

XVII JORNADAS DE  
**UROLOGÍA FILIAL NORTE**  
Cirugía Reconstructiva y Mínimamente Invasiva  
II JORNADAS DE ENFERMERÍA UROLÓGICA DEL NORTE



---

# TRABAJOS LIBRES COMUNICACIÓN ORAL

---



# ÍNDICE

## COMUNICACIÓN ORAL

	PÁG.
<b>1 Terapia prostática con vapor de agua REZUM*. Experiencia inicial y resultados.</b> Drs. Mario Navarro Genta; Mario Sotomayor Carrillo.	<b>2</b>
<b>2 Enucleación prostática con Laser Thulium. Experiencia inicial y resultados</b> Drs. Mario Navarro. Mario Sotomayor. Rodrigo Ledezma. Oscar Storme.	<b>4</b>
<b>3 ¿Nefrectomía total por lumbotomía o laparoscopia en Pielonefritis Xantogranulomatosa? Reporte de un caso.</b> Medina Riffo Luis Eduardo Antonio; Trejo Zahran Jorge José; Flores Barros Isidora Fernanda del Carmen.	<b>6</b>
<b>4 De Trastorno de Ansiedad Generalizada a Parkinson: Errores diagnósticos en Feocromocitoma reporte de un caso.</b> Medina Riffo Luis Eduardo Antonio; Trejo Zahran Jorge José; Flores Barros Isidora Fernanda del Carmen; Zamorano Araoz Andrés.	<b>8</b>
<b>5 Morbilidad en genitoplastias de reafirmación de género: experiencia de un centro de referencia.</b> Dra. Ágnes de Oliveira y Dr. Sergio Soler.	<b>10</b>
<b>6 Análisis de 5 años de adenomectomía suprapúbica transvesical (ASPTV) en Hospital Clínico San Pablo de Coquimbo.</b> Javier Alarcón, Felipe Coloma, Juan Pablo Loyola, Mauricio Maureira, Tomas Marambio, Daniela Viza	<b>12</b>
<b>7 Linfadenectomía laparoscópica en cáncer urológico: Desde el triángulo femoral hasta el retroperitoneo.</b> Andrea Rojas Salas, Ulises Pinto Martínez, Javier Ascanio Rojas, Paz Bustamante Valenzuela, Esteban Acuña Galvez, Alvaro Vera Veliz.	<b>14</b>

## VIDEOS

<b>1 Nefrectomía parcial izquierda laparoscópica en paciente.</b> Felipe Coloma Ortiz, Javier Alarcón Ríos, Juan Pablo Loyola Maturana, Mauricio Maureira Alfaro.	<b>17</b>
<b>2 Nefrectomía Parcial Abierta por Retroperitoneoscopia</b> Javier Alarcón, Felipe Coloma, Juan Pablo Loyola, Mauricio Maureira.	<b>19</b>
<b>3 Cistoprostatectomía Radical Laparoscópica (CRLAP) con derivación urinaria (DU) heterotópica parcialmente intracorpórea.</b> Alvaro Vera Veliz, Ulises Pinto Martínez, Javier Ascanio Rojas, Paz Bustamante Valenzuela, Esteban Acuña Galvez	<b>21</b>
<b>4 Tumorectomía laparoscópica transperitoneal de tumor renal complejo post radiofrecuencia frustra.</b> Andrea Rojas Salas, Agnes de Oliveira Costa, Josefa Pedraza Arancibia, Marcelo Alvear, Álvaro Vera Veliz, Rodrigo Valenzuela Grau, Felipe Araya Salcedo, Julio Rojas Varas, Sergio Soler Soler, Alexander Andrusco Fidalgo.	<b>23</b>
<b>5 Suprarrenalectomía Laparoscópica (SRLAP) en oligometástasis adrenal de cáncer renal (CR): Abordaje transperitoneal y lumboscópico.</b> Josefa Pedraza Arancibia, Javier Ascanio Rojas, Ulises Pinto Martínez, Paz Bustamante Valenzuela, Esteban Acuña Galvez, Álvaro Vera Veliz.	<b>25</b>
<b>6 Verde de Indocianina (ICG) e Injerto de Mucosa Oral (BMG): Técnicas innovadoras en la reconstrucción laparoscópica de estenosis pieloureteral (EPU) recidivada.</b> Agnes de Oliveira Costa, Josefa Pedraza Arancibia, Andrea Rojas Salas, Alexander Andrusco Fidalgo, Álvaro Vera Veliz, Rodrigo Valenzuela Grau, Julio Rojas Varas, Felipe Araya Salcedo, Sergio Soler Soler, Marcelo Alvear Godoy.	<b>27</b>
<b>7 Linfadenectomía Inguinal Videolaparoscópica (VEIL): Técnica contemporánea modificada con apoyo de verde de indocianina (ICG).</b> Josefa Pedraza Arancibia, Andrea Rojas Salas, Agnes de Oliveira Costa, Alexander Andrusco Fidalgo, Julio Rojas Varas, Rodrigo Valenzuela Grau, Marcelo Alvear Godoy, Felipe Araya Salcedo, Sergio Soler Soler, Álvaro Vera Veliz.	<b>29</b>

Trabajo CO n°01

**Título del Trabajo**

Terapia prostática con vapor de agua REZUM\*. Experiencia inicial y resultados.

---

**Autores**

Drs. Mario Navarro Genta ; Mario Sotomayor Carrillo.

---

**Instituciones Participantes**

Unidad de Urología, Clínica Achs - salud de Atacama. Copiapó.

