5)	1 (2,5)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-25

CISTITIS HEMORRAGICA EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS: EXPERIENCIA EN CISTITIS POR VIRUS BK, UNA SERIE DE CASOS.

Cuevas, P[(1)]; Ebel, L[(2)]; Cuevas, F[(3)]; Salinas, E[(4)]; Foneron, A[(2)]; Foneron, A[(2)]; Toledo, H[(2)]; Oyanedel, F[(2)]; Flores, F[(2)]; Garate, S[(1)]; De la Fuente, M[(1)]; Wagner, T[(1)]; Grandi, D[(1)]; Steuer, A[(1)]

[(1)]Residente Urología, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. [(2)]Urólogo, Servicio Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. [(3)]Estudiante Medicina, Universidad Andrés Bello. Concepción, Chile. [(4)]Hematólogo, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile.

Introducción: La cistitis por virus BK (C-VBK) es frecuente en pacientes trasplantados Hematopoyeticos, afectando al 8-25% en población pediátrica y hasta un 54% en adultos. Su presentación varía desde síntomas irritativos, microhematuria hasta hematuria severa con disfunción renal. Dado la escasez de datos clínicos, no existe un protocolo de manejo estandarizado. El tratamiento incluye habitualmente medidas escalonadas con terapias conservadoras exclusivas (TC), procedimientos invasivos (TI) y quirúrgicos (TQ) en casos refractarios o graves.

Métodos: Análisis retrospectivo de 16 pacientes adultos con trasplante Hematopoyetico en la Región de Los Ríos, desde junio de 2022 hasta junio 2026. Se incluyeron casos con hematuria y VBK en orina ≥7 $\log_{10}$/mL, excluyendo otras causas. Se evaluaron variables clínicas y terapéuticas. Los desenlaces analizados fueron duración de hematuria, necesidad de hospitalización y tipo de terapia: TC (hidratación, anticolinérgicos, reducción de inmunosupresión), TI (irrigación vesical, irrigación con piedra alumbra, cidofovir intravesical o sistemico) y TQ (cistoscopia con electrofulguración), o manejo combinado (TM).

Resultados: La mediana de edad fue 21,5 años (rango 17-52); 11 fueron hombres (69%). El tiempo medio desde el trasplante al inicio del cuadro fue 38 días. Cinco pacientes (31%) presentaron enfermedad injerto contra huésped (GVH). Según criterios de Arthur de hematuria: 4 pacientes tuvieron grado I (25%), 5 grado II (31%), 4 grado III (25%) y 3 grado IV (19%). Nueve pacientes (56%) requirieron hospitalización. Diez (69%) respondieron a TC exclusiva; 6 (31%) requirieron TM todos con grado ≥III. La duración de la hematuria fue mayor en TM, cuya mediana fue 77 días (Rango 5-79) versus TC 10 días (rango 4-45) (p=0,006). El grado ≥III se asoció a necesidad de TM (p=0,035) y la GVH fue factor de riesgo para TM (p=0,036). . La TQ fue requerida en 3 casos (19%), solo 1 caso con respuesta satisfactoria. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de los casos de C-VBK es autolimitada y responde exclusivamente a TC. El grado ≥III, Y GVH se asociaron significativamente a TM y mayor duración de hematuria. La TQ solo debe considerarse en casos refractarios a TM previa, con un rol dudoso, reforzando su indicación estrictamente selectiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-26

Donde realmente importa: HoLEP vs ThuFLEP en próstatas mayores de 80 ml. Resultados preliminares de un estudio multicéntrico aleatorizado

Schwartzmann, I[(1)]; Beato, S[(2)]; D'Anna, M[(3)]; Padulles, B[(3)]; Moncada, E[(1)]; Redondo Ríos, A[(1)]; Montlleó Gonzalez, M[(1)]; Ponce de León Roca, J[(1)]; Dieguez, L[(1)]; Alabat, A[(2)]

[(1)]Urología, Fundació Puigvert. Barcelona, España. [(2)]Urología, Hospital de Bellvitge. Barcelona, España. [(3)]Urología, Hospital Clinic. Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enucleación prostática con láser de holmio con modulación de pulso mediante tecnología Moses 2.0 (MoLEP) y la enucleación prostática con láser de fibra de tulio (ThuFLEP) han destacado como dos enfoques prominentes para la realización de LAEEP.

La mayoría de estos estudios que comparan estos láseres se han centrado en próstatas de <80 ml, donde puede ser difícil detectar diferencias significativas en la eficiencia de enucleación.

Nuestro objetivo es analizar la diferencia en el tiempo quirúrgico entre MoLEP y ThuFLEP en próstatas con un volumen superior a 80 ml.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, no ciego y multicéntrico, que incluye pacientes con indicación de cirugía por HBP mediante LAEEP, con un volumen prostático >80 ml procedentes de tres centros de alto volumen en Barcelona, España.

La variable principal fue el tiempo quirúrgico.

RESULTADOS

Presentamos los resultados preliminares de nuestro estudio. Se analizaron 75 pacientes (35 ThuFLEP vs. 40 MoLEP) con características basales similares.

La edad mediana fue de 74 años (80–68) en el grupo ThuFLEP y de 68 años (76,5–65) en el grupo MoLEP.

Los pacientes sometidos a MoLEP presentaron tiempos de enucleación y tiempos quirúrgicos totales significativamente menores (67’ vs. 44’, p=0,0045 y 99’ vs. 68,5’, p=0,01), siendo comparable el tejido enucleado en ambos grupos (82,5 y 87 g en ThuFLEP y MoLEP, respectivamente).

La eficiencia de enucleación fue mayor en el grupo MoLEP (1,71 ± 0,96 vs. 2,17 ± 1,35, p=0,112), sin alcanzar significación estadística.

Las tasas de transfusión (0,03% vs. 0%, p=0,391), reintervención (0,06% vs. 0%, p=0,19) y consultas en urgencias (0,09% vs. 0,05%, p=0,649) fueron más altas en el grupo ThuFLEP.

CONCLUSIÓN

En este análisis preliminar, MoLEP parece ofrecer menor tiempo quirúrgico, mayor eficiencia de enucleación y menos complicaciones postoperatorias, con estancias hospitalarias similares en comparación con ThuFLEP, en próstatas mayores de 80 ml.

NOTA: Si el trabajo fuese aceptado y los moderadores lo consideracen apropiado, podríamos presentar una versión actualizada del estudio en el congreso.

Financiamiento / conflicto de intereses: Financiado por Boston Scientific

O-27

Cáncer de próstata incidental en enucleación endoscópica de próstata: prevalencia y caracterización clínico-patológica en una cohorte multicéntrica chilena

Escudero, MA[(1)]; Rojas, I[(1)]; Radtke, V[(1)]; Luz, D[(1)]; Infante, I[(1)]; Acuña, JI[(1)]

[(1)]Urología, Félix Búlnes. Santiago, Chile.

Introducción

La enucleación endoscópica de próstata (EEP) es el tratamiento quirúrgico de elección de la hiperplasia prostática benigna (HPB) independientemente del volumen prostático. El análisis histológico del tejido enucleado permite detectar adenocarcinomas no sospechados clínicamente (cáncer próstata incidental, iPCa), clásicamente descritos como tumores de bajo grado. La evidencia nacional es escasa. El objetivo fue describir la prevalencia y las características clínico-patológicas del iPCa detectado en especímenes de EEP en una cohorte multicéntrica chilena.

Método

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes sometidos a EEP por HPB, sin diagnóstico previo de cáncer de próstata, cuya anatomía patológica evidenció adenocarcinoma prostático. Los datos se obtuvieron de la plataforma UroData. Las variables continuas se expresan como mediana y las categóricas como frecuencias y porcentajes, calculados sobre los casos con dato disponible.

Resultados

Se identificaron 52 casos de iPCa entre 739 pacientes sometidos a EEP (prevalencia 7,04%). La mediana de edad fue 73,5 años y el APE preoperatorio mediano 3,96 ng/mL. Solo 5 pacientes (9,6%) presentaban lesiones PI-RADS 3 o mayor. La energía utilizada fue láser de holmio en 47 casos (90,4%), láser tulio en 1 (1,9%) y bipolar en 2 (3,8%). El score de Gleason fue 6 en 24 pacientes (52,2%), 7 en 13 (28,3%), 8 en 3 (6,5%), 9 en 5 (10,9%) y 10 en 1 (2,2%); 22 pacientes (47,8%) presentaron enfermedad clínicamente significativa (Grupo de Grado 2 o mayor) y 9 (19,6%) tumores de alto grado (Gleason 8 o mayor). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni transfusiones, y 45 pacientes (86,5%) no presentaron complicaciones postoperatorias según Clavien-Dindo, con una estadía hospitalaria mediana de 2 días. Durante el seguimiento (mediana 5,1 meses), el APE postoperatorio se mantuvo bajo (mediana 0,77 ng/mL) y la incontinencia urinaria descendió de 32,1% a 19,2%.

Conclusiones

La prevalencia de iPCa tras EEP fue 7,04%, concordante con la literatura internacional y superior a series nacionales previas. Casi la mitad de los casos correspondió a enfermedad clínicamente significativa, proporción mayor a la descrita clásicamente, pese a un perfil preoperatorio de bajo riesgo. Estos hallazgos respaldan el análisis histopatológico sistemático del tejido enucleado y un seguimiento oncológico estructurado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-28

Resultados funcionales y selección de candidatos en terapia Rezūm®: experiencia acumulada de 465 casos en 5 años en Costa Rica.

Gonzalez, M[1]

[1]Urología, Urología Avanzada, Hospital UNIBE. Tibas, Costa Rica.

Objetivo: Describir los resultados funcionales del Rezūm®, identificar el candidato óptimo según volumen prostático basal, evaluar el impacto del número de aplicaciones sobre la morbilidad postprocedimiento y analizar la estabilidad de resultados en la mayor cohorte documentada en América Latina.
Metodología: Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva de 465 procedimientos Rezūm® consecutivos realizados por un único cirujano en el Hospital UNIBE, Costa Rica (diciembre 2020–abril 2026). De estos, 404 (86.9%) tenían datos completos de volumen prostático (ecografía transabdominal), IPSS y Qmáx pre y postprocedimiento al control de 1–3 meses; 61 fueron excluidos por pérdida de seguimiento. Se analizaron grupos por volumen basal (<30, 30–55, 56–80 g), correlación volumen basal-residual (Pearson), correlación aplicaciones-tiempo de sondaje (Spearman) y quintiles de experiencia quirúrgica (Kruskal-Wallis). Comparaciones pre-post con Wilcoxon; resultados en mediana (RIC).
Resultados: Mediana de edad: 64 años (RIC 58–70; rango 42–95). Resultados globales en Tabla 1. Las próstatas de 30–55 g (n=102) obtuvieron los mejores resultados absolutos: mediana de volumen residual 25 g (RIC 20–30), reducción del 43%, mediana de IPSS postprocedimiento de 2 y Qmáx de 20 mL/s. Las próstatas >55 g lograron mayor reducción porcentual (50%), pero con mediana de volumen residual de 35 g (RIC 30–40), aún potencialmente obstructivo. Se observó correlación fuerte entre volumen basal y volumen residual ($r=0.74$; $p<0.001$), sin diferencia significativa en el porcentaje de reducción entre grupos ($p=0.137$). El número de aplicaciones se correlacionó significativamente con el tiempo de sondaje (Spearman $r=0.28$; $p<0.001$), con mayor variabilidad en el grupo >8 aplicaciones ($p=0.007$), sugiriendo probable mayor inflamación manifestada como aumento de sintomatología irritativa en procedimientos con mayor número de aplicaciones. El análisis por quintiles mostró estabilidad en la reducción volumétrica ($p=0.077$).
Conclusiones: El candidato óptimo para terapia Rezūm® es el paciente con próstata de 30–55 g, con mediana de volumen residual en rango favorable (20–30 g). En próstatas >55 g, la mediana de volumen residual puede mantenerse en rangos potencialmente sintomáticos, dato esencial en las recomendaciones preoperatorias. Cuando se anticipan más de 6–8 aplicaciones, la disuria y urgencia postprocedimiento debe comunicarse previamente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-29

HoLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate) en Próstatas Gigantes (≥100 g): Serie inicial de 23 casos en Costa Rica

Gonzalez, M[(1)]; Barrantes, G[(1)]; Arley, A[(1)]; Carrillo, P[(1)]; Porta, R[(1)]

[(1)]Urologia, Urologia Avanzada, Hospital UNIBE. Tibas, Costa Rica.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad y eficacia del procedimiento HoLEP en pacientes con próstatas de peso patológico ≥100 g, en el contexto de la experiencia inicial de un centro de alto volumen en Costa Rica.
MÉTODOS: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de 331 procedimientos HoLEP consecutivos realizados entre agosto de 2023 y abril de 2026 por un único cirujano en el Hospital UNIBE, San José, Costa Rica. Se identificaron 23 pacientes (7.4%) con peso patológico ≥100 g. Se analizaron variables demográficas, parámetros preoperatorios (IPSS, flujometría máxima, APE), datos intraoperatorios (tiempo quirúrgico, tiempo de morcelación) y resultados postoperatorios. Las complicaciones se reportaron según la clasificación de Clavien-Dindo.
RESULTADOS: Edad media 69.0 ± 9.3 años. Peso patológico mediano 120.0 g (rango: 100.2–175.0 g). Tiempo quirúrgico mediano 150 min (RIC: 120–200 min). El IPSS disminuyó 23.3 puntos (mediana: 30.0 → 2.0; IC95% Δ: 19.6–27.0; mejora 88.7%; p<0.001, Wilcoxon). La Qmáx aumentó 17.3 mL/s (mediana: 11.0 → 27.5 mL/s; IC95% Δ: 13.1–21.5; mejora 171.9%; p=0.002, Wilcoxon). Complicaciones: 8.7% (2/23); 1 grado II y 1 grado III Clavien-Dindo. Sin complicaciones grado IV ni mortalidad.
CONCLUSIÓN: El HoLEP demostró ser un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de próstatas gigantes (≥100 g) en manos de un cirujano con experiencia consolidada. Los resultados funcionales fueron comparables a los de la serie general, con baja tasa de complicaciones. A nuestro conocimiento, este trabajo constituye el primer reporte de HoLEP en próstatas gigantes desde Costa Rica y Centroamérica.

Resultados funcionales pre y postoperatorios — HoLEP en próstatas gigantes (≥100 g), n=23

Variable	Preoperatorio	Postoperatorio	Mejora
IPSS (puntos)	25.9 ± 7.5	2.6 ± 1.5	88.7%
Qmáx (mL/s)	10.7 ± 1.5	28.1 ± 4.4	171.9%
APE (ng/mL)	8.3 ± 3.9	1.5 ± 0.6	81.9%

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-30

Comparación de resultados de HoLEP: MOSES 2.0 versus Quanta Magneto 150W en 340 procedimientos consecutivos.

Gonzalez, M[(1)]; Barrantes, G[(1)]; Carrillo, P[(1)]; Arley, A[(1)]; Porta, R[(1)]

[(1)]Urología, Urología Avanzada, Hospital UNIBE. Tibas, Costa Rica.

Objetivo: Comparar los resultados funcionales y la eficiencia quirúrgica entre las plataformas MOSES 2.0 (Lumenis 120W) y Quanta Magneto 150W en HoLEP, explorando si las diferencias observadas podrían estar relacionadas con el control hemostático intraoperatorio.
Metodología: Análisis retrospectivo de 340 procedimientos HoLEP consecutivos realizados por un único cirujano en el Hospital UNIBE, Costa Rica (agosto 2023–mayo 2026): MOSES 2.0 (n=191) versus Quanta Magneto 150W (n=145). En ambos grupos se utilizaron los mismos instrumentos de morcelación (Piranha, Wolf) y enucleación (Shark/Hawk, Wolf). La curva de aprendizaje se realizó íntegramente con MOSES 2.0, lo que constituye una limitación temporal del diseño. Los resultados funcionales se evaluaron al primer control postoperatorio (3 meses). Comparaciones con Mann-Whitney; resultados en mediana (RIC).
Resultados: Los grupos fueron comparables en peso patológico (mediana 38 g en ambos; p=0.674). Los resultados funcionales fueron equivalentes: mediana de reducción de IPSS de 17 puntos con MOSES 2.0 versus 16 con Magneto (p=0.073); mediana de mejora de Qmáx de 16 mL/s en ambos grupos (p=0.342). Se observaron diferencias significativas en eficiencia quirúrgica favoreciendo al Magneto: menor tiempo de enucleación (45 vs 50 min; p=0.002), menor tiempo de morcelación (15 vs 20 min; p=0.0002) y mayor tasa de enucleación (0.58 vs 0.47 g/min peso patológico/tiempo quirúrgico total; p=0.037). Las complicaciones hemorrágicas fueron numéricamente menores con Magneto (1 evento, 0.7% vs 2, 1.0%), aunque sin diferencia estadísticamente significativa dado el tamaño muestral. Dado que los instrumentos fueron idénticos en ambos grupos, las diferencias en eficiencia podrían estar relacionadas con un mejor control hemostático intraoperatorio, que permitiría mayor visibilidad del plano de enucleación.
Conclusiones: Ambas plataformas mostraron resultados funcionales equivalentes. Se observaron diferencias significativas en eficiencia quirúrgica asociadas al Quanta Magneto 150W, que podrían estar relacionadas con un mejor control hemostático intraoperatorio. El sesgo temporal por curva de aprendizaje debe considerarse en la interpretación. Estos datos son hipótesis-generadores y justifican estudios prospectivos con ajuste por experiencia acumulada.

Comparación de eficiencia quirúrgica y resultados funcionales — mediana (RIC)

Variable	MOSES 2.0 (n=191)	Magneto 150W (n=145)	p*
Tiempo quirúrgico (min)	70 (50–134)	60 (45–90)	0.0002
Tiempo enucleación (min)	50 (35–110)	45 (35–64)	0.002
Tiempo morcelación (min)	20 (10–25)	15 (10–20)	0.0002
Eficiencia (g/min)	0.47 (0.30–0.75)	0.58 (0.37–0.83)	0.037
Δ IPSS (puntos)	17 (14–21)	16 (12–19)	0.073 (NS)
Δ Qmáx (mL/s)	16 (11–20)	16 (12–21)	0.342 (NS)
Compl. hemorrágicas	2 (1.0%)	1 (0.7%)	NS

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-31

Impacto de la tecnología Magneto en la enucleación prostática con láser holmio: ¿mejora los resultados perioperatorios?

Segura Díaz, F[(1)]; Gavilan Leñam, D[(1)]; Iturbe Larenas, R[(1)]

[(1)]Servicio Urologia, Hospital La Unón. La Unión, Chile.

Introducción: La enucleación prostática con láser holmio (HoLEP) es el tratamiento de referencia para la hiperplasia benigna de próstata. Magneto es una nueva tecnología de modulación del pulso del láser holmio que promete mejorar la hemostasia intraoperatoria. El objetivo fue compartir nuestra experiencia inicial con esta tecnología aplicada a la coagulación durante HoLEP y comparar sus resultados perioperatorios.
Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, contemporáneo (2026). Se incluyeron pacientes con indicación quirúrgica de hiperplasia benigna de próstata sometidos a HoLEP, distribuidos según la disponibilidad del equipo láser con tecnología Magneto (Grupo A, n=78) o sin ella (Grupo B, n=82). En ambos grupos la enucleación se realizó con configuración estandarizada (81 W, 1,8 J, 45 Hz), difiriendo exclusivamente en la técnica de coagulación empleada. Se compararon características basales, tiempo quirúrgico, necesidad de coagulación bipolar complementaria, hematuria macroscópica, retención urinaria por coágulos, complicaciones (Clavien-Dindo) y resultados funcionales miccionales.
Resultados: Las características basales, incluyendo edad y volumen prostático, fueron comparables entre grupos (68,4 vs 67,1 años; 72,3 vs 70,8 cc; p>0,05). El Grupo A presentó menor tasa de coagulación bipolar complementaria (7/78, 9,0% vs 18/82, 22,0%; p=0,01) y menor incidencia de hematuria macroscópica postoperatoria (2/78, 2,6% vs 10/82, 12,2%; p=0,03). La retención urinaria por coágulos ocurrió en 4/82 (4,9%) del Grupo B, sin casos en el Grupo A (p=0,02). El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el Grupo A (58,3 vs 63,7 min; p=0,04). No hubo diferencias en complicaciones Clavien-Dindo ≥II (5/78, 6,4% vs 6/82, 7,3%; p=0,71) ni en resultados funcionales miccionales, con mejoría comparable de IPSS y Qmax (p>0,05).
Conclusiones: En nuestro estudio, la tecnología Magneto se asoció con mejor hemostasia intraoperatoria y menor tiempo quirúrgico, con resultados funcionales comparables al láser holmio sin esta tecnología. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-32

Functional Outcomes, Survival, and Risk Factors in En Bloc Kidney Transplantation: A 20-Year Cohort Study

Festugato Maranhão, G[(1)]; Machado Tavares, P[(2)]; Oliveira, RTd[(2)]; Hockmuller Filho, FA[(2)]; de Souza Britto, AF[(2)]; Garibaldi Bertoncello, G[(2)]; Rech de Castilhos, L[(1)]; Uebel Engelsing, P[(3)]; Borges Rizental, L[(2)]; Burck dos Santos, E[(2)]; Infantini Dini, L[(2)]; Medeiros Burttet, L[(2)]; Cambeses Souza, P[(2)]; Rebello Horta Görgen, A[(2)]; Rosito, TE[(2)]

[(1)]Universidade Federal do Rio Grande do Sul — UFRGS. Porto Alegre, Brasil. [(2)]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. [(3)]Universidade Luterana do Brasil. Porto Alegre, Brasil.

Introduction:
En bloc kidney transplantation using pediatric donor kidneys may expand the organ pool, but concerns remain regarding delayed graft function (DGF), vascular complications, and long-term graft survival. We evaluated functional outcomes, survival, and factors associated with DGF and graft loss.
Materials and Methods:
We retrospectively analyzed 37 en bloc kidney transplants performed between 2006 and 2026. Donor and recipient characteristics, DGF, serum creatinine up to 12 months, vascular and urological complications, graft loss, and patient and graft survival were assessed. Nonparametric tests, Kaplan–Meier analysis, log-rank tests, univariable logistic regression, and receiver operating characteristic curves were used.
Results:
Median donor age and weight were 1.1 years and 11 kg, respectively, and median recipient age was 47 years. DGF occurred in 10/36 cases (27.8%), vascular complications in 5/37 (13.5%), urological complications in 7/37 (18.9%), and graft loss in 5/37 (13.5%). Median creatinine decreased from 1.33 mg/dL at discharge to 0.95 mg/dL at 12 months ($p<0.001$). Patients with DGF had higher creatinine at discharge, 3 months, and 6 months ($p<0.001$, $p=0.003$, and $p=0.012$, respectively) and lower 5-year graft survival (70% vs 100%; log-rank $p=0.020$). Each 1-kg increase in donor weight was associated with lower odds of DGF (OR 0.513; 95% CI 0.274–0.959), whereas a higher recipient-to-donor weight ratio was associated with increased odds (OR 2.579; 95% CI 1.006–6.611). The corresponding areas under the curve were 0.761 and 0.803. Vascular complications were strongly associated with graft loss (80.0% vs 3.1%; $p<0.001$). Overall graft survival was 89.1% at 5 years and 82.7% at 10 years; patient survival was 100% and 83.0%, respectively.
Conclusions:
En bloc kidney transplantation achieved favorable renal function and long-term survival. DGF was associated with worse early graft function and lower graft survival, while vascular complications were the main determinant of graft loss. Donor weight and the recipient-to-donor weight ratio may help identify recipients at higher risk of DGF, although these findings require validation in larger cohorts.
Keywords: En bloc kidney transplantation; Pediatric donor; Delayed graft function.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-33

Linfadenectomía retroperitoneal en cáncer testicular: una década de transición

García Marchiñena, P[1, 2]; Dorsemaine, M[1]; Spezzi, L[1]; Rendón, A[1]; Tobia Gonzalez, I[1, 3]; Romeo, A[1]; Jurado, A[1, 2]

[1]Servicio de Urologia, Hospital italiano. Buenos Aires, Argentina. [2]Oncología Renal y Patología Retroperitoneal, Hospital italiano. Buenos Aires, Argentina. [3]Investigación y producción académica, Hospital italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La linfadenectomía retroperitoneal (RPLND) ha evolucionado dentro del tratamiento multimodal del cáncer testicular, adquiriendo un rol renovado en pacientes seleccionados con el objetivo de reducir la carga terapéutica sin comprometer el control oncológico.
Objetivo: Evaluar los resultados perioperatorios y oncológicos de la RPLND, así como analizar las tendencias en su indicación y en el abordaje quirúrgico durante la última década.
Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 50 pacientes con cáncer testicular sometidos a RPLND en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre 2015 y 2025. Se analizaron variables demográficas, perioperatorias, anatomopatológicas y oncológicas. La sobrevida se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier.
Resultados: La mediana de edad fue de 27 años y el 84% de los pacientes fue sometido a RPLND postquimioterapia. El abordaje mínimamente invasivo se utilizó en el 52% de los casos, evidenciando un aumento significativo en el periodo estudiado (p<0,0001). La RPLND laparoscópica se asoció con menor tiempo de internación (3 vs 5,5 días; p=0,0001) y menor tasa de transfusión (7,7% vs 45,8%; p=0,002) (Tabla 1). El número mediano de ganglios resecados fue de 14. Con una mediana de seguimiento de 27 meses, el 16% de los pacientes presentó recaída, con solo 4% de recurrencias retroperitoneales fuera de la plantilla. La sobrevida libre de recaída (SLR) a 3 años fue de 79% (IC95%: 64,7–93,3).
Conclusión: La RPLND continúa siendo un componente clave en el manejo del cáncer testicular, especialmente en el escenario post quimioterapia. Los abordajes mínimamente invasivos, en pacientes seleccionados, mejoran los resultados perioperatorios sin comprometer el control oncológico a mediano plazo, apoyando una estrategia quirúrgica individualizada en centros con experiencia.

Tabla 1 (Comparación RPLND Abierta vs. Laparoscópica)

Variable	RPLND Abierta	RPLND Laparoscópica	P Valor
Pacientes , n	24	26	-
Internación, días	5.5	3	0.0001
Transfusión %	45.8	7.7	0.002
Ganglios resecados, mediana	10	17	0.002
SLR a 3 años, %	63.4	100	0.01

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-34

El Score MAP como predictor independiente de complejidad técnica en nefrectomía laparoscópica de donante y su relación con la morbilidad perioperatoria.

Ccora Quito, R[(1)]; Salinas, V[(1, 2, 3)]

[(1)]Urologia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. LIMA, PERU. [(2)]Urologia, Clinica Ricardo Palma. LIMA, PERU. [(3)]LIMA, PERU.

Introducción
La nefrectomía laparoscópica de donante vivo es el estándar para obtener injertos renales. El Índice de Masa Corporal (IMC) es insuficiente para predecir la dificultad técnica asociada a la grasa perirrenal adherente. El Score MAP (Mayo Adhesive Probability) evalúa la estriación grasa y el espesor de la grasa perirrenal posterior para estimar objetivamente esta complejidad. Evaluamos el Score MAP preoperatorio como predictor de tiempo quirúrgico y morbilidad perioperatoria.

Material y métodos
Estudio observacional, analítico y retrospectivo en 31 donantes renales sometidos a nefrectomía laparoscópica (enero 2023 - diciembre 2025) en un centro de tercer nivel. Se calculó el Score MAP (rango 0-5) mediante tomografía computarizada preoperatoria de forma ciega. Se analizó la correlación de Spearman entre el MAP y el tiempo quirúrgico total. Se compararon grupos (MAP bajo: 0-2 vs. MAP alto: 3-5) mediante la prueba U de Mann-Whitney y se realizó una regresión lineal múltiple ajustada por IMC.

Resultados
La media de edad fue de 42.7 años y el IMC mediano de 26.0 kg/m². Se halló una correlación positiva moderada y significativa entre el Score MAP y el tiempo quirúrgico ($\rho = 0.41$, $p = 0.023$). El grupo de MAP alto (3-5) presentó una mediana de tiempo quirúrgico significativamente mayor que el de MAP bajo (0-2) (305 min vs. 236 min; $p = 0.034$). En el análisis multivariado, el Score MAP fue un predictor independiente del tiempo quirúrgico ($p = 0.042$), asociando un incremento de 21 minutos por cada punto de la escala, mientras que el IMC no fue significativo ($p = 0.217$). No se encontraron asociaciones significativas del MAP con el volumen de sangrado ($p = 0.45$) ni con complicaciones perioperatorias ($p = 0.30$).

Conclusiones
El Score MAP preoperatorio es una herramienta eficaz, objetiva y superior al IMC para predecir la complejidad técnica y el tiempo quirúrgico en nefrectomía laparoscópica de donante vivo. Su uso optimiza la planificación quirúrgica sin comprometer la seguridad del donante.

Palabras clave: Score MAP, Nefrectomía de donante, Grasa perirrenal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-35

Crioablación percutánea del carcinoma de células renales en injerto renal trasplantado: reporte de caso con seguimiento

Lima, NPA[(1)]; De Gracia Nieto, A[(2)]; A.Morales Ku, W[(2)]; Garcia, J[(2)]; González, O[(2)]; Ortega Castillo, T[(2)]; Lee McIntyre, E[(2)]

[(1)]Urología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez. Habana, Cuba. [(2)]Urología, Instituto Oncológico Nacional juan Demostenes Arosemena. Panamá, Panamá.

Introducción: La aparición de neoplasias en pacientes trasplantados renales constituye una complicación reconocida, relacionada principalmente con la inmunosupresión crónica. El carcinoma de células renales en el injerto es poco frecuente, pero plantea un desafío terapéutico por la necesidad de lograr control oncológico preservando la función renal.
Objetivo: Presentar el caso de una paciente trasplantada renal con carcinoma de células renales en el injerto y aparición de lesiones renales sólidas y quísticas complejas recurrentes, manejadas mediante crioablación percutánea y seguimiento radiológico prolongado.
Presentación del caso: Mujer de 54 años, trasplantada renal desde 1999, en tratamiento inmunosupresor. En 2019 se diagnosticó mediante biopsia un carcinoma de células renales no clasificable grado 1 en el injerto renal, tratado con crioablación percutánea. Posteriormente presentó nuevas lesiones sólidas y quísticas complejas, algunas con confirmación tumoral, manejadas mediante nuevas sesiones de crioablación y vigilancia radiológica. Después de siete años de seguimiento y varias crioablaciones, se logró la desaparición radiológica con preservación de la función renal.
Conclusiones: Este caso ilustra la utilidad potencial de la crioablación percutánea como estrategia mínimamente invasiva en pacientes trasplantados seleccionados, permitiendo el control local de lesiones renales y la preservación de la función del injerto.
Palabras clave: trasplante renal; carcinoma de células renales; crioablación; lesiones quísticas renales; clasificación de Bosniak

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-36

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA DEL DONANTE LA MEJOR OPCION EN NUESTRA ACTUALIDAD, NUESTRA EXPERIENCIA

Chavez, D[(1)]; Uria, L[(1)]

[(1)]Equipo de trasplante SRL, Clinica Alemana. La Paz, Bolivia.

Introducción: La nefrectomía laparoscópica del donante es una alternativa mínimamente invasiva debido a su menor dolor posoperatorio, menor requerimiento analgésico, recuperación más temprana y estancia hospitalaria reducida.
Objetivo: Describir las características clínicas, anatómicas y perioperatorias de donantes vivos sometidos a nefrectomía laparoscópica y comparar los resultados con la literatura internacional.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal basado en la revisión de registros clínicos de 51 donantes vivos sometidos a nefrectomía laparoscópica. Se analizaron edad, sexo, índice de masa corporal, variaciones vasculares renales, pérdida sanguínea, transfusión, tiempo quirúrgico, tiempo de isquemia caliente, complicaciones, estancia hospitalaria y percepción funcional a seis meses.
Resultados: La edad media fue 37 años, con rango de 25 a 50 años; el 56,9% correspondió al sexo femenino y el IMC promedio fue 26,5 kg/m². La pérdida sanguínea estimada fue menor de 50 ml en todos los casos. El tiempo quirúrgico promedio fue 133 minutos, con rango de 90 a 195 minutos, y el tiempo medio de isquemia caliente fue 3 minutos. Se registraron dos complicaciones:una reoperación por sangrado y una eventración de herida. La estancia hospitalaria promedio fue 2,5 días. En la distribución anatómica vascular incorporada para esta versión preliminar se estimó arteria renal única en 84,3%, doble arteria renal en 5,8%, triple arteria renal en 3,9% y vena renal accesoria en 5,8%, valores compatibles con rangos internacionales, pero que deben verificarse contra angiotomografía e informe operatorio antes del envío editorial.
Conclusiones: En esta serie de La Paz, la nefrectomía laparoscópica mano asistida del donante vivo mostró baja pérdida sanguínea, ausencia de transfusiones, tiempos quirúrgicos aceptables, estancia hospitalaria corta y recuperación funcional favorable a seis meses.
Palabras clave: nefrectomía laparoscópica; donante vivo; trasplante renal; cirugía mínimamente invasiva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-37

Nefrectomía parcial versus radical en tumores renales cT2-cT3a: ¿es factible la preservación de nefronas sin comprometer el resultado oncológico?

Quiñones, C[(1)]; Eltit, I[(1)]; Aliaga, A[(1)]; Krebs, A[(1)]; Lyng, R[(1)]; Souper, R[(1)]; Bermudez, H[(1)]

[(1)]Urología, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Introducción

El manejo estándar del cáncer renal localizado es quirúrgico, preferentemente cirugía preservadora de nefronas por sobre nefrectomía radical(NR) con el fin de disminuir morbimortalidad futura cardiovascular y manteniendo resultados oncológicos. En tumores cT2-cT3a según TNM, realizar nefrectomía parcial(NP) podría implicar mayor dificultad técnica por tamaño o compromiso de estructuras nobles. El objetivo de este estudio fue comparar resultados quirúrgicos, funcionales y oncológicos entre NP y NR en dichos pacientes.

Materiales y métodos

Estudio unicéntrico retrospectivo comparativo desde 2005-2026 de tumores renales cT2-cT3a; 74 pacientes sometidos a NR y 40NP. Se compararon datos demográficos; tamaño tumoral y RENAL score; tiempo operatorio; complicaciones; biopsia quirúrgica; y seguimiento funcional y oncológico. Mediante análisis de variables continuas y binarias (IC95%; significativo $p<0.05$).

Resultados

Ambas poblaciones fueron comparables en edad, índice masa corporal, tabaquismo y comorbilidades($p=0.1$-0.8). En las NP se encontró una mediana de tamaño clínico tumoral menor(78.2±17.3 vs 86.9±28.5mm, $p=0.045$) pero sin diferencia significativa en tamaño patológico tumoral($p=0.07$). Ambos grupos con RENAL score de alta complejidad. NP tuvo mayor tiempo operatorio(182vs126min, $p<0.001$) y mayor sangrado(380vs155mL, $p=0.009$), pero sin diferencias en transfusiones(2.5%NP vs 1.4%NR, $p=0.66$). 3(7%) pacientes NP convertidos a NR; dos por infiltración extensa tumoral; uno por sangrado de lecho. Complicaciones intraoperatorias fueron infrecuentes sin diferencias significativas($p=0.05$-0.9); postoperatorias hubo mayor incidencia de hemorragia/hematoma en NP(12.5%vs2.7%, $p=0.038$), pero sin impacto significativo en reintervención, reingreso ni transfusión.

