

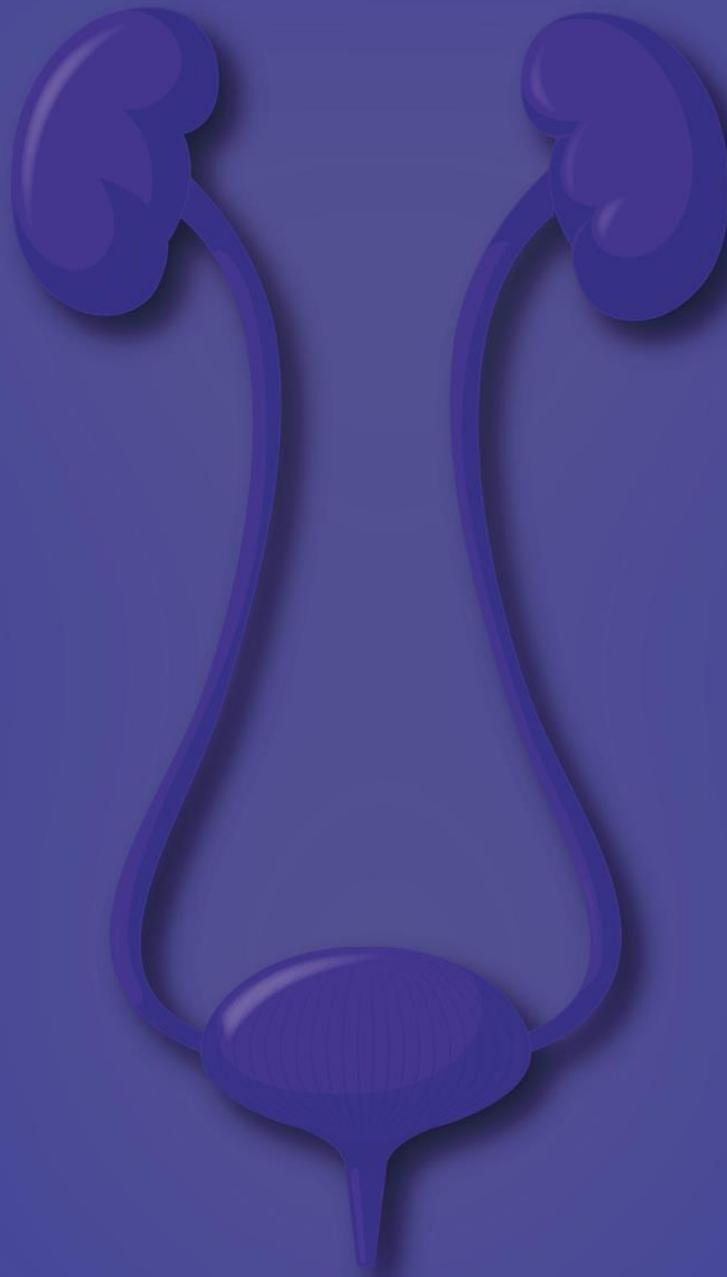
# U **Revista Peruana de** rología



---

Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Urología

---



---

Volumen XXVIII

2023

---



# Revista Peruana de Urología

Publicación Oficial de la  
Sociedad Peruana de Urología

## COMITÉ DE REVISTA

<b>EDITOR</b>	CORRALES RIVEROS JUAN GUILLERMO
<b>EDITORES ASOCIADOS</b>	ASTIGUETA PEREZ JUAN CARLOS A. AVILES MARTINEZ NESTOR ARTURO BALLENASTILLO JORGE LUIS LEON ZORRILLA HUGO LUIS SALIRROSAS SANDOVAL MICHAEL A.
<b>COMITÉ EDITOR DE SUBESPECIALIDADES</b>	
<b>URO-ONCOLOGÍA</b>	AGUILAR MARÍN IVAN CARLOS BARAHONA MENDOZA JESUS LEOPOLDO
<b>PISO PÉLVICO Y NEUROUROLOGÍA</b>	DELGADO PACHECO MANUEL LOBSANG ZAVALA ZAVALA VIOLETA ROCÍO
<b>LITIASIS</b>	ANICAMA BRAVO JORGE ANTONIO DELGADO SAAVEDRA JONATHAN MIGUEL
<b>LAPAROSCOPIA Y ROBÓTICA</b>	RODRIGUEZ GUTARRA NICANOR A. GARRIDO TORIBIO MARIO EDUARDO
<b>HBP Y SÍNDROME DOLOROSO PÉLVICO</b>	ALBÁN MORAL SERGIO DANIEL TAPIA AUGUSTÍN CARLOS LUIS
<b>CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA</b>	ALTEZ NAVARRO CARLOS RICARDO ARIAS DELGADO JOSÉ ANTONIO
<b>ANDROLOGÍA</b>	NERVI MARTINEZ DE PINILLOS RENZO REYES ALPACA EDWIN WILLIAM
<b>UROPEDIATRIA</b>	AVENDAÑO ZANABRIA DAVID ELMER GONZALEZ VEGA MARCO ANTONIO
<b>TRASPLANTE RENAL</b>	MOLINA BELLIDO CARLOS ALBERTO ZEGARRA MONTES LUIS RAFAEL
<b>IMAGENOLÓGIA EN UROLOGÍA</b>	CHUQUILLANQUI VILLALVA ROSARIO TRUJILLO SOLIS RODOLFO MOISES