---

**Nombres**

Mario Arturo

---

**Apellidos**

Navarro Genta

---

**Email de contacto**

magenta@gmail.com

---

**Área de Trabajo**

Urología

---

**Modalidad de Presentación**

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

Introducción: Rezum® es una nueva terapia diseñada para tratar en forma ambulatoria la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). Consiste en energía de ablación térmica por convección que penetra por inyección intra prostática de vapor de agua. Su acción ocasiona inflamación y posterior necrosis tisular, provocando disminución del volumen glandular periuretral. Se considera efectivo solo para volúmenes prostáticos entre 30 y 80 ml, logrando preservar la eyaculación y presentando menores tasas de complicaciones y retratamientos que las terapias convencionales. Materiales y Métodos: Análisis prospectivo y descriptivo de 37 hombres operados con anestesia espinal, entre Junio 2023 y Julio 2024 en nuestra institución que completaron, al menos, un mes de seguimiento. Promedio edad : 63 años, tamaño prostático: 43 ml. APE : 1,83. IPSS : 21 pts. Qmax: 9,6 ml/seg. Seguimiento con IPSS – IIEF, APE, ECO y Uroflujometría al 3º, 6º y 12º meses. Se evaluaron complicaciones según Clavien. Análisis estadístico : SPSS 17,0 con estadística no paramétrica. Resultados: Tiempo promedio de cirugía: 11 minutos. Promedio de inyecciones : 6. Promedio hospitalización y SUV : 1 y 5 días. Al 3º , 6º y 12º meses la reducción del IPSS fue de 13 , 6 y 4 pts. ( $p < 0,001$ ). 21 casos (56 %) manifestaron urgencia y disuria transitoria (C-D 1). 2 pacientes (5 %), presentaron eyaculación retrograda. 1 paciente tuvo RAO post retiro de SUV que cedió con 7 días de cateterismo (C -D 1). Conclusión: Rezum ® es una técnica ambulatoria segura, fácil y reproducible con resultados iniciales aceptables. Su principal indicación es para pacientes que no desean medicación o refractariedad al tratamiento, o los que no pueden optar a otra opción quirúrgica por su alto riesgo.

## Trabajo CO n°2

### Título del Trabajo

Enucleación prostática con Laser Thulium. Experiencia inicial y resultados

---

### Autores

Drs. Mario Navarro (1). Mario Sotomayor (1). Rodrigo Ledezma (2). Oscar Storme (3).

---

### Instituciones Participantes

(1) Clínica Atacama Achs salud. Copiapó. (2) Hospital Clínico U. de Chile, Santiago. (3) Clínica Red Salud CCHC. Santiago.

---

### Nombres

Mario

---

### Apellidos

Navarro

---

### Email de contacto

mangenta@gmail.com

---

### Área de Trabajo

Urología

---

### Modalidad de Presentación

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

Introducción: La HPB es una afección frecuente que progresa con la edad, alcanzando 80% en mayores de 80 años. Gold-Standard actual: RTUP para próstatas < 80 gramos y Adenomectomía abierta para > 80 grs. Las nuevas técnicas de enucleación con Láser Thulium o Holmium han evidenciado eficacia y seguridad similares, manifestando mejores resultados en días de sonda, hospitalización y sangrado. Materiales y Métodos: Análisis prospectivo-descriptivo de 42 hombres, edad promedio: 67 años; tamaño prostático: 91 ml y APE : 4,15. Operados entre Julio 2023 y Junio 2024, que completaron al menos, un mes de seguimiento. La energía utilizada: Thulium 200 watts Quantas, fibra 800 micras. Estudio preoperatorio y seguimiento: cuestionario IPSS – IIEF, APE, ECO y Uroflujometría, con controles al 1º, 6º y 12º meses. Se evaluaron tiempo quirúrgico, evolución, complicaciones según Clavien. Análisis estadístico: SPSS 17.0 con estadística no paramétrica. Resultados: 2 urólogos en todas las intervenciones. Anestesia general. Tiempo promedio de cirugía y morcelación: 128 y 27 min. Promedio hospitalización y SUV: 1,5 y 3,5 días. Promedio resección: 78 gramos. Al Tercer mes: 88 % IPSS: < 8 , IIEF: 18 y Q max: >23 ml/seg. No se registraron complicaciones intra ni post operatorias inmediatas relevantes. Hematuria transitoria: 50% (C-D1). 2 pacientes: RAO post retiro de SUV transitoria. Un paciente: TVP post alta (C-D2). Conclusión: Técnica reproducible y segura, con desafiante curva de aprendizaje que disminuye notoriamente con participación simultánea de 2 Urólogos, reduciendo complicaciones y aumentando su seguridad. Se requiere un permanente entrenamiento de todo el equipo.

## Trabajo CO n°3

### Título del Trabajo

¿Nefrectomía total por lumbotomía o laparoscopia en Pielonefritis Xantogranulomatosa?  
Reporte de un caso

---

### Autores

Medina Riffo Luis Eduardo Antonio (1); Trejo Zahran Jorge José (2) ; Flores Barros Isidora  
Fernanda del Carmen (2).

---

### Instituciones Participantes

(1) Universidad de Talca; (2) Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios de Curicó.