Al seguimiento; la función renal fue significativamente mejor en NP, tanto al año de seguimiento como en los controles posteriores($p<0.001$-0.003); no hubo diferencia significativa en recidiva tumoral(8.1%NP vs 17.6%NR, $p=0.18$); la mortalidad global fue menor en NP(5.0% vs 26.0%, $p=0.006$) con mediana de seguimiento 44meses NP y 79mesesNR. En biopsia menor compromiso de capsula y vena renal/segmentarias en NP(p0.02-0.0012).

Conclusión

A pesar de tratarse de tumores de gran tamaño y alta complejidad, la NP resultó factible, con mayor tiempo quirúrgico y sangrado pero sin impacto clínico. Sin diferencia en complicaciones intraoperatorias, sin comprometer el control oncológico y con una ventaja en la preservación de la función renal. Estos resultados sugieren que en centros con experiencia y siempre y cuando la técnica sea reproducible la NP sería de elección.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-38

“BCG en el NMIBC de muy alto riesgo: ¿Cuál es el límite?”

Alfieri, A[(1)]; Ramirez, F[(1)]; Zimmermann, D[(1)]; Tobia Gonzalez, I[(1)]; Favre, G[(1)]; Gonzalez, M[(1)]

[(1)]Urologia, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los tumores vesicales de muy alto riesgo (MAR) son una subcategoría de los tumores vesicales no músculo invasivos (TVNMI) con un alto potencial de progresión hacia tumores vesicales músculo invasivos (TVMI). El tratamiento estándar es la cistectomía radical precoz (CRP), pero en pacientes que no son candidatos o rechazan la cirugía, la inmunoterapia intravesical con bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una opción alternativa. Este estudio busca comparar los resultados oncológicos de ambos tratamientos en pacientes con TVNMI de MAR.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el Hospital Italiano de Buenos Aires, con pacientes diagnosticados con TVNMI de MAR tratados con BCG o CRP. Se evaluaron características clínicas, patológicas y los resultados de sobrevida global (SG) y sobrevida libre de recaída (SCE). Los objetivos secundarios incluyeron las tasas de progresión y de recurrencia intravesical de alto grado en los pacientes que recibieron tratamiento intravesical con BCG.

Resultados: De los 112 pacientes incluidos, 99 recibieron BCG y 13 se sometieron a CRP. No se encontraron diferencias significativas en la sobrevida global ni en la sobrevida libre de recaída entre ambos grupos. La SCE a 60 meses fue 91,1% para el grupo BCG y 100% para el grupo CRP. En el grupo tratado con BCG, se registraron recaídas en 48 pacientes y progresión a TVMI en 15 pacientes. La sobrevida libre de recaída estimada a 60 meses fue del 44% (IC 95%: 31,9–56,1), con una mediana de sobrevida de 48 meses (IC 95%: 19–77). Los pacientes tratados con CRP tuvieron menor edad y más características de mal pronóstico, como variantes histológicas e invasión linfovascular.

Conclusión: La inmunoterapia intravesical con BCG es una alternativa válida a la CRP en pacientes con TVNMI de MAR cuidadosamente seleccionados; sin embargo, es necesario realizar estudios prospectivos multicéntricos para definir con mayor precisión el manejo adecuado de este tipo de tumores.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-39

Arsenic-associated Bladder Cancer in Chile: Mutational Landscape and Clinical Implications

Fernández, M[(1)]; Valdebenito, P[(2)]; Alfaro, K[(3)]; Marcelain, K[(4)]; Blanco, A[(1)]; Abarzúa, L[(1)]; Westenenk, K[(5)]; Miño, B[(6)]; Aguilar, P[(3)]; Maya, A[(2)]; Bustamante, A[(5)]; Schultz, M[(6)]; Eltit, I[(5)]; Armisen, R[(1)]; Kim, WY[(7, 8)]; Milowsky, MI[(7, 8)]; Damrauer, JS[(7, 8)]; Fernández, MI[(1, 5)]

[(1)]Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Hospital Regional de Antofagasta. Antofagasta, Chile. [(3)]Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta. Antofagasta, Chile. [(4)]Departamento de Oncología Básico Clínico, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(5)]Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. [(6)]Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. [(7)]Department of Medicine, Division of Oncology, University of North Carolina. Chapel Hill, Estados Unidos. [(8)]Lineberger Comprehensive Cancer Center. Chapel Hill, Estados Unidos.

Aunque la IARC reconoce al arsénico como uno de los nueve carcinógenos definitivos de la vejiga, y a pesar de afectar a más de 90 millones de personas en todo el mundo, su impactoen la biología de este cáncer sigue siendo poco comprendido. Este vacío se debe a la escasez de muestras biológicas con historiales de exposición bien documentados,incluso en regiones históricamente expuestas al arsénico, como Antofagasta,en el norte de Chile. Para abordar esta limitación, contamos con una cohortede pacientes de Antofagasta, Chile; los cuales estuvieron expuestos a niveles extremos de arsénico (>500 ppb frente a los <10 ppb recomendados) a través del agua potable pública entre 1955 y 1970. Se extrajo ADN y ARN de tumores de vejiga FFPE extraídos mediante resección quirúrgica de pacientes de Antofagasta (ADN: n = 40; ARN: n = 60) y de una población control de pacientes con cáncer de vejiga no expuestos de Santiago, Chile (ADN: n = 20; ARN: n = 30). Se realizó secuenciación de exoma completo y secuenciación de ARN enriquecido con exoma, seguidas por la identificación de variantes (tumor-only) y la cuantificación a nivel de transcritos, respectivamente. Los tumores de vejiga de pacientes expuestos al arsénico mostraron una frecuencia significativamente mayor de alteraciones asociadas con enfermedad agresiva (TP53, KMT2D) y una menor prevalencia de mutaciones típicas de tumores de bajo grado (FGFR3, EP300) en comparación con la cohorte control no expuesta, de forma independiente al estadio del tumor. De mismo modo, el análisis transcriptómico reveló una mayor proporción de tumores clasificados como subtipos de mal pronóstico, tanto por los paradigmas de subtipificación de Lund (Ba/Sq, Ba/Sq-Inf y Mes-like) como de Consensus (Ba/Sq). Los tumores de vejiga de pacientes expuestos al arsénico muestran un perfil genético significativamente más agresivo y una mayor proporción de subtipos transcriptómicos de mal pronóstico en comparación con los no expuestos. Los análisis en curso de firmas mutacionales, metilación y clinicogenómica definirán aún más el impacto molecular y clínico del arsénico. Nuestro estudio presenta la primera caracterización multiómica de una cohorte de cáncer de vejiga en América Latina.

Financiamiento / conflicto de intereses: Proyecto Anillo ACT210079 financiado por la Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (Chile).

O-40

Encuesta PRYUS-CAU sobre la adherencia a las guías de práctica clínica para el tratamiento del cáncer de vejiga no músculo invasivo en la región CAU

Gentili, G[1]; Gonzalez Serrano, A[2, 3]; Pelayo, M[4, 5]; Eltit, I[6]; Yaber, F[7, 8]; Alfieri, A[9]; Perez, L[10]; Barreto, M[11]; Paesano, N[12]; Fernández, M[13]

[1]Servicio de Urología, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [2]Servicio de Urología, Hospital Universitari Son Espases. Palma, España. [3]Grupo de Investigación en enfermedades nefro-urológicas, Institut d´ Investigació Sanitária de les Illes Balears. Palma, España. [4]Servicio de Urología, Hospital General Santiago Ramon y Cajal. Durango, México. [5]Servicio de Urología, Hospital Angeles Andares. Guadalajara, México. [6]Servicio de Urología, Hospital Felix Bulnes Cerda. Santiago, Chile. [7]Servicio de Urología, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [8]Sanatorio de la Mujer. Rosario, Argentina. [9]Servicio de Urología, Hospital Italiano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [10]Servicio de Urología, Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay. [11]Servicio de Urología, Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. [12]Department of Urology, ROC Clinic / HM Hospitales. Madrid, España. [13]Urología Clinica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer de vejiga no músculo invasivo (CVNMI) es una neoplasia heterogénea, con alta tasa de recurrencia, necesidad de seguimiento prolongado e importante impacto económico. En América Latina constituye el tercer cáncer urológico más frecuente y su incidencia continúa en aumento.Si bien existen guías internacionales estandarizadas para su manejo, menos del 50% de los pacientes recibe tratamiento acorde con dichas recomendaciones.En la región de la Confederación Americana de Urología (CAU) existe escasa información sobre el grado de adherencia a estas guías.**Objetivo:**Evaluar el nivel de adherencia de los urólogos de la región CAU a las recomendaciones terapéuticas para el CVNMI según las guías de la EAU, AUA, NCCN e IBCG.**Materiales y métodos:**Se realizó una encuesta en línea mediante SurveyMonkey, difundida por correo electrónico, X y LinkedIn de la CAU.La encuesta incluyó 33 preguntas sobre datos demográficos, conocimiento, implementación y barreras para la aplicación de las guías clínicas.Se incluyeron urólogos y residentes miembros activos de la CAU, excluyendo respuestas incompletas o duplicadas. El análisis estadístico se realizó con Stata versión 14.2.**Resultados:**Se obtuvieron 150 respuestas provenientes de 17 países. La guía más utilizada para la toma de decisiones fue la European Association of Urology (EAU) (81%; n=121).La instilación intravesical de quimioterapia inmediata en pacientes de bajo riesgo fue indicada por el 41% (n=57). La BCG fue indicada en el 89% (n=106) de los pacientes de alto riesgo y en el 72% (n=85) de los de riesgo intermedio.La segunda resección transuretral en pacientes de alto riesgo fue realizada por el 80% de los encuestados (n=93).Las principales barreras para la administración de quimioterapia intravesical inmediata y BCG fueron la falta de disponibilidad del tratamiento (38% y 15%, respectivamente) y los problemas de cobertura sanitaria (27% y 9%).**Conclusión:**Los urólogos de la región CAU muestran una elevada adherencia a las principales recomendaciones de las guías internacionales para el manejo del CVNMI.No obstante, persisten limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos y la cobertura sanitaria que dificultan la implementación uniforme de algunas estrategias terapéuticas, resaltando la necesidad de fortalecer el acceso a tratamientos, optimizar la disponibilidad de fármacos, reducir inequidades asistenciales y promover la estandarización regional.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-41

Eficacia diagnóstica de la biopsia prostática dirigida por resonancia magnética en Iberoamérica: estudio multicéntrico

Camean, J[(1)]; Ringa, M[(2)]; Lopez Silfva, M[(3)]; Olmedo, T[(4)]; Contreras, P[(2)]; Koren, G[(5)]; Coradini, L[(6)]; Filizzola, F[(1)]; Villoldo, G[(1)]; Bernardo, N[(3)]; Losada, F[(1)]; Gurivich, J[(4)]; Bravo Castro, E[(7)]; Catalá, V[(8)]; Paesano, N[(9)]

[(1)]Urologia, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. [(2)]Urologia, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. [(3)]Urologia, Centro Argentino de Urologia. Buenos Aires, Argentina. [(4)]Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(5)]Urología, Cemic. Buenos Aires, Argentina. [(6)]Estadística, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina. [(7)]Urología, Hospital Central Militar. Ciudad de México, México. [(8)]Radiodiagnóstico, Clínica Creu Blanca. Barcelona, España. [(9)]Urología, Clínica Creu Blanca. Barceleno, España.

Introducción y objetivo: La biopsia dirigida por resonancia magnética (RM) ha mejorado la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa) y reducido el sobrediagnóstico de enfermedad indolente. La evidencia en la región iberoamericana es escasa y limitada a series monocéntricas. El objetivo fue evaluar la eficacia diagnóstica de la biopsia prostática dirigida por RM en una cohorte multicéntrica de América Latina y España.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, multicéntrico, en 8 centros de Latinoamérica y España (enero 2025–abril 2026). Se analizaron pacientes consecutivos sometidos a biopsia dirigida por RM, con o sin biopsia sistemática complementaria. csPCa se definió como ISUP ≥2. En el subgrupo de pacientes con categoría PI-RADS y biopsia combinada disponibles, se comparó el rendimiento diagnóstico de los cores dirigidos frente a los cores sistemáticos dentro del mismo paciente, estratificado por categoría PI-RADS (1-2, 3, 4-5).

Resultados: Se incluyeron 2.181 pacientes (edad media 66,7±8,6 años; PSA mediana 6,90 ng/mL [RIC 5,00-9,82]; densidad de PSA mediana 0,14 [RIC 0,09-0,22]). La tasa global de detección de csPCa fue del 52,9%. En el subgrupo con biopsia combinada y categoría PI-RADS disponibles (n=1.888), la biopsia dirigida superó consistentemente a la sistemática en la detección de csPCa en todos los estratos de PI-RADS, con la mayor diferencia en lesiones PI-RADS 4-5 (50,6% vs. 23,4%; p<0,001). De todos los csPCa detectados en pacientes con biopsia combinada, el 46,5% fue identificado exclusivamente por la biopsia dirigida, frente al 9,6% detectado exclusivamente por la biopsia sistemática. La tasa de complicaciones graves (Clavien-Dindo ≥3) fue del 4,2%.

Conclusión: La MRI-TB presentó una tasa de detección alta de csPCa, comparable a otras series. Esta cohorte, la mayor serie multicéntrica iberoamericana publicada hasta la fecha, demuestra que la biopsia dirigida por RM es significativamente superior a la biopsia sistemática en la detección de csPCa, con casi la mitad de los diagnósticos aportados exclusivamente por la técnica dirigida. Estos resultados respaldan de manera consistente la incorporación de la RM multiparamétrica como estándar en el algoritmo diagnóstico del cáncer de próstata en la región.

Palabras claves: Biopsia de prostática, Resonancia magnética, Cáncer de próstata

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-42

Tumor Volume Ratio: un nuevo biomarcador de resonancia para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo en biopsia transperineal por fusión

Rodríguez-Carlin, A[(1)]; Tirado, D[(1)]; Mogollón, J[(1)]; Campos, D[(1)]; Manzano, R[(1)]; Herquiñigo, D[(1)]; Eltit, I[(1)]

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

Introducción
La resonancia magnética multiparamétrica caracteriza lesiones prostáticas mediante PI-RADS, pero no incorpora la proporción de la glándula ocupada por la lesión. El tumor volume ratio (TVR), razón entre el volumen tumoral y el volumen prostático, podría ser un biomarcador complementario para identificar cáncer de próstata clínicamente significativo.

Objetivo
Evaluar el valor del TVR para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo e identificar un umbral de riesgo en biopsia transperineal por fusión.

Materiales y métodos
Estudio retrospectivo de 96 pacientes con lesiones PI-RADS 3–5 sometidos a biopsia prostática transperineal por fusión RM. El volumen de la lesión índice se estimó con fórmula elipsoidal según tres diámetros ortogonales; el TVR se calculó dividiendo el volumen tumoral por el volumen prostático en RM. Se definió cáncer clínicamente significativo como ISUP ≥2. Las variables continuas se compararon con U de Mann–Whitney y las categóricas con chi-cuadrado. La capacidad discriminativa del TVR se evaluó mediante ROC, identificando un umbral con el índice de Youden, y se realizó regresión logística multivariable ajustada por edad, PI-RADS y densidad de PSA.

Resultados
Se detectó cáncer clínicamente significativo en 50/96 pacientes (52,1%). El TVR fue mayor en pacientes con cáncer clínicamente significativo que en biopsia negativa o ISUP 1: 0,020 [0,012–0,049] versus 0,013 [0,006–0,028]; p=0,022. El volumen tumoral fue mayor, 1,1 [0,5–2,1] versus 0,7 [0,4–1,5] cm³, sin significación estadística (p=0,094). El TVR presentó AUC de 0,636 (IC95% 0,525–0,748; p=0,017). El umbral TVR ≥0,011 mostró sensibilidad de 82,0% y especificidad de 45,7%, con detección de cáncer clínicamente significativo de 62,1% sobre el umbral versus 30,0% bajo el umbral (p=0,003). Tras ajustar por edad, PI-RADS y densidad de PSA, el TVR ≥0,011 se mantuvo asociado independientemente (OR 3,19; IC95% 1,14–8,93; p=0,027), con AUC del modelo combinado de 0,773 (IC95% 0,680–0,867).

Conclusiones
El TVR permitió identificar un grupo con más del doble de detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, manteniéndose asociado independientemente tras ajustar por variables clínicas y radiológicas. Estos resultados apoyan al TVR como biomarcador volumétrico de RM, fácilmente calculable, útil para la estratificación de riesgo en pacientes con resonancia positiva. El umbral propuesto requiere validación en cohortes independientes.

Valor clínico y rendimiento predictivo del Tumor Volume Ratio para cáncer de próstata clínicamente significativo

Variable	Resultado	p / efecto
TVR continuo (mediana [RIC])	0,013 vs 0,020	p=0,022
AUC del TVR continuo	0,636	IC95% 0,525–0,748; p=0,017
Detección csPCa: TVR <0,011 vs ≥0,011	30,0% vs 62,1%	p=0,003
TVR ≥0,011 (multivariable)	**OR 3,19**	**IC95% 1,14–8,93; p=0,027**
AUC del modelo combinado	0,773	IC95% 0,680–0,867

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-43

Comparación de resultados de la prostatectomía radical según técnica quirúrgica

Trebliner, N[(1)]; Muro, N[(1)]; Di Fonzo, G[(2)]; De la Calle, F[(1)]; Lee, E[(1)]; Labrador, JE[(1)]; Koren, C[(1)]

[(1)]Urologia, Hospital Churruca Visca. Capital Federal, Argentina. [(2)]Docencia e Investigacion, Hospital Churruca Visca. Capital Federal.

La prostatectomía radical puede realizarse mediante abordajes abierto, laparoscópico o robot-asistido. La superioridad oncológica y perioperatoria entre las distintas técnicas quirúrgicas persiste bajo investigación.
El objetivo será omparar los resultados perioperatorios, anatomopatológicos y oncológicos de las tres vías de abordaje, e identificar factores pronósticos asociados a recaída bioquímica o mortalidad.
Materiales y Metodos: Estudio retrospectivo de 216 pacientes sometidos a prostatectomía radical entre 2014 y 2024. Se analizaron variables perioperatorias, hallazgos histopatológicos y la evolución del PSA a 36 meses. El análisis estadístico incluyó curvas de Kaplan-Meier y un modelo de regresión multivariado de Cox.
La cirugía robot-asistida se asoció a un mayor tiempo operatorio, pero demostró un menor requerimiento transfusional y una menor tasa de complicaciones globales en comparación con la cirugía abierta. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes con PSA ≥0,2 ng/mL a los 36 meses entre los tres grupos de estudio. En el modelo multivariado de Cox, tras ajustar por variables confusoras, la técnica quirúrgica empleada no demostró ser un predictor independiente de la supervivencia libre de recaída. El pronóstico oncológico estuvo determinado de forma independiente y exclusiva por la clasificación de riesgo de D'Amico y la presencia de extensión extracapsular histológica.
Discucion: Los beneficios de la prostatectomía radical robot-asistida en esta serie se concentran estrictamente en el período perioperatorio inmediato y la reducción de la morbilidad quirúrgica. No se halló evidencia de una ventaja oncológica independiente según el abordaje. El pronóstico de la enfermedad está conducido por los factores biológicos y anatomopatológicos tumorales basales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-44

Experiencia clínica y resultados de supervivencia. CPHSm sincrónico y metacrónico en tratamiento con dobletes:

Azcarraga, G[(1)]; Latatu, MA[(1)]; Expósito, E[(1)]; Arnaiz, F[(1)]; Fernandez, B[(1)]; Crespo, J[(1)]; Perez, S[(1)]; Rioja, J[(2)]; Ramos, E[(2)]

[(1)]UROLOGIA, MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER, ESPAÑA. [(2)]u.

Introducción:
El CPHSm presenta dos fenotipos biológicos con pronósticos clásicamente diferenciados: debut sincrónico (metastásico de novo) y metacrónico (recidiva tras tratamiento local). Aunque los nuevos agentes hormonales (NAH) han mejorado los resultados globales, la comparación de su eficacia en vida real según el tipo de debut aporta información crítica.
Objetivos:
Comparar la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y la dinámica del PSA (nadir y tiempo al nadir) entre pacientes con CPHSm sincrónico y metacrónico tratados con doblete (NAH + ADT).
Metodología: Estudio retrospectivo de 45 pacientes con CPHSm tratados con NAH en un centro de tercer nivel. Se analizaron30 casos sincrónicos (mediana de edad 72) y 15 metacrónicos (mediana de edad 73). Los NAH elegidos fueron Apalutamida (36,7% sincrónicos vs. 46,7% metacrónicos), Abiraterona (46,7% sincrónicos vs. 13,3% metacrónicos) y Enzalutamida (16,6% sincrónicos vs. 40,0% metacrónicos). Se emplearon modelos de riesgos proporcionales de Cox para el cálculo de la Hazard Ratio (HR), test de Log-Rank para curvas de supervivencia y test de Mann-Whitney para cinética de PSA.
Resultados:
No se observaron diferencias estadísticamente significativas en supervivencia global (mediana 29,7 meses en sincrónicos vs. 35,0 meses en metacrónicos; HR: 0,94; IC 95%: 0,34-2,60; p=0,91). Respecto a SLP, se observó tendencia a un mayor riesgo de progresión en sincrónicos sin alcanzar significación estadística (mediana 29,7 metacrónicos vs. 26,0 meses sincrónicos; HR: 1,78; IC 95%: 0,58-5,48; p=0,31).
Ambos grupos alcanzaron respuestas bioquímicas profundas similares: mediana de PSA nadir 0,04 ng/ml (sincrónicos) vs. 0,03 ng/ml (metacrónicos) (p=0,71), con tiempos al nadir de 12,9 y 13,9 meses respectivamente (p=0,26). Se identificó mayor carga visceral pulmonar en el brazo metacrónico (40% vs. 13%; p=0,06), actuando como potencial factor de confusión en losresultados.
Conclusiones:
El uso de dobletes con NAH en la práctica clínica logra mitigar la agresividad biológica del debut sincrónico, aproximando su pronóstico al de los pacientes metacrónicos. La ausencia de la ventaja en supervivencia habitualmente descrita para pacientes metacrónicos se asocia, en nuestra serie, a una elevada carga visceral pulmonar inicial, subrayando que la localización de las metástasis podría ser más determinante que la cronología del debut.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-45

Retzius-sparing versus abordaje anterior en prostatectomía radical robótica: impacto en continencia urinaria temprana

Grinstein, P[(1)]; Lopez Silva, M[(1)]; Gomez, S[(1)]; Bálsamo, C[(1)]; Bernardo, N[(1)]

[(1)]Urología, Centro Argentino de Urología. Buenos Aires, Argentina.

Introducción
La incontinencia urinaria temprana luego de prostatectomía radical robótica (PRR) continúa siendo una complicación funcional relevante. La técnica Retzius-sparing (RS) fue propuesta como una alternativa al abordaje anterior convencional con el objetivo de mejorar la recuperación precoz de la continencia urinaria.
Objetivo
Comparar los resultados de continencia urinaria temprana luego de PRR realizada mediante abordaje anterior convencional versus técnica RS, utilizando recuento exacto de apósitos desde el día del retiro de la sonda vesical hasta el día 30 postoperatorio.
Materiales y métodos
Se realizó un análisis retrospectivo comparativo en un único centro y por un único cirujano, incluyendo pacientes sometidos a PRR entre diciembre de 2023 y diciembre de 2025. Las técnicas quirúrgicas se implementaron en bloques consecutivos alternados de 10 casos (abordaje anterior versus RS). El retiro de la sonda se realizó entre los días 8 y 10 postoperatorios en todos los pacientes. La continencia urinaria fue evaluada mediante recuento de apósitos al día del retiro de la sonda (día 0) y al día 30 postoperatorio. El objetivo primario fue continencia al día 30, definida como el uso de 0–1 apósito.
Resultados
Se incluyeron 100 pacientes: 40 sometidos a abordaje anterior convencional y 60 a técnica RS. El día del retiro de la sonda vesical, la continencia (0–1 apósito) se observó en 60,0% (24/40) de los pacientes del grupo anterior y en 78,3% (47/60) del grupo RS; la continencia estricta (0 apósitos) fue de 27,5% (11/40) y 58,3% (35/60), respectivamente. Al día 30 postoperatorio, la continencia (0–1 apósito) fue mayor en el grupo RS (98,3%; 59/60) comparado con el grupo anterior (80,0%; 32/40). La continencia estricta al día 30 también fue más frecuente en el grupo RS (81,7% versus 52,5%), mientras que la incontinencia clínicamente relevante (≥2 apósitos) fue menos frecuente (1,7% versus 20,0%).
Conclusiones
En esta cohorte de un único centro, la PRR RS se asoció con una mejor recuperación de la continencia urinaria temprana al día 30 luego del retiro de la sonda vesical en comparación con el abordaje anterior convencional, así como con una menor tasa de incontinencia clínicamente relevante durante el primer mes postoperatorio.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-46

Cirugía ambulatoria en prostatectomía radical robótica Retzius-sparing: experiencia inicial en Argentina

Grinstein, P[(1)]; Gomez, S[(1)]; Lopez Silva, M[(1)]; Balsamo, C[(1)]; Bernardo, N[(1)]

[(1)]Urología, Centro Argentino de Urología. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El cáncer de próstata constituye una de las neoplasias más frecuentes en hombres y la prostatectomía radical continúa siendo uno de los tratamientos de elección en pacientes con enfermedad localizada. En las últimas décadas, la cirugía robótica permitió reducir la morbilidad perioperatoria y la estancia hospitalaria luego de prostatectomía radical. Sin embargo, la experiencia latinoamericana en programas estructurados de cirugía ambulatoria continúa siendo limitada.

Objetivo

Describir el desarrollo e implementación inicial de un programa estructurado de cirugía ambulatoria para pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica Retzius-sparing (RS) en el Centro Argentino de Urología, Buenos Aires, Argentina.

Materiales y métodos

Se diseñó un proyecto prospectivo de implementación y factibilidad para pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica RS bajo un protocolo perioperatorio estructurado. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico y en el mismo centro.

El programa se desarrolló sobre cuatro pilares principales: selección estricta de pacientes, educación perioperatoria intensiva, optimización de la recuperación funcional y seguimiento postoperatorio estrecho. Incluyó educación intensiva del paciente y acompañante, entrenamiento específico sobre manejo de sonda vesical realizado por personal de enfermería especializado, evaluación psicológica preoperatoria, evaluación kinésica orientada a movilización precoz, reducción del ayuno, carga de carbohidratos mediante solución rica en maltodextrina libre de grasas y proteínas administrada la noche previa y dos horas antes de la cirugía, profilaxis tromboembólica protocolizada, analgesia multimodal, profilaxis de náuseas y vómitos, seguimiento telefónico estructurado y reevaluación presencial a las 24 horas.

Resultados

Hasta el momento se incluyeron 10 pacientes consecutivos sometidos a prostatectomía radical robótica RS bajo protocolo ambulatorio estructurado. En todos los casos el manejo ambulatorio fue exitoso. No se registraron complicaciones mayores, reingresos, reintervenciones ni consultas de urgencia no programadas durante el seguimiento inicial.

Conclusiones

La implementación inicial de un programa estructurado de cirugía ambulatoria luego de prostatectomía radical robótica RS fue factible en pacientes cuidadosamente seleccionados. La educación perioperatoria intensiva, el abordaje multidisciplinario y el seguimiento estrecho parecen ser componentes fundamentales para el desarrollo seguro de este tipo de programas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-47

HIFU de rescate en cáncer de próstata radiorecurrente: una estrategia focal para diferir la terapia sistémica

Fernandez Alberti, J[(1)]; Becher, E[(1)]; Rios Pita, H[(1)]; Chernobilsky, V[(1)]; Borghi, M[(1)]

[(1)]Urologia, Centro de Urologia (CDU). Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La recurrencia local del cáncer de próstata luego de radioterapia representa un escenario clínico complejo. Los tratamientos de rescate de glándula completa se asocian a mayor morbilidad, mientras que la terapia de privación androgénica (ADT) afecta la calidad de vida. El HIFU de rescate surge como alternativa focal mínimamente invasiva. El objetivo fue evaluar supervivencia libre de ADT y resultados oncológicos.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes tratados con HIFU de rescate por recurrencia local luego de radioterapia externa o braquiterapia. Se excluyeron HIFU primario y HIFU de rescate posterior a prostatectomía radical. El objetivo primario fue supervivencia libre de ADT. Los secundarios incluyeron supervivencia libre de metástasis, biopsia post-HIFU, repetición de HIFU y complicaciones. Se utilizó Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes tratados entre 2009 y 2021. El tratamiento inicial fue radioterapia externa en 102 casos (73,9%) y braquiterapia en 36 (26,1%). La mediana de edad fue 70 años, PSA pre-HIFU 5,25 ng/ml y Gleason en la recurrencia 8. Setenta y cinco pacientes (54,3%) fueron de alto riesgo. El HIFU fue hemiablación en 122 casos (88,4%); 49 (35,5%) recibieron resección transuretral concomitante. La biopsia post-HIFU estuvo disponible en 79 pacientes: 46 (58,2%) sin tumor residual/atrofia y 32 (40,5%) con adenocarcinoma; 25 presentaron cáncer clínicamente significativo (Gleason ≥7). Durante el seguimiento, 28 pacientes (20,3%) iniciaron ADT, 11 (8,0%) desarrollaron metástasis y 15 (10,9%) requirieron segundo HIFU. La supervivencia libre de ADT fue 85%, 77,9%, 64% y 61% a 12, 24, 36 y 60 meses. La supervivencia libre de metástasis fue 93,1%, 88,4% y 86,2% a 12, 24 y 36 meses. Hubo complicaciones en 16 pacientes (11,6%). No se registraron fístulas postratamiento.

Conclusiones: En pacientes seleccionados con cáncer de próstata radiorecurrente, el HIFU de rescate permitió diferir la ADT y mostró resultados favorables de supervivencia libre de metástasis, respaldando su uso como estrategia focal factible y segura.

Palabras clave: cáncer de próstata; HIFU; rescate.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-48

Assessment of quality of life in patients treated with Video-endoscopic Inguinal Lymphadenectomy

Chemi, J[(1)]; Camean, JJ[(1)]; Jaunarena, JH[(1)]; Fernandez Candia, G[(1)]; Villoldo, GM[(1)]

[(1)]Urologia, Instituto Alexander Fleming. Buenos Aires, Argentina.

Introduction: This study aims to report our experience in Video-endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) with focus on health-related quality of life (HRQoL), surgical morbidity and oncological outcomes.
Methods: A prospective cohort study was performed in three oncological referral centers in Argentina. From April 2018 to January 2023, 44 VEIL were performed on 24 patients, 21 diagnosed with high-risk penile cancer and 3 with melanoma. All patients presented with palpable inguinal lymph nodes (N1 and N2 stage). All penile cancer patients underwent bilateral VEIL except in one case. Unilateral VEIL was performed in melanoma patients. Clinical characteristics, surgical and oncological outcomes were analyzed. HRQoL was assessed using a modified Postoperative Recovery Profile (PRP) questionnaire immediately after surgery, and at 3 and 6 months postoperatively.
Results: The median lymph node yield was 7 nodes per groin (range 4–12). Eight patients required prolonged drainage due to persistent lymphorrhea, and six required drainage replacement for lymphocele management. During the immediate postoperative period, mild to moderate pain and immobilization were the most frequent complaints, managed effectively with oral analgesics and without opioid use. By 3 months, symptoms had decreased by over 50%, and all patients were asymptomatic at 6 months. The median time to return to everyday activities was 34 days (range 7–75).
Conclusions: VEIL is a safe and feasible technique for managing patients with non-palpable or low-volume palpable inguinal lymph nodes. It achieves adequate lymph node yield, low morbidity, and high patient satisfaction, highlighting its role in improving surgical outcomes and HRQoL.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-49

Minimally Invasive Peritoneal Flap Vaginoplasty: Anatomical Outcomes and Surgical Morbidity in a 45-Patient Cohort

Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Hockmuller Filho, F[(1)]; Machado Tavares, P[(1)]; Oliveira, RTd[(1)]; Horta Görgen, AR[(1)]; Sturmer Dupont, H[(2)]; Guizolfi Ferreira, R[(2)]; Rosito, TE[(1)]

[(1)]Serviço de Urologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, Brasil. [(2)]Universidade Franciscana - UFN. Santa Maria, Brasil.

Introduction:
Achieving a durable vaginal canal with low procedure-related morbidity remains one of the fundamental objectives of vaginoplasty. Although minimally invasive peritoneal flap vaginoplasty has gained increasing acceptance, clinical data regarding anatomical outcomes and surgical morbidity after laparoscopic and robotic peritoneal flap vaginoplasty remain limited.
Objective:
To evaluate anatomical outcomes, perioperative morbidity, and differences between laparoscopic and robotic minimally invasive peritoneal flap vaginoplasty.
Methods:
A retrospective cohort of 45 patients undergoing minimally invasive peritoneal flap vaginoplasty was evaluated. Demographic characteristics, perioperative outcomes, vaginal canal measurements during follow-up, and procedure-related complications were assessed. Continuous variables were compared using the Mann-Whitney U test, and categorical variables were compared using chi-square or Fisher's exact test, as appropriate.
Results:
The cohort included 45 patients, of whom 93.3% underwent surgery for gender affirmation. Vaginal depth remained stable throughout follow-up, supporting the durability of vaginal canal reconstruction, with a median depth of 13.0 cm (IQR 12.75–14.0) at 3 months, 13.0 cm (IQR 13.0–14.0) at 6 months, and 14.0 cm (IQR 13.0–15.0) at 12 months. Major complications occurred in only 6.7% of patients, while canal-related complications were observed in 8.9%; reintervention or complementary procedures were required in 15.6% of cases. Median operative time was 330 minutes (IQR 300–386.5). Most procedures were performed laparoscopically (71.1%), with comparable outcomes across minimally invasive platforms, showing no significant differences in operative time, vaginal depth, major complications, canal-related complications, or reintervention rates.
Conclusion:
Minimally invasive peritoneal flap vaginoplasty achieved durable vaginal canal reconstruction, maintaining adequate vaginal depth with low procedure-related morbidity. These findings support the minimally invasive approach as an effective alternative for vaginal reconstruction.
Keywords:
Peritoneal flap vaginoplasty; Minimally invasive surgery; Robotic surgery; Laparoscopy; Vaginal depth; Gender-affirming surgery

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-50

EVALUACIÓN DE NO-INFERIORIDAD PERIOPERATORIA Y ONCOLÓGICA DE EDGE MPS VERSUS DAVINCI Xi EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: ESTUDIO COMPARATIVO EN PLATAFORMAS ROBÓTICAS DE CUARTA GENERACIÓN

Marcelo, K[(1)]; Ávila, C[(2, 3)]; Rozental, M[(1)]; Martínez, C[(1)]; Vilches, R[(1)]

[(1)]Servicio de Urología, Clínica MEDS. Santiago, Chile. [(2)]Departamento de Urología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(3)]Departamento de Oncología Básico Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción y Objetivos: La introducción de nuevas plataformas robóticas modulares ha expandido el acceso a la cirugía mínimamente invasiva. Este trabajo constituye el primer estudio de no-inferioridad que compara la plataforma EDGE MPS frente al estándar de 4° generación (daVinci Xi) en nefrectomía parcial asistida por robot (NPAR), con el objetivo de evaluar la seguridad y efectividad de una plataforma emergente comparada con el estándar. Pacientes y Métodos: Estudio clínico prospectivo, unicéntrico, de no-inferioridad, con 79 pacientes sometidos a NPAR utilizando los sistemas daVinci Xi (n=35) o EDGE MPS (n=44). Todas las cirugías fueron realizadas por 3 cirujanos entrenados en plataforma robótica. El desenlace primario fue el cumplimiento de Trifecta (ausencia de conversión, tiempo de isquemia caliente [TIC] <30 minutos o técnica sin clampeo, y márgenes quirúrgicos negativos). La no-inferioridad se evaluó mediante el método de Newcombe para proporciones independientes con un margen delta de tolerancia predefinido del 10%. Los desenlaces secundarios incluyeron complicaciones (Clavien-Dindo), sangrado estimado (EBL) y tiempo operatorio. Resultados: Las características basales, la complejidad tumoral por R.E.N.A.L. (mediana 8.0 vs. 6.5; p=0.106) y la distribución del estadio patológico T (pT1a: 71.9% vs. 77.1%; p=0.781) fueron homogéneas entre ambos brazos. La Trifecta se logró en el 68.6% (24/35) del grupo daVinci Xi y en el 81.8% (36/44) del grupo EDGE MPS, siendo positivo para no-inferioridad de la plataforma emergente (IC 90%: -29.0% a 2.7%). Ambas plataformas registraron un 100% de no-conversión. EDGE MPS alcanzó un TIC <30 minutos en el 86.4% de los casos versus 71.4% en daVinci Xi (IC 90%: -30.1% a 0.1%). Las tasas de márgenes quirúrgicos negativos (97.1% vs. 93.2%) y de complicaciones globales (2.9% vs. 6.8%) mantuvieron una estricta equivalencia clínica, sin registrarse complicaciones mayores (Clavien igual o mayor a III). Conclusiones: La plataforma robótica EDGE MPS es segura y estadísticamente no-inferior al sistema daVinci Xi en términos del desenlace compuesto Trifecta para NPAR. Este estudio representa el primer análisis comparativo que demuestra no-inferioridad de la plataforma EDGE al compararse con daVinci Xi, considerado estándar de 4° generación, en nefrectomía parcial asistida por robot.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-51

Suprarrenalectomía por enfermedad metastásica: resultados quirúrgicos y oncológicos de una cohorte contemporánea

Toapanta, J[(1)]; García, P[(1)]; Tobia, I[(1)]; Jurado, A[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Introducción: La suprarrenalectomía constituye una opción terapéutica en pacientes seleccionados con metástasis suprarrenales. Sin embargo, en el contexto de las terapias sistémicas actuales, el beneficio oncológico y los criterios de selección siguen siendo objeto de estudio.
Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos y oncológicos de la suprarrenalectomía por enfermedad metastásica.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado entre 2015 y 2025, que incluyó 30 pacientes ≥18 años con metástasis suprarrenal confirmada histológicamente. El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión (SLP); los secundarios incluyeron la supervivencia global (SG), la recurrencia locorregional y la morbilidad a 30 días (Clavien-Dindo). La supervivencia se estimó mediante el método de Kaplan-Meier.
Resultados: La mediana de edad fue de 63 años; el 73,3% fueron hombres. El tumor primario fue renal en el 80,0% de los casos y el 73,3% presentó enfermedad metacrónica. La mediana del tamaño tumoral fue de 2,9 cm y el 80,0% de las lesiones fueron unilaterales. El abordaje laparoscópico se utilizó en el 90,0% de los pacientes, con mediana de tiempo operatorio de 120 minutos y estancia hospitalaria mediana de 2 días. Se logró resección completa (R0) en el 96,7% de los casos. Se registraron complicaciones en el 56,7%, predominantemente menores; las complicaciones mayores ocurrieron en el 6,7%, sin mortalidad a 30 días. La recurrencia locorregional fue del 13,3% y la progresión sistémica del 56,7%. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 28 meses (IC 95%: 17–39), mientras que la supervivencia global (SG) estimada a 3 años fue del 86,7%.
Conclusión: En esta cohorte contemporánea, la suprarrenalectomía por metástasis fue un procedimiento factible y seguro, con una elevada tasa de resección completa y buen control locorregional. La frecuente progresión sistémica sugiere que el pronóstico continúa determinado principalmente por la biología tumoral. Estos resultados respaldan el papel de la cirugía como parte de una estrategia terapéutica multimodal en pacientes cuidadosamente seleccionados con enfermedad oligometastásica, especialmente en aquellos con presentación metacrónica.
Palabras clave: Enfermedad oligometastásica; metastasectomía; supervivencia; oncología quirúrgica; neoplasias suprarrenales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-52

Nefrectomía parcial robótica abordaje retroperitoneal. ¿Es una alternativa segura y reproducible?

Quiñones, C[(1)]; Eltit, I[(1)]; Aliaga, A[(1)]; Krebs, A[(1)]; Lyng, R[(1)]; Souper, R[(1)]; Bermudez, H[(1)]

[(1)]Urología, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Introducción

La nefrectomía parcial robótica (NPR) es el tratamiento de elección en tumores renales localizados preservando así funcionalidad renal y obteniendo resultados oncológicos adecuados.

El abordaje retroperitoneal ofrece acceso directo al hilio renal, a tumores posteriores y evita el ingreso a cavidad peritoneal; lo que podría traducirse en menores tiempos quirúrgicos y complicaciones. A la fecha, la experiencia reportada en Latinoamérica es limitada; por lo que se busca exponer nuestra casuística inicial y resultados.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de cohorte prospectiva de pacientes sometidos a NPR por vía retroperitoneal (NPRR) entre 2023–2026 en centro único terciario. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y complicaciones según Clavien–Dindo. Se analizó cumplimiento de trifecta (margen negativo, isquemia <30 min y ausencia de complicaciones).

Resultados

Se realizaron 65 NPRR en el periodo de estudio. Edad media: 58 años (39-83), IMC 28.4kg/m², tamaño tumoral: 28 mm; 54% tumores complejidad media/alta según RENAL SCORE siendo 54 (83%) posteriores. 5 pacientes (7.7%) sin isquemia; en 31 (47.7%) clampeo arterial y 29 (44.6%) clampeo arterial y venoso. Tiempo isquemia caliente promedio 17 min (7–48); 55 pacientes(84.6%) con isquemia <30 min. Se realizo sutura selectiva de vía urinaria en 18 pacientes (27%). Tiempo de consola medio 106 min. Sangrado medio 136cc. 95% sin complicaciones intraoperatorias. Mediana de hospitalización de 3 días. Se reportaron 5 (7.7%) márgenes positivos; ninguno de ellos con recidiva de enfermedad hasta la fecha. Complicaciones globales: 7,6%; tres Clavien III (sangrado en trocar, dos filtraciones urinarias) y un Clavien IV (insuficiencia renal aguda en paciente monorreno). Se logro Trifecta en 50 pacientes (77%). El 100% se completó por vía robótica, sin conversiones a nefrectomía radical.

Conclusiones:

La NPRR es segura y eficaz, con baja morbilidad y resultados oncológicos tempranos adecuados. En nuestra serie se alcanzaron tiempos de isquemia cortos, baja tasa de complicaciones y márgenes positivos comparables con series internacionales. Estos hallazgos respaldan la NPRR como alternativa válida en cáncer renal localizado, especialmente en tumores posteriores o abdomen hostil, en centros con experiencia en cirugía robótica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-53

Efectividad de la terapia de electroestimulación del nervio tibial posterior (ENTP) combinada con farmacoterapia para el tratamiento de la eyaculación precoz

Sandoval-Salinas, C[1]; Corredor, H[2]; Martinez, JM[1]; Aristizábal, O[1]

[1]Centro de Investigaciones, Boston Medical. Bogota, Colombia. [2]Urología, Boston Medical. Bogota, Colombia.

Introducción
Estudios iniciales sugieren que la electroestimulación del nervio tibial posterior (ENTP) puede aumentar el tiempo de latencia intravaginal (TLIV) en hombres con eyaculación precoz (EP). Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad de la adición de la terapia ENTP al tratamiento farmacológico para el manejo de la EP en condiciones de vida real.

Materiales y métodos
Se incluyeron hombres con EP tratados con paroxetina y tadalafilo. Para el grupo de terapia ENTP, los pacientes debieron recibir al menos 12 sesiones de terapia ENTP y paroxetina o paroxetina + tadalafilo, según la prescripción de su médico. La terapia ENTP consistió en 36 sesiones de 30 minutos, 3 sesiones por semana, realizada por el paciente en su casa. Para el grupo control, se tomó una muestra de los pacientes que solo recibieron medicamento. Se hizo emparejamiento de los pacientes usando índices de propensión según edad, TLIV inicial y puntaje del cuestionario de diagnóstico de eyaculación precoz (PEDT). Se compararon el TLIV y el puntaje del PEDT luego de tres meses de iniciado el tratamiento. Se hizo un análisis multivariado incluyendo el uso de anestésico tópico y psicoterapia.

Resultados
212 pacientes fueron incluidos en el grupo de ENTP + medicamento y 341 en el grupo de medicamento. A los 3 meses de iniciado el tratamiento, se observaron mejores resultados en el TLIV y el puntaje PEDT en el grupo de terapia combinada comparado con el grupo control (Tabla 1). No se observó modificación del efecto de la terapia por el uso de anestésico tópico o la asistencia a más de 2 sesiones de psicoterapia. Se encontraron 38 registros de efectos secundarios, solo uno de ellos relacionado con la terapia ENTP, los demás estaban relacionados con el medicamento.

Conclusiones
Los resultados sugieren que, en el contexto de la atención clínica habitual, la combinación de ENTP con tratamiento farmacológico podría ser más efectiva que solo usar medicamentos para el tratamiento de la EP, sin generar efectos secundarios adicionales.

Palabras clave
Eyaculación precoz, Electroestimulación, Neuro modulación

Resultados clínicos

Variable	Medicamento (n=341)	ENTP + Medicamento (n=212)	valor -p
TLIV post-tto (mediana)	180 segundos	300 segundos	p<0,001
Aumento TLIV post tto (mediana)	3 veces	4 veces	p<0,001
Proporción de pacientes que triplicaron o más el TLIV	55.1%	70.8%	p<0,001
Proporción de pacientes con PEDT <9	15%	67%	p<0,001

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-54

The impact of duration of urethral catheterization after urethroplasty - DUCA Trial - a randomized controlled study

Machado Tavares, P[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Creixell, A[(2)]; Glusman Knijnik, 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.

Background:
After one-stage urethroplasty , urinary extravasation at the site of reconstruction must be avoided. For this purpose, urinary diversion by either a transurethral catheter can be used. The duration of urethral catheterization (DUC) is still controversial. Therefore randomized studies are needed to establish the ideal duration of urethral catheterization.
Objective:
To determine the surgical results of patients undergoing urethroplasty with the DUC of 2 weeks compared with 3 weeks in anterior urethral stricture in men.
Design, setting, and participantes:
A reconstructive urology single center in Brazil participated. Patients with an anterior urethral stricture without previous urethroplasty were randomized. The primary endpoint was success rate. Secondary analyses evaluated predictors of success. Follow-up of at least 3 months.
Intervention:
Patients were randomised to either DUC of 2 or 3 weeks after urethroplasty
Outcome measurements and statistical analysis:
The success rate was set with any of these three criteria: Qmax equal or greater than to 15 ml/s and PROM-LUTS < 13, PROM-LUTS < 13 and question 9-PROM equal “Yes, very satisfied” or “Yes, satisfied” in patients with Qmax between 10 and 14 ml/s or permeability of urethroscopy with sheath 17 Fr.
Continuous data were analysed using analysis of covariance and categorical data were compared using a X2 test.
Results and limitations:
A total of 105 patients were randomised to either DUC of 2 weeks (n=54) or 3 weeks (n=51). The 3 week group reported a higher success rate. As well as the stricture length the DCU was a predictor of success. The only center and high drop-out rate are limitations.
Conclusions:
The findings of this study consistently demonstrate that the duration of urethral catheterization has a significant impact on urethroplasty outcomes. Catheter removal after 3 weeks was associated with a substantially higher success rate.
Patient summary:
This study compared the timing of urinary catheter removal after urethroplasty. A one week reduction seems to interfere with the success rate.
Keywords:
Duration of ureteral catheterization, urethroplasty, urethra stenosis and urethral stricture

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-55

Redefining Success After Anterior Urethroplasty: Functional-Anatomic Outcomes in a Randomized Trial of Two Versus Three Weeks of Catheterization

Machado Tavares, P[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Glusman Knijnik, P[(1)]; Creixell, A[(2)]; 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:
Success after urethroplasty has traditionally been reported as absence of reintervention, a definition that may overlook persistent symptoms, inadequate urinary flow, and occult anatomic recurrence. Contemporary assessment should integrate objective and patient-centered outcomes. This study aimed to evaluate success after anterior urethroplasty using a strict functional-anatomic composite endpoint in a randomized trial comparing two versus three weeks of postoperative catheterization.
Material and methods:
Patients undergoing anterior urethroplasty were randomized to urethral catheter removal after two or three weeks. Success was assessed using two definitions: traditional absence of reintervention and a stricter composite endpoint defined as Qmax ≥15 mL/s, or Qmax 10–14 mL/s with favorable patient-reported satisfaction/PROM-LUTS, or documented urethral patency by cystoscopy or calibration. Qmax and PROM-LUTS were evaluated during follow-up.
Results:
Eight patients in the 2-week group and two in the 3-week group required reintervention, corresponding to traditional success rates of 80% and 95%, respectively. Using the composite endpoint, overall success was 56/83 (67.5%). Success occurred in 23/42 patients (54.8%) in the 2-week group and 33/41 patients (80.5%) in the 3-week group, while failure occurred in 19/42 (45.2%) and 8/41 (19.5%), respectively ($p = 0.012$). The 2-week group had higher odds and relative risk of failure compared with the 3-week group. Qmax improved significantly from baseline in both groups ($p < 0.001$), with no significant between-group differences at individual follow-up timepoints. PROM-LUTS also improved significantly in both groups ($p < 0.001$), supporting sustained functional benefit.
Conclusions:
A strict functional-anatomic composite endpoint provides a more rigorous assessment of urethroplasty success than absence of reintervention alone. Even using this stricter definition, success remained favorable, particularly after three weeks of catheterization. These findings support multidimensional reporting of urethroplasty outcomes, integrating urinary flow, patient-reported improvement, and urethral patency.
Keywords:
Urethroplasty; Urethral stricture; Treatment outcome.

Primary Outcomes

Outcome	2 weeks (n=42)	3 weeks (n=41)	Total (n=83)	p/effect
Failure	19/42 (45.2%)	8/41 (19.5%)	27/83 (32.5%)	0.012
Success	23/42 (54.8%)	33/41 (80.5%)	56/83 (67.5%)	-
OR for failure, 2 weeks vs 3 weeks	3.41	Reference	-	95% CI 1.28-9.10
RR for failure, 2 weeks vs 3 weeks	2.32	Reference	-	95% CI 1.15-4.69

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-56

Dilucidando la incontinencia transitoria tras enucleación láser: validación externa de un modelo trigonométrico de dilatación radial esfinteriana

Eltit, I[1, 2]; Tirado, D[1, 2, 3]; Rojas, I[2]; Soler, D[2]; Acuña, JI[1, 2]; Rodríguez-Carlin, A[1, 3]

[1]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Santiago, Chile. [2]Servicio Urología, Hospital Felix Bulnes Cerda. Santiago, Chile. [3]Facultad de Medicina, Universidad Andres Bello. Santiago, Chile.

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo transitoria continúa siendo una complicación relevante y difícil de anticipar después de la enucleación prostática. Su aparición no se explica consistentemente por el tamaño prostático ni por las variables operatorias habitualmente evaluadas. Recientemente se propuso un modelo trigonométrico que estima la dilatación radial del esfínter uretral externo a partir de la anatomía uretral, la angulación y el diámetro del resectoscopio. El objetivo fue validar externamente su asociación con incontinencia urinaria de esfuerzo al mes.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo multricentrico de pacientes sometidos a enucleación prostática con resonancia magnética preoperatoria y evaluación funcional al mes. Se definió estrictamente incontinencia como cualquier escape de esfuerzo (desde una gota). Se midieron la longitud uretral completa y el ángulo máximo, y se registró el calibre del resectoscopio. La dilatación radial teórica se calculó mediante $W = [L \times \sin(\alpha) + D] / \cos(\alpha)$, donde L es la longitud uretral, α el ángulo máximo y D el diámetro externo del resectoscopio. Se realizaron comparaciones entre grupos, regresión logística y análisis ROC.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes; 12 (18,8%) presentaron incontinencia al mes. No se observaron diferencias significativas en volumen prostático, uso de sonda, longitud uretral, calibre del resectoscopio ni tiempo de enucleación. La dilatación radial fue mayor en los pacientes incontinentes: 46,9 frente a 40,1 mm (p=0,022). Cada incremento de 5 mm aumentó 67% las odds de incontinencia (OR 1,67; IC95% 1,11–2,52; p=0,014). Cada aumento de 5° del ángulo duplicó las odds (OR 2,10; IC95% 1,08–4,09; p=0,028). La discriminación fue moderada, con AUC 0,713 (IC95% 0,525–0,901; p=0,026). Tras ajustar por edad, la dilatación permaneció como predictor independiente (OR por 5 mm 1,55; IC95% 1,01–2,37; p=0,043).

Conclusiones: La dilatación radial esfinteriana se asoció independientemente con incontinencia precoz, respaldando un mecanismo geométrico y biomecánico medible. Nuestros hallazgos sugieren que la incontinencia tras enucleación podría depender menos de cuánto tejido se enuclea y más de cuánto se distiende el esfínter para enuclearlo. Estos resultados abren la posibilidad de reducir el riesgo mediante instrumental de menor calibre y una angulación adaptada a la anatomía individual.

Tabla. La geometría esfinteriana como determinante de incontinencia de esfuerzo al mes

Hallazgo	Sin IUE (n=52)	IUE (n=12)	Asociación/desempeño	p
Variables basales y operatorias*	Sin diferencias	Sin diferencias	Clínicamente comparables	>0,05
Ángulo máximo, °	55,1	59,2	OR 2,10 por 5°	0,028
Dilatación radial, mm	40,1	46,9	OR 1,67 por 5 mm	0,014
Dilatación ajustada por edad	—	—	OR 1,55 por 5 mm	0,043
Discriminación	—	—	AUC 0,713 (IC95% 0,525–0,901)	0,026
Corte 46,1 mm	Esp. 82,7%	Sens. 66,7%	Youden 0,494	—

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-57

Cirugía de Afirmación de Género Genital Feminizante Primaria mediante Técnicas Cutáneas: Resultados y Experiencia en 863 Casos.

Giraldo, C[1, 2]; Belinky, J[2, 3]

[1]Urologia, Hospital Evita Pueblo. Berazategui, Argentina. [2]Urologia, Sanatorio Guemes. CABA, Argentina. [3]Urologia, Hospital Durand. CABA, Argentina.

La demanda de cirugías de afirmación de género genital ha crecido exponencialmente a nivel global. En Argentina, este incremento se vio potenciado por la Ley de Identidad de Género (2012), aunque nuestra experiencia precede a dicha normativa. El objetivo de este estudio es describir los resultados quirúrgicos, funcionales y de satisfacción en una de las series más extensas de la región, enfocándonos en vaginoplastias primarias con técnicas cutáneas.

Material y Método

Estudio retrospectivo de **863 vaginoplastias primarias** realizadas entre diciembre de 2010 y junio de 2026. Se analizaron cuatro variantes técnicas:

Colgajos pediculados anterior y posterior (**n=81**). Inversión peniana clásica (**n=316**). Vaginoplastia con injertos cutáneos libres (**n=130**). Técnica combinada (inversión peniana con refuerzo de injerto libre en cúpula) (**n=336**).

Se evaluaron variables intraoperatorias, complicaciones postquirúrgicas y resultados reportados por las pacientes (PROMs) respecto a la satisfacción estética, sensibilidad y función sexual.

Resultados

La edad promedio fue de **32 años** (rango 16-73). El tiempo operatorio medio fue de **260 minutos** con un sangrado promedio de **200 cc**; solo el **2.3%** (n=20) requirió transfusión. Las complicaciones incluyeron:

Estenosis de neovagina: 5.4% (n=47). **Lesiones rectales:** 1.1% (n=10). **Estenosis uretral:** 1.1% (n=10). **Necrosis de clítoris:** 0.14% (n=1). **Complicaciones cutáneas menores:**13.9% (n=120).

En cuanto a resultados funcionales: la profundidad vaginal promedio fue de **17 cm** (rango 15-22). La **satisfacción cosmética global fue del 99.3%**, con un **92.4% de sensibilidad erógena** preservada y un **84.8% de capacidad orgásmica** reportada.

Conclusión

Nuestra experiencia de más de 15 años demuestra que las técnicas cutáneas son seguras y eficaces, con una tasa de complicaciones alineada con los estándares internacionales. La alta satisfacción reportada y los resultados funcionales sugieren que la personalización de la técnica cutánea (ajustada a la anatomía individual) permite obtener resultados óptimos en la creación de la neovagina.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-58

Dilatación con balón liberador de paclitaxel en la estenosis de uretra femenina: experiencia multicéntrica y resultados funcionales preliminares.

Jerez Izquierdo, T[(1)]; Viegas Madrid, V[(1)]; Belkahia, G[(1)]; Sanchez Gallego, MD[(1, 2)]; Carracedo Calvo, D[(1)]; Esquinas Lombán, C[(1)]; Celada Luis, G[(3)]; Mínguez Ojeda, C[(4)]; Romero Otero, J[(1)]

[(1)]Departamento de Urología, Hospital Universitario HM Hospitales. ROC Clinic. Madrid, Madrid. [(2)]Departamento de Urología, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, España. [(3)]Departamento de Urología, Hospital Universitario de la princesa. Madrid, España. [(4)]Departamento de Urología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, Madrid.

INTRODUCCIÓN:
La estenosis uretral femenina es una entidad clínica infrecuente que impracta gravemente en la calidad de vida de las pacientes. El abordaje terapéutico representa un desafío debido a la escasez de alternativas mínimamente invasivas eficaces a largo plazo. El objetivo de este estudio es evaluar la viabilidad, el perfil de seguridad y los resultados clínicos iniciales del uso de la dilatación uretral con balón recubierto de paclitaxel (Optilume®) en una cohorte multicéntrica.
MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un análisis retrospectivo de nueve pacientes consecutivas tratadas con Optilume® entre mayo de 2023 y noviembre de 2025. Todas las pacientes presentaban una estenosis uretral recidivada tras haber recibido al menos un tratamiento previo (dilatación, abordaje endoscópico o tratamiento quirúrgico).Se evaluaron variables clínicas, datos flujométricos, el residuo postmiccional (RPM) y el grado de satisfacción subjetiva. El éxito del procedimiento se definió como un incremento de ≥50% del flujo máximo (Qmáx). La percepción subjetiva de mejoría se evaluó mediante el cuestionario PGI-I.
RESULTADOS:
La edad media fue de 63,2 años (DE ±15,6). Todos los procedimientos se realizaron en régimen ambulatorio y el tiempo medio operatorio fue de 18.1 minutos. Ninguna paciente presentó complicaciones precoces o tardías, ni aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo. El Qmáx preoperatorio (8,6 ± 3,8 mL/s) mostró una mejoría significativa hasta 13,6 ± 8,5 mL/s tras el procedimiento (p = 0,012). Todas las pacientes que presentaban retención aguda de orina o necesidad de cateterismo intermitente limpio lograron restaurar la micción espontánea. Se obtuvo mejoría flujométrica en dos tercios de la cohorte (66,7%; 6/9). Una paciente (11,1%) presentó recurrencia a los 5 meses, resuelta mediante uretrotomía interna. En términos subjetivos, todas las pacientes refirieron mejoría clínica: 66,7% (6/9) se encontraron “muchísimo mejor” y 33,3% (3/9) “mucho mejor”. Tras un seguimiento medio de 11 meses, el 88,9% (8/9) permanecían libres de recurrencia.
CONCLUSIÓN: La dilatación con balón recubierto de paclitaxel (Optilume®) constituye una alternativa segura, eficaz y de carácter mínimamente invasivo para el tratamiento de la estenosis uretral femenina, incluso en pacientes complejas. Son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y un seguimiento más prolongado para confirmar los resultados observados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-59

Infectious Outcomes After Anterior Urethroplasty Without Prolonged Antibiotic Prophylaxis: A Prospective Randomized Analysis of 83 Patients

Machado Tavares, P[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Glusman Knijnik, P[(1)]; Creixell, A[(2)]; de Oliveira, RT[(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:
Patients undergoing urethroplasty frequently remain catheterized for several weeks, raising concern for bacteriuria and urinary tract infection (UTI). This often leads to prolonged antibiotic prophylaxis until catheter removal, despite growing concerns regarding antimicrobial overuse. This study aimed to prospectively describe infectious outcomes after anterior urethroplasty using a restrictive antibiotic strategy, with routine urine culture after catheter removal.
Material and methods:
We prospectively analyzed 83 patients undergoing anterior urethroplasty in a randomized trial comparing urethral catheterization for two versus three weeks. All patients underwent preoperative urine culture. Patients with negative preoperative cultures received only intraoperative antibiotic prophylaxis, without suppressive antibiotics during catheterization, including those with suprapubic cystostomy. Postoperative urine culture was routinely performed after urethral catheter removal. The primary infectious outcomes were positive urine culture and symptomatic UTI.
Results:
Post-catheter removal urine culture was available in 81 patients. Positive urine culture was frequent but similar between groups, occurring in 16/41 patients in the 2-week group and 16/40 patients in the 3-week group, corresponding to 39.0% and 40.0%, respectively ($p = 0.928$). Symptomatic UTI occurred in 8/41 patients in the 2-week group and 7/41 patients in the 3-week group, corresponding to 19.5% and 17.1%, respectively ($p = 0.775$). Therefore, longer catheterization was not associated with higher rates of bacteriuria or symptomatic infection.
Conclusions:
In this prospective randomized cohort of 83 patients, omission of prolonged suppressive antibiotic prophylaxis until catheter removal was not associated with increased infectious morbidity in patients catheterized for three weeks. Routine urine culture after catheter removal identified frequent bacteriuria, but symptomatic UTI occurred in fewer patients and was similar between groups. These findings support distinguishing microbiological positivity from clinically relevant infection and reinforce a judicious, symptom-guided antibiotic strategy after urethral reconstruction.
Keywords:
Urethroplasty; Urinary tract infection; Antibiotic stewardship.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-60

Impact of Anterior Urethroplasty on Erectile and Ejaculatory Function: A Prospective Cohort

Machado Tavares, P[(1)]; Hockmuller Filho, FA[(1)]; de Souza Britto, AF[(1)]; Garibaldi Bertoncello, G[(1)]; Glusman Knijnik, P[(1)]; Creixell, A[(2)]; 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:
Anterior urethroplasty is the preferred treatment for urethral stricture disease, but its impact on sexual function remains debated because of the proximity of the neurovascular bundle to the anterior urethra. This study evaluated the effect of anterior urethroplasty on erectile and ejaculatory function and explored associations with age, stricture length, and surgical technique.
Material and Methods:
Prospective cohort of 105 patients with bulbar or penile strictures and no prior stricture treatment, undergoing anterior urethroplasty (excision and primary anastomosis or buccal mucosal graft). Erectile function was assessed with the IIEF-5/SHIM and ejaculatory function
with the MSHQ-EjD (functional domain, items 1–3; item 4 as bother), preoperatively and at 3, 6, 12, and 24 months. Because follow-up was irregular, postoperative scores were aggregated into early (3/6-month) and late (12/24-month) periods. Longitudinal changes were tested with the Friedman and Wilcoxon signed-rank tests (Bonferroni threshold $p<0.017$); associations with age and stricture length with Spearman correlation, and technique and location effects with the Mann–Whitney U test.
Results:
Median age was 63.7 years (mean 60.8±14.7); the stricture was bulbar in 65.7% (79.0%
including penobulbar lesions), with a median length of 1.8 cm. Among patients with paired data, 81% underwent non-transecting and 19% transecting repair. Median preoperative IIEF-5 was 15 (14.7±6.7) and remained stable across periods (Friedman $p=0.233$; all pairwise $p>0.05$); a descriptive decline at 6 months (median 11) recovered by 12 months (median 18). Ejaculatory function (median preoperative 6) improved significantly in the early postoperative period versus baseline ($Z=-2.692$; $p=0.007$), persisting after Bonferroni correction, with no further change late. The ejaculatory bother item was unchanged. Neither age nor stricture length correlated with score changes, and no differences were found between transecting and non-transecting techniques or between bulbar and non-bulbar strictures.
Conclusions:
Anterior urethroplasty preserved erectile function and produced early improvement in ejaculatory function, with no significant effect of age, stricture length, or surgical technique. The transient erectile decline at 6 months with recovery by 12 months supports preoperative
counseling and prolonged follow-up.
Keywords:
Urethroplasty; Erectile function; Ejaculatory function

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-61

Caracterización de la incontinencia urinaria posterior a la enucleación endoscópica de próstata con láser: experiencia multicéntrica

Ramírez Rocha, G[(1)]; Calvo Bernasconi, I[(1)]; Juri Yamal, D[(1)]; Escudero Perelló, A[(1)]; Acuña Madrid, JI[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile.

Introducción:
La enucleación endoscópica de próstata (EEP) con láser constituye el tratamiento de referencia para el crecimiento prostático con excelentes resultados funcionales y baja morbimortalidad. No obstante, la incontinencia urinaria (IU) postoperatoria continúa siendo una de las preocupaciones mayores por su compromiso en calidad de vida. La evidencia disponible describe una incidencia de incontinencia variable y predominantemente transitoria reportada entre el 12-15% en el post operatorio precoz y una disminución progresiva hasta 1% de IU permanente, existiendo escasa información sobre la evolución de sus tipos. El objetivo de este estudio fue caracterizar la IU posterior a EEP con láser, en una cohorte multicéntrica.
Metodología:
Estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico de pacientes sometidos a EEP con láser entre 2022-2026 en 2 centros de referencia nacionales. Se registraron variables clínicas y perioperatorias.
Resultados:
Se incluyeron 493 pacientes, 94 (19,1%) presentaron algún tipo de IU de cualquier severidad en al menos un seguimiento. La mediana de edad fue de 72 años (IQR 67-79.8), volumen prostático ecográfico de 81 cc y tiempo quirúrgico de 102 minutos (IQR 80-120). Los seguimientos se realizaron a 35.5 (IQR 29-42.8), 95.5 (IQR. 64.5-118.5) y 192 días (IQR 132-246), respectivamente. En el primer seguimiento predominó la urgeincontinencia (10.1%), seguida de IU de esfuerzo (3.9%) y mixta (1.6%). Para el tercer seguimiento se reportó 1.4% de urgeincontinencia, 1.8% IU de esfuerzo y 0.6% de IU mixta. La frecuencia acumulada de IU disminuyó progresivamente desde 15,6% al primer seguimiento hasta 6,7% y 3,9% al control de tres y seis meses, respectivamente.
Conclusiones:
La IU de cualquier severidad posterior a EEP con láser presentó incidencia acumulada del 19,1%, con marcada disminución durante el seguimiento, sugiriendo su carácter predominantemente transitorio. La urgeincontinencia predominó en el postoperatorio precoz, mientras que la de esfuerzo predominó entre los casos persistentes, lo que sugiere mecanismos fisiopatológicos diferentes. Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional y respaldan la necesidad de caracterizar los subtipos de IU, para optimizar el asesoramiento preoperatorio, el seguimiento funcional y las estrategias terapéuticas dirigidas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-62

Resultados Funcionales y Satisfacción a Largo Plazo en Vaginoplastia de Afirmación de Género: Análisis de una Encuesta a 453 Pacientes.

Giraldo, C[1, 2]; Belinky, J[2, 3]

[1]Urologia, Hospital Evita Pueblo. Berazategui, Argentina. [2]Urologia, Sanatorio Guemes. CABA, Argentina. [3]Urologia, Hospital Durand. CABA, Argentina.

Introducción

La evaluación de los resultados en la cirugía de afirmación de género debe trascender la técnica quirúrgica e incorporar la experiencia vivida por las pacientes. Este estudio evalúa la satisfacción, la función sexual y la sensibilidad postoperatoria en pacientes sometidas a vaginoplastia primaria, utilizando indicadores de resultados reportados por pacientes (PROMs).

Material y Método

Se realizó un estudio transversal mediante un formulario estructurado dirigido a pacientes operadas entre enero de 2020 y abril de 2026. Se incluyeron **453 pacientes** con un tiempo de seguimiento que osciló entre 2 meses y 5 años postoperatorios. Se evaluaron variables de sensibilidad, capacidad orgásmica, actividad sexual, complicaciones percibidas y niveles de arrepentimiento o satisfacción con la decisión quirúrgica.

Resultados

La técnica cutánea fue la más prevalente en la muestra. Los hallazgos principales incluyen:

Sensibilidad y Dolor: Más del **90%** reportó sensibilidad preservada en el neoclítoris y más del **90%** negó dolor durante la estimulación de dicha área. Mas del **50%** de las pacientes calificó la sensibilidad de su neovagina con la puntuación máxima (10/10). **Función Sexual:** Mas del **70%** de las pacientes alcanza el orgasmo y el **61.3%** mantiene actividad sexual con penetración vaginal. Para más del **50%**, la sensibilidad intravaginal es descrita como "muy placentera". **Complicaciones:** Un **32.8%** reportó haber tenido alguna complicación; de este grupo, el **14.3%** percibió que dicha complicación interfirió con su capacidad orgásmica o el inicio de su vida sexual. **Satisfacción y Arrepentimiento:** El **99.2%** de las pacientes manifestó no tener arrepentimiento por la cirugía. Además, más del **90%**afirmó que volvería a elegir el procedimiento si tuviera que tomar la decisión nuevamente.

Conclusión

Los resultados demuestran niveles excepcionalmente altos de satisfacción y bienestar postoperatorio. La preservación de la sensibilidad erógena y la capacidad orgásmica, junto con un índice de arrepentimiento cercano a cero, confirman que la vaginoplastia con técnicas de profundidad ofrece resultados funcionales y psicosociales robustos, consolidándose como una intervención esencial y transformadora para las pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-63

Uropatía inducida por ketamina: estudio clinicopatológico multicéntrico que revela un fenotipo inmunoalérgico distintivo

Cifuentes, M[(1)]; Calvo, N[(2)]; Brito, F[(3)]

[(1)]Uroginecologia, Universidad de Valparaíso. Viña del mar, Chile. [(2)]Urología, Universidad de Valparaíso. Viña del mar, Chile. [(3)]Ginecologia, Hospital de Talagante. Santiago, Chile.