---

### Nombres

Luis Eduardo Antonio

---

### Apellidos

Medina Riffo

---

### Email de contacto

edumedinariffo98@gmail.com

---

### Área de Trabajo

Urología

---

### Modalidad de Presentación

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

Introducción: La Pielonefritis Xantogranulomatosa (PNX) es una enfermedad inflamatoria infecciosa crónica infrecuente del riñón, posee elevada morbimortalidad y su tratamiento de elección es quirúrgico. Dado los cambios inflamatorios presentes, el abordaje laparoscópico (VLP) puede ser complejo. Pero, representa una alternativa al tratamiento donde se deben comparar sus beneficios frente al de lumbotomía. Materiales y metodología: Se realizó revisión de ficha clínica y literatura internacional relacionada. Paciente femenina de 35 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por dolor lumbar derecho tipo cólico irradiado a flanco, síndrome miccional, náuseas, fiebre y pérdida de peso. Refiere múltiples consultas y tratamientos fracasados, urocultivo con desarrollo de *Escherichia coli* multirresistente. UroTC reveló cálculo coraliforme de 6 cm en grupos caliciales superior y medio, moderada hidronefrosis, edema perirrenal y gas en cálices medios, evidenciando "signo de pata de oso" característico de PNX. Resultados: Se decide realizar Nefrectomía total derecha mediante lumbotomía, mediante abordaje intercostal. Disección por planos, liberando riñón, se secciona y liga uréter, asegurando pedículo renal. Se extrae pieza quirúrgica con riñón de 469 gramos y 11x8.6x8.1 cm. Biopsia confirma PNX crónica reagudizada. Tiempo quirúrgico: 57 min. Sangrado moderado. En postoperatorio inmediato presenta caída en hematocrito por hematoma de lecho quirúrgico de 3 cm, con manejo conservador y transfusión de hemoderivados. Dada de alta en 6 días. Conclusiones: La nefrectomía es el tratamiento definitivo para PNX. Aunque el enfoque mínimamente invasivo es preferido por su menor morbilidad y rápida recuperación, la elección del abordaje debe basarse en la experiencia local y el grado de inflamación observado en imágenes preoperatorias.



## Trabajo CO n°4

### Título del Trabajo

De Trastorno de Ansiedad Generalizada a Parkinson : Errores diagnósticos en Feocromocitoma reporte de un caso

---

### Autores

Medina Riffo Luis Eduardo Antonio (1); Trejo Zahran Jorge José (2) ; Flores Barros Isidora Fernanda del Carmen (2); Zamorano Araoz Andrés (2).

---

### Instituciones Participantes

(1) Universidad de Talca; (2) Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios de Curicó.

---

### Nombres

Jorge José

---

### Apellidos

Trejo Zahran

---

### Email de contacto

mdjorgetrejo@gmail.com

---

### Área de Trabajo

Urología

---

### Modalidad de Presentación

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

Introducción: El Feocromocitoma es un tumor de células cromafines del sistema nervioso simpático, infrecuente, usualmente ubicado en la glándula suprarrenal. Su diagnóstico resulta complejo por la variabilidad de sus síntomas y similitud con otras entidades clínicas. Reconocer la sospecha diagnóstica temprana es crucial para la prevención de complicaciones graves y mejorar el pronóstico. Materiales y metodología: Paciente femenina de 37 años con hipertensión arterial consulta por temblores y crisis de pánico. Diagnosticada en atención primaria con Trastorno de Ansiedad Generalizada y sospecha de Trastorno de Personalidad Limite manejada con antidepresivos, benzodiazepinas y psicoterapia, sin respuesta. En 2021 Neurología, diagnostica Enfermedad de Parkinson e inicia tratamiento con Levodopa y Pramipexole sin éxito. Paciente persiste con cefalea, tinnitus, mareos, fotopsias, palpitaciones y diaforesis nocturna. En agosto de 2023, evaluada por Endocrinología que detecta tumor de 15 mm en glándula suprarrenal derecha en TAC, con niveles elevados de metanefrinas y catecolaminas, confirmando diagnóstico de Feocromocitoma. Urología realiza Suprarrenalectomía Laparoscópica unilateral derecha sin complicaciones. Resultados: Se extrae pieza quirúrgica de 1.2x0.9x0.8 cm, con estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmatorios de Feocromocitoma. Actualmente paciente en seguimiento, asintomática, solo en tratamiento de hipertensión arterial con disminución de fármacos. Conclusiones: Aunque el Feocromocitoma es infrecuente, su diagnóstico es complejo dada la variedad de síntomas inespecíficos que presenta. En este reporte de caso, se logró identificar el tumor mediante un proceso exhaustivo que incluyó pruebas bioquímicas, estudios de imagen y colaboración interdisciplinaria. Destacando la importancia de una evaluación clínica detallada y mantener una alta sospecha diagnóstica para asegurar un tratamiento eficaz.

## Trabajo CO n°5

Título del Trabajo

Morbilidad en genitoplastias de reafirmación de género: experiencia de un centro de referencia.

---

Autores

Dra. Ágnes de Oliveira<sup>1</sup> y Dr. Sergio Soler<sup>2</sup>

---

Instituciones Participantes

1 (Médico general adjunto del Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios de La Serena)

2 (Urólogo del Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios de La Serena)

---

Nombres

Agnes

---

Apellidos

De Oliveira Costa

---

Email de contacto

agnesdeoliveiracosta@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

Introducción: El Hospital de La Serena es un centro de referencia en cirugías de reafirmación de género, donde las principales técnicas quirúrgicas realizadas son: metaidioplastia y faloplastia (masculinizantes) y sigmoidea, inversión peneana y colgajo cutáneo (feminizantes). Las genitoplastias son cirugías con una tasa de complicaciones variable, dependiendo de la técnica quirúrgica realizada, las cuales implican un desafío multidisciplinario. Objetivos: Mencionar las técnicas quirúrgicas de genitoplastia realizadas en el Hospital de La Serena y sus principales complicaciones, correlacionando la experiencia local con la evidencia. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo con análisis de base de datos de 45 pacientes con cirugía de reafirmación de sexo en el Hospital de La Serena del año 2014 al 2024 y estudio descriptivo de complicaciones más frecuentes. Resultados: Las complicaciones específicas más comunes en la genitoplastia masculinizante descritas en la literatura son estenosis uretrales, fístulas uretrocutáneas y cavidades vaginales persistentes, siendo las dos primeras las más frecuentes en el centro de referencia (1 y 1 caso respectivamente). En la genitoplastia feminizante, según la evidencia, las complicaciones son más variables y en los casos locales, predominan las necrosis de colgajo, lesiones rectales y estenosis de neovagina (8, 2 y 2 casos respectivamente). Conclusiones: Las complicaciones son frecuentes en las genitoplastias, de las cuales más del 90% son de baja gravedad. La realidad local muestra que en las masculinizantes el porcentaje es menor respecto a la descrita en la literatura y en las feminizantes, similares. Es necesario seguir mejorando las técnicas quirúrgicas y manejo perioperatorio para disminuir las complicaciones en general de las genitoplastias.