Objetivo
La uropatía inducida por ketamina (UIK) es una complicación cada vez más reconocida del consumo recreativo de ketamina, que provoca una disfunción severa del tracto urinario inferior y un daño vesical progresivo. Aunque sus manifestaciones clínicas han sido descritas, la fisiopatología subyacente sigue siendo poco comprendida. Nuestro objetivo fue caracterizar las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas de la UIK y explorar los mecanismos inmunopatológicos involucrados en esta enfermedad.
Métodos
Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico utilizando el registro chileno FUFFER entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyeron 25 pacientes con diagnóstico clínico y/o cistoscópico de UIK para la evaluación clínica y endoscópica. Las biopsias vesicales de tres pacientes representativos fueron sometidas a estudio histopatológico e inmunohistoquímico para CD3, CD4, CD8, CD20, triptasa, IgE y mieloperoxidasa. Los hallazgos se compararon con pacientes pareados por edad y sexo con cistitis inespecífica y con muestras de vasculitis urticarial cutánea.
Resultados
Los pacientes eran jóvenes (edad media de 25,7 ± 4,6 años) y desarrollaron síntomas severos del tracto urinario inferior tras un período relativamente corto de exposición a la ketamina. La cistoscopia mostró de manera consistente pancistitis hemorrágica difusa, marcada neovascularización, ulceración y una importante disminución de la capacidad vesical.
El análisis histopatológico reveló un fenotipo inmunoalérgico distintivo, caracterizado por un denso infiltrado eosinofílico subepitelial e intraepitelial, abundantes mastocitos, predominio de linfocitos T $CD4^+$, intensa deposición de IgE en el urotelio y mínima inflamación neutrofílica. Además, en todas las muestras de UIK se identificó un hallazgo reproducible consistente en una alineación lineal de eosinófilos a lo largo de la adventicia de las arteriolas, asociada a venulitis necrosante focal, hallazgo que estuvo ausente en los tejidos control.
Conclusiones
La uropatía inducida por ketamina presenta un fenotipo clinicopatológico distintivo que difiere de manera fundamental de la cistitis inespecífica y respalda la existencia de un mecanismo fisiopatológico inmunoalérgico subyacente. El reconocimiento de sus características clínicas, endoscópicas e histopatológicas podría mejorar la precisión diagnóstica, favorecer un tratamiento más precoz y proporcionar una base para el desarrollo de futuras terapias inmunomoduladoras dirigidas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-64

Postoperative Complications in Urologic Surgery: Preliminary Analysis of a Prospective Cohort Started in 2026

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

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

Background: Systematic assessment of postoperative complications is essential for monitoring surgical quality and patient safety in academic urology. The Clavien-Dindo classification standardizes postoperative morbidity reporting across heterogeneous procedures.
Objective: To evaluate 30-day postoperative complications after urologic procedures and identify predictors of overall and major complications in a prospective cohort.
Methods: We conducted an ongoing prospective cohort, initiated in January 2026, including patients undergoing urologic procedures at a tertiary university hospital. Complications were classified according to the highest Clavien-Dindo grade observed during hospitalization or within 30 days. Major complications were defined as grade III–V. Clinical and surgical variables included age group, ASA status, Charlson comorbidity index, operative time, and surgical group. Bivariate analyses and multivariable logistic regression were performed.
Results: A total of 1,137 urologic procedures were recorded, with 30-day outcome data available for 836. Overall, 637 patients had no complications (76.2%), while 199 developed complications within 30 days (23.8%). Minor complications (grade I–II) occurred in 117 cases (14.0%), and major complications in 82 (9.8%). Complication severity differed significantly by surgical group. Kidney transplantation had the highest morbidity, with overall and major complications in 63.3% and 28.6%, respectively, whereas genital/scrotal procedures had the lowest morbidity, with 6.5% overall and 3.7% major complications. In multivariable analysis, high ASA status (OR 2.54; 95% CI 1.66–3.91; p<0.001) and operative time (OR 1.26 per hour; 95% CI 1.10–1.45; p=0.001) independently predicted overall complications. For major complications, high ASA status (OR 2.01; 95% CI 1.16–3.50; p=0.013), Charlson index (OR 1.18 per point; 95% CI 1.04–1.33; p=0.008), and operative time (OR 1.38 per hour; 95% CI 1.17–1.63; p<0.001) remained independently associated.
Conclusion: In this prospective cohort started in January 2026, postoperative complications occurred in 23.8% of urologic procedures, with 9.8% major events. ASA status, comorbidity burden, and operative time were key predictors of postoperative morbidity.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-65

Validación de “EMI”, agente de inteligencia artificial para la extracción automatizada de datos desde informes radiológicos en etapificación de cáncer de próstata en plataforma “UroData”

Tarp-Hansen, E[1]; Toledo, V[2]; Mardonez, P[1]; Poblete, V[1]; Infante, I[1]; Rodriguez, C[3]; Hassi, M[1]

[1]Urologia, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. [2]Médico General, Hospital Felix Bulnes. Santiago, Chile. [3]Urologia, Hospital de Coquimbo. Coquimbo, Chile.

Introducción:
La inteligencia artificial (IA) puede facilitar la incorporación de información clínica estructurada en plataformas de seguimiento, reducir el tiempo de registro y favorecer la estandarización de bases de datos. Sin embargo, su desempeño debe validarse frente a la revisión humana antes de su implementación clínica. El objetivo de este estudio fue evaluar el desempeño de EMI, la herramienta de IA integrada en UroData —una plataforma gratuita de registro y seguimiento urológico—, para identificar, extraer y estandarizar información clínicamente relevante a partir de informes radiológicos.
Materiales y método:
Estudio observacional, descriptivo y transversal de validación. Se analizaron 300 informes realizados por uro-radiólogos del hospital DIPRECA: 100 resonancias magnéticas multiparamétricas de próstata (RMmp), 100 tomografías computarizadas de tórax, abdomen y pelvis (TAC), 100 cintigramas óseos (C.O). La información extraída automáticamente por EMI fue comparada con la recopilación efectuada por un uro-oncólogo, considerada como estándar de referencia. Cada resultado fue clasificado como “correcto” cuando recuperó toda la información pertinente; “parcialmente correcto” cuando omitió información relevante; e “incorrecto” cuando presentó alucinaciones al traspasar la información. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para cada tipo de documento.
Resultados:
De los 300 informes evaluados, EMI realizó una extracción correcta de la información en 262 casos (87,3%; IC95%: 83,1–90,6), mientras que 30 resultados (10%) fueron parcialmente correctos y 8 (2,7%) presentaron información incorrecta. En consecuencia, 38 informes (12,7%) requirieron corrección. La tasa de extracción completa fue de 84% en RMmp, 87% en TAC y 91% en C.O.
Conclusiones:
EMI mostró un desempeño favorable en la extracción de información desde informes radiológicos utilizados en la etapificación de cáncer de próstata, especialmente en C.O y TAC. No obstante, la proporción de informes que requrió corrección humana y en particular los casos en que se generó información no contenida en el documento original indican que aún se requiere supervisión humana. Estos resultados respaldan su utilización como herramienta de apoyo para la estructuración de datos, pero no como sustituto de la revisión clínica.
Palabras Clave: Inteligencia Artificial; Cáncer de Próstata; UroData.

Distribución de respuestas según informe radiológico

Categoría	Correcto	Parcialmente Correcto	Incorrecto	Total
RMmp	84 (84%)	13 (13%)	3 (3%)	100
TAC	87 (87%)	10 (10%)	3 (3%)	100
C.O	91 (91%)	7 (7%)	2 (2%)	100

RMmp: resonancia magnética multiparamétrica; TAC: tomografía axial computarizada; C.O: cintigrama óseo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-66

Non-Invasive Parameters to Prioritize Urodynamic Testing: Findings from a Peruvian Cohort

Soto Inga, G[(1)]; Rodríguez Gutarra, N[(1)]; Feijoo Mendoza, R[(1)]; Diaz-Llontop, D[(1)]; Bedoya Ismodes, E[(1)]; Castillo Laborio, R[(1)]

[(1)]Research Center, Detecta Clinica. Lima, Peru.

Background
Urodynamic studies are the gold standard for evaluating voiding dysfunction but are invasive and resource-intensive. In Peru, access to urodynamic testing is limited and unevenly distributed, highlighting the need for objective triage strategies. This study evaluated the diagnostic accuracy of clinical and non-invasive uroflowmetric parameters in predicting urodynamic voiding inefficiency.

Methods
We conducted a retrospective observational cohort study including consecutive patients undergoing free uroflowmetry followed by urodynamic evaluation at a tertiary referral center. Clinical variables and non-invasive parameters, including postvoid residual (PVR) and maximum flow rate (Qmax), were analyzed. Multivariable logistic regression identified independent predictors. Receiver operating characteristic (ROC) curves were constructed, and optimal cut-offs were determined using the Youden index.

Results
Fifty-two patients were included. In multivariable analysis, both PVR (adjusted OR 14.57; 95% CI 2.01–105.66; p=0.008) and Qmax (adjusted OR 12.18; 95% CI 1.15–128.50; p=0.038) independently predicted urodynamic voiding inefficiency, whereas clinical symptoms were not independently associated. PVR demonstrated strong discrimination (AUC 0.829; 95% CI 0.69–0.96), with an optimal cut-off of 65 mL yielding 90.9% sensitivity and 84.6% NPV. Qmax showed moderate discrimination (AUC 0.771) and high specificity (94.4%) at 10.7 mL/s. A combined model improved overall discrimination (AUC 0.866).

Conclusion
In this Peruvian cohort, non-invasive uroflowmetric parameters demonstrated meaningful diagnostic accuracy for predicting urodynamic voiding inefficiency. In settings with limited access to urodynamics, objective triage parameters such as PVR and Qmax may support more efficient resource utilization. Larger prospective studies are warranted for external validation.

Financiamiento / conflicto de intereses: The authors declare that they have no conflicts of interest.

O-67

Caracterización del secretoma epitelial y de vesículas extracelulares pequeñas de piel, vagina y vejiga porcina durante la reepitelización

Rootsi, D[(1)]; Boggavarapu, NR[(1)]; Mamand, DR[(2)]; Hagey, D[(1)]; Gründler, S[(1)]; Andres, Z[(1)]; Chamorro Jimenez, CI[(1)]; Fossum, M[(1, 3, 4)]

[(1)]Women´s and Children's Health, Karolinska Institutet. Estocolmo, Suecia. [(2)]Department of Laboratory Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, SE. [(3)]Department of Clinical Medicine, Copenhagen University. Copenhagen, Denmark. [(4)]Department of Pediatric Surgery, Hospital Rigshospitalet. Copenhagen, Denmark.

Intoducción
Differentes tipos de tejidos epiteliales presentan propiedades de cicatrización específicas. Además, la señalización intercelular desempeña un papel fundamental en la regeneración de las heridas epiteliales. Uno de los principales mecanismos de comunicación celular es la secreción de vesículas extracelulares. En este estudio nos propusimos aislar, caracterizar y comparar el secretoma epitelial de piel, vagina y vejiga durante un proceso de reepitelización, como el que ocurre tras una lesión. Asimismo, evaluamos su posible papel en la señalización celular y cómo estas diferencias podrían influir en sus respectivas capacidades de cicatrización.
Métodos: Se obtuvieron muestras de piel, vagina y vejiga porcina de tres animales distintos tras su sacrificio. El epitelio se separó mecánicamente del tejido subepitelial subyacente. Posteriormente, los tejidos se fragmentaron en microinjertos de 2 mm y se cultivaron en placas de Petri para favorecer la expansión epitelial. Una vez alcanzada la expansión de cada epitelio, se recogió el medio de cultivo de cada placa y se aislaron pequeñas vesículas extracelulares (sEVs) mediante centrifugación seriada, ultrafiltración y cromatografía de exclusión por tamaño. La presencia de sEVs se confirmó mediante microscopía electrónica de transmisión (TEM) y análisis de seguimiento de nanopartículas (NTA). Las sEVs aisladas se procesaron posteriormente para análisis proteómico y secuenciación de ARNm y ARN pequeño no codificante, incluido microARN. Los datos bioinformáticos obtenidos se analizaron mediante expresión diferencial y enriquecimiento de vías.
Resultados: Mediante NTA y TEM se detectaron micropartículas con un tamaño de 150 ± 50 nm. Los datos de ARN y proteínas respaldaron la existencia de un perfil secretor. Análisis posteriores revelaron un agrupamiento específico por órgano y una expresión diferencial de múltiples vías de señalización, lo que puso de manifiesto el perfil singular de cada secretoma epitelial. Además, en los tres tejidos se observó una regulación al alza de factores relacionados con la cicatrización.
Conclusiones: Se logró aislar con éxito EVs a partir de microinjertos porcinos de piel y tejidos urogenitales durante la expansión del epitelio, utilizada como modelo indirecto de un proceso de reepitelización. Asimismo, se caracterizó su perfil secretor de proteínas y ARN, y se identificaron firmas específicas de tejido dentro del secretoma.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-68

Efectos comparativos de la quimioterapia adyuvante con Carboplatino en dosis única frente a PEB en varones con cáncer de testículo: argumentos sobre hormonas sexuales y parámetros espermáticos

Malca-Caballero, L[(1)]; Arrus-Soldi, JA[(1)]; Sanchez-Curbelo, J[(1)]; Raffo, M[(1)]; Contreras-García, R[(1)]; De Rocco-Ponce, M[(1)]; Dumas-Castro, S[(1)]; Vantman-Luft, D[(1)]; Vives-Suñe, A[(1)]; Adalid, G[(1)]; Ruiz-Castañe, E[(1)]

[(1)]Servicio Andrologia, Fundacion Puigvert. Barcelona, España.

Introducción: La quimioterapia adyuvante (QT) para cáncer testicular afecta la espermatogénesis, las diferencias entre los regímenes de estos están poco estudiadas. Comparamos datos de pacientes tratados con Carboplatino en dosis única frente a PEB después de orquiectomía unilateral por cáncer de testículo.
Métodos: Se analizaron146 pacientes que se sometieron a orquiectomía después de criopreservación, con o sin QT adyuvante. Los pacientes se agruparon según la QT adyuvante recibida. Se recopilaron parámetros hormonales y seminales al inicio y 12 meses después. Se calculó el recuento total de espermatozoides móviles (RTEM). Se uso estadística descriptiva para las diferencias entre grupos y regresión lineal univariable y multivariable para asociación entre el régimen de QT y los niveles hormonales y RTEM.
Resultados: De 146, 119 (82%) pacientes recibieron QT adyuvante después de la cirugía. 26 (17,8%) Carboplatino y 93 PEB (63,7%. La histopatología fue: seminoma 80 (55%), 57 seminoma/mixto (39%) y 9 células no germinales (6,2%). Los pacientes con PEB tuvieron mayor probabilidad de recibir al menos 2 ciclos de QT (89% vs. 47%), en comparación con los pacientes que recibieron Carboplatino. grupo PEB presentaron valores medianos (RIC) de FSH más bajos [5,0 (1,3-7,8) vs. 6,8 (5,1-9,8) mUI/ml] al inicio, pero FSH mediana más elevada [10 (8-16) vs. 7 (6-8) mUI/ml] después del tratamiento (todas $p<0,05$). No se encontraron diferencias significativas en los niveles de testosterona total (TT) medidos antes y después del tratamiento. grupo PEB presentaron un recuento espermático total mediano (RIC) más bajo [26 (7-45) vs. 64 (32-114) millones] y un RTEM más bajo [7 (2-25) vs 22 (10-39) x106] después del tratamiento, en comparación con los pacientes tratados con Carboplatino (todas $p<0,05$). En el análisis de regresión lineal multivariable, el tipo de régimen de QT se asoció significativamente con los valores de FSH y RTEM después de ajustar por edad, valores basales y tipo de histología.
Conclusión: A pesar de niveles comparables de TT, en pacientes sometidos a orquiectomía unilateral y quimioterapia adyuvante por cáncer testicular, el régimen PEB se asoció con niveles más elevados de FSH y RTEM más bajo en el seguimiento a un año en comparación con Carboplatino.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-69

HbA1c ≥7% y menor recuperación del IIEF en disfunción eréctil diabética

Martinez Preciado, JM[(1)]; Sandoval Salinas, C[(2)]; Corredor Ayala, H[(2)]; Aristizabal, OL[(2)]

[(1)]Boston Medical. Bogota, Colombia. [(2)]Bogota, Colombia.

Introducción:
La disfunción eréctil en hombres con diabetes mellitus constituye un fenotipo clínico complejo, asociado con alteración endotelial, neuropatía y comorbilidad cardiometabólica. Aunque el mal control glucémico se ha relacionado con mayor severidad de la disfunción eréctil, su impacto sobre la recuperación funcional medida mediante IIEF en práctica clínica real requiere mayor caracterización.
Material y métodos:
Estudio retrospectivo multicéntrico en hombres con diabetes mellitus y disfunción eréctil, con HbA1c disponible, IIEF basal válido y último IIEF de control válido. Se compararon pacientes con HbA1c <7% versus HbA1c ≥7%. El desenlace principal fue el cambio del IIEF entre la consulta basal y el último control. El desenlace secundario fue la mejoría clínicamente relevante, definida según severidad basal: ≥2 puntos en DE leve, ≥5 en DE moderada y ≥7 en DE severa. Se realizaron análisis bivariados y modelos multivariables ajustados por edad, IMC, IIEF basal, país, comorbilidades cardiometabólicas y estrategia terapéutica. Para el desenlace dicotómico se estimó riesgo relativo ajustado mediante Poisson con varianza robusta.
Resultados:
Se incluyeron 219 pacientes. La edad media fue 59,5 años, el IMC medio 28,3 kg/m² y la HbA1c media 8,2%. El 64,8% presentó HbA1c ≥7%. El IIEF aumentó de 12,5 a 18,2 puntos, con mejoría media global de 5,65 puntos. El incremento fue mayor en HbA1c <7% que en HbA1c ≥7%: 6,69 versus 5,08 puntos; p=0,024. La mejoría clínicamente relevante fue más frecuente en HbA1c <7%: 80,5% versus 54,2%; p<0,001. El RR crudo fue 0,67; IC95% 0,56–0,81. Tras el ajuste multivariable, HbA1c ≥7% se asoció con menor cambio del IIEF, β=-1,71; IC95% -3,03 a -0,40; p=0,011, y menor probabilidad de mejoría clínicamente relevante, RR ajustado=0,70; IC95% 0,58–0,85; p<0,001.
Conclusiones:
La HbA1c ≥7% se asoció con menor recuperación del IIEF y menor probabilidad de mejoría clínicamente relevante. El mal control glucémico podría identificar un fenotipo de menor respuesta terapéutica en disfunción eréctil diabética.
Palabras clave:
Disfunción eréctil; diabetes mellitus; HbA1c; IIEF.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-70

Respuesta temprana del IIEF-5 como predictor de respuesta clínica a 6 meses en hombres diabéticos con disfunción eréctil

Martinez Preciado, JM[1]; Sandoval Salinas, C[1]; Corredor Ayala, H[1]; Aristizabal, O[2]

[1]Boston Medical. Bogota, Colombia. [2]Boston Medical. Bogotá, Bogotá D.C., Colombia, Colombia.

Introducción:
La disfunción eréctil (DE) en hombres con diabetes mellitus presenta evolución heterogénea y respuesta terapéutica variable. Identificar marcadores tempranos de evolución favorable podría optimizar el seguimiento y facilitar ajustes terapéuticos oportunos. El objetivo fue evaluar si la respuesta temprana del IIEF-EF a las 4 semanas se asocia con la respuesta clínica final a los 6 meses en hombres diabéticos con DE.
Materiales y métodos:
Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en hombres diabéticos con DE. Se incluyeron pacientes con IIEF-EF basal, a las 4 semanas y 6 meses de iniciado el tratamiento. La respuesta clínica se definió como alcanzar la diferencia mínima clínicamente importante (MCID) del IIEF-EF ajustada por la severidad basal: ≥2 puntos en DE leve, ≥5 en DE moderada y ≥7 en DE severa. Se evaluó la asociación entre presentar una respuesta temprana (MCID 4 semanas) y la respuesta a los 6 meses de iniciado el tratamiento para la DE, estimando medidas de asociación crudas y ajustadas por covariables, mediante modelos de regresión. Se evaluó el desempeño predictivo de la respuesta temprana mediante análisis de la curva ROC, el AUC, y la estimación de la sensibilidad y especificidad.
Resultados:
Se incluyeron 283 pacientes (tabla 1). 131 pacientes (46,3%) tuvieron respuesta temprana, definida como alcanzar la MCID del IIEF-EF a las 4 semanas. La respuesta clínica a los 6 meses fue más frecuente en los respondedores tempranos que en los no respondedores tempranos (78,6% vs 52,6%; RR crudo: 1,49; IC95%: 1,25–1,78; p<0,001). También se observó un mayor incremento promedio del IIEF-EF final en el grupo de respondedores tempranos (8,47 vs 4,81 puntos; p<0,001). En el análisis multivariado, la respuesta temprana fue un predictor independiente de la respuesta final a los 6 meses (OR ajustado: 2,46; IC95%: 1,35–4,56; p=0,0036). El AUC fue de 0,72, con una sensibilidad de 68,5% y una especificidad de 65,3%.
Conclusión:
En nuestro estudio, la respuesta temprana del IIEF-EF a las 4 semanas se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de respuesta clínica a los 6 meses en hombres diabéticos con DE, presentando una capacidad discriminativa moderada.

Datos clinicos de ambos grupos

	Respondedores tempranos	No respondedores
Edad	59,1 años	60,7 años
IMC	28,3 kg/m²	30,7 kg/m²
HbA1c	7,5%	7,1 %
IIEF-EF basal	11,8	12,5

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-71

Efecto del uso de juguetes sexuales en la sintomatología de la menopausia

Espitia De La Hoz, F[(1)]

[(1)]Sexología, Hathor, Clínica Sexológica. Armenia, Colombia.

Introducción: escasas investigaciones han reportado que los juguetes sexuales mejoran la función sexual y la salud del suelo pélvico; sin embargo, existen menos o ningún estudio sobre su efecto en la sintomatología de la menopausia.
Objetivo: conocer el efecto del uso de juguetes sexuales en la sintomatología de la menopausia, así como en la calidad de vida y la función sexual.
Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron 309 mujeres (≥45 años), con diagnóstico de menopausia y puntuación en la escala MRS ≥5. Las que asistieron al programa de climaterio/menopausia en cinco clínicas privadas de alta complejidad, en Armenia y Pereira (Colombia); entre 2019 y 2025. Las participantes recibieron instrucciones para usar dos juguetes sexuales (vibrador y estimulador de clítoris). Se utilizaron tres cuestionarios: Menopause Rating Scale (MRS), Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) e Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI). Se les hizo seguimiento a los tres meses. Se utilizó estadística descriptiva.
Resultados: La edad media de las participantes fue de 53,94 ± 8,52 años y la de la menopausia de 49,65 ± 8,52 años. Al final del estudio, la frecuencia y severidad de los síntomas menopaúsicos disminuyeron de forma significativa (p = 0,0036 y 0,0009, respectivamente). La puntuación en el MRS disminuyó (8,86 ± 5,85 frente a 5,66 ± 3,87; p = 0,0001) al igual que en el PSQI (5,97 ± 3,47 frente a 3,68 ± 1,92; p = 0,0003), mientras que en el IFSF aumentó significativamente (15,03 ± 7,87 frente a 27,07 ± 10,44; p = 0,0001), reportando mejora en la calidad de vida y la función sexual.
Conclusiones: El uso de juguetes sexuales se asoció con una disminución en la frecuencia y severidad de la sintomatología menopáusica, traduciéndose en mejoría de la calidad de vida y la función sexual.Es importante que los profesionales de la salud aborden los beneficios del uso de los juguetes sexuales debido a la estigmatización que conlleva la función sexual en la población que envejece.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

O-72

Paired Evolution of Antimicrobial Prophylaxis from Primary Implantation to Salvage Penile Prosthesis Surgery: A Single-Center Experience

Cook, T[(1)]; Fernandez-Crespo, R[(1)]; Carrion, R[(1)]; Connelly, Z[(1)]

[(1)]USF Urology, University of South Florida. Tampa, United States.

Introduction: The AUA Best Practice Statement recommends multiple antibiotic combinations as perioperative prophylaxis for penile prosthesis implantation with vancomycin plus an aminoglycoside such as gentamicin a very common option, leaving notable gaps in coverage of penile prosthesis infections. Few studies have examined the evolution of antimicrobial strategies within the same patients from primary implantation to penile re-operation surgery. We describe the paired evolution of prophylaxis antibiotics and characterize the microbiological profile of infected devices at salvage.
Methods: A retrospective review of 24 patients undergoing re-operation penile prosthesis surgery at a single academic center between 2017–2026 was performed. Data was collected from both primary implantation and penile re-operation procedures, including perioperative prophylaxis, prosthesis dip solution, irrigation solution, and discharge antibiotics. Intraoperative cultures were obtained at salvage. Penile re-operation indication was classified as infection (n=18, 75%) or mechanical malfunction (n=6, 25%). Paired comparisons were analyzed using McNemar's test.
Results: Mean age was 64.3 years, and mean BMI was 29.4 kg/m². At primary implantation, 91.7% of patients received vancomycin with gentamicin IV prophylaxis. At penile re-operation, this standard regimen was used in only 20.8%, with the remainder receiving broadened coverage including piperacillin-tazobactam (33.3%), tobramycin (12.5%), and/or fluconazole (41.7%). This shift to nonstandard IV prophylaxis was found to be significant (McNemar's $p<0.001$). Antifungal use increased from 0% to 54.2% ($p=.002$). Among infection salvage cases, cultures yielded no growth in 44.4% and positive cultures in 55.6%. Positive cultures demonstrated diverse organisms, including coagulase-negative staphylococci, S. aureus, Enterobacterales, and anaerobes (Prevotella bivia, Finegoldia magna).
Conclusions: In this retrospective review surgeons empirically broadened antimicrobial prophylaxis at penile prosthesis re-operation compared with primary implantation, with significant increases in antifungal use and broader-spectrum pre-operative IV regimens. The 44.4% culture-negative rate and 55.6% of diverse positive cultures, including anaerobes and atypical organisms, support consideration of expanded prophylaxis beyond standard vancomycin and gentamicin.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-01

REDUSERAD Trial: REal-time Dosimetry for Urologist Safety: Evaluating Radiation Attenuation During Urolithiasis Surgery

Hernandez, DJ[(1)]; Connelly, ZM[(1)]; Ganapathi, H[(2)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, FL, United States. [(2)]Urology, Mercyhealth. Janesville, WI, United States.

Introduction: Healthcare personnel work close to X-ray beams during urolithiasis surgeries with long-term radiation risks. The International Commission of Radiological Protection (ICRP) guidelines recommend a maximum exposure of 2,000 millirem per year to limit occupational risk. Current safety rules rely on delayed quarterly reports, offering zero chance for immediate behavioral correction. This study evaluates the impact of real-time intraoperative dosimetry feedback on surgical team radiation exposure.

Methods: We conducted a randomized controlled trial of patients undergoing surgical intervention for nephrolithiasis. Inclusion criteria required adult patients with radio-opaque renal or ureteral calculi undergoing either ureteroscopic laser lithotripsy (URS) or percutaneous nephrolithotripsy (PCNL) using standard C-arm fluoroscopy. Exclusion criteria included pregnancy, purely radiolucent stones, or prior anatomical abnormalities preventing standard access. During 40 urolithiasis procedures (20 URS, 20 PCNL) performed by two attending surgeons, the attending urologist and the resident wore real-time dosimeters (RaySafe i3 ® Dosimeter, Landauer, United States) outside their lead aprons at chest level. Cases were randomized 1:1. The standard group followed standard precautions. The real-time display group had live radiation doses displayed continuously on an operating room monitor. Scattered radiation doses per procedure and total cumulative exposure were analyzed.

Results: Patient demographics were well-balanced between the standard and display arms, confirming successful randomization: mean age was 54.2 vs. 53.8 years (p=0.84), 55% vs. 53% were male (p=0.90), and mean Body Mass Index (BMI) was 29.8 vs. 29.5 kg/m² (p=0.78). Baseline stone characteristics were statistically similar, with a mean stone burden of 1.4 vs. 1.5 cm for URS (p=0.72) and 2.6 vs. 2.5 cm for PCNL (p=0.68). Individual procedure exposure ranged from 0–15 mrem for URS and 2–24 mrem for PCNL. The real-time display group achieved a statistically significant 27.9% reduction in cumulative radiation dose compared to the standard precaution group (p=0.04). Immediate visual feedback prompted the surgical team to modify intraoperative positioning and shielding techniques proactively.

Conclusions: Real-time dosimetry display serves as an effective, active safety intervention in the operating room. Providing immediate visual feedback successfully drives down cumulative radiation exposure to urologists and residents during endourological procedures, helping teams achieve occupational safety targets.

Keywords: radiation, ALARA, monitoring

Exposed radiation (millirem) with standard precautions versus real time radiation display

	Standard precautions group	Real time radiation display group
Ureteroscopy/ per procedure	Range 0 to 6.6 mrem (n=10)	Range 0.5 to 7.1 mrem (n=10)
PCNL / per procedure	Range 2.1 to 21.5 mrem (n=10)	Range 1.4 to 18.6 mrem (n=10)
Cumulative radiation exposure / all procedures	266.2 mrem (n=20)	191.5 mrem (n=20)

Financiamiento / conflicto de intereses: Intramural funding was provided by the University of South Florida to purchase the RaySafe i3 realtime radiation dosimeters. No conflict of interest for all authors.

P-02

Cost Drivers and Mitigation Factors in Modern Ureteroscopy: A Real-World Database Analysis

Connelly, ZM[(1)]; Morris, K[(2)]; Shin, Y[(2)]; Rojanasarot, S[(2)]; Tsacogianis, T[(2)]; Hernandez, DJ[(1)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, FL, United States. [(2)]Boston Scientific. Marlborough, MA, United States.

Introduction: Kidney stone disease places a considerable economic burden on the healthcare system. As newer technologies, including LithoVue™ Elite Single-Use Digital Flexible Ureteroscope (LVE) with intrarenal pressure (IRP) monitoring and CVAC® Aspiration System, are increasingly adopted in ureteroscopy (URS), the determinants of post-URS hospital costs remains poorly understood. This study examined patient, hospital, and treatment factors associated with 90-day hospital costs among patients undergoing treatment for kidney stones with LVE with IRP or CVAC in a real-world US setting.

Materials and Methods: This retrospective study used the Premier Healthcare Database to identify adults who underwent an index URS with either LVE with IRP or CVAC between January 1, 2024 and November 1, 2025. Patients were followed for 90 days post-discharge to assess observed all-cause post-URS hospital costs, defined as total facility costs accrued across hospital encounters. Factors associated with post-URS costs included patient age > 70 years, sex, race, Charlson Comorbidity Index ≥7, baseline ischemic heart disease, diabetes, hematuria, kidney stone, other stones, recurrent urinary tract infection, sepsis, pre-URS ureteral stent placement, hospital geographic area (rural/urban), hospital teaching status, number of beds, and treatment group were evaluated using gamma-distributed generalized linear models with a log link.

Results: Among 2,344 total patients, 464 received LVE with IRP and 1,880 received CVAC. Baseline patient characteristics were similar between cohorts. Among patients with observed post-URS hospital costs, median 90-day all-cause hospital costs were $1,671 and $3,147 for LVE with IRP and CVAC, respectively. After adjustment, type I/II diabetes (adjusted cost ratio (aCR) 1.25), recurrent urinary tract infection (aCR 1.80), and treatment at hospitals with ≥300 beds (aCR 1.52) were associated with higher 90-day costs; 95% confidence intervals are shown in Table 1. Treatment at a teaching hospital (aCR 0.80) and LVE with IRP use (aCR 0.75) were associated with lower costs. No significant differences were observed in the adjusted costs for all other characteristics.

Conclusion: These findings highlight important determinants of post-URS hospital costs, indicating that both patient-level risk factors and treatment strategy may affect downstream healthcare spending. The results may help identify opportunities to optimize the value of kidney stone care.

Adjusted Cost Ratios for Statistically Significant Factors Associated with 90-Day All-Cause Post-URS Hospital Costs

Variable	Level (Modeled vs. Reference)	Cost ratio (95% CI)	P-value
Diabetes	Yes vs No	1.25 (1.02, 1.55)	0.043
Recurrent urinary tract infection	Yes vs No	1.80 (1.40, 2.34)	<0.001
Teaching status	Teaching vs Community	0.80 (0.65, 0.97)	0.022
Number of beds	≥300 beds vs <300 beds	1.52 (1.24, 1.88)	<0.001
Treatment group	LVE with IRP vs CVAC	0.75 (0.61, 0.93)	0.009

Financiamiento / conflicto de intereses: Boston Scientific paid for database access and statistical analysis

P-04

Complicaciones hemorrágicas tras mini-NLP: Análisis retrospectivo de un centro terciario de alto volumen

Kanashiro Azabache, AK[(1)]; Fila, L[(1)]; Verri, P[(1)]; Izquierdo Gonzalez, P[(1)]; Bravo Balado, AC[(1)]; Angerri Feu, O[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

Introducción: La nefrolitotomía percutánea miniaturizada tiene como objetivo reducir la morbilidad y el riesgo hemorrágico, al tiempo que se mantiene la eficacia en el tratamiento de cálculos renales de gran tamaño. El presente estudio tuvo como objetivo cuantificar las complicaciones hemorrágicas en pacientes sometidos a mini-PCNL en un centro terciario de alto volumen.
Materiales y métodos: Se revisaron retrospectivamente todas las intervenciones de mini-PCNL realizadas en un centro terciario de alto volumen, incluidas aquellas llevadas a cabo mediante un abordaje combinado (mini-ECIRS) y cirugía endoscópica bilateral simultánea (SBES) entre enero de 2018 y septiembre de 2025. Todos los pacientes recibieron un tratamiento antibiótico preoperatorio de 7 días según los resultados del cultivo de orina. La punción renal se realizó bajo guía fluoroscópica utilizando la técnica de 0-90°, con un acceso transpapilar en todos los casos. Los resultados evaluados fueron las complicaciones hemorrágicas postoperatorias, la disminución de la hemoglobina (Hb) entre los análisis preoperatorios y postoperatorios, el número de transfusiones sanguíneas, la tasa de embolización y la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) basal y a los tres meses. Concretamente, las complicaciones se clasificaron según el sistema de Clavien-Dindo.
Resultados: Se analizó a un total de 664 pacientes y el 79,81 % (n = 530) de todas las intervenciones se realizaron con catéteres miniaturizados (≤ 18 Fr). En total, 20 pacientes (3,01 %) presentaron complicaciones hemorrágicas; de ellos, 19 (2,86 %) requirieron transfusiones de sangre, mientras que 11 (1,65 %) necesitaron embolización arterial. Entre los pacientes que desarrollaron complicaciones hemorrágicas, la mediana del volumen de los cálculos fue de 5,7 (rango intercuartílico [IQR] 4,0-9,3) mm^3. La disminución media de la Hb fue de 3,3 (IQR 4,2-1,5) g/dL, con una mediana de transfusiones de sangre de 2 por paciente (IQR 2–3). No se observaron cambios significativos en la TFGe en el seguimiento a los 3 meses.
Conclusiones: La mini-PCNL se asoció con bajas tasas de embolización y transfusión sanguínea. Puede constituir un procedimiento seguro y eficaz en casos complejos. Sin embargo, se necesitan varios estudios comparativos de mayor envergadura para refutar o confirmar los hallazgos actuales.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-05

Stent JJ calcificado: cuando un dispositivo temporal se convierte en un desafío permanente

Morales, I[(1)]; Fasce, R[(1)]; Avaca, F[(1)]; Fernández, J[(1)]; Iacobelli, A[(1)]; Morales, C[(1)]

[(1)]Urología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los catéteres ureterales JJ son una herramienta indispensable en la práctica urológica para el manejo de múltiples patologías. Su permanencia más allá del tiempo recomendado puede generar complicaciones relevantes —calcificación, infección, encrustación, obstrucción y mayor complejidad de extracción—. Pese a ser potencialmente prevenibles, los catéteres JJ olvidados continúan representando un desafío clínico y quirúrgico frecuente en la práctica diaria.
OBJETIVO: Analizar nuestra experiencia en el manejo de catéteres JJ retenidos, evaluando las complicaciones asociadas, los patrones de encrustación, las estrategias de extracción empleadas y los factores relacionados con una mayor complejidad terapéutica.
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes adultos con catéter JJ instalado entre enero de 2010 y diciembre de 2019, mantenido por más de tres meses. El grado de encrustación se clasificó mediante los sistemas FECal (Forgotten, Encrusted, Calcified) y V-GUES. Se utilizó t de Student o Mann-Whitney según distribución, test exacto de Fisher para variables cualitativas, y curvas de Kaplan-Meier para el tiempo hasta la remoción, con significancia estadística de $p<0,05$.
RESULTADOS: La cohorte incluyó 55 pacientes, con mediana de retención de 11 meses (RIC 6-21). La indicación más frecuente fue urolitiasis infectada (36,4%). El método de extracción más común fue la cistolitotomía láser (60,0%), seguido de cistoscopía simple (36,4%). Se observó calcificación en el 90,9% de los catéteres y encrustación en el 20,0% (n=11), con casos severos que requirieron intervenciones complejas, incluyendo punción renal con fragmentación láser (14,6%). Los pacientes con FECal Grado III-V presentaron mayor estancia hospitalaria ($p<0,001$) y mayor necesidad de procedimientos adicionales ($p=0,003$) respecto al Grado I-II. La retención mayor a 6 meses se asoció a mayor estancia hospitalaria (2 vs 3 días, $p<0,002$).
CONCLUSIÓN: La permanencia prolongada de los catéteres JJ, particularmente más allá de seis meses y con mayor grado de encrustación FECal, se asocia a mayor complejidad terapéutica y estancia hospitalaria. La implementación de estrategias efectivas de seguimiento y retiro oportuno constituye la principal medida para prevenir estas complicaciones potencialmente prevenibles.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-06

Evaluación preliminar del desempeño del nomograma MIMIC para predecir la expulsión espontánea de litiasis ureteral en pacientes que acuden al servicio de urgencia

Cid, A[1]; Araya, C[1]; Cáceres, C[1]; Arancibia, MI[2]; Soler, D[1]; Del Real, O[1]; Eltit, I[1, 3]

[1]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile. [2]Urgencias, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile. [3]Urología, Clínica Indisa. Santiago, Chile.

Introducción
El manejo conservador de la litiasis ureteral permite evitar intervenciones innecesarias, aunque predecir la expulsión espontánea del cálculo (EEC) continúa siendo un desafío. El score MIMIC, desarrollado por el BURST Collaborative, estima la probabilidad de EEC a partir de variables clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas (AUC 0,77), pero aún no ha sido validado en Latinoamérica. El objetivo fue evaluar preliminarmente su desempeño en una cohorte chilena.
Materiales y métodos
Estudio observacional retrospectivo realizado durante 2023 en un hospital público chileno. Se incluyeron 20 pacientes adultos con litiasis ureteral confirmada por tomografía y manejo conservador. Se calculó el score MIMIC para cada paciente y se comparó con la EEC observada. La discriminación se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) y la calibración mediante la concordancia entre probabilidades predichas y observadas.
Resultados
Se incluyeron 20 pacientes con edad media de 47,4 años; nueve (45,0%) eran hombres. El tamaño promedio del cálculo fue de 4,4 mm en quienes lograron la expulsión espontánea y de 7,8 mm en quienes no la lograron, diferencia estadísticamente significativa (p=0,007). Catorce pacientes (70,0%) lograron EEC; de los seis restantes, cinco requirieron instalación de catéter doble J y posterior cirugía, mientras uno se perdió de seguimiento. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo (p=0,642), hidronefrosis (p=0,336), hidrouréter (p=1,000), localización del cálculo (p=0,281), proteína C reactiva (p=0,173), leucocitos (p=0,322), porcentaje de neutrófilos (p=0,173) ni neutrófilos absolutos (p=0,942). La terapia expulsiva médica (MET) y el uso de AINEs no fueron evaluables, ya que todos los pacientes recibieron ambos tratamientos. La calibración mostró adecuada concordancia entre las probabilidades predichas y observadas. La capacidad discriminativa fue alta, con un AUC de 0,857 (IC 95%: 0,65–1,00).
Conclusiones
El score MIMIC mostró un adecuado desempeño para predecir la expulsión espontánea de litiasis ureteral en esta cohorte, siendo el tamaño del cálculo la única variable asociada de forma estadísticamente significativa con la expulsión espontánea. Estos hallazgos deben confirmarse en cohortes chilenas de mayor tamaño.
Palabras clave: Litiasis ureteral; Expulsión espontánea; MIMIC.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-07

RETRO (RETrograde Renal access Outcomes): interim analysis of a prospective, multi-institutional observational trial of efficacy for the RetroPerc device for supine PCNL

Terry, W[1]; Padovani, PZ[2]; Hernandez, DJ[3]; Helm, R[1]; Ledesma, J[2]; Ganapathi, H[4]; Tejwani, R[5]; Medairos, R[1]; Donalisio, R[6]; de la Morena, R[7]; Czachor, A[7]; Sur, RL[8]; Whiles, BB[2]

[1]Urology, Urology Associates of Mobile. Mobile, AL, USA. [2]Urology, University of Kansas. Kansas City, KS, USA. [3]Urology, University of South Florida. Tampa, FL, USA. [4]Mercyhealth. Janesville, WI, USA. [5]Urology, Duke University. Durham, NC, USA. [6]Urology, UT Health Houston. Houston, TX, USA. [7]Clinical research, Tampa General Hospital. Tampa, FL, USA. [8]Urology, University of California San Diego. San Diego, CA, USA.

Introduction
Precise percutaneous access for PCNL remains technically demanding. Only ~11% of U.S. urologists perform own access. The RetroPerc® device (FDA K160077) enables retrograde renal access by advancing a needle through a flexible ureteroscope placed within the collecting system and exiting the flank under direct vision and fluoroscopic guidance. It leverages ureteroscopy, a common urologic skill, and may improve procedural efficiency and autonomy. The RETRO Study prospectively evaluated the efficacy of RetroPerc® for renal access across multiple U.S. institutions and practice settings.

Methods
This was a prospective, multi-institutional, investigator-initiated observational trial for adults undergoing supine PCNL for renal stones 1.5–3.0 cm. Exclusion criteria included BMI >45, severe hydronephrosis (>20 mm), ASA ≥4, and anatomic barriers to puncture such as narrow retroperitoneal window or obstructing flank organs. After retrograde access, standard tract dilation and stone fragmentation occurred. Failed retrograde attempts were converted to standard antegrade access at surgeon discretion. The primary endpoint was successful renal access per attempt.

Results
A total of 59 patients underwent PCNL with RetroPerc, performed by 6 different surgeons, 5 of whom were new to the RetroPerc technique. Retrograde access using RetroPerc was successful in 96% (57/59), typically requiring a single needle passage attempt (median 1, IQR 1–2). Calyx accessed included mid (68.4%), upper (19.3%), and lower (12.3%). Concordance between planned and achieved calyx puncture was 80.4%. In the two unsuccessful cases, PCNL access was obtained under ultrasound or via preexisting nephrostomy tube. Median access time was 17 min (IQR 13–23), and fluoroscopy time 31 sec (IQR 23–47). Various access sheath sizes and energy sources for stone clearance were utilized, including vacuum-assistance in 88.1%. A double-J stent was placed in all patients, with zero nephrostomy tubes (100% tubeless). At 30 days, no complications occurred in 55 (93.2%). Complications included one Clavien-Dindo grade 1, two grade II, and one grade IIIa (pleural effusion requiring chest tube placement but non-urine). Median hospital length of stay was 1 day (IQR 1-2).

Conclusions
Retrograde PCNL access with RetroPerc was feasible, safe and reproducible by multiple surgeons. Technical success was high with short fluoroscopy times and few complications.
Keywords: retrograde, percutaneous, access

Stone characteristics and postoperative findings for RetroPerc cases

	Patients n = 59
Stone volume (cm³)	3.3 (1.7–6.3)
EBL (mL)	50 (10–75)
Hospital length of stay (days)	1 (1–2)
ICU admission	0 (0%)
Stone free status on CT	54 of 59 (92%)
Grade C: <4 mm	38 (70%)
≥ 4mm	16 (30%)

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-08

Cirugía Endoscópica Bilateral Simultánea (SBES): Análisis Retrospectivo de Siete Años en un Centro Terciario de Alto Volumen

Kanashiro Azabache, AK[(1)]; Fila, L[(1)]; Verri, P[(1)]; Verri, P[(1)]; Izquierdo Gonzalez, P[(1)]; Bravo Balado, AC[(1)]; Angerri Feu, O[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

Introducción:
La cirugía endoscópica bilateral simultánea (SBES) para el tratamiento de la nefrolitiasis bilateral reduce la exposición anestésica y optimiza los recursos hospitalarios. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia acumulada durante siete años en un centro de alto volumen, evaluando la eficacia, seguridad y el impacto sobre la función renal.

Materiales y Métodos:
Análisis retrospectivo de todos los procedimientos SBES (URS/RIRS + miniNLP/miniECIRS contralateral simultanea) entre 2018 y 2025. Se recopilaron datos clínicos, perioperatorios y radiológicos. El diámetro y volumen litiásico, cuantificado mediante software de reconstrucción volumétrica. Se registró el tipo de acceso percutáneo, quirúrgico, descenso de hemoglobina (Hb), deterioro de función renal, estancia hospitalaria (EH) y recurrencia. El objetivo primario fue la SFR tras una sola sesión, (diámetro igual/menor a 4mm) a su vez se planteó como Stone free sí el volumen residual era <5% del volumen basal. Objetivo secundario: Incidencia de complicaciones perioperatorias según la clasificación de Clavien–Dindo la valoración de la función renal a corto/mediano plazo.

Resultados:
Se incluyeron **78 pacientes** (47 hombres/31 mujeres), IMC 27.8 kg/m² (25.3–31.8). La carga litiásica: Lado de NLP (24 mm y 8,300 mm³), RIRS (13 mm y 2,000 mm³), tracto percutáneo menor a 22 Fr**, dilatación con balón en el 84%**. Tiempo operatorio medio de **134 minutos (DS 34.3)**, caída de hemoglobina mediana **1.25 g/dL** (0.3–2.3). El filtrado glomerular se mantuvo estable a lo largo del seguimiento. **SFR inicial por unidad renal (<4 mm)**: 58%, **SFR volumétrico inicial (<5% volumen residual)**: 70.5%, **Reintervención**: 26 pacientes (33%) durante un seguimiento medio de 19.9 meses, **SFR bilateral final (<5% volumen residual)**: 78%, considerando procedimientos adicionales. Un tercio de los pacientes requirió algún procedimiento secundario. La tasa global de complicaciones fue **19.2%**, distribuidas según Clavien–Dindo: **Grado I**: 3 casos, **Grado II**: 6, **Grado III**: 6 y **Grado IV**: 1 caso. La mediana hospitalización fue de **2 días (IQR 2–3).**

Conclusiones:
La SBES en pacientes seleccionados constituye una estrategia segura y factible para el manejo de la nefrolitiasis bilateral. Ofrece una SFR adecuada, un perfil de complicaciones aceptable sin generar un impacto en la función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-09

Vacuum Assisted and Traditional Ureteroscopy Outcomes from a High-Volume Stone Center

Connelly, ZM[(1)]; Behram, C[(2)]; Decesare, S[(2)]; Hernandez, DJ[(1)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, FL, United States. [(2)]University of South Florida. Tampa, FL, United States.

Introduction

Flexible ureteroscopy often includes use of a ureteral access sheath to reduce intrarenal pressure while improving visualization and stone clearance. Traditional access sheaths rely on passive fluid movement and thus often require adjunct tools for stone extraction (e.g. baskets). Vacuum assisted technologies, including flexible and navigable suction (FANS) and controlled vacuum-assisted clearance (CVAC), are transforming ureteroscopy by actively regulating and balancing pressure while maintaining a clear field of view. These vacuum assisted technologies represent a significant paradigm shift, optimizing stone-free rates while prioritizing safety.

Methods

Eighty-six consecutive patients from a single surgeon at a single center were respectively identified to evaluate outcomes of different techniques for flexible ureteroscopy for stone disease. Cases from January 1, 2026, until May 30, 2026, during which time FANS was introduced at the center, were used to ensure a 30-day follow-up. Patients were grouped into three categories for analysis: Traditional ureteroscopy with rigid Access Sheath (TAS), FANS, and CVAC. We also compared TAS to a combined group of FANS and CVAC. Patient demographics, stone parameters, surgical characteristics, and outcomes were all analyzed. Statistical analysis was completed using SPSS v31 Software including t-tests, Chi-squared tests, ANOVA, non-parametric Cochrane-Q test, and linear regression.

Results

Ureteroscopy cohorts were similar in all demographic and pre-surgical variables, including age, gender, race, BMI, stone volume, and stone hardness. There was a significant difference in operative time for both FANS (24 minutes less, $p=0.016$) and CVAC (52 minutes less, $p<0.01$), compared to TAS. CVAC cases were 27 minutes faster than our initial FANS experience; though the finding was not statistically significant, likely due to small sample size ($p = 0.059$). Staged completion ureteroscopy after a PCNL procedure was associated with suction sheath use ($n=10$, $p<0.01$). Complications of SIRS ($n=2$) and sepsis ($n=2$) only occurred in the TAS group ($p<0.01$). There was no difference in postoperative outcomes, including admissions, 30-day re-admissions, ER visits, and stone-free rates.

Conclusion

Vacuum assisted advances in endourology with FANS and CVAC provide superior outcomes in safety and operation times. Adoption of these new technologies will provide a safer and faster working environment while not compromising stone outcomes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-10

From Initiation to Maturity: Scaling to 1000 Robotic Cases

Carvalho, J[(1)]; Fraga, A[(1, 2, 3)]; Pinho, B[(4)]

[(1)]Digital and Robotics Surgery Center, Hospital Santo António. Porto, Portugal. [(2)]ICBAS, ICBAS. Porto, Portugal. [(3)]Porto, Portugal. [(4)]ICBAS/FEUP, ICBAS/FEUP. Porto, Portugal.

Keywords: Robotic Surgical Procedures, Learning Curve, Cost-effectiveness

Introduction: Implementing a robotic-assisted surgery (RAS) program in a robot-naïve public hospital is challenging due to financial constraints, learning curves, and operating room (OR) workflows. A public university hospital acquired a modular RAS system and performed its first procedure in March 2023. Objectives were to implement and scale a multispecialty RAS service using a single platform, maximise utilisation across specialties, and demonstrate that a high-volume programme can remain safe and cost-effective in a publicly funded setting.

Materials and Methods: Before acquisition, a multidisciplinary steering group of surgeons, nurses, anaesthesiologists, and managers defined indications, case selection, and OR governance. A dedicated robotic OR was established with a fixed weekly schedule allocating specific days for various specialities to maximise utilisation of a single platform. A sequential training pathway was adopted: new surgeons and nursing teams joined the programme only after previous cohorts completed an initial learning curve and demonstrated stable performance. Prospective data collection included specialty-specific volumes, setup times, conversion rates, intra- and postoperative complications, cancellations, length of stay and selected cost indicators.

Results: By early 2026, the programme successfully reached 1,000 robotic procedures (1100 by march 2026). Operational efficiency improved significantly and robot setup times decreased from 40 to 10-20 minutes as teams gained proficiency. The rate of robot-related intraoperative complications or cancellations was negligible (<1%). The conversion rate to laparoscopy or open surgery was <1%, occurring only in cases of extreme anatomical complexity. Length of stay decreased for several procedures, including an average reduction of almost two days for radical prostatectomy compared with historical laparoscopic pathways, maintaining low complication rates. Internal analyses indicated these clinical gains offset the additional costs of robotic consumables, achieving overall cost-effectiveness.

Conclusions: Scaling from a robot-naïve environment to a high-volume robotic centre using a single platform demonstrates that public university hospitals can safely adopt multispecialty robotic surgery. Dedicated infrastructure, fixed scheduling, and sequential team training supported rapid growth. Reductions in hospital stay and low complication rates indicate RAS can be delivered cost-effectively in publicly funded systems, offering a practical roadmap for other institutions.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-11

Bloqueo del músculo cuadrado lumbar bajo visión laparoscópica durante nefrectomías: factibilidad técnica y resultados analgésicos iniciales.

Hurtado, J[(1)]; Alfaro, A[(1)]; Borgna, V[(1)]; Alarcón, L[(1)]; Morales, J[(2)]

[(1)]Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile. [(2)]Anestesiología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

Introducción: El bloqueo del músculo cuadrado lumbar forma parte de las estrategias de analgesia multimodal después de cirugía renal. Habitualmente se realiza por vía ecoguiada por anestesiología. Su ejecución por el cirujano bajo visión laparoscópica directa podría simplificar la técnica y reducir el tiempo requerido para efectuar el bloqueo. El objetivo fue describir su factibilidad técnica y resultados analgésicos iniciales en pacientes sometidos a nefrectomía laparoscópica.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de 21 pacientes sometidos a nefrectomía laparoscópica radical, simple o de donante, entre octubre 2025 y abril 2026. La técnica consistió en la inyección de bupivacaína al 0,25% en dosis de 0,4 mL/kg en el plano fascial superficial del músculo cuadrado lumbar mediante una aguja de Williams introducida a través de un trocar de 5 mm. Se registraron tiempo total de cirugía, tiempo del bloqueo, dosis y volumen anestésico, intensidad del dolor mediante escala visual análoga a las 4, 6, 12 y 24 horas, requerimiento de opioides de rescate, estancia hospitalaria y eventos adversos relacionados con la técnica o el anestésico.

Resultados: Doce pacientes fueron operados por tumor renal, tres por atrofia renal y seis fueron donantes renales vivos. La mediana de edad fue 52 años y 66,6% eran hombres. La mediana de tiempo quirúrgico fue 67,5 minutos. El bloqueo se realizó en menos de un minuto y el volumen promedio administrado fue 30,9 mL. La intensidad de dolor fue ≤3 a las 4 y 6 horas y ≤1 a las 24 horas. Ningún paciente requirió opioides de rescate durante las primeras 24 horas. La estancia hospitalaria media fue un día. No se observaron eventos adversos relacionados con el bloqueo o el anestésico.

Conclusiones: El bloqueo del músculo cuadrado lumbar bajo visión laparoscópica fue una técnica factible, rápida y reproducible, asociada a un adecuado control del dolor postoperatorio, ausencia de opioides de rescate y sin eventos adversos en esta serie inicial. Estos hallazgos respaldan su evaluación como estrategia de analgesia multimodal en nefrectomía laparoscópica y justifican estudios comparativos sobre su eficacia frente a estrategias convencionales.

Palabras clave: Nefrectomía; bloqueo del músculo cuadrado lumbar; analgesia multimodal; dolor postoperatorio.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-12

Get Ready® Robotics: A Structured Digital Approach to Robotic Surgery Adoption

Carvalho, J[(1)]; Fraga, A[(1, 2)]; Pinho, B[(3)]

[(1)]Digital and Robotics Surgery Center, Hospital Santo António. Porto, Portugal. [(2)]ICBAS, ICBAS. Porto, Portugal. [(3)]ICBAS/FEUP, ICBAS/FEUP. Porto, Portugal.

Keywords: Telemedicine, Patient Reported Outcome Measures, Perioperative Care

Introduction: The perioperative period in robotic surgery is often associated with patient anxiety, information gaps, and a disconnect between hospital discharge and follow-up. Ineffective monitoring can lead to undetected complications and avoidable emergency department (ED) visits. Traditional follow-up models depend on fixed appointments and phone calls, which are difficult to scale as surgical volumes grow. Get Ready® Robotics was introduced as a digital perioperative pathway to support patients before and after robotic surgery through structured education, telemonitoring and systematic outcome assessment.
Materials and Methods: A remote patient management platform was deployed for patients undergoing robotic surgery (prostatectomy and bariatric). Nurses enrolled patients during preoperative visits, obtained consent and provided access to the mobile app. The protocol included pre-operative digital literacy modules, a strict 7-day post-discharge daily symptom tracker (body temperature and pain) with automated clinical alerts, and the longitudinal collection of validated PREMs (Patient-Reported Experience Measures) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) such as SF-12v2, ICIQ-SF, and IIEF-5 at scheduled intervals up to 24 months. Dashboard data on enrolment, adherence, alerts, and ED visits were analysed descriptively.
Results: By February 2026, 382 patients were enrolled with 355 active users. Adherence to introductory educational modules reached 86%. During the critical first week post-discharge, patients showed exceptionally high adherence to the daily symptom tracker. Active surveillance facilitated the early detection of clinical warning signs, enabling prompt outpatient interventions and preventing unnecessary ED visits. Long-term functional recovery was successfully tracked, with response rates for PROMs reaching up to 72%. Patient experience was overwhelmingly positive, with 98% reporting high satisfaction with pain management.
Conclusions: Get Ready® Robotics shows that a structured digital pathway can become a core component of robotic surgery, improving safety, patient confidence and the quality of outcome data. High adherence to daily tracking and PROMs demonstrates that patients readily engage with digital tools. This pathway shifts care from reactive to proactive, improving overall patient safety, enhancing confidence during recovery, and generating high-quality real-world evidence on functional outcomes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-13

Nicotine Pouch Content and Its Potential Molecular Drivers of Bladder Cancer

Pangborn, J[(1)]; Behram, C[(2)]; Mannozzi, J[(3)]; Hernandez, D[(4)]; Patel, T[(4)]; Connelly, Z[(4)]

[(1)]University of Tampa. Tampa, USA. [(2)]University of South Florida. Tampa, Fl. [(3)]Cardiology, Henry Ford. Detroit, USA. [(4)]Urology, University of South Florida. Tampa, USA.

Introduction: Nicotine, tobacco, and cigarettes are well-established causes of bladder cancer. In recent years, there has been a push for tobacco alternatives with expectations of fewer negative health effects. Oral nicotine pouches have filled this void, evidenced by sales increasing in the US by over 220% since 2021, with projected growth near 600% by 2033. These pouches have 186 different compounds identified, with some being carcinogenic. Currently, no literature exists on the relationship between bladder cancer and oral pouches. This study aims to determine if these known carcinogenic compounds are associated with bladder cancer.

Methods: Known carcinogenic compounds from nicotine pouches were analyzed through the Comparative Toxicogenomic Database. These included N'-nitrosonornicotine (NNN), 4-(Methylnitrosamino)-1-(3-Pyridyl)-1-Butanone (NNK), formaldehyde, chromium, and nickel. Each of these compounds was queried with its known gene interactions, linking 11,168 gene interactions. These top-identified genes were then used in the CBioPortal bladder cancer registry, which comprised 24 studies and 6,181 various histologic bladder cancer specimens from 5,333 patients. Each gene was uniquely analyzed for involvement in bladder cancer cases, followed by the influence of bladder cancer overall survival (OS).

Results: Over 11,128 gene interactions were queried for associations with bladder cancer. The top one hundred strongest gene interactions for each compound were used for analysis. The 500 genes were modeled into canonical signaling pathways, where the strongest pathways involve apoptosis, cell cycle / DNA repair, inflammation, and metabolism. Synergistic effects of the individual gene/compound analysis were conducted, revealing several key tumor genes may interact, including TP53, IL-1beta, HIF-1alpha, TNF, CASP3, ATR, MDM2, and BAX. Overall survival analysis of these gene/compound interactions was run, revealing significantly worse individual compound outcomes ($p<0.01$) and synergistic outcomes ($p<0.01$).

Conclusion: Initial correlational observations with these five primary compounds illustrate that there is likely a greater potential for the development of bladder cancer with the use of smokeless tobacco alternative nicotine pouches. Both health care providers and patients should recognize the increased risk of these new products.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-14

Carga de enfermedad por cáncer de pene en Latinoamérica y el Caribe: proyección de años de vida potencialmente perdidos, periodo 2025–2045

Inzunza Navarro, JA[(1)]; Tobias-Machado, M[(2)]; Paesano, N[(3)]; Martinez Dominguez, A[(4)]; Alfaro Carvajal, A[(5)]; Rojas Chohen, A

[(1)]Unidad Urologia, Hospital de Villarrica. Villarrica, Chile. [(2)]Servicio Urologia, Instituto de Cancer Arnaldo Vieira de Carvalho. San Pablo, Brasil. [(3)]Servicio Urologia, ROC Clinic. Madrid, España. [(4)]Servicio Urologia, Hospital de Clinicas. Asuncion, Paraguay. [(5)]Servicio Urologia, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

Introducción
Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) cuantifican la mortalidad prematura bajo el principio de que cuanto más precoz es la muerte, mayor es la pérdida social. A diferencia del número de muertes, capturan el impacto de los fallecimientos prematuros al considerar los años que las personas habrían vivido hasta su esperanza de vida. El cáncer de pene presenta un impacto significativo en Latinoamérica. El objetivo fue proyectar los AVPP por cáncer de pene en la región entre 2025 y 2045.

Material y métodos
Estudio observacional descriptivo con metodología Global Burden of Disease simplificada. Se utilizaron datos de esperanza de vida (EV) de la CEPAL-ONU y mortalidad del Global Cancer Observatory (OMS). Analisis de Latinoamérica y el Caribe, con detalle de los países con mayor carga. Se evaluaron proyecciones para 2025 al 2045. El cálculo empleó la media aritmética (μ) de la EV de adultos de cada población proyectada: AVPP = mortalidad anual × (EV − μ EV adultos del año).

Resultados
Los AVPP en Latinoamérica y Caribe aumentan sostenidamente: 134.611 en 2025 (1.728 muertes), 155.653 en 2030, 175.108 en 2035, 204.988 en 2040 y 232.848 en 2045. Por país, Brasil concentra la mayor carga, de 41.318 AVPP en 2025 a 74.014 en 2045. Siguen México (19.257 a 33.833), Argentina (12.992 a 21.331) y Colombia (12.397 a 22.221). Chile presenta la menor carga, de 3.895 a 7.553, con la mayor esperanza de vida regional (83 años en 2045). Brasil registra mayor incidencia (1.675 casos en 2025 a 2.734 en 2045) frente a Chile (111 a 181).

Conclusiones
Se proyecta un aumento sostenido y significativo de los AVPP por cáncer de pene enla region durante las próximas dos décadas. Brasil concentra la mayor carga absoluta, por su mayor población e incidencia, mientras Chile presenta los menores valores, asociado a mayor esperanza de vida. Esta heterogeneidad evidencia la necesidad de estrategias diferenciadas. La cuantificación de los AVPP permite estimar el impacto futuro y aporta evidencia para priorizar la prevención, fortalecer el diagnóstico precoz y orientar asignación de recursos sanitarios.

Palabras clave
cáncer de pene, años de vida potencialmente perdidos, mortalidad prematura.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-15

¿Es todavía necesaria la biopsia sistemática transperineal en pacientes PI-RADS 5?

Tirado, D[(1)]; Eltit, I[(1)]; Mogollon, J[(1)]; Campos, D[(1)]; Manzano, R[(1)]; Van Cauwelaert, R[(1)]; Rodríguez-Carlin, A[(1)]

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

Introducción: La biopsia prostática combinada integra muestras dirigidas a lesiones visibles en resonancia magnética y muestras sistemáticas destinadas a detectar enfermedad fuera del target. Sin embargo, en pacientes con lesiones PI-RADS 5, la alta probabilidad pretest de cáncer clínicamente significativo podría limitar el aporte adicional de la biopsia sistemática. El objetivo fue cuantificar su rendimiento incremental para la detección de cáncer prostático clínicamente significativo.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con lesiones PI-RADS 5 sometidos a biopsia transperineal combinada mediante fusión RM–ecografía. Se definió cáncer prostático clínicamente significativo como ISUP ≥2. Se compararon las tasas de detección de la biopsia sistemática y dirigida, y se evaluó la concordancia entre ambas técnicas. Se realizaron modelos de regresión logística para identificar factores asociados con la detección de enfermedad clínicamente significativa.
Resultados: Se incluyeron 121 pacientes. La biopsia combinada detectó cáncer clínicamente significativo en 93 casos (76,9%). La biopsia dirigida identificó 92 casos (76,0%) y la sistemática 87 (71,9%). Ambas técnicas fueron concordantes en 86 pacientes (71,1%). Seis casos (5,0%) fueron detectados exclusivamente por la biopsia dirigida y solo uno (0,8%) exclusivamente por la sistemática. Utilizando la biopsia combinada como referencia, la biopsia dirigida presentó mayor sensibilidad que la sistemática (98,9% vs 93,5%), mayor valor predictivo negativo (96,6% vs 82,4%) y mayor exactitud diagnóstica (99,2% vs 95,0%). No se observaron diferencias significativas mediante McNemar (p=0,125). En el análisis multivariado, edad, PSA y tacto rectal sospechoso se asociaron con la detección mediante biopsia dirigida; la densidad de PSA y el volumen prostático no mostraron asociación.
Conclusiones: En pacientes con lesiones PI-RADS 5, la biopsia dirigida concentró prácticamente toda la capacidad diagnóstica para detectar cáncer clínicamente significativo. La biopsia sistemática aportó solo un caso adicional, equivalente al 0,8% de la cohorte. Estos hallazgos sugieren que su uso rutinario podría reconsiderarse en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Rendimiento diagnóstico de la biopsia sistemática y dirigida en PI-RADS 5

Hallazgo	Sistemática	Dirigida	Combinada	p / interpretación
CPCS detectado, n (%)	87 (71,9%)	92 (76,0%)	93 (76,9%)	McNemar p=0,125
CPCS exclusivo, n (%)	1 (0,8%)	6 (5,0%)	—	Aporte incremental
CPCS omitido, n (%)	6 (6,5%)	1 (1,1%)	0	—
Sensibilidad	93,5%	98,9%	100%	—
Valor predictivo negativo	82,4%	96,6%	100%	—
Exactitud diagnóstica	95,0%	99,2%	100%	—

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-17

Disfunción sexual femenina asociada a trastornos del piso pélvico: prevalencia y factores asociados

Espitia De La Hoz, F[(1)]

[(1)]Armenia, Colombia.

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del piso pélvico, especialmente el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria, afectan de manera significativa la calidad de vida y la función sexual femenina.
OBJETIVO: Evaluar la asociación entre los trastornos del piso pélvico y la disfunción sexual femenina, así como identificar factores clínicos y relacionales asociados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal analítico realizado en 429 mujeres con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria, atendidas entre 2021 y 2024 en tres instituciones de alta complejidad. La función sexual se evaluó mediante el Female Sexual Function Index (FSFI) y el Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Se efectuó análisis descriptivo, bivariado y regresión logística multivariada para identificar factores asociados a disfunción sexual, expresados como odds ratio ajustados (ORa) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).
RESULTADOS: La edad media fue de 50,79 ± 8,31 años. El 58,74% presentó prolapso de órganos pélvicos y el 41,25% incontinencia urinaria. La puntuación media del FSFI fue de 22,61 ± 7,43, y la del PISQ-12 de 12,57 ± 7,06, compatibles con alteración de la función sexual. La prevalencia global de disfunción sexual fue del 87,41%. En el análisis multivariado, la incontinencia fecal (ORa: 4,95; IC95%: 1,07–9,86), el prolapso genital (ORa: 4,75; IC95%: 1,42–8,63), el prolapso avanzado (ORa: 3,82; IC95%: 1,04–8,75) y la disfunción sexual de la pareja (ORa: 3,79), se asociaron de forma independiente con disfunción sexual. La fisioterapia del piso pélvico se identificó como factor protector independiente (ORa: 0,81; IC95%: 0,72–0,93).
CONCLUSIONES: La disfunción sexual es altamente prevalente en mujeres con trastornos del piso pélvico y se asocia de manera independiente con factores anatómicos, funcionales y relacionales. La fisioterapia del piso pélvico emerge como un factor potencialmente modificable, lo que respalda la necesidad de integrar la evaluación y el manejo de la función sexual en el abordaje clínico de estas pacientes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-18

El prolapso genital como enmascarador de incontinencia urinaria: hallazgos urodinámicos en 798 estudios

Adorno, R[(1)]; Lovera, A[(1)]; Figueredo, C[(1)]

[(1)]Unidad de suelo pelvico, Meds. Asunción, Paraguay.

Incontinencia urinaria oculta por prolapso genital como hallazgo urodinámico: análisis de 798 estudios Categoría: Comunicación Oral Eje temático: Urología funcional y uroginecología Institución: Clínica MEDS Autores: Dr. Raúl Osvaldo Adorno Recalde, Dr. Aldo Lovera Florentín, Dr. César Figueredo Otto Introducción: La incontinencia urinaria oculta es una entidad clínicamente silente en mujeres con prolapso genital. El prolapso actúa como mecanismo obstructivo enmascarando la pérdida de orina, por lo que las pacientes no refieren pérdida urinaria espontánea en su vida cotidiana. Su detección requiere la reducción del prolapso durante el estudio urodinámico, siendo un hallazgo de gran relevancia para la planificación quirúrgica y la prevención de cirugías incompletas. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 798 estudios urodinámicos con diagnóstico de incontinencia urinaria femenina en la Clínica MEDS. Se identificaron las pacientes con prolapso genital y se realizó reducción del mismo durante el estudio urodinámico para detectar incontinencia oculta. Se consideraron clínicamente relevantes los prolapsos de grado II o mayor. Se analizó además la presencia de patrón obstructivo femenino en este grupo. Resultados: Del total de 798 estudios, el 23% correspondió a pacientes con prolapso genital. De estas, el 43% presentaba prolapso grado II o mayor, considerado clínicamente significativo. En este grupo, el 19% presentó incontinencia urinaria oculta, diagnosticada únicamente mediante la reducción del prolapso durante la urodinámica, dado que las pacientes no referían pérdida de orina en forma espontánea. Adicionalmente, el 21% de las pacientes con prolapso grado II o más evidenció patrón obstructivo femenino en la urodinámica, reflejando el impacto del prolapso sobre la dinámica del vaciado vesical. Conclusiones: La incontinencia urinaria oculta por prolapso genital estuvo presente en casi una de cada cinco pacientes con prolapso grado II o mayor, siendo un hallazgo exclusivamente urodinámico. La coexistencia de patrón obstructivo femenino en el 21% de este grupo refuerza el rol del prolapso como causa de disfunción miccional. La reducción del prolapso durante la urodinámica debe ser un paso obligatorio en la evaluación preoperatoria de toda mujer con prolapso genital clínicamente significativo. Palabras clave: Incontinencia urinaria oculta; Prolapso genital; Urodinámica

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-19

Neuromodulación sacra en pacientes del programa de trasplante renal: serie de casos

Abreu Collado, Y[(1)]; Pichardo, M[(2)]

[(1)]Urologia funcional, Urus. Santo Domingo, Republica Dominicana, Republica Dominicana. [(2)]Jefa del departamento de Urología Funcional, Urus. Santo Domingo, Republica Dominicana.

Palabras claves: Neuromodulación sacra, Trasplante renal, disfunción miccional.

Introducción: La neuromodulación sacra (NMS) es una alternativa terapéutica mínimamente invasiva para el manejo de alteraciones funcionales del tracto urinario inferior refractarios al tratamiento conservador.[1] En pacientes del programa de trasplante renal, estas alteraciones representan un reto clínico y la evidencia sobre NMS continúa siendo limitada.[2,3]

Objetivo: Describir los resultados y utilidad de la neuromodulación sacra (NMS) en pacientes del programa de trasplante renal con alteraciones miccionales de origen funcional refractarias al tratamiento conservador.

Materiales y Métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva con recolección prospectiva de la información. Se incluyeron pacientes del programa de trasplante renal sometidos a NMS en el Departamento de Urología Funcional de Grupo Urus entre 2019-2026, con alteraciones miccionales funcionales refractarias al tratamiento conservador con seguimiento posterior al procedimiento. Se registraron variables clínicas y demográficas, estado respecto al trasplante renal, diagnóstico pre-NMS, tratamientos previos, seguimiento y complicaciones. El implante definitivo (Etapa II) se estableció tras una mejoría ≥50% de los síntomas urinarios durante la fase de prueba (Etapa I). La respuesta al tratamiento definitivo se evaluó mediante mejoría clínica y residuo post micción (RPM).

Resultados: Se incluyeron cinco pacientes con una edad media de 35 años (rango: 16-57 años); 3 femeninas y 2 masculinos. Al momento de la NMS, tres (60%) se encontraban en condición postrasplante (2, 5 y 4 años posteriores al trasplante) y dos (40%) en etapa pretrasplante; uno recibió trasplante renal un año post-NMS y otro presentó recuperación de la función renal, con reversión de la indicación del trasplante renal. El 100% alcanzó una mejoría clínica ≥50% durante la Etapa I, cumpliendo criterio para el implante definitivo (Etapa II). Tras el implante, todos presentaron mejoría clínica y reducción aproximada del 80% del RPM respecto al valor basal. No se documentaron complicaciones durante el seguimiento de 3 a 78 meses.