## Trabajo CO n°6

Título del Trabajo

ANALISIS DE 5 AÑOS DE ADENOMECTOMIA SUPRAPUBICA TRANSVESICAL (ASPTV) EN HOSPITAL CLINICO SAN PABLO DE COQUIMBO

---

Autores

Javier Alarcón, Felipe Coloma, Juan Pablo Loyola, Mauricio Maureira, Tomas Marambio, Daniela Viza

---

Instituciones Participantes

Hospital San Pablo de Coquimbo

---

Nombres

Felipe Ignacio

---

Apellidos

Coloma Ortiz

---

Email de contacto

felipe.coloma3@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

INTRODUCCION: EL MANEJO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO OBSTRUCTIVO TIENDE A SER CADA VEZ MÁS FAVORABLE A LAS TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS. SIN EMBARGO, ESTO CONLLEVA UNA CURVA DE APRENDIZAJE LARGA Y LA UTILIZACION DE TECNOLOGÍA COSTOSA Y NO AL ALCANCE DE TODOS LOS HOSPITALES, ES POR ESTO POR LO QUE LA CIRUGÍA ABIERTA CONSTITUYE UNA ALTERNATIVA DE GRAN RELEVANCIA. PRESENTAMOS LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE COQUIMBO RESPECTO A ESTA TECNICA MATERIAL Y MÉTODOS SE REALIZÓ UN ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO. SE UTILIZO COMO BASE DE DATOS LOS PROTOCOLOS OPERATORIOS DE LOS PACIENTES OPERADOS ENTRE MARZO 2019 Y MARZO 2024, OBTENIENDO 365 PACIENTES. SE ANALIZARON LAS SIGUIENTES VARIABLES: EDAD, TIEMPO OPERATORIO, ESTANCIA HOSPITALARIA, USO DE DRENAJES, REINGRESO Y COMPLICACION.TODOS LOS PACIENTES SE OPERARON CON INCISION DE PFANNENSTIEL. QUEDARON CON UNA SONDA FOLEY 3 LUMENES 22 FR CON EL BALON INSUFLADO EN LA CELDA PRÓSTATICA. RESULTADOS EL PROMEDIO DE EDAD DE LA SERIE FUE DE 72 AÑOS [43-95], TIEMPO OPERATORIO PROMEDIO 59 MINUTOS [27-230MIN], HOSPITALIZACIÓN PROMEDIO 2,9 DIAS [0-39].26 PACIENTES FUERON EGRESADOS ANTES DE 24 HRS. HUBO UN TOTAL DE 3 REINGRESOS (0.82%).. SE UTILIZÓ DRENAJE EN 184 CASOS, DE LOS CUALES EL 92% SE UTILIZÓ ANTES DEL AÑO 2021. INFECCION URINARIA, RETENCION URINARIA SECUNDARIA A COAGULOS Y ESTENOSIS DE URETRA FUERON LAS 3 COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA SERIE CONCLUSIONES LA ADENOMECTOMIA ABIERTA CONTINÚA SIENDO UNA OPCIÓN TERAPEUTICA CONFIABLE, DE BUEN RENDIMIENTO, COSTO-EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HPB. EL USO DE DRENAJE PARA ESTA CIRUGIA DEBIERA DE RESERVARSE PARA CASOS SELECCIONADOS

Trabajo CO n°7

**Título del Trabajo**

LINFADENECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CANCER UROLOGICO: DESDE EL TRIANGULO FEMORAL HASTA EL RETROPERITONEO

---

**Autores**

ANDREA ROJAS SALAS ULISES PINTO MARTINEZ JAVIER ASCANIO ROJAS PAZ BUSTAMANTE VALENZUELA ESTEBAN ACUÑA GALVEZ ALVARO VERA VELIZ

---

**Instituciones Participantes**

UNIDAD DE UROLOGIA / HOSPITAL DR ANTONIO TIRADO LANAS - OVALLE

---

**Nombres**

Álvaro

---

**Apellidos**

Vera Veliz

---

**Email de contacto**

alvaroveraveliz@gmail.com

---

**Área de Trabajo**

Urología

---

**Modalidad de Presentación**

Comunicación oral

---

## Texto Resumen

INTRODUCCION: Independientemente de la patología-oncológica de base, la linfadenectomía constantemente asoma como tema controversial, ya sea por sus límites anatómico y número de ganglios(GG) a resear como por su indicación y beneficio oncológico. No obstante, siempre es necesario lograr el mejor rendimiento posible de la resección GG, especialmente si el abordaje es laparoscópico. OBJETIVO: Describir resultados/rendimiento de Linfadenectomías Laparoscópicas Oncológicas realizadas por Urología-Hospital de Ovalle (Enero2020 -Julio2024). MATERIAL-METODO: Revisión de casos en que se realizó una Linfadenectomía Laparoscópica complementaria o como cirugía principal. RESULTADOS:Incluimos46 cirugías(45pacientes), Edad 69años(24-88), 6,8% mujeres. La mitad fue durante Prostatectomía Radical(PR). LINFADENECTOMIA PELVICA-LAPAROSCOPICA(25): 22 PRLaparoscópica + 1durante PRRetropúbica: GGresecados 27+/-9GG(11-48). En el 82,6% se researon >o=20GG. GG(+)<sup>5</sup>casos(3conPETCT-PSMA N1). 1 Resección Laparoscópica recidiva ganglionar única (Recidiva Bioquímica/ PETCT-PMSA(+)) Cáncer Prostático (1 GG(+) de2) 1 Cistoprostatectomía Radical Laparoscópica: 1GG(+) de 37resecados. 1 Cáncer de Pene (CaPN) Estadio-IV, respuesta completa post-quimioterapia. Compromiso 0de15. LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL-LAPAROSCOPICA(15): 12 Nefrectomía Radical Laparoscópica: GGresecados 7+/-6(1-21). Un caso informo 1GG(+),pre-operatorio era cT3aN0. 3 Nefro Ureterectomía Laparoscópica: Resección 3, 14 y 44GG, ninguno metastásico. LINFADENECTOMIA LUMBO-AORTICA(LALA)-LAPAROSCOPICA BILATERAL(2): 2 Cáncer testicular No Seminoma: Estadio IA GG(-) 0/59; Masa residual(MR) post-quimioterapia GG (-) 0/24, MR3cm: necrosis. LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA( 3): 3 CaPN. Todos bilateral. GGresecados 8, 10 y 27, todos negativos. De un total de 963 GGresecados solo el 2,5% tuvo compromiso metastásico (pN+), distribuidos en 8 casos(75% era en Cáncer Prostático). Globalmente, 2,2%complicación intra-operatoria(lesión iliaca externa suturada), 13% complicaciones post-operatoria: 2 Linfocelos sobre infectado (pélvico: drenaje laparoscópico; muslo: drenaje abierta); 2TVP (Cáncer Próstata, a pesar de tromboprofilaxis), 1 Eyaculación retrograda (LALA). Sin conversión de urgencia a cirugía abierta (solo 1caso para lograr resección de MR post-quimioterapia, obs. infiltración de Vena Cava. CONCLUSION: La Linfadenectomía Laparoscópica es una cirugía segura y reproducible. En nuestra serie tiene un rendimiento aceptable según lo descrito en la literatura.



TRABAJOS LIBRES

VÍDEOS

## Trabajo V n°1

Título del Trabajo

Nefrectomía parcial izquierda laparoscópica en paciente

---

Autores

Felipe Coloma Ortiz Javier Alarcón Ríos Juan Pablo Loyola Maturana Mauricio Maureira Alfaro

---

Instituciones Participantes

Hospital San Pablo, Coquimbo

---

Nombres

Felipe Ignacio

---

Apellidos

Coloma Ortiz

---

Email de contacto

felipe.coloma3@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE JOVEN: PRESENTACIÓN DE CASO

INTRODUCCION LAS NEOPLASIAS RENALES ADOLESCENTE TIENEN UNA INCIDENCIA ENTRE EL 6% Y EL 8%. PLANTEAN UN DESAFÍO CLÍNICO IMPORTANTE, YA QUE TIENEN MANIFESTACIONES SISTÉMICAS INESPECÍFICAS O CUADROS ASINTOMÁTICOS. LA LITERATURA INDICA AL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES Y TUMOR DE WILMS COMO LOS TUMORES MÁS PREVALENTES EN MENORES DE 20 AÑOS. PRESENTAMOS NUESTRA EXPERIENCIA EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE UN TUMOR RENAL LOCALIZADO EN PACIENTE JOVEN, DESTACANDO LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS. MATERIALES Y MÉTODOS SE PRESENTA CASO DE PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS, QUIEN EN TAC ABDOMEN SE ENCUENTRA LESION RENAL IZQUIERDA DE UNION DE TERCIO MEDIO Y SUPERIOR DE VALVA POSTERIOR, PARCIALMENTE EXOFITICO DE 4.6 X 4 X 4.5 CM, RENAL SCORE 9p. RESULTADO SE REALIZA NEFRECTOMIA PARCIAL TRANSPERITONEAL, CON UN SANGRADO ESCASO 100CC APROX, TIEMPO DE ISQUEMIA CALIENTE DE 40 MINUTOS, TIEMPO QUIRÚRGICO DE 130 MINUTOS Y ENUCLEACIÓN DE LESIÓN SIN INCIDENTES. PACIENTE EVOLUCIONA DE MANERA FAVORABLE DURANTE SU POST OPERATORIO, DADO DE ALTA A LAS 48 HORAS. CONCLUSION EL COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DEL CR EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS NO PARECE DIFERENTE AL DEL GRUPO DE MAYOR EDAD. LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO NO DEBEN DIFERIR EN FUNCIÓN DE LA EDAD. LA NEFRECTOMÍA PARCIAL ES EL MANEJO IDEAL PARA TUMORES RENALES DE HASTA 7CM QUE SON SUSCEPTIBLES DE REALIZAR BESTE ABORDAJE, PROMOVRIENDO LA CIRUGIA PRESERVADORA DE NEFRONAS. EL USO DE LA LAPAROSCOPIA O LA TÉCNICA ABIERTA SE DEBE DETERMINAR EN BASE A LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DEL PACIENTE Y DEL TUMOR, ASÍ COMO A LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO.

## Trabajo V n°2

Título del Trabajo

Nefrectomía Parcial Abierta por Retroperitoneoscopia

---

Autores

Javier Alarcón, Felipe Coloma, Juan Pablo Loyola, Mauricio Maureira

---

Instituciones Participantes

Hospital San Pablo de Coquimbo

---

Nombres

Javier

---

Apellidos

Alarcón Ríos

---

Email de contacto

alarconriosjavier27@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

**INTRODUCCIÓN** La nefrectomía parcial es una técnica quirúrgica que permite preservar la unidad renal en tumores que pueden resecarse en su totalidad. El abordaje mínimamente invasivo mediante retroperitoneoscopia es una técnica que facilita el tratamiento de tumores en la cara posterior del riñón. **MATERIALES Y MÉTODOS** Presentamos el caso de un paciente de 75 años con un nódulo renal sólido parcialmente exofítico en la región interpolar derecha, de 32x26 mm, con aspecto neoplásico sugestivo de carcinoma de células renales. No se evidenció diseminación. El puntaje renal fue de 7P. **RESULTADOS** Se realizó una nefrectomía parcial derecha mediante retroperitoneoscopia con enucleación de la lesión sin incidentes. El sangrado fue escaso (aproximadamente 130 cc) y el tiempo quirúrgico fue de 160 minutos y de isquemia fue de 34 minutos, sin drenaje al lecho quirúrgico. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, con una estancia hospitalaria de 2 días, sin complicaciones. **CONCLUSIÓN** La nefrectomía parcial es el enfoque ideal para tumores renales de hasta 7 cm localizados en la corteza renal o en los extremos polares del riñón. El abordaje retroperitoneoscópico ha ampliado nuestras indicaciones de cirugía mínimamente invasiva, incluso en casos de tumores renales en la cara posterior, donde previamente se indicaba cirugía abierta, con resultados quirúrgicos y oncológicos comparables.