Conclusión: La NMS parece ser una alternativa terapéutica factible y segura en pacientes seleccionados del programa renal, con resultados clínicos y funcionales favorables. La evidencia científica en este grupo continúa siendo limitada; esta serie de casos representa una base preliminar para futuras investigaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-20

Caracterización clínica y urodinámica del detrusor hipocontráctil en una cohorte de 1273 estudios: implicancias diagnósticas y terapéuticas

lovera, a[(1)]; figueredo, c[(1)]; adorno, R[(1)]

[(1)]unidad de suelo pelvico, meds. asunción, paraguay.

Introducción: El detrusor hipocontráctil (DH) es una entidad frecuentemente subdiagnosticada en la práctica urológica, debido a la superposición de síntomas con otras condiciones como la obstrucción del tracto de salida vesical. Su prevalencia global es variable, estimándose entre el 9 y el 28% en series urodinámicas. Según los criterios de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), se define por una contracción de amplitud y/o duración reducida, resultando en un vaciado vesical prolongado o incompleto. Su identificación precisa mediante estudios urodinámicos resulta fundamental para orientar el manejo terapéutico. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 1273 estudios urodinámicos efectuados en la Clínica MEDS entre enero de 2024 y diciembre de 2025. Se incluyeron pacientes adultos evaluados por síntomas del tracto urinario inferior. El diagnóstico de DH se estableció según criterios urodinámicos estandarizados, evaluando presión detrusor en flujo máximo (PdetQmax), contractilidad vesical (BCI) y flujo urinario. Se analizaron variables clínicas incluyendo tipo de síntomas, antecedentes de hiperplasia prostática benigna (HPB), cirugía prostática previa, edad, presencia de diabetes mellitus, hiperactividad detrusora asociada, obstrucción del tracto de salida vesical y hallazgos estructurales. Resultados: El 14% de los estudios correspondió a DH. De estos, el 87% presentó síntomas de vaciado y el 17% síntomas de llenado, con coexistencia de ambos en algunos pacientes. La distribución por edad fue: 18-40 años 19%, 40-60 años 36%, 60-80 años 34% y mayores de 80 años 10%, evidenciando afectación en rangos etarios amplios. El 63% se encontraba en tratamiento por HPB y el 11% tenía antecedente de cirugía prostática. El 30% presentó hiperactividad detrusora asociada y el 14% evidenció obstrucción concomitante. La diabetes mellitus estuvo presente en el 23% de los casos. Se observó presencia de divertículos vesicales en el 2% de los pacientes. Conclusiones: El DH presenta una prevalencia significativa en la práctica urodinámica, con predominio de síntomas de vaciado y frecuente asociación con HPB, diabetes y otras disfunciones vesicales. La coexistencia con obstrucción e hiperactividad detrusora refuerza la complejidad diagnóstica. Sin un estudio urodinámico adecuado, estos pacientes frecuentemente reciben tratamientos dirigidos a la obstrucción o la hiperactividad, con resultados insatisfactorios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-21

TRASPLANTE COMBINADO: CARDIO-RENAL Y HEPATO-RENAL SIMULTÁNEO. REPORTE DE CASOS.

Acevedo, E; López, P[1]; Arias, E[2]; Herrera, L[3]; Quintana, E[3]; Bustamante, C[3]; Sáez, G[3]; Torrado, K[3]; Bezama, P[3]; Ramírez, JC[3]; Manzanares, V[3]; Lobos, R[3]

[1]Residente Urología, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. [2]Jefe Urología, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile. [3]Urología, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

Falla cardiaca y enfermedad renal, al igual que falla hepática asociada a esta última, suelen presentarse de manera simultánea, con deterioro recíproco de ambos órganos. En pacientes seleccionados, el trasplante cardio-renal simultáneo (TCRS) y el hepato-renal simultáneo (THRS) mejoran la sobrevida frente al trasplante aislado. Dada la escasa experiencia nacional, presentamos dos casos de trasplante simultáneo realizados en un hospital público regional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 46 años con enfermedad renal crónica progresiva, velocidad de filtración glomerular estimada (eVFG) de 17,5 ml/min/1,73 m2 e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección (FE) del 22%, sometido a trasplante en junio de 2024. Paciente de 58 años con enfermedad hepática crónica avanzada secundaria a cirrosis biliar primaria, hipertensión portal significativa y enfermedad renal crónica en hemodiálisis por glomerulopatía por IgA, con eVFG de 7,4 ml/min/1,73 m2, trasplantado en mayo de 2026.

RESULTADOS

En el primer caso, tras el procuramiento de donante fallecido, se realizó un TCRS escalonado. Se administró inmunosupresión con basiliximab. Se efectuó trasplante cardiaco ortotópico con técnica bicava, con tiempo quirúrgico de 260 minutos, tiempo de isquemia fría (TIF) de 3 horas 45 minutos y caliente de 77 minutos, sin complicaciones. Tras estabilización en unidad coronaria, se realizó trasplante renal heterotópico (150 minutos; TIF 11 horas 50 minutos; isquemia caliente 45 minutos), también sin incidentes. Evolucionó favorablemente, con FE de 65% y eVFG de 90 ml/min/1,73 m2 al mes.

En el segundo caso se realizó THRS. El trasplante hepático ortotópico tuvo un tiempo quirúrgico de 6 horas 40 minutos, TIF de 3 horas 57 minutos e isquemia caliente de 54 minutos. Posteriormente se efectuó trasplante renal heterotópico (2 horas 23 minutos; TIF 9 horas 21 minutos; isquemia caliente 45 minutos), sin complicaciones. El paciente evolucionó favorablemente, con pruebas hepáticas normales y eVFG de 84,6 ml/min/1,73 m2 al mes.

CONCLUSIONES

El TCRS y el THRS han aumentado a nivel mundial. Estos corresponden a los primeros casos realizados en un hospital público de regiones de Chile, demostrando que este tipo de trasplantes es factible y seguro en centros públicos de alta complejidad.

PALABRAS CLAVES: TRASPLANTE, RENAL, CARDÍACO

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-22

Impacto de la adrenalectomía laparoscópica en la resolución de la hipertensión arterial en pacientes con tumores suprarrenales funcionantes.

Hurtado, J[(1)]; Alfaro, A[(1)]; Verdugo, C[(1)]; Mellado, J[(2)]; Borgna, V[(1)]; Alarcón, L[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La hipertensión arterial secundaria asociada a tumores suprarrenales funcionantes puede mejorar o resolverse después del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, sus resultados clínicos en centros públicos latinoamericanos están escasamente descritos. El objetivo fue evaluar la evolución de la hipertensión arterial después de adrenalectomía laparoscópica por tumores suprarrenales funcionantes.
Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a adrenalectomía laparoscópica por tumores suprarrenales funcionantes entre 2019 y 2025 en un hospital público chileno. Se incluyeron adenomas funcionantes y feocromocitomas. La hipertensión preoperatoria se definió mediante el diagnóstico consignado en la ficha clínica y el uso de tratamiento antihipertensivo. El resultado clínico se clasificó como resolución completa, definida como presión arterial <140/90 mmHg sin fármacos; mejoría, definida como reducción del número o dosis de antihipertensivos; o ausencia de cambio. Se describieron los resultados globales y según tipo de tumor.
Resultados: Se identificaron 32 pacientes con tumores suprarrenales funcionantes, de los cuales 15 (46,9%) presentaban hipertensión arterial preoperatoria. 12 de los 15 pacientes hipertensos alcanzaron resolución completa después de la cirugía (80%; IC95%: 51,9–95,7%) y los 3 restantes presentaron mejoría clínica (20%). Ningún paciente permaneció sin cambios. Entre los pacientes con adenomas funcionantes, 8 de 10 alcanzaron resolución completa (80%); entre aquellos con feocromocitoma, la resolución se observó en 4 de 5 casos (80%).
Conclusiones: En esta cohorte, 4 de cada 5 pacientes hipertensos alcanzaron normalización de la presión arterial sin tratamiento farmacológico después de la adrenalectomía laparoscópica, mientras que los restantes redujeron su terapia antihipertensiva. Estos resultados sugieren un beneficio clínico relevante tras la adrenalectomía laparoscopica aunque deben interpretarse considerando el diseño retrospectivo, el pequeño tamaño muestral y la heterogeneidad etiológica.
Palabras clave: Adrenalectomía; hipertensión arterial secundaria; tumor suprarrenal funcionante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-23

Relato de um trauma incomum de pelve renal

Bastos da Costa Almeiad, C[(1)]; Monteior Gontijo, L[(2)]; Oliveira Brum, S[(2)]; Andrade Souki, R[(2)]

[(1)]Urologia, Hospital Universitário do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil. [(2)]Cirurgia do Trauma, Hospital João XXIII. Belo Horizonte, Brasil.

A lesão do trato urinário ocorre em aproximadamente 10% dos casos de trauma, sendo o rim o órgão mais acometido. Geralmente a lesão renal ocorre no parênquima, porém ela pode acometer a pelve de forma concomitante ou isolada. É muito incomum a lesão isolada da pelve e sua sintomatologia pode ser incipiente. Geralmente há compressão, esmagamento ou desaceleração que promovem um aumento súbito da pressão intraluminal que pode resultar na ruptura da pelve – principalmente em um órgão que já apresenta uma obstrução prévia. A tomografia é o método de escolha para a investigação do trauma contuso renal, sendo que o extravasamento de contraste na ausência de lesão parenquimatosa deve levantar suspeita da lesão isolada da pelve. O tratamento é cirúrgico, pieloplastia ou pielorrafia, associado a descompressão do sistema coletor. Relata-se um caso raro de ruptura da pelve renal após trauma contuso. Paciente de 38 anos, masculino, com história pregressa de cirurgia renal aos 13 anos por motivo desconhecido, vítima de colisão entre motos em baixa velocidade. Foi admitido no pronto socorro hemodinamicamente estável queixando-se de desconforto no hipogástrio associado a intenso desejo miccional, com globo vesical palpável. Apresentou diurese espontânea, sem hematúria, com resolução do globo vesical, porém com manutenção do desconforto abdominal. Realizou tomografia com fase tardia, sem evidencia de excreção renal à direita, associada a grande extravasamento de contraste perirrenal. Paciente submetido a laparotomia exploradora observando-se a ruptura isolada da pelve renal à direita acometendo mais de 50% da sua circunferência. Realizada sutura da pelve e instalação do cateter duplo J a fim de reduzir a pressão local e as chances de deiscência. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória recebendo alta hospitalar. Este caso reforça a importância de manter alta suspeição para lesões do sistema coletor na ausência de hematúria – visto que até 1/3 dos pacientes com essa lesão não apresentam hematúria. Além disso, o antecedente prévio de cirurgia renal, com uma provável alteração anatômica, pode ter contribuído como fator predisponente para lesão do sistema coletor, mesmo com um trauma de baixa energia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-24

Paired Evolution of Antimicrobial Prophylaxis from Primary Implantation to Salvage Penile Prosthesis Surgery: A Single-Center Experience

Cook, T[(1)]; Fernandez-Crespo, R[(1)]; Carrion, R[(1)]; Connelly, Z[(1)]

[(1)]USF Urology, University of South Florida. Tampa, United States.

Introduction: The AUA Best Practice Statement recommends multiple antibiotic combinations as perioperative prophylaxis for penile prosthesis implantation with vancomycin plus an aminoglycoside such as gentamicin a very common option, leaving notable gaps in coverage of penile prosthesis infections. Few studies have examined the evolution of antimicrobial strategies within the same patients from primary implantation to penile re-operation surgery. We describe the paired evolution of prophylaxis antibiotics and characterize the microbiological profile of infected devices at salvage.
Methods: A retrospective review of 24 patients undergoing re-operation penile prosthesis surgery at a single academic center between 2017–2026 was performed. Data was collected from both primary implantation and penile re-operation procedures, including perioperative prophylaxis, prosthesis dip solution, irrigation solution, and discharge antibiotics. Intraoperative cultures were obtained at salvage. Penile re-operation indication was classified as infection (n=18, 75%) or mechanical malfunction (n=6, 25%). Paired comparisons were analyzed using McNemar's test.
Results: Mean age was 64.3 years, and mean BMI was 29.4 kg/m². At primary implantation, 91.7% of patients received vancomycin with gentamicin IV prophylaxis. At penile re-operation, this standard regimen was used in only 20.8%, with the remainder receiving broadened coverage including piperacillin-tazobactam (33.3%), tobramycin (12.5%), and/or fluconazole (41.7%). This shift to nonstandard IV prophylaxis was found to be significant (McNemar's $p<0.001$). Antifungal use increased from 0% to 54.2% ($p=.002$). Among infection salvage cases, cultures yielded no growth in 44.4% and positive cultures in 55.6%. Positive cultures demonstrated diverse organisms, including coagulase-negative staphylococci, S. aureus, Enterobacterales, and anaerobes (Prevotella bivia, Finegoldia magna).
Conclusions: In this retrospective review surgeons empirically broadened antimicrobial prophylaxis at penile prosthesis re-operation compared with primary implantation, with significant increases in antifungal use and broader-spectrum pre-operative IV regimens. The 44.4% culture-negative rate and 55.6% of diverse positive cultures, including anaerobes and atypical organisms, support consideration of expanded prophylaxis beyond standard vancomycin and gentamicin.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

P-25

Casuística quirúrgica de un residente de segundo año de urología en un programa de formación de 3 años: volumen, resultados y curva de aprendizaje

Gárate, S[1, 2]; Oyanedel, F[1]; Toledo, H[1]; Foneron, A[1]; Ebel, L[1]; Foneron, A[1]; Troncoso, L[1]; Flores, F[1]; Cuevas, P[1, 2]; De la Fuente, M[1, 2]; Wagner, T[1, 2]

[1]Urología, Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile. [2]Residente de Urología, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Introducción. La formación quirúrgica del residente de urología requiere un volumen creciente de procedimientos como cirujano principal. Documentar sistemáticamente la casuística personal permite objetivar resultados y curva de aprendizaje, especialmente en programas acortados de 3 años. El objetivo fue describir el número, tipo y resultados de los procedimientos realizados como cirujano principal por un residente de segundo año en un hospital público de Chile durante 16 meses, comparándolos con estándares publicados.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron 123 cirugías urológicas, 188 cistoscopias, 56 biopsias prostáticas y 17 cistostomías realizadas entre febrero de 2025 y junio de 2026, todas como cirujano principal. Estado libre de cálculo evaluado mediante tomografía computada sin contraste, bajo criterio estricto (ausencia de fragmentos). Análisis en Python 3 (Mann-Whitney, regresión lineal, IC95% de Wilson, CUSUM).

Resultados. El volumen anualizado (~92 cirugías mayores/año) fue consistente con estándares internacionales (ACGME, EBU). Los procedimientos más frecuentes fueron circuncisión (n=22), eversión de túnica vaginal (n=13), ureterolitotomía endoscópica (URS) y adenomectomía transvesical (ATV; n=11 cada una) y nefrolitotomía/RIRS (n=8). La tasa global de complicaciones fue 4,9% (IC95% 2,3–10,2%), sin eventos ≥ Clavien-Dindo IIIb. Se realizaron 22 procedimientos endourológicos por litiasis; 16 de los 19 del tracto superior tuvieron control tomográfico. La tasa libre de cálculo fue 93,8% (15/16; IC95% 71,7–98,9%): 100% en URS (10/10) y 83,3% en RIRS/nefrolitotomía (5/6), tamaño mediano de litiasis 7,8 mm (5,4–25) (Tabla 1). Se resolvieron casos complejos, incluidas litiasis múltiples asociadas a catéteres doble J calcificados. En ATV se objetivó además una curva de aprendizaje significativa (tiempo mediano 97→71 min entre mitades; p=0,049; inflexión CUSUM en el caso 4).

Conclusiones. La casuística de un residente de segundo año refleja una exposición quirúrgica amplia y segura. Destaca la endourología por litiasis, con una tasa libre de cálculo bajo criterio tomográfico estricto comparable o superior a lo reportado en la literatura, junto a una curva de aprendizaje significativa en ATV. Estos resultados respaldan el registro prospectivo de la casuística como herramienta formativa objetiva.

Palabras clave: curva de aprendizaje; competencia clínica; urolitiasis.

Principales procedimientos realizados como cirujano principal

Procedimiento	n	Tiempo (min), mediana [rango]	Edad (años), mediana [rango]
Circuncisión	22	32 [20–50]	57 [17–78]
Eversión de túnica vaginal	13	39 [23–93]	62 [35–66]
Ureterolitotomía endoscópica (URS)	11	40 [25–100]	56 [17–83]
Adenomectomía transvesical (ATV)	11	81 [65–100]	69 [55–79]
Nefrolitotomía endoscópica / RIRS	8	55 [25–200]	64 [20–83]
Total de la serie	123	-	59 [15–88]

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-01

BIOPSIA DE PROSTATICA TRANSPERINEAL CON ANESTESIA LOCAL GUIADA POR MICROECOGRAFIA - MUS (29 MHZ): TÉCNICA PASO A PASO, EXPERIENCIA INSTITUCIONAL Y REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Romero, C[(1)]; Acosta, O[(1)]; Arias, J[(1)]; Barahona, J[(1)]; García, A[(1)]; Garrido, E[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú.

Introducción: La biopsia prostática por vía transperineal constituye actualmente el abordaje recomendado para el diagnóstico del cáncer de próstata, debido a su menor riesgo de complicaciones infecciosas y a un acceso más adecuado a las regiones anterior y apical de la glándula. Paralelamente, la microecografía de alta resolución (29 MHz) ha emergido como una herramienta de imagen capaz de identificar lesiones sospechosas en tiempo real mediante el sistema PRI-MUS, con rendimiento diagnóstico comparable al de la RMMP para la detección de cáncer clínicamente significativo. El video tiene como objetivo describir de manera sistemática la técnica de BTP con anestesia local guiada por microecografía, sustentada en una amplia experiencia institucional y en la evidencia científica.
Material y métodos: El video describe la preparación del paciente, posicionamiento, la técnica de anestesia local mediante infiltración cutánea y bloqueo periprostático bilateral, la evaluación con microecografía (29 MHz) y la obtención de biopsias sistemáticas y dirigidas. La secuencia se ilustra mediante un caso clínico representativo y se complementa con una revisión actualizada de la literatura. La técnica presentada corresponde a la práctica habitual de nuestro hospital Nacional Guillermo Almenara con una experiencia acumulada de aproximadamente 750 biopsias prostáticas transperineales y ahora desde hace 10 meses con el uso de Mircoecografia. Para la biopsia sistematica utilizamos la plantilla de Dickinson modificada.
Resultados: La implementación estandarizada de esta técnica ha permitido realizar BP en forma ambulatoria, con adecuada tolerancia bajo anestesia local y baja frecuencia de complicaciones. La incorporación de la microecografía ha optimizado la identificación de lesiones sospechosas durante el procedimiento, facilitando la realización de biopsias dirigidas sin incrementar la complejidad técnica y sin uso de Resonancia magnética que en países de escazos recursos como el nuestro no es posible solicitarlo a todos los pacientes.
Conclusiones: La BPTP guiada por microecografía y realizada bajo anestesia local representa una alternativa segura, reproducible y costo-efectiva para el diagnóstico del CaP. La estandarización de la técnica, respaldada por una experiencia institucional de 750 procedimientos y por la evidencia científica disponible, favorece su implementación en centros de referencia, particularmente con recursos limitados.
Palabras clave: Biopsia transperineal; Microecografía; Cáncer de próstata.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-02

Paso a paso de la biopsia prostática transperineal por fusión RM–ecografía con anestesia local: experiencia en una cohorte de 712 casos.

Roldan-Testillano, R[(1)]; Herranz Yagüe, J[(2)]; Arezki, A[(1)]; Niakani, S[(1)]; Aprikian, A[(1)]; Kassouf, W[(1)]; Anidjar, M[(1)]; Tanguay, S[(1)]; Rompré-Brodeur, A[(1)]; Sanchez-Salas, R[(1)]

[(1)]Urología, McGill University. Montreal, Canadá. [(2)]Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Introducción y objetivos:
La biopsia de próstata por fusión resonancia magnética–ecografía (RM-US) ha permitido mejorar la detección del cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) y reducir el número de biopsias innecesarias. Sin embargo, su implementación puede verse limitada por la dependencia de circuitos quirúrgicos y anestesia general, así como por la preocupación ante complicaciones infecciosas. En este contexto, el abordaje transperineal ofrece un menor riesgo de infección frente a la vía transrectal y facilita el desarrollo de modelos ambulatorios mediante el uso de anestesia local (AL).
El objetivo de este trabajo es describir nuestra técnica estandarizada de biopsia transperineal por fusión RM-US realizada en consulta bajo AL, junto con los resultados de una cohorte contemporánea de alto volumen.
Material y métodos:
Se elaboró un vídeo paso a paso con los elementos clave del procedimiento. La analgesia se estructura en una anestesia superficial y profunda, basada esta última en tres niveles: (1)infiltración de tejidos perineales profundos (nervio pudendo y sus ramas), (2)infiltración del suelo pélvico/músculo elevador del ano, y (3)bloqueo periprostático, con especial atención al ángulo periprostático apical, clave para el confort durante el muestreo apical. Tras completar la anestesia, se procede a la fusión con RM, seguido de la biopsia dirigida a las lesiones, y biopsia sistemática según plantilla de Barzell modificada. La técnica se ilustra mediante un caso representativo.
Resultados:
Entre enero de 2023 y abril de 2025 se realizaron 712 biopsias transperineales. La edad media fue de 67,7 años, con mediana de PSA de 7,8 ng/mL (DE: 56.4). La tasa de infección urinaria fue del 0,8%, con profilaxis antibiótica utilizada en solo el 31,3% de los procedimientos. La tasa de detección de CPCS (ISUP ≥2) fue del 55,6%.
Conclusiones:
La biopsia transperineal por fusión RM-US bajo AL en consulta es una técnica factible, reproducible y eficiente, con baja tasa infecciosa y uso limitado de antibióticos, manteniendo una alta detección de CPCS. Un protocolo estructurado de anestesia superficial y profunda en tres niveles (pudendo, elevador del ano y región apical periprostática) puede ser determinante para optimizar la tolerancia y facilitar su implantación en circuitos ambulatorios.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-03

Valoración endoscópica como herramienta diagnóstica y terapeútica en la Nefrocalcinosis.

Kanashiro Azabache, AK[(1)]; Verri, P[(1)]; Fila, L[(1)]; Izquierdo Gonzalez, P[(1)]; Bravo Balado, AC[(1)]; Angerri Feu, O[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

OBJETIVOS. La nefrocalcinosis es el depósito de calcio en tejido renal (papilar, submucoso o parénquima). El diagnóstico con pruebas de imagen es complejo e infraestima la localización de las calcificaciones. En aquellos pacientes con nefrocalcinosis y múltiples episodios de litiasis obstructivas, el tratamiento "clásico" es el de la causa de la nefrocalcinosis y los episodios agudos de litiasis (priorizando la carga litiásica a nivel ureteral) en espera de nuevo evento litiásico sintomático. Presentamos la valoración endoscópica para definir el tratamiento endourológico en pacientes con nefrocalcinosis y episodios litiásicos sintomáticos repetidos con la finalidad de identificar litiasis tratable endoscópicamente reduciendo los eventos litiásicos en el futuro y mejorar la calidad de vida del paciente.
MÉTODOS. Mujer de 39 años con litiasis y nefrocalcinosis, con una pielonefritis aguda obstructiva bilateral de debut secundaria a litiasis ureterales bilaterales. Además litiasis y microlitiasis en los tres grupos calicilares bilaterales. Sometida a una primera ureterorenoscopia bilateral en la que se resuelven las litiasis ureterales, se objetivan múltiples litiasis submucosas intrarrenales no abarcables, por lo que se decide la realización de una cirugía endoscópica combinada (ECIRS) en ambas unidades renales en dos tiempos.
RESULTADOS. En posición de Galdakao y anestesia general, se realizan dos ECIRS con mininefrolitotomía percutánea 18Ch y ureterorrenoscopia flexible. Lasertripsia TFL y Ho:YAG de litiasis submucosas y en vía urinaria en todos los grupos calicilares bilaterales. Tras la primera cirugía se dejan dos JJ y en la segunda cirugía se deja un uniJ retirado antes del alta. Cirugía y post operatorio sin incidencias, tiempo quirúrgico medio de 130 minutos. Rx de control sin restos litiásicos significativos, DMSA renal con preservación de la función bilateral. Diagnosticada de acidosis tubular renal secundaria a síndrome de Sjögren.
CONCLUSIONES. La valoración endoscópica en la nefrocalcionsis de pacientes con eventos litiásicos repetidos puede aportar información sobre la carga litiásica factible de ser tratada en la vía urinaria, consiguiendo reducirla, así como los problemas asociados a estos y mejorar la calidad de vida del paciente preservando la función renal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-04

Retro-Mini-Nefrolitotomía Percutánea; Descripción de la técnica, serie de casos y ventajas de la asistencia retroperitoneoscopica en el tratamiento de pacientes con órganos retrorenales.

Kanashiro Azabache, AK[(1)]; Izquierdo Gonzalez, P[(1)]; Fila, L[(1)]; Verri, P[(1)]; Bravo Balado, AC[(1)]; Angerri Feu, O[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

Objetivo: Las guías recomiendan la nefrolitotomía percutánea (NLP) como primera opción de tratamiento para litiasis renales mayores a 2cm. Una complicación de esta técnica es la lesión de estructuras circundantes al riñón (ejemplo las lesiones intestinales), siendo el colon retrorenal el principal factor de riesgo para la lesión. El tratamiento de los pacientes con litiasis mayores a 2cm con órganos de localización retrorenal próximos al trayecto percutáneo es un reto actualmente. Existen diversas técnicas quirúrgicas, como la punción asistida por ecografía o por laparoscopia, con amplia evidencia en disminuir las probabilidades de lesión durante el acceso. La mini-NLP asistida por retroperitoneoscopia representa una técnica quirúrgica menos descrita que puede convertirse en una alternativa con múltiples ventajas para el tratamiento de estos pacientes.

Material y Método: Exponemos el caso de un paciente de 45 años, con riñón en herradura y presencia de una litiasis renal izquierda de 2cm, 1500UH, con colon retrorenal asociado. Se inicia el procedimiento en posición de Valdivia con la colocación de un catéter de oclusión ureteral. Posicionamiento del paciente en decúbito lateral a 45º. Creación de espacio retroperitoneal con trócar balón. Acceso retroperitoneal hasta identificación de silueta renal. Punción guiada por fluoroscopia según técnica 0/90ºC. Dilatación secuencial hasta balón 18Ch. Acceso a cavidades renales con nefroscopio 12Ch. Lasertripsia renal con Ho-YAG. Revisión con nefroscopio flexible 16Ch. Colocación de catéter JJ y SNF Foley. La posición quirúrgica varió en casos sucesivos hasta conseguir el abordaje retroperitoneal y la punción percutánea a 30º en posición de Galdakao, reduciendo el número de trócares de 3 a 2 y aplicando el abordaje endoscópico combinado (ECIRS).

Resultados: Presentamos la primera serie europea de seis casos de Retro-Mini-NLP. Tiempo quirúrgico medio 3,9 horas. Hospitalización media de 5 días. Un paciente presentó una complicación Clavien-Dindo 1 (leucocitosis postoperatoria) y otro una complicación Clavien-Dindo 4 (shock séptico que requirió traslado a unidad de cuidados intensivos). Stone-Free Rate 75% (3/4 pacientes).

Conclusiones: La nefrolitotomía percutánea asistida por retroperitoneoscopia es una técnica indicada en pacientes con órganos retrorenales, con múltiples ventajas que permiten una fácil implementación de la técnica con resultados favorables.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-05

"El mito de hiprerpresión en Mini-Nefrolitotomía Percutánea" ... MiniNefrolitotomía Percutánea con Medición de Presión Intrarrenal

Kaanshiro Azabache, AK[(1)]; Fila, L[(1)]; Izquierdo Gonzalez, P[(1)]; Bravo Balado, AC[(1)]; Verri, P[(1)]; Angerri Feu, O[(1)]

[(1)]Urología, Fundación Puigvert. Barcelona, España.

Introducción: La presión intrarrenal (PIR) depende del equilibrio entre el flujo de irrigación y el drenaje. La PIR basal es <25 cmH_2O y aumentos por encima de 40 cmH_2O pueden provocar reflujo pielorrenal, favoreciendo la reabsorción de líquidos y complicaciones a corto y largo plazo. Diversos factores influyen en la PIR durante la nefrolitotomía percutánea (NLP). La literatura muestra valores de PIR habitualmente más elevados en miniNLP respecto a NLP estándar. El objetivo de este estudio es mostrar la PIR con distintos sets de miniNLP, para identificar la combinación más segura en términos de presión.
Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 46 años sin antecedentes litiásicos, estudiada por un dolor lumbar derecho de meses de evolución. En la tomografía computerizada se observó una litiasis piélica derecha de 29mm (1300 UH) sin ectasia de la vía urinaria. Se decidió realizar una cirugía intrarrenal endoscópica combinada derecha empleando una vaina de 18Fr, un sistema de irrigación mediante una bomba automática de 80 cmH_2O y el Ureteroscopio flexible Litovue Elite (9,5Fr) con sensor de presión.
Resultados: En posición de Galdakao, se realizó una miniNLP con monitorización de PIR durante todo el procedimiento. El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos, con 20 minutos de láser. La paciente fue dada de alta a las 24 h, sin complicaciones, con leve disminución de hemoglobina y función renal estable. El estudio cristalográfico mostró litiasis de fosfato cálcico y oxalato cálcico dihidrato.
Los valores obtenidos se compararon con un segundo caso (varón de 66 años con litiasis piélica y ureteral media portador de catéter JJ previo).
Conclusión: La miniNLP con vaina de 18Fr y nefroscopio de 12 Fr ha demostrado mantener una buena visibilidad con presiones intrarrenales claramente más bajas. La monitorización de la presión intrarrenal no es necesaria de forma rutinaria, pero puede aportar valor en situaciones seleccionadas. Su uso puede ser útil en casos con alto riesgo infeccioso, escenarios de presiones elevadas, función renal comprometida o en procedimientos complejos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-06

BALÓN CON PACLITAXEL EN LA ESTENOSIS URETERAL POST-RADIOTERAPIA: ¿UNA OPCIÓN VIABLE?

Rodríguez-Carlin, A[(1)]; Mogollón, J[(1)]; Campos, D[(1)]; Tirado, D[(1)]; Manzano, R[(1)]; Van Cauwelaert, R[(1)]; Eltit, I[(1)]

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

Introducción

Las estenosis ureterales post-radioterapia son particularmente difíciles de manejar, ya que corresponden a lesiones duras y fibrosas, con escasa actividad celular, lo que limita la eficacia de las opciones convencionales. Los balones recubiertos con paclitaxel, gracias a su efecto antiproliferativo, se han propuesto como una alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de estenosis benignas.

Material y métodos

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con antecedente de cáncer de cuello uterino etapa IV tratada con radioterapia pélvica externa, braquiterapia HDR, quimioterapia e inmunoterapia. Un año tras completar la radioterapia, ingresó a urgencias por retención aguda de orina y hematuria. La tomografía reveló una **estenosis ureteral distal derecha** de 3 cm con hidronefrosis ipsilateral.

El procedimiento se estructuró en dos pasos dentro del mismo acto quirúrgico:

1. Dilatación con balón no medicado de alta presión y control endoscópico de la pared ureteral.
2. Dilatación con balón recubierto de paclitaxel **(Elutax 3®, 250 µmol/ml)** e instalación de un catéter doble J.

La paciente recibió **40 sesiones de cámara hiperbárica**. A los dos meses se retiró el catéter doble J y se administró una segunda dosis de paclitaxel, esta vez sin dejar catéter.

Resultados

La tomografía de control mostró progresión de la hidronefrosis y el cintigrama MAG-3 evidenció obstrucción, interpretándose como fracaso del tratamiento. Finalmente, se instaló un catéter ureteral metálico Resonance®.

Conclusión

Este caso evidencia las limitaciones del uso de balones recubiertos con paclitaxel en estenosis ureterales de origen actínico. Aunque esta estrategia ha mostrado resultados prometedores en otras etiologías benignas, su eficacia en el contexto post-radioterapia permanece incierta.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-07

Enucleación Endoscópica Anatómica de la Próstata mediante una Uretrostomía Perineal Transitoria en Hombres con Prótesis de Pene Maleables: Técnica Quirúrgica y Resultados Perioperatorios

Rodriguez, TE[(1)]; Pedergnana, C[(1)]; Montelli Yanzi, G[(1)]; Santillán, D[(1)]; Tirapegui, FI[(1)]; Cristallo, C[(1)]; González, MS[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y Objetivo: La incidencia del implante protésico peneano se encuentra en aumento a nivel mundial, por lo que es cada vez más frecuente que los urólogos atiendan a hombres con una prótesis que requieren cirugía por obstrucción prostática benigna (OPB). Una prótesis maleable y una anatomía desfavorable pueden dificultar el acceso transuretral para la enucleación endoscópica anatómica de la próstata (AEEP). Nuestro objetivo es describir una técnica de AEEP mediante una uretrostomía perineal transitoria en hombres con prótesis de pene maleables y reportar sus resultados perioperatorios.
Material y métodos: Serie retrospectiva de nueve hombres con prótesis de pene maleables sometidos a AEEP mediante una uretrostomía perineal transitoria en un centro de alto volumen (2022–2025). La técnica se describe en tres pasos: creación de una uretrostomía para introducir un resectoscopio de 24 Fr sorteando la uretra peneana y la prótesis, enucleación anatómica con láser de holmio o tulio pulsado, y morcelación; luego cierre por planos. Las variables basales, perioperatorias y a 6 meses se resumieron como mediana y rango intercuartílico (RIC).
Resultados: La mediana de edad fue 74 años (RIC 68–77) y el IMC 30,9 kg/m² (RIC 28,8–33,5). El volumen prostático fue 64 mL (RIC 43–85) y el residuo posmiccional 72 mL (RIC 66–116). El IPSS preoperatorio fue 19 (RIC 18–21) y el flujo máximo (Qmáx) 12 mL/s (RIC 9–13). Todos los procedimientos se completaron por vía perineal, sin conversión ni transfusión. El tiempo quirúrgico fue 138 min (RIC 113–144) y el peso enucleado 45 g (RIC 38–63). Todos los pacientes recibieron el alta al primer día postoperatorio; la sonda se mantuvo 15 días. Al retirarla, una cistouretrografía descartó extravasación de contraste. Se registraron dos complicaciones (Clavien-Dindo II y IIIa). A los 6 meses, el IPSS fue 3 (RIC 2–5) y el Qmáx 22 mL/s (RIC 18–27). No se observaron fístulas uretrales, extrusión protésica ni estenosis.
Conclusiones: La AEEP mediante uretrostomía perineal transitoria puede ser una opción factible en hombres seleccionados con OPB y prótesis de pene maleable, preservando las ventajas del manejo endoscópico y evitando la cirugía abierta o laparoscópica. Se necesitan series más grandes con seguimiento más prolongado.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-08

SlimHoLEP con preservación de mucosa anterior en paciente post radioterapia

Ramírez Rocha, G[(1)]; Radtke López, V[(1)]; Juri Yamal, D[(1)]; Acuña Madrid, JI[(1)]

[(1)]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile.