## Trabajo V n°3

Título del Trabajo

CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA (CRLap) CON DERIVACION URINARIA (DU) HETEROTOPICA PARCIALMENTE INTRACORPOREA

---

Autores

ALVARO VERA VELIZ ULISES PINTO MARTINEZ JAVIER ASCANIO ROJAS PAZ BUSTAMANTE VALENZUELA ESTEBAN ACUÑA GALVEZ

---

Instituciones Participantes

UNIDAD DE UROLOGIA / HOSPITAL DR ANTONIO TIRADO LANAS - OVALLE

---

Nombres

Álvaro

---

Apellidos

Vera Veliz

---

Email de contacto

alvaroveraveliz@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

INTRODUCCION: La CR Laparoscópica es una técnica de mayor dificultad para el tratamiento quirúrgico del Cáncer Vesical(CV), que ofrece menos morbilidad menor estadía hospitalaria en comparación al abordaje abierto. CASO-CLINICO:Hombre73años, Monorreno funcional. CV T1HG-Alto riesgo. Tras 18meses con BCG-Intravesical presenta recidiva/progresión tumoral. TAC: Masa vesical anterolateral izquierda(3,7x2,1cm) infiltra grasa perivesical. Cintigrama Renal: hipofunción severa(izquierdo11%). ClearanceCreatinina:35,3cc/minutos. Se indica CRLaparoscopica, nefrectomía más DU heterotópica(conducto ileal). 1erTQx.Posición Lumbotomía. Trocar de camara30° supra-umbilical. Nefrectomía estándar. Se abandona intraabdominal al riñón-uréter fijos a vejiga . 1erTQx:90min/Sangrado:25cc. 2doTQx. Reposición del paciente. Trendelenburg(25°). Se mantiene ubicación de trocares previamente instalados. Trocar15mm en cuadrante inferior derecho(CID) ubicación futura del conducto-ileal. Se demarca segmento ileal para DU. Apertura peritoneal en fondo de saco. Disección vesículas seminales y vesicoprostatica postero-lateral. Apertura peritoneal anterior amplia. Sección ureteral derecho con biopsia rápida(descarta compromiso neoplásico). Disección del espacio de retizius. Esqueletización prostática. Control de arterias vesicales y pedículos prostáticos. Apertura de fascia endopelvica y sección de ligamentos puboprostáticos. Control del complejo venoso dorsal y sección uretral entre hem-o-lock. Linfadenectomía pélvica extendida. Extracción de pieza quirúrgica por pfannenstiel (endocatch). Exteriorización segmento ileal inicialmente demarcado por pfannenstiel con mínima manipulación. Confección conducto-ileal y anastomosis intestinal (StaplerGIA). Exteriorización cavo distal del conducto-ileal por CID (ubicación trocar15mm). Anastomosis uretero-ileal intracorporeo tipo-Bricker. Catéter ureteral exteriorizado. Confección de urostomía. 2doTQx:360min/sangrado:175cc RESULTADO: Cirugía sin complicaciones. Alta 5todía. Informe anatomopatológico: Carcinoma urotelial HG, extensión a tejido adiposo perivesical. Un linfonodo comprometido (1 de 37). Seguimiento: 12meses. Sin recidiva tumoral, ni requerimiento de diálisis. DISCUSIÓN: La CR Laparoscópica es una cirugía reproducible y segura. Una mínima exposición de las asas intestinales se traduce en una disminución del íleo post-operatorio y menor estadía hospitalaria.

## Trabajo V n°4

### Título del Trabajo

TUMORECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEAL DE TUMOR RENAL COMPLEJO POST RADIOFRECUENCIA FRUSTRADA

---

### Autores

ANDREA ROJAS SALAS AGNES DE OLIVEIRA COSTA JOSEFA PEDRAZA ARANCIBIA MARCELO ALVEAR ALVARO VERA VELIZ RODRIGO VALENZUELA GRAU FELIPE ARAYA SALCEDO JULIO ROJAS VARAS SERGIO SOLER SOLER ALEXANDER ANDRUSCO FIDALGO

---

### Instituciones Participantes

SERVICIO DE UROLOGIA / HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - LA SERENA

---

### Nombres

Agnes De Oliveira Costa

---

### Apellidos

De Oliveira Costa

---

### Email de contacto

agnesdeoliveiracosta@gmail.com

---

### Área de Trabajo

Urología

---

### Modalidad de Presentación

Video

---



## Texto Resumen

INTRODUCCIÓN. Las técnicas ablativas son una alternativa terapéutica para el manejo de Tumores Renales órgano confinados <3cm. En caso de fracaso, la cirugía mínimamente invasiva resurge como tratamiento definitivo potencialmente curativo. CASO-CLINICO: Mujer 64años. HTA, Colecistectomía abierta. Antecedente de Tumor Renal 2,2cm con respuesta parcial tras radiofrecuencia. Seguimiento 6 años: crecimiento progresivo del tumor remanente. TAC-AP: persistencia Tumoral Renal derecho 4cm, tercio medio/cara posterior que contacta/"infiltra" cuadrado lumbar, pero posiblemente corresponda a una reacción inflamatoria post-radiofrecuencia, por lo mismo se plantea tumorectomía renal laparoscópica RENAL-SCORE 9PH. TECNICA-QUIRÚRGICA: Decúbito lateral. Neumoperitoneo con veress en hipocondrio derecho. Tres trocares. Decolamiento por línea de Toldt. Sin retracción hepática. Maniobra de Kocher. Exposición del retroperitoneo, identificación uréter y vena gonadal. Disección del hilio renal, arteria y vena renal únicas. Apertura de fascia de Gerota. Liberación y luxación completa del riñón, exponiendo su cara posterior y tumor 4cm parcialmente exofítico, con fibrosis adherida a pared muscular, impresiona seguir el trayecto percutáneo de radiofrecuencia, se logra liberar con Voyant. Demarcación borde tumoral. Clampeo arterial(doble bulldog). Eucleo disección con tijera fría, reseca tumor y fibrosis adyacente en su totalidad. R0 macroscópico. Renorrafia en 1plano(stratafix3-0 con hem-o-lock anclado). Surgicel sobre renorrafia. Cierre de Gerota. Extracción tumoral embolsado. TºLaparoscopico:60min. TºIsquemia:14min. Sangrado:20cc. RESULTADOS: Evolución satisfactoria. Alta 2º día Post-operatorio. Informe anatomopatológico: Tumor 2.9 cm. Carcinoma renal células claras. Borde quirúrgico: negativo. DISCUSION: La tasa de fracaso reportada de los tratamientos ablativos es baja. Sin embargo, frente a un tumor recidivado/residual debemos ofrecer, a pesar de la complejidad técnica que conllevaría, una estrategia terapéutica que conserve nefronas y tenga excelentes resultados oncológicos, como lo es la tumorectomía mínimamente invasiva.

## Trabajo V n°5

Título del Trabajo

SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA (SRLAP) EN OLIGOMETASTASIS ADRENAL DE  
CANCER RENAL (CR): ABORDAJE TRANSPERITONEAL Y LUMBOSCOPICO

---

Autores

JOSEFA PEDRAZA ARANCIBIA JAVIER ASCANIO ROJAS ULISES PINTO MARTINEZ PAZ  
BUSTAMANTE VALENZUELA ESTEBAN ACUÑA GALVEZ ALVARO VERA VELIZ

---

Instituciones Participantes

UNIDAD DE UROLOGIA / HOSPITAL DR ANTONIO TIRADO LANAS - OVALLE

---

Nombres

Álvaro

---

Apellidos

Vera Veliz

---

Email de contacto

alvaroveraveliz@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

**INTRODUCCIÓN:** En CR la metástasis suprarrenal(GSR) se presenta en 2-10% de los casos. La suprarrenalectomía es el tratamiento de elección sobre todo en pacientes oligometastásicos, cuyo abordaje laparoscópico es comparable a la cirugía abierta. **Caso1:** Hombre 61años. ASA1. Nefrectomía radical laparoscópica derecha (NRLapD°) (tumor 11cm). CR Células Claras(CC) pT2b. Seguimiento 5 meses: metástasis única GSR izquierda, alcanza 20x15mm y tumor renal ipsilateral(20mm). SRLap+tumorectomía transperitoneal (11meses post-NRLap). Posición de lumbotomía. Neumoperitoneo con aguja de veress (punto de palmers), 4 trocares. Tras decolar, identificación ureteral y psoas. Disección de vena renal y desembocadura de vena suprarrenal, seccionada entre hem-o-lock. Apertura de fascia Gerota e identificación GSR Izquierda con nódulo tumoral. Resección in toto de GSR. T°Lap:110min/sangrado:100cc. Se procede a tumorectomía renal(ubicación posterior, polo inferior). Movilización renal en bloque (exposición/medialización del tumor), isquemia caliente(13minutos), técnica enucleo-resección y renorrafia en 2planos, con desclampeo precoz. **Caso2:**Hombre 62años. ASA2. NRLapD°(Tumor9,1cm). CRCCpT3a. Nódulo GSR izquierdo indeterminado. Durante el seguimiento alcanza29x23mm, sugere de metástasis única. SRLap por Lumboscopia (3meses post-NRLap). Posición de lumbotomía. Disección digito-instrumental triangulo de Petit hasta acceso al retroperitoneo. Creación del espacio virtual con balón de dilatación, 4trocares. Identificando reparos anatómicos, disección rápida del hilio renal. Liberación del polo superior y apertura de fascia Zuckerkandl. Se identifica GSR Izquierda con nódulo tumoral. Vasos suprarrenales seccionados entre hem-o-lock(incluyendo vena suprarrenal principal desembocando en vena renal). Resección in toto deGSR con Voyant-Maryland. T°Lap:110min/sangrado:25cc. **RESULTADOS:** Ambas cirugías sin complicaciones. Altas 1erdia Post-Operatorio. Informes anatomo patológicos: GSR con metástasis Carcinoma CC. A la fecha, sin recidiva loco/regional ni a distancia. Sin necesidad tratamiento sustitutivo. **DISCUSIÓN:** Los abordajes transperitoneal y lumboscópico, son seguros y reproducibles en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la metástasis GSR en CRCC.

## Trabajo V n°6

### Título del Trabajo

VERDE DE INDOCIANINA (ICG) E INJERTO DE MUCOSA ORAL (BMG): TECNICAS INNOVADORAS EN LA RECONSTRUCCION LAPAROSCOPICA DE ESTENOSIS PIELOURETERAL (EPU) RECIDIVADA.