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) constituye el tratamiento más eficaz y seguro para la hiperplasia prostática benigna, esto permite plantearlo en casos con antecedentes de cáncer de próstata concomitante, no candidatos a prostatectomía radical o pacientes tratados con radioterapia. Sin embargo, la fibrosis tisular inducida por radiación y el mayor riesgo de lesión esfinteriana pueden incrementar la incidencia de incontinencia urinaria postoperatoria o contractura de cuello vesical. La preservación de la mucosa uretral anterior se ha descrito como una estrategia destinada a disminuir el daño funcional del mecanismo de continencia. Presentamos la técnica de SlimHoLEP con preservación de mucosa anterior en un paciente previamente sometido a radioterapia.

Metodología

Se realizó un video quirúrgico descriptivo de un paciente con obstrucción urinaria secundaria a crecimiento prostático y antecedente de radioterapia pélvica por cáncer de próstata. El procedimiento se efectuó mediante técnica SlimHoLEP (camisa 22Fr), identificando precozmente el plano capsular y preservando la mucosa uretral anterior, desde esfínter urinario externo hasta cuello vesical. Se documentaron los pasos críticos de la cirugía, las modificaciones técnicas requeridas por los cambios fibróticos inducidos por radiación y los resultados peri y postoperatorios.

Resultados

La técnica permitió completar la enucleación anatómica del adenoma manteniendo la integridad de la mucosa uretral anterior y minimizando la manipulación del esfínter urinario externo y preservando tejido del cuello vesical. La identificación del plano quirúrgico fue factible pese a los cambios tisulares secundarios a radioterapia. Se logró una adecuada desobstrucción prostática sin complicaciones intraoperatorias. La evolución funcional mostró mejoría del vaciamiento urinario y preservación de la continencia en el seguimiento inicial. Estos hallazgos son concordantes con la evidencia reciente que demuestra una reducción significativa de la incontinencia urinaria transitoria tras HoLEP mediante técnicas de preservación de mucosa anterior, manteniendo resultados funcionales equivalentes.

Conclusiones

La técnica de SlimHoLEP con preservación de mucosa anterior es factible y reproducible en pacientes con antecedentes de radioterapia y puede contribuir a proteger los mecanismos de continencia, manteniendo la eficacia desobstructiva del procedimiento. Este abordaje representa una alternativa prometedora para reducir la morbilidad funcional en una población tradicionalmente considerada de mayor complejidad quirúrgica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-09

Laparoscopic Simple Prostatectomy with Hypogastric Artery Clamping

Figueiredo, LCdC[1, 2]; Pereira, CFT[1, 3]; Vasconcelos, RAL[1, 4]; Calado, AA[1, 3]

[1]Urologia, Real Hospital Português. Recife, Brasil. [2]Urologia, Hospital dos Servidores do Estado. Recife, Brasil. [3]Urologia, Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife, Brasil. [4]Urologia, Hospital Otávio de Freitas. Recife, Brasil.

Introduction: Laparoscopic simple prostatectomy (LSP) is an effective minimally invasive treatment for benign prostatic hyperplasia (BPH) in patients with large prostate adenomas. However, intraoperative bleeding remains one of the major technical challenges during adenoma enucleation. Temporary bilateral occlusion of the hypogastric (internal iliac) arteries has been proposed as a strategy to reduce pelvic blood flow, improve surgical visualization, and facilitate hemostasis.
Objective: To evaluate the feasibility, safety, and perioperative outcomes of laparoscopic simple prostatectomy performed with temporary bilateral hypogastric artery clamping.
Methods: Patients with symptomatic large-volume BPH undergoing LSP with temporary bilateral hypogastric artery clamping were prospectively evaluated. Demographic characteristics, operative time, estimated blood loss, transfusion rate, perioperative complications, catheterization time, length of hospital stay, and postoperative functional outcomes were analyzed.
Results: Temporary hypogastric artery clamping was successfully performed in all cases without vascular complications. The technique provided excellent visualization of the enucleation plane and significantly reduced intraoperative bleeding, allowing precise adenoma dissection and effective hemostasis. No patient required conversion to open surgery or blood transfusion. Functional outcomes were favorable, with significant improvement in urinary symptoms and urinary flow during follow-up. No ischemic complications related to temporary pelvic vascular occlusion were observed.
Conclusions: Temporary bilateral hypogastric artery clamping during laparoscopic simple prostatectomy appears to be a safe and reproducible adjunctive technique that effectively reduces intraoperative bleeding and facilitates adenoma enucleation. This approach may improve surgical efficiency while maintaining excellent functional outcomes, particularly in patients with large prostatic adenomas. Larger comparative studies are warranted to confirm its clinical benefits and long-term safety.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-10

HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA

Rodríguez-Carlin, A[(1)]; Mogollón, J[(1)]; Campos, D[(1)]; Tirado, D[(1)]; Manzano, R[(1)]; Van Cauwelaert, R[(1)]; Eltit, I[(1)]

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

Introducción y objetivo

La cirugía prostática en pacientes anticoagulados o con trastornos de la coagulación representa un desafío clínico por el equilibrio entre el riesgo trombótico y el hemorrágico. El objetivo de este video es presentar nuestra técnica de enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) en bloque, aplicada a pacientes tratados con anticoagulantes orales directos (apixaban, rivaroxaban, dabigatran), antagonistas de la vitamina K (acenocumarol) y en un caso de hemofilia, destacando aspectos técnicos y recomendaciones prácticas para un manejo seguro.

Material y métodos

El manejo de la anticoagulación fue individualizado: los anticoagulantes orales directos se suspendieron 48–72 horas antes de la cirugía; en los pacientes con antagonistas de vitamina K se realizó puente con heparina de bajo peso molecular; y en el caso de hemofilia se aseguraron niveles adecuados de factor VIII perioperatorios en coordinación con hematología.

La técnica quirúrgica consistió en una enucleación en bloque con liberación precoz del ápex, utilizando un láser de holmio Cyber Ho® Magneto 150 W (Quanta System), enucleoscopios de 22–24 Fr y fibras de 550 µm. Los parámetros fueron: modulación de pulso Virtual Basket (2 J, 50 Hz) para la disección y Magneto (1 J, 30 Hz) para la coagulación. Los principios clave incluyeron disección progresiva y simétrica sin contacto, preservación de la cápsula prostática y hemostasia bipolar cuando fue necesario.

Resultados

No hubo complicaciones perioperatorias ni necesidad de transfusión. La sonda Foley se retiró entre el segundo y el tercer día, con una estancia hospitalaria de duración similar. El uso de modalidades de pulso Virtual Basket y Magneto, junto con la técnica en bloque, optimizó la visibilidad intraoperatoria y el control hemostático.

Conclusión

La enucleación prostática en bloque con láser de holmio, complementada con modulaciones de pulso Virtual Basket y Magneto, representa una técnica eficaz y segura en pacientes anticoagulados o con trastornos de la coagulación. Incluso en el caso de hemofilia, con preparación multidisciplinaria y reposición de factores, se obtuvieron resultados satisfactorios y sin complicaciones. En nuestra experiencia, el HoLEP constituye el abordaje de primera línea para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática en pacientes de alto riesgo.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-11

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE DONANTE VIVO CON VENA RENAL IZQUIERDA CIRCUMAÓRTICA

Challapa Huamani, Y[(1)]; Toyohama Gushiken, VA[(1)]; Moreno Loiza, M[(2)]

[(1)]Urologia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. LIMA, Perú. [(2)]Cirugia carduivascular, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

Introducción: La donación renal de vivo exige una evaluación preoperatoria minuciosa, ya que las variantes vasculares condicionan la técnica quirúrgica y los resultados del injerto. Siendo estas variantes frecuentes: presentándose en el 17% y el 42,5% de los donantes. Las arterias múltiples o accesorias aparecen en 18,9%–27,8% de los casos, y las variantes venosas en 6,1%–12,7%. Mientras la vena renal circumaórtica es rara, descrita en aproximadamente 1,3% de los donantes, lo que aumenta el riesgo de lesión vascular y sangrado durante la disección hiliar.
Materiales y métodos: el reporte de caso fue realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - Perú. La evaluación preoperatoria incluyó angiotomografía multicorte con reconstrucción vascular para el estudio de la anatomía renovascular. El procedimiento se realizó mediante abordaje laparoscópico transperitoneal, con registro intraoperatorio en video. Se documentaron los hallazgos de imagen, la técnica quirúrgica de control de los componentes venosos y la evolución posoperatoria de donante y receptora. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para el uso de imágenes y material audiovisual con fines académicos.
Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 47 años, donante vivo relacionado, sometida a nefrectomía laparoscópica izquierda. La angiotomografía tomada durante la evolución preoperatoria identificó una vena renal izquierda circumaórtica, formada por un anillo venoso alrededor de la aorta con una rama preaórtica y otra retroaórtica. Este hallazgo nos permitió planificar la disección y el control de ambos componentes venosos en el intraoperatorio, logrando una extracción segura del injerto y sin complicaciones. Teniendo una buena evolución tanto de la donante y buena función renal en la receptora.
Conclusión: las variantes venosas renales tipo circumaórtica, aunque infrecuentes, no constituyen una contraindicación para la donación renal; con una planificación prequirúrgica adecuada y minuciosa, el procedimiento puede realizarse con éxito y de forma segura tanto para el donante como para el receptor.
Palabras claves: Trasplante de Riñón; Donadores Vivos; Variación Anatómica (vena renal circumaórtica).

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-12

Suprarrenalectomía parcial robótica; alternativa en adenoma funcionante

Quiñones, C[(1)]; Eltit, I[(1)]; Krebs, A[(1)]; Lyng, R[(1)]; Souper, R[(1)]; Aliaga, A[(1)]; Bermudez, H[(1)]

[(1)]Urología, Clínica Alemana. Santiago, Chile.

Se exponen 3 casos clínicos de pacientes con adenoma suprarrenales funcionantes; el primero un paciente con hipercortisolismo por hiperplasia suprarrenal bilateral; el segundo paciente con un feocromocitoma en glándula suprarrenal única (por feocromocitoma operado de lado contralateral previo) y el tercero con un hiperaldosteronismo primario.
Se realiza suprarrenalectomía parcial robótica en todos los casos, con el fin de preservar función glandular. Se expone técnica quirúrgica en cada caso utilizando verde de indocianina para evaluar vitalidad de glándula residual.
De esta manera se expone la factibilidad y seguridad de técnica quirúrgica con el fin de conservar la glándula suprarrenal extirpando solo el adenoma funcionante.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-13

Tumorectomía renal izquierda por lumboscopía robótica de tumor endofítico

Infante, I[(1)]; Ramírez, G[(2)]; Pego, J[(3)]; Kerkebe, M[(1)]

[(1)]Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile. [(3)]Internado Urología, Hospital DIPRECA. Santiago, Chile.

Video expone caso de paciente femenina de 32 años, sin antecedentes médicos, con hallazgo imagenológico de tumor renal izquierdo posterior 32x22mm, completamente endofítico de aspecto papilar, RENAL score 10p. Se decide realizar tumorectomía renal izquierda por lumboscopía robótica.
Se expone técnica quirúrgica destacando planificación quirúrgica con reconstrucción 3D, acceso y docking robótico por lumboscopía. Se realiza tumorectomía de tumor completamente endofítico, con preservación de parénquima renal con un tiempo de isquemia de 46 minutos y duración total de cirugía de 120 minutos. Paciente evoluciona favorablemente, con estadía hospitalaria de 2 días, manteniendo su función renal basal.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-14

NEFROURETERECTOMÍA DERECHA EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA: SUPERANDO DIFICULTADES ANATÓMICAS

Eltit, I[(1)]; Quiñoñes, C[(1)]; Rojas, I[(1)]; Souper, R[(1)]; Otaola-Arca, H[(1)]; Ramirez, G[(1)]; Lyng, R[(1)]; Bermudez, H[(1)]; Krebs, A[(1)]

[(1)]Servicio Urología, Clinica Alemana. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:
El riñón en herradura es una anomalía congénita presente en aproximadamente 0,25% de la población general, caracterizada por la fusión de los polos renales inferiores mediante un istmo funcional o fibroso. Esta variante anatómica se asocia con alteraciones en la vascularización, rotación renal y disposición de la vía urinaria, lo que puede dificultar intervenciones quirúrgicas oncológicas. La nefroureterectomía en este contexto representa un desafío técnico, particularmente cuando se emplean abordajes mínimamente invasivos. A pesar de su complejidad, la cirugía robótica ha demostrado ser una herramienta valiosa para superar estas dificultades anatómicas con seguridad y precisión.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Se presenta el caso clínico de un paciente con riñón en herradura, sometido a nefroureterectomía derecha robótica en nuestro centro.

RESULTADOS:
Se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial y daño hepático crónico Child A, quien consultó por hematuria microscópica persistente. La tomografía abdominopélvica con contraste reveló un riñón en herradura y una lesión hiperdensa sospechosa en el cáliz medio inferior del sistema colector derecho, sin evidencia de diseminación. La ureteroscopia diagnóstica con biopsia confirmó un carcinoma urotelial de alto grado. El estudio anatómico preoperatorio detallado evidenció un patrón vascular complejo con un tronco arterial único para el riñón derecho, así como una prolongación calicial hacia el istmo, presentando un reto para la sección.
Se decidió realizar nefroureterectomía derecha robótica. La cirugía se llevó a cabo sin incidentes y sin complicaciones postoperatorias inmediatas. Se administró quimioterapia intravesical profiláctica a las 24 horas. El informe anatomopatológico confirmó carcinoma urotelial de alto grado pT3, sin compromiso ganglionar (N0). El paciente inició quimioterapia adyuvante con buena tolerancia clínica y sin evidencia de recurrencia local o sistémica al momento del seguimiento inicial.

CONCLUSIONES:
La nefroureterectomía robótica en pacientes con riñón en herradura es factible y segura, siempre que se realice una adecuada planificación preoperatoria anatómica y vascular. El abordaje robótico ofrece ventajas técnicas que permiten enfrentar con éxito las variaciones anatómicas complejas y asegurar márgenes oncológicos adecuados .

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-15

RARP en territorios complejos: Desafíos quirúrgicos post radioterapia y HoLEP.

Rojas, I[(1)]; Infante, I[(2)]; Luz, D[(1)]; Calvo, I[(1)]; Orellana, S[(1)]; Domínguez, R[(1, 2)]; Hassi, M[(1, 2)]

[(1)]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Hospital Dipreca. Santiago, Chile.

Introducción: La prostatectomía radical robótica (RARP) después de radioterapia o enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) constituye un escenario técnicamente exigente por fibrosis, distorsión anatómica y pérdida de planos quirúrgicos. Presentamos dos casos de RARP en territorios complejos, destacando resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos.
Material y métodos: Video descriptivo de dos pacientes sometidos a RARP transperitoneal con plataforma Da Vinci en el Hospital Félix Bulnes. El primer caso correspondió a un paciente de 65 años con cáncer de próstata cT3bN1M0, PSA 39 ng/mL e ISUP 3, tratado con radioterapia en 36 fracciones y deprivación androgénica durante dos años, que desarrolló recurrencia local. El segundo fue un paciente de 71 años con cáncer incidental diagnosticado tras HoLEP, ISUP 3, en 18% del tejido, sin diseminación en la etapificación. Se analizaron técnica quirúrgica, tiempo operatorio, sangrado, complicaciones, anatomía patológica y seguimiento.
Resultados: En el caso post-radioterapia se realizó RARP de rescate más linfadenectomía extendida. El tiempo operatorio fue 137 minutos, con 100 mL de sangrado, sin transfusión, lesión rectal, reintervención ni complicaciones a 90 días; la sonda se retiró a los 21 días. La anatomía patológica mostró adenocarcinoma con arquitectura homologable a ISUP 4, extensión extraprostática, compromiso bilateral de vesículas seminales, márgenes positivos y 0/15 ganglios, compatible con ypT3bN0R1. A siete semanas utilizaba dos pads/día y el PSA a cuatro semanas fue 0,03 ng/mL. En el caso post-HoLEP se realizó preservación neurovascular intrafascial bilateral y reconstrucción ventral del cuello vesical. El tiempo operatorio fue 75 minutos, con 200 mL de sangrado, sin complicaciones; la sonda se retiró a los 7 días. La pieza mostró adenocarcinoma ISUP 2, órgano-confinado y con márgenes negativos.
Conclusiones: La RARP post-radioterapia y post-HoLEP fue factible y segura. En el primer caso predominaron la complejidad oncológica y la recuperación funcional incompleta, mientras que en el caso post-HoLEP el principal desafío fue la reconstrucción del cuello vesical. La selección individualizada y la experiencia del equipo son fundamentales para obtener buenos resultados.
Palabras clave: prostatectomía radical robótica; radioterapia; HoLEP.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-16

Recidiva de estenosis pieloureteral: Abordaje combinado endoscópico-robótico.

Benitez-Filselcker, A[(1)]; Tirado, D[(2)]; Mercado, A[(2, 3)]; Vilches, R[(2, 4)]

[(1)]Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(2)]Departamento de Urología, Clínica Meds. Santiago, Chile. [(3)]Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile. [(4)]Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer. Santiago, Chile.

Introducción: La recidiva de estenosis pieloureteral en pacientes con pieloplastia previa representa un desafío quirúrgico por la fibrosis presente. El abordaje combinado endoscópico-robótico permite una identificación precisa de la zona de estenosis y del uréter, optimizando el resultado en estos casos complejos.
Materiales y Métodos: Video descriptivo con relato docente de una pieloplastia desmembrada con transposición de vasos polares por vía robótica (Da Vinci Xi), en el contexto de una recidiva de estenosis pieloureteral. Se realizó un abordaje conjunto endoscópico y robótico, que permitió identificar correctamente la zona y longitud de la estenosis, así como facilitar la localización del uréter pese a los antecedentes de fibrosis por cirugía previa. Se efectuó prueba de hermeticidad intraoperatoria.
Resultados: Se describe el caso de una mujer de 34 años, con estenosis pieloureteral congénita bilateral, operada de pieloplastia bilateral en la infancia, que consulta por dolor larvado en flanco y fosa renal derecha. El UroTAC evidenció dilatación pielocalicial derecha con cambio brusco de calibre en la unión pieloureteral, cintigrama renal dinámico que confirma la obstrucción y se realiza pielografía retrógrada e instalándose nefrostomía percutánea. La cirugía se completó sin incidentes en 3 horas con sangrado de 50 cc. La paciente evolucionó favorablemente: retiro de sonda Foley a las 48 horas, drenaje a las 72 horas. La estadia hospitalaria fue de 3 días y el catéter doble J se retiró a las 4 semanas. El cintigrama renal postoperatorio mostró resolución de la obstrucción, con función renal relativa de 49,3% derecha y 50,7% izquierda.
Conclusión El abordaje combinado endoscópico-robótico permite un manejo seguro y eficaz de la recidiva de estenosis pieloureteral, incluso en un campo quirúrgico previamente operado, logrando buenos resultados funcionales y baja morbilidad post operatoria.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-18

ENUCLEACION LAPAROSCOPICA EN TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL-SCORE11H: ABORDAJE TRANS Y RETRO PERITONEAL

Soler Andonie, D[1]; Chirino Rosendo, J[2]; Toledo Bravo, J[1]; Pinto Martinez, U[2]; Ascanio Rojas, J[2]; Bustamante Valenzuela, P[2]; Acuña Galvez, E[2]; Vera Veliz, A[1, 2]

[1]Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile. [2]Unidad de Urologia, Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile.

INTRODUCCION:La resección de un tumor intrarrenal con técnica de enucleación permite preservar mayor cantidad de nefronas. Esta cirugía es un desafío quirúrgico-laparoscopico que requiere una minuciosa planificación pre-operatoria.
CASO-CLINICO1:Hombre 38años, enfermedad autoinmune IgG4. Hallazgo incidental de TumorRenal derecho 41x38mm 100%endofitico Renal-Score11AH. Tumorectomía laparoscópica transperitoneal.
CASO-CLINICO2:Hombre 39años. Sin comorbilidades. Hallazgo incidental de TumorRenal derecho 45x38mm
100%endofitico Renal-Score11PH. Tumorectomía laparoscópica retroperitoneal.
Abordaje-Transperitoneal(CASO1): PosicionLumbotomia. Veress en punto Palmers. 5trocares. Tras decolar, maniobra de kocher y rechazo cefalico hepático. Por trifurcación precoz de arteria renal, se diseca en su origen aórtico, referida con cinta vascular. Disección de vena renal única.
Abordaje-Retroperitoneal(CASO2): PosiciónLumbotomía. Disección digito-instrumental triangulo Petit y acceso al
retroperitoneo. Creación del espacio virtual con balón de dilatación, 4trocares. Identificando reparos anatómicos, disección rápida del hilio renal, identificando 3arterias y 1vena, referidas con cinta vascular.
Tecnica-Enucleacion: En ambos casos apertura fascia Gerota/Zuckerkandl. Exposicion renal en su totalidad sin visualizar tumor(100%endofitico). Ecografia intraoperatorio con transductor laparoscópico, visualizando tumor+/-4cm. Se delimita área de reseccion. Clamp vascular arterial(CASO2 a cada arteria), clamp venoso selectivo. Disección de parénquima renal sano con tijera fria hasta localizar tumor. Con tracción y contratracción se realiza enucleacion tumoral. Control de vasos perforante con hem-o-lock. Se reseca tumor renal in toto con pseudocápsula indemne. Ausencia de neoplasia macroscopicamente residual. Primer plano medular de renorrafia(sutura barbada), cerrando dirigidamente sistema colector/venas, afrontando posteriormente con hem-o-lock. Desclampeo arterial y venoso. Sin sangrado significativo. Segundo plano renorrafia cortico-medular(sutura barbada) afrontando con hem-o-lock después de cada pasada. Extracción tumoral en endocacth. Parénquima renal hermético. GelitaHemostática. Cierre de Gerota/zuckerkandl. Sin drenaje.
RESULTADOS:Cirugias sin incidente. TiempoLaparoscópico:200y240min. TiempoIsquemia: 50y55min. Sangrado intra-op:200y500cc, respectivamente. Evolución satisfactoria. Alta 1er dia post-operatorio. Informe Anatomopatologico: CancerRenal CélulasClaras, MárgenesQuirúrgicos Negativos. Seguimiento >18meses. sin recidiva locoregional/distancia. Preservacion >90% de funcion renal basal.
DISCUSION:El uso de ecografía intraoperatoria para delimitar los bordes del tumor y el uso de la tecnica de enucleacion tumoral, permiten una adecuada identificación de los márgenes de resección y preservacion de parenquima renal sano, aumentando el exito funcional y oncologico en este complejo escenario quirurgico.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-19

Paso a paso de un tratamiento con HIFU focal guiado por ecografía transrectal en cáncer de próstata localizado.

Roldan-Testillano, R[(1)]; Herranz Yagüe, J[(2)]; Hussain, J[(1)]; Arezki, A[(1)]; Niakani, S[(1)]; Rompré-Brodeur, A[(1)]; Covarrubias, C[(1)]; Anidjar, M[(1)]; Sanchez-Salas, R[(1)]

[(1)]Urología, McGill University. Montreal, Canadá. [(2)]Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Introducción y objetivos

La terapia focal mediante ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFU) se ha consolidado como una opción mínimamente invasiva en pacientes seleccionados con cáncer de próstata localizado, con el objetivo de lograr un adecuado control oncológico preservando la función urinaria y sexual.

El objetivo de este trabajo es describir de forma detallada nuestra técnica estandarizada de HIFU sonablate focal, presentada en formato de vídeo paso a paso, haciendo énfasis en los aspectos técnicos clave y los elementos de seguridad, haciendo reproducible el procedimiento en la práctica clínica.

Material y métodos

La selección del paciente se basa en la resonancia magnética multiparamétrica y en la confirmación histológica mediante biopsia fusión dirigida y sistemática.

Una vez identificada la lesión índice, se planifica el procedimiento guiado por ecografía transrectal, definiendo las zonas de tratamiento y los márgenes de seguridad en relación con estructuras críticas, incluyendo uretra, esfínter y pared rectal.

La ablación se realiza mediante la aplicación secuencial de energía ultrasónica organizada en celdas de tratamiento, siguiendo un patrón de disparos alternos diseñado para evitar la concentración excesiva de energía. Durante el tratamiento, se monitorizan los cambios ecográficos y los indicadores visuales de respuesta tisular.

Entre zonas de tratamiento, se realizan ajustes de posicionamiento para compensar posibles desplazamientos prostáticos secundarios al edema térmico. La vigilancia continua de la pared rectal, y el ajuste del sistema de acoplamiento y enfriamiento, permiten optimizar la seguridad del procedimiento.

La técnica se ilustra mediante un caso clínico representativo.

Resultados

El vídeo muestra de forma secuencial el tratamiento focal con HIFU sonablate en un varón de 56 años con cáncer de próstata localizado, destacando los pasos críticos del procedimiento, los mecanismos de seguridad y la capacidad de personalización del tratamiento según el contorno prostático.

Conclusiones

El HIFU sonablate focal es una técnica factible, segura y reproducible para el tratamiento del cáncer de próstata localizado. La estandarización técnica, junto con una planificación precisa y monitorización intraoperatoria cuidadosa, resulta esencial para asegurar una adecuada cobertura del volumen objetivo y minimizar complicaciones.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-20

TÉCNICA DE CLAMPEO EN ADRENALECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Toapanta, J[(1)]; García, P[(1)]; Hidalgo, J[(1)]; Marini, M[(2)]; Tobia, I[(1)]; Jurado, A[(1)]

[(1)]UROLOGIA, HIBA. CABA, Argentina. [(2)]Urología, Hospital Militar Central. CABA, Argentina.

Introducción: La adrenalectomía parcial laparoscópica (APL) es una técnica mínimamente invasiva que permite la resección selectiva del tejido tumoral adrenal, preservando tejido glandular funcional remanente. Esta estrategia cobra especial relevancia en pacientes con tumores asociados a síndromes de predisposición hereditaria (como Von Hippel-Lindau y neoplasia endocrina múltiple tipo 2), así como en casos de tumores bilaterales, glándula única funcional o lesiones benignas seleccionadas, siempre que la conservación de la función suprarrenal sea factible y segura desde el punto de vista oncológico y técnico. Su principal ventaja radica en evitar la insuficiencia adrenal crónica y la dependencia de terapia corticoidea sustitutiva.

Objetivo: Describir la técnica de clampeo adrenal durante una APL por feocromocitoma, destacando su potencial impacto en el control hemodinámico intraoperatorio y en la preservación del tejido adrenal funcional.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 29 años, con antecedentes de hipotiroidismo y adrenalectomía izquierda vía convencional en 2011 por feocromocitoma. Consultó por cefalea de esfuerzo, dolor abdominal e hipertensión arterial. Los estudios hormonales mostraron normetanefrina urinaria elevada (255 mcg/24 h), y la tomografía computada evidenció una lesión adrenal derecha de 18 × 17 mm compatible con feocromocitoma. Se indicó APL transperitoneal con técnica de clampeo adrenal.

Resultados: El tiempo operatorio fue 90 minutos. No hubo complicaciones ni necesidad de conversión a cirugía abierta. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 2 días. La paciente evolucionó favorablemente, con resolución de los síntomas (asintomática y normotensa), normalización de los niveles de normetanefrina y desaparición de la lesión en controles imagenológicos. A 6 meses postoperatorios, permanece sin signos de insuficiencia adrenal, con tratamiento de hidrocortisona a dosis bajas (10 mg/día), por debajo del umbral fisiológico de secreción basal, lo que sugiere función suprarrenal residual conservada.

Conclusión: La APL con técnica de clampeo adrenal permitió, en este caso de feocromocitoma, una resección segura y eficaz, con estabilidad hemodinámica intraoperatoria, márgenes quirúrgicos negativos y preservación de tejido adrenal funcional. Esta estrategia representa una alternativa válida y conservadora en el manejo quirúrgico de tumores adrenales seleccionados

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-22

Cistectomía parcial robótica en Adenocarcinoma Mucinoso Uracal: Tips and Tricks

Eltit, I[(1)]; Lobos, R[(2)]; Aliaga, A[(1)]; Ramírez, G[(1)]; Ignacio, R[(1)]; Westenenk, K[(1)]; Souper, R[(1)]; Otaola, H[(1)]; Fernández, M[(1)]; Pinochet, R[(1)]

[(1)]Urología, Clínica Alemana. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Hospital Clínico Regional de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción

La falta de cierre adecuado del uraco durante el desarrollo fetal puede permitir que islotes celulares proliferen y desarrollen carcinoma. El carcinoma de uraco es una neoplasia rara, representa <1% de los cánceres vesicales, con una edad media de presentación de 52 a 59 años. Es considerado un tumor agresivo y de mal pronóstico, con sobrevida global a 5 años cercana al 50% y sobrevida cáncer-específica a 5 años de 35%.

Materiales y Métodos

Se presentan un caso clínico de adenocarcinoma mucinoso uracal intervenido mediante cistectomía parcial robótica más linfadenectomía extendida bilateral. La cirugía se llevó a cabo además con apoyo de cistoscopio flexible para la demarcación del tumor bajo transiluminación y delimitación del límite umbilical con uso de aguja de Veress.

Resultados

Se presenta caso de paciente femenina de 41 años sin antecedentes mórbidos ni de tabaquismo, que consulta por hematuria macroscópica pesquisándose tumor de vejiga en el estudio. Se realizó una resonancia magnética con contraste que evidenció una lesión tumoral de cúpula vesical hacia el uraco; sin adenopatías. Se realizó RTU-V en julio 2025, con biopsia que informa adenocarcinoma mucinoso de origen uracal (pT2). Se decide realizar cistectomía parcial + linfadenectomía extendida bilateral, con un tiempo quirúrgico de 145 minutos. Cirugía y postoperatorio sin inconvenientes. Retiro de sonda al séptimo día, sin incidentes. La biopsia informó un adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello. G3, poco diferenciado. Todos los márgenes negativos para tumor invasor. Linfonodos pelvianos izquierdos (28) y derechos (36) sin evidencias de neoplasia (pT3b N0). Paciente se presentará en comité oncológico para definir terapia adyuvante.

Conclusiones

La cistectomía parcial robótica es una técnica eficaz para el tratamiento de tumores uracales, la utilización de cistoscopio flexible entre otras maniobras descritas facilitan la adecuada delimitación del tumor favoreciendo la obtención de márgenes quirúrgicos libres de neoplasia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-23

Tips and tricks to maximize the utilization of flexible and navigable suction (FANS) ureteral access sheaths

Connelly, Z[1]; Hernandez, D[1]

[1]Urology, University of South Florida. Tampa, USA.

As one of the most frequently performed urologic procedures, ureteroscopy often utilizes a ureteral access sheath to lower intrarenal pressure, enhance visualization, and facilitate stone clearance. While traditional sheaths depend on passive fluid dynamics and typically require secondary extraction tools like baskets, newer vacuum-assisted technologies—such as flexible and navigable suction (FANS) and controlled vacuum-assisted clearance (CVAC)—are redefining the procedure. By actively regulating pressure and maintaining a clear operative field, these vacuum-assisted systems represent a major paradigm shift that optimizes stone-free rates while enhancing patient safety. While these tools are new, their real-world experience is limited. At the University of South Florida, we are fortunate to have completed over 100 cases with these new sheaths. Our goal in this video is to provide tips and tricks when using these new sheaths so operators can maximize their experience.

Maximizing the efficiency of flexible and navigable suction (FANS) requires meticulous attention to patient positioning and operating theater setup. Placing the patient in reverse Trendelenburg is effective, as it leverages gravity to assist with both passive and active stone removal. In the operative field, active and passive suction sheaths prove invaluable—not only by clearing stone debris to maintain a pristine visual field, but also by evacuating blood and clots far more efficiently than traditional baskets. Furthermore, surgeons can utilize the laser fiber as a "pin" to secure and guide stones down the sheath. Finally, a skilled assistant is essential; having them flex the scope tip allows the primary surgeon to maintain precise control over the sheath, active suction, and ureteroscope. Ultimately, FANS represents a major surgical advancement that will inevitably become the standard of care for stone management. By mastering these intraoperative nuances, urologists can streamline their cases, optimize stone-free rates, and significantly improve patient outcomes.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-24

Manejo del divertículo calicial en la era de la cirugía intrarrenal: Reporte de caso

Morales, I[(1)]; Fasce, R[(2)]; Martínez, J[(2)]; Avaca, F[(2)]; Fernández, J[(2)]; Iacobelli, A[(2)]; Morales, C[(2)]

[(1)]Urología, Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile. [(2)]Urología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los divertículos caliciales son dilataciones quísticas no secretoras, revestidas de urotelio, del sistema colector intrarrenal. Pueden volverse sintomáticos por litiasis intradiverticular o infección urinaria recurrente por ectasia, en hasta un 40% de los casos.
OBJETIVO: Mostrar el manejo endoscópico mediante ureteroscopía flexible de un divertículo calicial sintomático con alta carga litiásica, ilustrando la utilidad de la cirugía intrarrenal retrógrada en esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años, sin comorbilidades, consulta por dolor lumbar izquierdo, malestar general y sensación febril, con diagnóstico previo de infección urinaria alta tratada con quinolonas por 10 días, sin resolución completa. PieloTAC evidencia imagen calcificada en corteza renal izquierda de relación incierta con el sistema colector. Con urocultivo negativo, se realiza ureteroscopía flexible izquierda; tras paso de vaina de acceso ureteral 10-12 Fr sin incidentes, se identifica ostium diverticular en cáliz superior. Se efectúa incisión con fibra láser de Holmio de 272 µm (0,5 J / 60 Hz) y apertura amplia del ostium, exponiendo el divertículo, donde se visualizan múltiples cálculos. Se realiza litotricia combinando dusting y fragmentación, con extracción de más de 20 cálculos mediante canastilla de Dormia de agarre frontal. Sin sangrado significativo. Se instala catéter doble J izquierdo.
RESULTADOS: Tiempo quirúrgico de 120 minutos, sin complicaciones. Radiografía renal-vesical a las 24 horas confirma ausencia de litiasis residual, hallazgo ratificado a las 6 semanas con pieloTAC tras retiro del stent.
CONCLUSIÓN: El caso clínico demuestra que la incisión endoscópica del divertículo calicial, combinada con litotricia dusting/fragmentación y extracción dirigida con canastilla, es una técnica reproducible, segura y eficaz para divertículos sintomáticos con alta carga litiásica, evitando la morbilidad de un abordaje más invasivo, incluso sin el uso de vaina de succión. En divertículos asintomáticos, en cambio, el manejo expectante sigue siendo válido, evitando intervenciones que puedan empeorar el curso de una condición benigna.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-25

PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL FUNCIONANTE, ABORDAJE ROBÓTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Saldivia, Z[1, 2]; Blackburn, S[1, 2]; Díaz, G[1, 2]; Larenas, F[1, 2, 3]; Ruiz-Tagle, S[2]; Martínez, C[1, 2, 3]; Fulla, J[1, 2, 3]

[1]Urología, Hospital San Borja Arriarán. Santiago, Chile. [2]Universidad de Chile. Santiago, Chile. [3]Urología, Clínica MEDS. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos extra-adrenales derivados de células de la cresta neural. Se distinguen de los feocromocitomas, que se originan en las glándulas suprarrenales. La incidencia combinada de ambos es de aproximadamente 0,8 casos por 100.000 personas-año, de los cuales 15-20% corresponden a paragangliomas, y cerca del 10% de estos son retroperitoneales. Gran parte de estos hallazgos incidentales son entre los 30–50 años, y hasta un 40 % se asocia a síndromes hereditarios. El diagnóstico se confirma mediante evaluación bioquímica e histopatológica. La resección quirúrgica es el tratamiento curativo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta caso de paciente sexo femenino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, durante una hospitalización por una complicación post aspiración manual endouterina en contexto de aborto retenido, se identifica incidentalmente una masa retroperitoneal intercavoaórtica de 5x4x4 cm, sugerente de paraganglioma en estudio imageneológico. Metanefrinas urinarias de 3100 µg/24h (valor normal: 80–500 µg/24h), confirmando funcionalidad. Paciente asintomática, sin taquiarritmias y sin hallazgos relevantes al examen físico. Evaluada por endocrinología, se inicia doxazosina previo a cirugía. Se decide resección de paraganglioma vía robótica robótica.
RESULTADOS: Se realiza resección de paraganglioma vía robótica con sistema Davinci X. Se accede a retroperitoneo, se identifican grandes vasos y se logra resección en bloque. No se presentaron complicaciones intra ni postoperatoria. Tiempo quirúrgico 4 horas y 32 minutos, tiempo de consola 4 horas, sangrado estimado 100 cc. Estadía postoperatoria: 1 día en UCI, 3 días en total. Al control paciente asintomática. Biopsia diferida: paraganglioma funcional intercavoaórtico.
CONCLUSIÓN: Los paragangliomas retroperitoneales funcionales son infrecuentes. La localización retroperitoneal representa un porcentaje importante de los paragangliomas simpáticos, y su identificación es relevante por la alta probabilidad de actividad funcional, con secreción predominante de norepinefrina y normetanefrina. En la literatura, el abordaje robótico se ha descrito como seguro y efectivo en casos seleccionados, permitiendo una mejor disección vascular y menor morbilidad.
Palabras clave: Paraganglioma; Tumores neuroendocrinos; Cirugía robótica.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-27

Crónica de un stent incrustado. La evolución del tratamiento de la estenosis ureteral a través de un paciente

Muro, ND[(1)]; Carcamo, DS[(1)]; Trebliner, N[(1)]; de la Calle, F[(1)]; Lee, E[(1)]; Coelho, R[(1)]; Malventano, M[(1)]; Labrador, JE[(1)]; Koren, CA[(1)]; Machado, L[(1)]; Mongelluzzo, V[(1)]

[(1)]Urologia, Churruca Visca. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivos: La colocación de stent ureterales es el tratamiento estándar para el manejo de las estenosis ureterales; sin embargo, los stents metálicos autoexpandibles (SEMS) ofrecen una permeabilidad prolongada a pesar del riesgo de complicaciones a largo plazo, como la incrustación. Se presenta la resolución de un caso de importante incrustación de un SEMS (por siete años de pérdida de seguimiento) tras abordaje multimodal.