---

### Autores

AGNES DE OLIVEIRA COSTA JOSEFA PEDRAZA ARANCIBIA ANDREA ROJAS SALAS ALEXANDER ANDRUSCO FIDALGO ALVARO VERA VELIZ RODRIGOVALENZUELA GRAU JULIO ROJAS VARAS FELIPE ARAYA SALCEDO SERGIO SOLER SOLER MARCELO ALVEAR GODOY

---

### Instituciones Participantes

SERVICIO DE UROLOGIA / HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - LA SERENA

---

### Nombres

Agnes

---

### Apellidos

De Oliveira Costa

---

### Email de contacto

agnesdeoliveiracosta@gmail.com

---

### Área de Trabajo

Urología

---

### Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

**INTRODUCCIÓN:** El manejo quirúrgico en EPU recidivada es muy laborioso, principalmente por el proceso cicatricial y fibrótico que se produce. La identificación con ICG del uréter y la reconstrucción pieloureteral con BMG son técnicas que pueden incrementar las probabilidades de éxito en este difícil escenario. **CASO-CLINICO:** Hombre 23años. EPU bilateral+ hidroureteronefrosis severa/exclusión renal izquierda. Pieloplastia derecha, 24hrs Post-op presenta filtración de pieloplastia y uoperitoneo. Laparoscopia exploratoria, drenando +/-3-4litros de orina. Requiere pielorrafia (solución de continuidad pielica). Persiste con alto debito del drenaje. Nefrostomia percutánea (1 semana post-operatoria). Ureteroscopia 3meses post-op: EPU puntiforme, paso filiforme de contraste(fluoroscopia) +/-1,5cm de longitud. Se propone reconstrucción laparoscópica. **TECNICA-QUIRUGICA:** Posición litotomía, Instalación de catéter ureteral 6french derecho. Reposición del paciente a lumbotomía. Tres trocares. Adherehciolisis. Se decola por línea de Told, identificación pelvis renal derecha dilatada. Liberación distal. Por catéter ureteral previamente instalado, se administra ICG(25MG/10ML), logrando diferenciar uréter. Pielorrafia de solución de continuidad. Ureterotomía longitudinal. Zona de anastomosis previa muy fibrótica. Sección uréter proximal y cierre de pelvis. Pielotomía y anastomosis uretero-pielica libre de tensión. Al finalizar labio posterior queda defecto 2cm. Tras asepsización de mucosa oral e hidrodisección, se extrae BMG de mejilla derecha. Se introduce colgajo a cavidad abdominal. Anastomosis en defecto ureteral. Instalación retrograda pigtail 5french. Se completa cierre del BMG, hermeticidad conforme. Sonda Foley 16french. T° quirúrgico: 260minutos. **RESULTADO:** Evolución satisfactoria. Drenaje <20cc desde 1er día post-op. Retiro de Sonda Foley al 6º día. Alta y retiro de drenaje 7º día post-op. **DISCUSIÓN:** El uso de ICG y BMG durante una pieloplastia en EPU recidivada, son técnicas seguras y eficaces, ambas reproducibles principalmente en inhóspitos escenarios.

## Trabajo V n°7

Título del Trabajo

LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA (VEIL); TECNICA CONTEMPORANEA MODIFICADA CON APOYO DE VERDE DE INDOCIANINA (ICG)

---

Autores

JOSEFA PEDRAZA ARANCIBIA ANDREA ROJAS SALAS AGNES DE OLIVEIRA COSTA ALEXANDER ANDRUSCO FIDALGO JULIO ROJAS VARAS RODRIGO VALENZUELA GRAU MARCELO ALVEAR GODOY FELIPE ARAYA SALCEDO SERGIO SOLER SOLER ALVARO VERA VELIZ

---

Instituciones Participantes

SERVICIO DE UROLOGIA / HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - LA SERENA

---

Nombres

Álvaro

---

Apellidos

Vera Veliz

---

Email de contacto

alvaroveraveliz@gmail.com

---

Área de Trabajo

Urología

---

Modalidad de Presentación

Video

---

## Texto Resumen

INTRODUCCIÓN: El compromiso ganglionar es el factor pronóstico más relevante en Cáncer de Pene(CaPN), el 20-25% de cN0 tiene metástasis linfonodal. Históricamente la linfadenectomía inguinal se ha asociado a mayor morbilidad. Esta ha disminuido con la modificación del templado de disección, la Videolaparoscopia y el uso de ICG intraoperatorio. CASO-CLINICO: 61 años. Penectomía parcial (Tumor 3.6cm), CaPN Carcinoma espinocelular bien diferenciado, PLV(-) MQX(-) pT2 cN0M0. VEIL+ICG. TECNICA-QUIRURGICA: Decúbito supino. Piernas abducción/rotación externa. Se inyecta ICG(25gr/10ml) en el muñón peneano (puntos cardinales). Delimitación del Triángulo Femoral, demarcando trayecto de vasos femorales. Incisión(1.5cm) en el muslo a 25cm del Ligamento Inguinal. Disección digito-instrumental por sobre la Fascia Lata. Triangulación de 3 trocares distales + 4º trocar proximal lateralizado. Apertura de Fascia Lata con Voyant hasta el plano muscular (Aductor Largo y Sartorio) creando el espacio de trabajo. Disección ganglionar retrograda con hem-o-lock y energía avanzada a lo largo de los vasos femorales, identificando el cayado de Safena Interna. Disección hasta el Ligamento Inguinal, visualizando el Musculo Pectíneo como piso. Creación de espacio anterior superficial a fascia Scarpa, preservando la grasa subcutánea Camper. Disección retrograda de Safena Interna. Liberación del Triángulo Femoral preservando Vena Safena. Se identifica tinción ganglionar con ICG (Grupol izquierdo de Daseler) se envían a biopsia por separado. Liberación del paquete linfovascular hasta Ligamento inguinal, incluyendo ganglio Rosenmuller. Extracción en bloque. Mismos pasos en ambos muslos. Drenaje Jackson-Pratt. RESULTADOS: Cirugía sin incidentes. Sangrado:100cc/TºLap:240min. Retiro de drenaje(debito<50cc) y alta 3er día. Informe anatomopatológico: Ganglios negativos (0/9 Derecha; 0/16 Izquierda). DISCUSIÓN: La VEIL es reproducible y segura, permite reducir las complicaciones intra-operatoria y post-operatoria, principalmente cutáneas, con resultados oncológicos comparables. El uso de ICG ayuda a identificar y remover con mayor seguridad