Métodos: Un paciente masculino de 34 años con antecedente de estenosis ureteral proximal izquierda de 2cm, requirió resección y anastomosis uretero-ureteral, y posterior colocación de un SEMS. Tras no asistir a controles por 7 años, consulta por dolor en el flanco derecho. Se visualiza en tomografía computada lito ureteral derecho de 7mm y SEMS de 24 French con una importante incrustación renal y ureteral proximal izquierda. Se adoptó un enfoque quirúrgico por etapas: primero, el tratamiento del lito sintomático derecho. Luego, se realizó una Cirugía Intrarrenal Endoscópica Combinada (ECIRS) izquierda, en posición supina de Galdakao-Valdivia modificada, utilizando ureteroscopia flexible retrógrada simultánea y acceso percutáneo anterógrado (vaina de Amplatz de 28 Fr). La fragmentación del lito y del stent se logró mediante una combinación de litotricia neumática y litotricia con láser de holmio.

Resultados: El stent con incrustación fue fragmentado y extraído exitosamente a través del trayecto percutáneo. Una tomografía computarizada de control a los 30 días confirmó la extracción exitosa, pero reveló fragmentos residuales y persistencia de la estenosis. Una sesión final incluyó ureteroscopia retrógrada para la eliminación de litos residuales y la dilatación exitosa de la estenosis ureteral mediante balón de paclitaxel.

Conclusión: Si bien los SEMS constituyen una alternativa para las estenosis ureterales en pacientes con buena adherencia al seguimiento, la falta de controles medicos implica un alto riesgo de desarrollar complicaciones potencialmente graves a largo plazo. La ECIRS representa una modalidad de tratamiento segura y eficaz para stents complejos con importante incrustación. Además, los balones recubiertos de paclitaxel surgen como una opción terapéutica prometedora para el manejo de las estenosis recurrentes en este desafiante contexto clínico.

Palabras claves: Stent metálico autoexpandible (SEMS); Cirugía Intrarrenal Endoscópica Combinada (ECIRS); Estenosis ureteral

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-28

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DURANTE CURVA INICIAL DE PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA

Soler Andonie, D[1]; Chirino Rosendo, J[2]; Toledo Bravo, J[1]; Pinto Martinez, U[2]; Ascanio Rojas, J[2]; Bustamante Valenzuela, P[2]; Acuña Galvez, E[2]; Vera Veliz, A[1, 2]

[1]Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile. [2]Unidad de Urologia, Hospital Dr Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile.

INTRODUCCION:Las complicaciones intraoperatorias(CIO) durante la prostatectomía radical(PR) son infrecuentes, sin embargo, son una amenaza constante, sobretodo en los primeros casos de la curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico.
MATERIAL-METODO:Prensentamos 4casos de CIO y su resolucion durante nuestra curva inicial PRLaparoscopica en Hospital de Ovalle-Chile.
CASO-1:Lesión rectal. Durante diseccion con energia bipolar avanzada de la cara posterolateral derecha del ápex prostatico se lesiona incidentalmente el recto. Solucion de continuidad 1,5cm, limpia, bordes netos. Inmediatamente, por buena exposicion de esta, se realiza rafia en dos planos, mucosa y seromuscular. Se completa prostatectomia. Insuflacion del recto con sonda(prueba del Gomero), rafia rectal hermética. Se realiza PuntoRocco y anastomosis uretrovesical.
CASO-2:Lesion Vascular. Durante linfadenectomia izquierda de ganglios iliacos externos con ultrasonido se genera lesion de vena iliaca externa. Control inicial del sangrado con clips metalicos. Se completa resecion ganglionar. Se decide retirar clips metalicos y realizar rafia en 1plano, sutura corrida con hem-lock anclado al final.
CASO-3:Lesion Nervio Obturador. Durante Linfadenectomia de ganglios obturatrices se clipa con hem-o-lock y se transecciona el nervio obturador derecho con tijera fria. Tras completar linfadenectomia, se retira hem-o-lock del nervio. Anastomosis terminoterminal con prolene, puntos separados. Ambos cabos quedan bien coaptados, alineados y libres de tensión.
CASO-4:Lesion ureteral. Durante diseccion del grupo ganglionar distal a la bifurcación de los vaos iliacos, se secciona el uréter derecho. Tras completar linfadenectomia, se realiza neoimplante ureteral técnica Lich-Gregoir. Anastomosis uretero-vesical libre de tensión con monocryl. Instalación de pigtail 6french. Prueba de hermeticidad vesical conforme.
RESULTADOS:Total de 72 PRLap realizadas, 6,9% de CIO(5casos). La mayoría de las CIO ocurrieron durante la linfadenectomia pelvica. Todas fueron resueltas por via laparoscópica. Sin complicación post-operatoria ni necesidad de reintervencion. Estadia hospitalaria prolongada por sobre la mediana (observacion). A la fecha sin repercusión clinica o funcional significativa. Sin impacto negativo en resultados oncologicos.
DISCUSION:Durante el desarrollo de una técnica quirúrgica que requiere una mayor expertiz, las complicaciones durante la curva inicial son inevitables, por lo que es fundamental su sospecha y pesquisa precoz. El manejo quirurgico idealmente bajo el mismo abordaje permite mantener los beneficios de la cirugia minimamente invasiva sin agregar mayor morbilidad al paciente.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-29

NEFRECTOMIA RADICAL & TROMBECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CR) CON TROMBO TUMORAL (TT) EN VENA CAVA INFERIOR (VCI) NIVEL 1 & 2 DE NEVES-ZINCKE

Soler Andonie, D[(1)]; Chirino Rosendo, J[(2)]; Toledo Bravo, J[(1)]; Valenzuela Grau, R[(1)]; Pinto Martinez, U[(2)]; Andrusco Fidalgo, A[(1)]; Ascanio Rojas, J[(2)]; Soler Soler, S[(1)]; Araya Salcedo, F[(1)]; Rojas Varas, J[(1)]; Bustamante Valenzuela, P[(2)]; Acuña Galvez, E[(2)]; Vera Veliz, A[(1, 2)]

[(1)]Servicio de Urologia, Hospital San Juan de Dios. La Serena, Chile. [(2)]Unidad de Urologia, Hospital Dr Antonio Tirado Lanas. Ovalle, Chile.

INTRODUCCION:El CRCR conTT enVCI es una entidad agresiva de mal pronostico(sobrevida <6meses). En este estadio el manejo de elección es quirúrgico, cuyo abordaje depende principalmente de la altura del TT. Si la extensión a cefalico delTT no sobrepasa las venas hepáticas, el abordaje laparoscópico se puede realizar de forma segura.
MATERIAL-METODO:Presentamos 2casos tratados mediante cirugia laparoscópica en dos centros del norte de Chile (Hospitales Dr.AntonioTiradoLanas y SanJuandeDios).
CASO-1:Mujer 54años. HTA. ASA2. Hallazgo incidental de TumorRenalDerecho 9x6cm conTT hasta la VCI, con extensión de 2,6cm.
CASO-2:Hombre 65años. HTA-DM-ERC Hemodialisis. Hemtaturia macroscópica. TumorRenalDerecho 2,8cm que contacta la VenaRenal conTT, incisinuandose en la VCI
TECNICA-QUIRURGICA:Posición Lumbotomia. Neumoperitoneo con AgujaVeres. CincoTrocares. Reflexión medial del colon + maniobra Kocher. Liberacion/rechazo hepático hacia cefálico exponiendo grandes vasos. Diseccion de VCI en dirección caudal-cefalico en todo su perimetro. Control de VasosGonadales, lumbares y accesorios conHem-o-lock. Diseccion Hilio renal. Identificación/seccion de arteria renal entre hem-o-lock. Movilización extensa y control completo deVCI. Seccion de VenaSuprarrenal. (Caso-2:Hallazgo intraoperatorio de conTTmayor longitud, por transiluminacion y oclusion venosa incompleta, extension sobre VenaSuprarrenal). Se realiza clampeo/oclusion deVCI distal y proximal a VenaRenal, ademas de VenaRenal contraletaral (Caso-1: torniquete Rummel+Bulldog Laparoscopico// Caso-2: Tornique solo con cintaVascular y Hem-o-lock). Heparina endovenosa previo al clampeo. Cavotomia con tijera fría a nivel de VenaRenal. Extraccion in toto deTT (Caso-2: Se debe seccionar/dividir elTT, limite distal dudoso, para mejor manipulación y extracción segura). Sin signos de invasionVCI. RafiaVCI sutura corrida 1plano(prolene 4-0 con hem-o-lock anclado). Se completa disección renal en su cara posterolateral con energía BipolarAvanzada. Extracción de pieza quirúrgica en bloque. Drenaje no aspirativo.
RESULTADOS: Cirugías sin incidentes. TiempoLaparoscopico:160-120min. Sangrado intraoperatorio 800-600cc. Caso-2 Manejo post-operatorio en Unidad Coronaria para observacion. Evolucion satisfactoria sin complicaciones. Retiro de drenaje y alta mismo dia (4to y 3er dia post-operatorio). Informe Anatomopatologico: CR de células claras. Margenes quirurgicos Negativos. Trombo tumoral de 2,5 cm y 5,5 cm respectivamente. Seguimiento >18meses sin recidiva neoplasica.
DISCUSION: La cirugía enCRCR conTT enVCI ofrece mayor sobrevida, no obstante, se asocia a una morbi-mortalidad no despreciable. La cirugía minimamente invasiva, con adecuada planificación pre-operatoria, puede ser exitosa y segura sobre todo en TT niveles 1&2.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-30

Adrenalectomía Parcial Mínimamente Invasiva: Tres técnicas, un mismo Objetivo

Dorsemaine, MG[1]; Garcia Marchiñena, P[1, 2]; Spezzi, L[1]; Romeo, A[1]; Jurado, A[1, 2]

[1]Servicio de urologia, Hospital italiano. Buenos Aires, Argentina. [2]Oncología Renal y Patología Retroperitoneal, Hospital italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivos: La adrenalectomía parcial mínimamente invasiva (APMI) es un método seguro y eficaz para la resección completa de lesiones adrenales pequeñas, preservando el parénquima glandular sano. El objetivo es presentar tres técnicas de APMI, cada una utilizando un método de resección tumoral diferente, pero compartiendo el mismo propósito: la preservación de la función adrenal.
Métodos: Se describen tres casos de pacientes con tumores suprarrenales funcionantes sometidos a APMI utilizando distintas estrategias de resección tumoral:
Dispositivo bipolar avanzado (LigaSure™): Mujer de 34 años con aldosteronismo primario y un adenoma adrenal izquierdo de 1,8 cm. Esta técnica permite una resección precisa de lesiones centrales con excelente hemostasia, implica mayor manipulación glandular y márgenes de resección menos definidos.
Sutura mecánica lineal: Hombre de 29 años con feocromocitoma derecho de 3,3 cm asociado a MEN 2B. La sutura mecánica proporciona hemostasia rápida y mínima manipulación, aunque puede resecar tejido funcional debido a la línea de grapas. Adecuada para lesiones periféricas.
Clampeo glandular temporal ("clamp-and-release"): Mujer de 29 años con un feocromocitoma recurrente de 1,8 cm en una glándula adrenal derecha única. La oclusión temporal del remanente glandular genera un campo exangüe para la escisión precisa, optimiza la preservación del parénquima y reduce el riesgo de crisis adrenérgica intraoperatoria. Como variante de esta técnica, se demuestra el uso del clampeo glandular seguido de resección de la lesión y sutura continua del remanente, mejorando la hemostasia.
Resultados: El tiempo operatorio medio fue de 83 minutos (60–100 minutos). No hubo conversiones ni complicaciones intraoperatorias. La pérdida hemática estimada fue mínima , y la estadía hospitalaria promedio fue de dos días. Anatomía patológica confirmó márgenes negativos en todos los casos. En el seguimiento (12–18 meses), todos los pacientes lograron remisión clínica y bioquímica completa, sin necesidad de reemplazo con corticosteroides.
Conclusiones: Diferentes abordajes mínimamente invasivos pueden utilizarse de forma segura y eficaz para realizar la adrenalectomía parcial. La selección de la técnica debe individualizarse según las características del tumor y la experiencia del cirujano.
Palabras clave: Adrenalectomía parcial - Cirugía mínimamente invasiva - Preservación de la función adrenal

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-31

Manejo secuencial de una fístula uretrovaginal mediante colgajo de Martius e implantación laparoscópica de un esfínter urinario artificial

Sánchez Gallego, MD[1]; Rubia Escribano, A[1]; Carracedo Calvo, D[2, 3, 4]; Sánchez Molina, S[1]; Gómez González, B[1]; Mateo Martínez, E[1]; De La Morena Gallego, JM[1]

[1]Urología, Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, España. [2]Urología, Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, España. [3]Urología, HM Hospitales. Madrid, España. [4]Urologíar, ROC Clinic. Madrid, España.

Introducción: La fístula uretrovaginal iatrogénica es una complicación infrecuente de la cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y supone un importante reto reconstructivo. La persistencia de incontinencia urinaria secundaria a deficit esfinteriano intrínseca (DEI) tras la reparación de la fístula dificulta el manejo terapéutico. Presentamos el tratamiento secuencial de una paciente mediante reparación con colgajo de Martius e implantación laparoscópica diferida de un esfínter urinario artificial (EUA).
Material y métodos: Mujer de 69 años con fístula uretrovaginal iatrogénica tras el fracaso de una banda suburetral transobturatriz implantada para el tratamiento de la IUE. La reparación consistió en la exéresis del trayecto fistuloso, uretrorrafia e interposición de un colgajo bulbocavernoso de Martius derecho, transferido mediante un túnel submucoso hasta su posición suburetral, completándose el procedimiento con colporrafia. Un mes después de la retirada de la sonda vesical se confirmó el cierre de la fístula; sin embargo, persistía una IUE grave (pad-test: 800 g/24 h). El estudio videourodinámico confirmó DEI. Tras valorar las diferentes alternativas terapéuticas, se descartaron los agentes periuretrales por su limitada eficacia y el cabestrillo autólogo para evitar una nueva intervención sobre el área reconstruida. Se indicó la implantación laparoscópica de un EUA seis meses después de la reparación.
Resultados: La intervención consistió en la disección laparoscópica del cuello vesical, colocación de un manguito de 9 cm, un reservorio de 24cc en el espacio laterovesical izquierdo y una bomba de activación en el labio mayor izquierdo, con conexiones extracorpóreas. El dispositivo se activó a las seis semanas, obteniéndose continencia completa (pad-test: 0g/24 h) y una adecuada dinámica miccional. Tras un año de seguimiento, la paciente permanece continente, sin complicaciones relacionadas con el dispositivo ni recurrencia de la fístula.
Conclusiones: La reparación de la fístula uretrovaginal mediante colgajo de Martius permitió su resolución y la posterior implantación laparoscópica de un EUA posibilitó el tratamiento de la IUE secundaria a DEI con un resultado funcional favorable. Este caso sugiere que el abordaje secuencial puede constituir una alternativa terapéutica en pacientes seleccionadas.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-32

EXERESIS DE QUISTE PARAURETRAL

Moncada Castro, EM[(1)]; Schwartzmann Jochamowitz, I[(1)]; Montlleo Gonzalez, M[(1)]; Ponce de Leon Roca, J[(1)]; Palou Redorta, J[(1)]

[(1)]Servicio de Urologia, Fundacio Puigvert. Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN: El quiste parauretral es una patología poco frecuente, suponiendo menos de 0,5% de las malformaciones congénitas del sistema urinario, siendo más frecuente en mujeres.
OBJETIVO: En este video, presentamos una cirugía de exéresis transperineal de quiste parauretral.
MATERIAL Y MÉTODOS Presentamos el caso del un paciente de 60 años sin antecedentes patológicos. En seguimiento en nuestro centro por síntomas del tracto urinario inferior en tratamiento médico combinado. Se realiza uretrografía donde se observa una imagen quística de 40 mm rodeando la uretra bulbo-membranosa sugestiva de divertículo uretral. Posteriormente, presenta un primer episodio de retención aguda de orina por lo que se decide realizar una punción de dicho quiste. En octubre de 2023 presenta un nuevo episodio de rentención aguda de orina. Se repite RMN donde se observa de nuevo una imagen quística de 30 x 24 x 22 mm rodeando uretra bulbo-membranosa sugestiva de divertículo uretral. Se propone cirugía de exéresis de dicho quiste con abordaje transperineal.
RESULTADOS El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias. Se retira sonda vesical en 24h presentando flujometría de control no obstructiva y sin presentar nuevos episodios de renteción aguda de orina. CONCLUSIONES La exéresis de quiste parauretral es una técnica segura y eficaz para aquellos pacientes que presentan clínica obstructiva secundaria a estos.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-33

Perlas Quirúrgicas para la Preservación del Paquete Neurovascular Dorsal Profundo Durante la Vulvoplastia en la Genitoplastia Feminizante de Afirmación de Género

Cifuentes, M[(1)]; Brito González, F[(2)]; Calvo, N[(3)]

[(1)]Uroginecologia, Universidad de Valparaíso. Viña del mar, Chile. [(2)]Ginecologia, Hospital de Talagante. Lo Barnechea, Chile. [(3)]Urología, Universidad de Valparaíso. Viña del mar, Chile.

Objetivo
La vulvoplastia es una de las etapas más complejas de la genitoplastia feminizante de afirmación de género. La preservación del paquete neurovascular dorsal profundo es fundamental para mantener la vascularización, la sensibilidad erógena y los resultados estéticos del neoclítoris. Este video presenta una técnica quirúrgica paso a paso que conserva una banda dorsal de túnica albugínea unida al paquete neurovascular, proporcionando soporte adicional al pedículo y destacando los principales reparos anatómicos y perlas técnicas.
Métodos
Se presenta un video quirúrgico narrado. Tras aislar el colgajo prepucial, se diseca la piel peneana preservando tejido para la reconstrucción vulvar. El paquete neurovascular dorsal profundo se moviliza junto con la fascia de Buck, manteniendo una estrecha banda dorsal de túnica albugínea adherida al pedículo durante toda la disección. Posteriormente, se muestra la reconstrucción del neoclítoris, incluyendo cuerpo, cruras, capuchón clitorídeo y labios menores, enfatizando los aspectos técnicos críticos. Se presentan los resultados postoperatorios inmediatos y a los seis meses.
Resultados
La técnica permitió preservar de forma segura el paquete neurovascular dorsal profundo y facilitó la movilización del pedículo durante la penectomía. La conservación de una banda dorsal de túnica albugínea aportó soporte estructural sin interferir con la reconstrucción. Se obtuvo una reconstrucción anatómica de la vulva, con adecuada posición del neoclítoris y resultados cosméticos satisfactorios. A los seis meses se observó una adecuada cicatrización y preservación de la anatomía vulvar.
Conclusiones
La preservación del paquete neurovascular dorsal profundo es esencial para el éxito de la vulvoplastia. Mantener una banda dorsal de túnica albugínea constituye una alternativa técnica segura y reproducible que brinda soporte adicional al pedículo neurovascular y facilita una reconstrucción anatómica del neoclítoris y la vulva.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-34

Algoritmo Terapéutico en el Tratamiento de la Estrechez de Uretra Bulbar.

Angeloni, B[(1)]; Collavini, M[(1)]; Percovich, F[(1)]; Gregorio Berutti, M[(1)]; Lorenzi, A[(1)]; Potente, L[(1)]; Capiel, L[(1)]
[(1)]Servicio de Urologia, CEMIC. caba, Argentina.

En este video se presenta un algoritmo terapéutico para el manejo de las estrecheces de uretra bulbar, basado en las características de la lesión y la selección de la técnica reconstructiva más apropiada. Se revisan de forma práctica las indicaciones y los pasos fundamentales de las técnicas tanto transectantes como no transectantes, dada la importancia que ha adquirido en la ultima década la preservación de la vascularización del Cuerpo Esponjoso. El objetivo es proporcionar una guía práctica para la toma de decisiones, optimizando los resultados funcionales mediante un enfoque individualizado según la longitud, complejidad y etiología de la estrechez uretral.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-35

Linfadenectomía retroperitoneal robótica en cáncer testicular: ¿Cuándo seleccionar abordaje lateral o supino?

de Oliveira Costa, A[1]; Ramírez Quintero, J[1, 2]; Ramírez Rocha, G[3]; Hassi Román, M[1, 3]; Orellana Sepúlveda, S[3]; Rozental de Mayo, M[1, 4]; Kerkebe Lama, M[1, 4]

[1]Urología, Hospital DIPRECA. Santiago de Chile, Chile. [2]Urología, Hospital del Salvador. Santiago de Chile, Chile. [3]Urología, Hospital Félix Bulnes. Santiago de Chile, Chile. [4]Urología, Clínica MEDS. Santiago de Chile, Chile.

Introducción

La linfadenectomía retroperitoneal robótica es una alternativa mínimamente invasiva para pacientes seleccionados con cáncer testicular. No existe una estrategia estandarizada para seleccionar el posicionamiento del paciente según el template de disección. Como criterio de selección del decúbito, el decúbito lateral se indica en pacientes con adenopatía retroperitoneal unilateral menor de 5 cm en la tomografía computarizada pre y postquimioterapia, mientras que el decúbito supino se reserva para pacientes con adenopatías retroperitoneales bilaterales residuales postquimioterapia por tumor germinal no seminomatoso, mayores de 1 cm y con marcadores tumorales normalizados. Presentamos un video quirúrgico que ilustra esta estrategia de selección del decúbito basada en la distribución unilateral o bilateral de las adenopatías retroperitoneales.

Materiales y métodos

Se presenta un video quirúrgico de dos linfadenectomías retroperitoneales robóticas postquimioterapia que ilustran una estrategia de selección del decúbito basada en el template de disección determinado por la distribución unilateral o bilateral de las adenopatías retroperitoneales. Se ejemplifica una disección unilateral en decúbito lateral y una bilateral en decúbito supino, destacando el posicionamiento, la instalación robótica y los principales aspectos técnicos de la disección.

Resultados

Ambos procedimientos fueron completados por vía robótica sin conversión a cirugía abierta. El decúbito lateral proporcionó una excelente exposición del template unilateral, facilitando la disección del espacio retrocavo y paracavo con adecuada retracción intestinal por gravedad y excelente ergonomía. En contraste, el decúbito supino proporcionó acceso simultáneo a ambos compartimentos retroperitoneales mediante un único acoplamiento robótico, evitando el reposicionamiento del paciente durante la disección bilateral. En el seguimiento oncológico, ambos pacientes permanecen libres de progresión.

Conclusiones

La distribución de las adenopatías retroperitoneales constituye un criterio práctico para seleccionar el posicionamiento del paciente durante la linfadenectomía retroperitoneal robótica. La elección sistemática del decúbito lateral para disecciones unilaterales y del decúbito supino para disecciones bilaterales permite optimizar la exposición quirúrgica y la ergonomía, simplificando la ejecución del procedimiento.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-36

Vasovasostomía microquirúrgica: Técnica simplificada en un plano sin revisión intraoperatoria del líquido seminal – Reporte de técnica y serie de casos.

Scherpenisse Duarte, DI[1]; Herrera Sepúlveda, DA[2]; de Oliveira Costa, A[3, 4]; Barroso Salvestrini, JP[1, 2, 5]; Osorio Martini, FJ[1, 2, 5]

[1]Urología, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile. [2]Urología, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. [3]Urología, Hospital Dipreca. Santiago, Chile. [4]Urología, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile. [5]Urología, Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

Introducción

La reversión de vasectomía microquirúrgica es el tratamiento de elección para hombres que buscan recuperar la fertilidad tras vasectomía. Si bien la anastomosis en dos planos se considera el estándar de referencia, la evidencia actual no muestra superioridad sobre la técnica en un plano. Además, la revisión microscópica intraoperatoria del líquido seminal, pese a su uso extendido, cuenta con evidencia limitada. El objetivo de este video es describir una técnica simplificada de vasovasostomía microquirúrgica en un plano, sin revisión intraoperatoria del líquido seminal, y presentar sus resultados.

Material y métodos

Se presenta el video quirúrgico de una vasovasostomía microquirúrgica bilateral bajo anestesia general, mediante abordaje escrotal mínimo. La técnica consiste en una anastomosis término-terminal en un plano, con 6 puntos separados de sutura no reabsorbible 9-0, sin revisión microscópica intraoperatoria del líquido seminal. Se reportan los resultados de la serie del cirujano principal, correspondiente a cirugías realizadas entre junio 2016 y diciembre 2024, analizando características demográficas, tiempo desde la vasectomía, permeabilidad al primer y tercer mes postoperatorio (espermatozoides en el eyaculado), tasas de embarazo, nacidos vivos y modalidad de concepción.

Resultados

La serie incluyó 43 pacientes: 41 (95,3%) bilaterales y 2 (4,7%) unilaterales (pacientes monórquicos). La edad media fue de 41,3 años (rango 30–51) y la de las parejas, 34,3 años (rango 25–44). El 95,3% tenía paternidad previa y 11 parejas, maternidad previa. El intervalo medio entre vasectomía y reversión fue de 4,5 años (rango 1–13), con tiempo quirúrgico mediano de 120 minutos (rango 105–210). La tasa de permeabilidad fue de 94% al primer mes y 87,5% al tercer mes. La tasa global de embarazo fue de 44% (73% espontáneo, 18% por inseminación intrauterina, 9% por fertilización in vitro). La tasa de nacidos vivos fue de 32%.

Conclusiones

La vasovasostomía microquirúrgica simplificada en un plano, sin revisión intraoperatoria del líquido seminal, permite obtener tasas de permeabilidad y embarazo comparables a series internacionales de alto volumen, con la ventaja de no depender del laboratorio de reproducción y de reducir el tiempo quirúrgico. Esta técnica representa una alternativa segura, reproducible y con curva de aprendizaje más accesible para andrólogos en formación.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-37

Penamiento Lateral: La Modificacón Carrión al Mini Jupette Sling para Compresión Dinámica en Pacientes con Climacturia e Incontinencia Urinaria por Estrés Leve

Fernandez-Crespo, R[(1)]; Cook, T[(1)]; Carrion, R[(1)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, United States.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
El Mini-Jupette sling (cabestrillo) es un procedimiento complementario para el tratamiento de la climacturia y la incontinencia urinaria de esfuerzo leve, que se puede hacer durante la implantación de una prótesis peinana inflable (PPI). La técnica convencional incorpora el cabestrillo a la corporotomía, o proximal a estas. Describimos una modificación simplificada que facilita la reproducibilidad del procedimiento y permite ajustar de forma intraoperatoria la tensión del cabestrillo según el grado de incontinencia del paciente.
MÉTODOS:
La cirugía sigue los pasos habituales de la implantación penoescrotal de una PPI con dos modificaciones principales. Tras realizar las corporotomías longitudinales, se colocan suturas permanentes en los bordes laterales de cada corporotomía evitando que atraviesen el cierre de la misma. Después de la colocación de los cilindros y del cierre convencional de las corporotomías, se prepara una malla rectangular a partir de un cabestrillo Virtue® y se fija utilizando las suturas previamente colocadas. La tensión del cabestrillo se individualiza mediante el inflado parcial de la prótesis, utilizando un mayor grado de inflado en pacientes con climacturia aislada y un menor grado en aquellos con incontinencia urinaria de esfuerzo. Una columna de solución salina 60cm sobre el paciente se conecta a la sonda del paciente para determinar la tensión necesaria para fijar el cabestrillo.
RESULTADOS:
Realizamos con éxito y describiendo todos los pasos la técnica modificada de Mini-Jupette al momento de implantar una prótesis peniana inflable.
CONCLUSIONES:
La técnica modificada de Mini-Jupette es sencilla, reproducible y además, proporciona un método objetivo para ajustar intraoperatoriamente la tensión del cabestrillo, lo que podría disminuir la necesidad de procedimientos adicionales para el tratamiento de la incontinencia.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-38

The Use of the Morey-Moorevile Spacemaker Cavernotome Dilators at the Time of Semi Rigid Penile Prosthesis Implantation After Prolonged Ischemic Priapism

Fernandez-Crespo, R[(1)]; Cook, T[(1)]; Carrion, R[(1)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, United States.

Aim: Dilation of fibrotic corpora after a prolonged priapism for placement of a semi rigid penile prosthesis can be quite challenging. We present the use of a specialized tool (Morey-Mooreville cavernotomes) that can help in creating the corporal space for prosthesis implantation.
Methods: In detail we describe the diagnostic testing performed in this patient and the decision to place a penile prosthesis primarily without even corporal irrigation. Also the shape and the use of this specialized cavernotome is described in detail.
Results: Successful placement of an SRPP was performed despite the prolonged ischemic priapism episode, and the use of this cavernotome made the corporal space creation more easily without any proximal perforation. The prosthesis was then placed with excellent functional and cosmetic results.
Conclusion: Placement of a SRPP can be appropriate as first line management in selected patients with prolonged ischemic priapism, especially after corporal non-viability has been confirmed. In these settings since fibrotic tissue is expected to be encountered, specialized cavernotomes can help during corporal dilation.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-39

Cirugía de rescate de una prótesis peneana inflable infectada: abordaje subcoronal como complemento técnico al procedimiento de rescate de Mulcahy

Vaccaro, F[(1)]; Sanchez, J[(1)]; Ruiz-Castañe, E[(1)]; Vantman, D[(1)]

[(1)]Andrologia, Fundació Puigvert. Barcelona, España.

Introducción

La infección de una prótesis peneana inflable constituye una complicación especialmente compleja que requiere un tratamiento quirúrgico precoz. El rescate protésico inmediato mediante el explante completo del dispositivo infectado y implante directo de una prótesis maleable, siguiendo los principios descritos por Mulcahy, representa una estrategia ampliamente aceptada para preservar la integridad de los cuerpos cavernosos.

Sin embargo, la presencia de una infección escrotal extensa puede distorsionar gravemente los planos anatómicos, dificultando el acceso a los cuerpos cavernosos mediante el abordaje penoescrotal convencional. Presentamos una modificación técnica basada en un abordaje peneano subcoronal que facilita el explante y el implante, minimizando la disección sobre los tejidos más gravemente infectados y distorsionados.

Material y métodos

Es un paciente de 68 años sometido a implante infrapúbico de una prótesis peneana inflable por disfunción eréctil refractaria al tratamiento orales e inyecciones intracavernosas. La evolución postoperatoria se complicó con un hematoma escrotal y desplazamiento de la bomba, requiriendo cirugía de revisión por via escrotal tres meses después. Dos semanas tras la revisión, el paciente presentó supuración escrotal, extrusión de la bomba.

Se realizó un procedimiento de rescate. La bomba infectada se retiró a través de la herida escrotal existente con drenaje completo. Debido a la pérdida de los planos anatómicos escrotales, se practicó una incisión subcoronal, que permitió acceder a los cuerpos cavernosos a través de tejidos peneanos no distorsionados. Se retiraron ambos cilindros y se implantó inmediatamente una prótesis maleable. El reservorio fue retirado mediante una incisión independiente tipo Pfannenstiel.

Resultados

El abordaje subcoronal permitió una exposición sencilla de los cuerpos cavernosos y facilitó el implante inmediato de la prótesis maleable, limitando la manipulación adicional de los tejidos gravemente infectados. A las seis semanas de seguimiento, el paciente permanecía asintomático con una prótesis maleable plenamente funcional y habiendo reanudado una actividad sexual.

Conclusiones

En casos seleccionados el abordaje subcoronal puede constituir un complemento técnico útil al procedimiento estándar. Al proporcionar un acceso a los cuerpos cavernosos a través de tejidos no distorsionados, esta técnica puede facilitar el implante inmediato de una prótesis maleable y reducir la disección sobre tejidos escrotales infectados.

Financiamiento / conflicto de intereses: No

V-40

Updates on the Use of Intracorporeal Antibiotic Cast with High Purity CaSO4 (Carrion Cast) for the Treatment of Recurrent and Refractory Penile Prosthesis Infections.

Fernandez-Crespo, R[(1)]; Cook, T[(1)]; Carrion, R[(1)]

[(1)]Urology, University of South Florida. Tampa, United States.

Aim: To provide an update on the use of the intracorporeal antibiotic cast (Carrion cast) in selected patients with refractory penile prosthesis infections and to present different delivery methods, modalities and techniques.
Methods: A detailed description on how to prepare the antibiotic cast, and the use of different antibiotics for mixing the cast. Proper technique on how to prepare the Carrion cast is depicted. Finally the use of different delivery modalities are described.
Results: 2 patients with recurrent and refractory penile prosthesis infections are discussed. In the first patient, we describe the use of small pellets of the Carrion cast in the scrotum where the infected pump was located. Also the use of a chest tube to create pellets of the cast is outlined for the subsequent insertion inside the corpora. The second patient presented had a semirigid penile prosthesis with the infection involving only the right sided corpora. Proper preparation of the cast is described and in this case the cast injected in a semi-solid state before solidifying. The corporal defect after removal of the SRPP was substantial for which prior to inserting the Carrion cast in the corpora, the defect was repaired and closed with pericardium allograft.
Conclusion: The use of an intracorporeal antibiotic cast is a feasible option for selected patients with recurrent and refractory penile prosthesis infections. Different modalities for delivering the cast intracorporally have been described, all of which have demonstrated adequate results. Delivery methods can be tailored based on the patient's need and intraoperative findings.

Financiamiento / conflicto de intereses: No