## CARGOS DIRECTIVOS

### CONSEJO DIRECTIVO 2022-2024

<b>PRESIDENTE</b>	DR. RODRÍGUEZ GUTARRA NICANOR ALBERTO
<b>VICEPRESIDENTE</b>	DR. LAZO NÚÑEZ MÁXIMO CESAR JESÚS
<b>SECRETARIO GENERAL</b>	DR. DELGADO PACHECO MANUEL LOBSANG
<b>TESORERO</b>	DR. MADUEÑO ZAMORA . HUGO FERNANDO
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN FILIALES</b>	DR. CASTAÑEDA CARRANZA SANTOS ELOY
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA</b>	DR. PEREYRA VELÁSQUEZ WILSON PEDRO
<b>VOCAL DE ÉTICA</b>	DR. AVILÉS MARTÍNEZ NÉSTOR ARTURO
<b>VOCAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL</b>	DR. DELGADO SAAVEDRA JHONATAN MIGUEL
<b>PAST PRESIDENT</b>	DR. ARIAS DELGADO JOSÉ ANTONIO

## CÁPITULOS

- URO - ONCOLOGÍA**
  - ALVA PINTO ALEXIS MICHAELE (Coordinador)
  - AGUILAR MARÍN IVAN CARLOS
  - BARAHONA MENDOZA JESÚS LEOPOLDO
  - DELFIN ORDOÑEZ HUGO GUILLERMO
  - GUTIERREZ MIRANDA LUIS SANTIAGO QUIROA
  - VERA FERNANDO JAVIER
  - SUÁREZ CUEVA JULIO ADOLPH
- PISO PÉLVICO Y NEUROUROLOGÍA**
  - ZAVALA ZAVALA VIOLETA ROCÍO (Coordinador)
  - AGUILAR LINÁREZ ELBA RUTH
  - BARRIOS CARO EDIT NANCY
  - DELGADO PACHECO MANUEL LOBSANG
  - DÍAZ PÉREZ JOSÉ MARTÍN
  - POSTIGO ARMAZA WÁLTER AUGUSTO
  - VALDERRAMA GUILLÉN DIÓGENES FRANCISCO
- ENDOUROLOGÍA / LITIASIS**
  - PACHECO RIVADENEYRA FREDDY (Coordinador)
  - ANICAMA BRAVO JORGE ANTONIO
  - DELGADO SAAVEDRA JÓNATHAN MIGUEL
  - MURRIETA ROJAS GUIDO
  - PEREYRA VELASQUEZ WILSON PEDRO
  - RAMÍREZ RAMOS FREDDY
  - SUÁREZ PÉREZ MIGUEL ÁNGEL
  - VÁSQUEZ VALDIVIA BRUNO FERNANDO

- LAPAROSCOPIA ROBÓTICA**  
 GARRIDO TORIBIO EDUARDO (Coordinador)  
 ALMOGUER MARTÍNEZ EMILIO ENRIQUE  
 CORDIER MARIACA ABEL  
 DESTEFANO URRUTIA VICTOR ALBERTO  
 ESCALANTE ÁLVARO ALEJANDRO  
 TOLEDO LUKSIC LUCIETA  
 ZAVALA BUENO JORGE AUGUSTO
- HBP Y SDP**  
 ALBÁN MORAL SERGIO DANIEL (Coordinador)  
 ARONES COLLANTES JUAN CARLOS  
 GAMARRA TEPE ÓSCAR IVAN  
 OLAVE BENÍTEZ WILFREDO ANTONIO  
 ROMERO HINOSTROZA CRISTIAN GUSTAVO  
 SÁNCHEZ MOSCOSO JORGE ALBERTO  
 TAPIA AUGUSTÍN CARLOS LUIS
- CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA**  
 OTTA GADEA RENÁN JAEL (Coordinador)  
 ARIAS DELGADO JOSE ANTONIO  
 MOSTACERO LEON MARIO ALBERTO  
 OLIVERA SIADEN DINO EDISON  
 RAMOS URIBE CARLOS
- ANDROLOGÍA**  
 NERVI MARTINEZ DE PINILLOS RENZO (Coordinador)  
 AVILES MARTINEZ NESTOR ARTURO  
 CASTILLO CHIRINOS PEDRO ERNESTO  
 CASTILLO VALLE JUAN JAVIER  
 LAZO NUÑEZ MAXIMO CESAR JESUS  
 ORTIZ HUERTO VICTOR HUGO  
 TEJADA NORIEGA CARLOS ALBERTO
- URO – PEDIATRÍA**  
 CORRALES RIVEROS JUAN G. (Coordinador)  
 AVENDAÑO ZANABRIA DAVID ELMER  
 BARRETO ESPINOZA LUIS ENRIQUE  
 GONZALEZ VEGA MARCO ANTONIO  
 MEZA DIAZ MIGUEL ALBERTO  
 ORBEGOSO CELIS LUIS JOSÉ  
 ZORRILLA OSORIO JOSE SANTOS
- TRASPLANTE RENAL**  
 FIGUEREDO MUÑOZ JUAN MANUEL (Coordinador)  
 MELGAREJO ZEBALLOS WEYMAR LEANDRO  
 MOLINA BELLIDO CARLOS ALBERTO  
 SEMINARIO BOGGIO ALBERTO ENRIQUE  
 TARCO DELGADO RIGEL  
 VASQUEZ QUIROZ EDGARDO  
 VILLEGAS PAREDES FRANCISCO JAVIER  
 ZEGARRA MONTES LUIS RAFAEL
- IMAGENOLOGÍA EN UROLOGÍA**  
 TRUJILLO SOLIS RODOLFO MOISÉS (Coordinador)  
 CHUQUILLANQUI VILLALVA ROSARIO  
 FLORES CÁCERES JAIME LUIS  
 OLIVERA GONZALES RAUL JESÚS

- COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN DIGITAL**  
 SUSANIBAR NAPURI LUIS (Coordinador)  
 TORIBIO VILLARREAL NILTON  
 VINCES BLANCO RODRIGO ERNESTO
- DOCENCIA DE INVESTIGACIÓN Y GUIAS CLINICAS**  
 PAZOS FRANCO ALBERTO JUAN (Coordinador)  
 GARNIQUE DIAZ EMILIO SEBASTIAN  
 MAYORGA PALACIOS RONALD JAVIER  
 SAFRA MAURTUA CHRISTIAN

## FILIALES

### FILIAL AREQUIPA

<b>PRESIDENTE</b>	VILLEGAS PAREDES FRANCISCO JAVIER
<b>VICEPRESIDENTE</b>	CAYETANO ESPINOZA ADOLFO EDWIN
<b>SECRETARIO GENEREAL</b>	AYBAR GALDOS JOHAN
<b>VOCAL DE ÉTICA</b>	SALAS PALMA DANIEL FERNANDO
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA</b>	MAMANI CHAMBI ROY ELVIS

### FILIAL TRUJILLO

<b>PRESIDENTE</b>	VALLEJOS VALDERRAMA CESAR ELDANTE
<b>VICEPRESIDENTE</b>	VÁSQUEZ VALDIVIA BRUNO FERNANDO
<b>SECRETARIO GENEREAL</b>	LONGARAY CHAU ALEXANDER EGBERTO
<b>TESORERO</b>	CERÍN SAAVEDRA PERCY ORLANDO
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA</b>	ASTIGUETA PEREZ JUAN CARLOS A.

### FILIAL CHICLAYO

<b>PRESIDENTE</b>	DELFIN ORDOÑEZ HUGO GUILLERMO
<b>VICEPRESIDENTE</b>	SALAZAR ALCALDE CORINA ROSA
<b>SECRETARIO GENEREAL</b>	PEREZ MEDINA LUIS FELIPE
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA</b>	MELLENDEZ JORGE VICENTE

### FILIAL CUSCO

<b>PRESIDENTE</b>	ARAGON VELARDE MIGUEL
<b>VICEPRESIDENTE</b>	TOLEDO RAMAL PEDRO
<b>SECRETARIO GENEREAL</b>	COACALLA JUARES PAUL
<b>SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA</b>	ZAVALA BUENO JORGE AUGUSTO
<b>VOCAL DE ÉTICA</b>	MENDOZA QUISPE JULIAN

## EDITORIAL

La presentación de trabajos escritos en los 2 últimos años en la reunión de residentes, así como en el congreso nacional de la sociedad ha permitido que la revista aparezca nuevamente. El no enviar trabajos para la revista imposibilita que esta sea indexada, por lo cual para tener una continuidad de al menos 2 ejemplares al año se requiere de la colaboración de todos los miembros de nuestra sociedad. A pesar que nuestra revista no está indexada, es puesta en la web así es que cualquiera a nivel mundial que esté buscando información sobre algún tema urológico puede tener datos o información de los que se sabe al respecto en nuestro país.

Casos clínicos singulares no deben dejarse pasar por alto, la documentación y presentación de estos además de ser interesantes son una contribución a nivel mundial si es que son poco frecuentes. Contamos con expertos en campos como tratamiento de litiasis, adenoma de próstata, trasplante renal, oncología que pueden realizar revisiones interesantes para todos nosotros y los exhortamos a poder contribuir con la revista. El robot Da Vinci ha llegado a nuestro país en junio del presente, lo que marca un hito en nuestra historia y las primeras experiencias de esta tecnológica esperamos sean plasmadas en la revista.

Ha sido un gran acierto el solicitar que los trabajos presentados en nuestras actividades científicas lo hagan en formato de publicación si es que desean ser considerados para los premios correspondientes. Esta es y será una fuente para poder tener un banco de publicaciones a seleccionar para nuestra revista.

En los últimos 34 años hemos podido ver el crecimiento de nuestra sociedad, como desde reuniones de las juntas directivas en sus hogares u oficinas, hasta la adquisición del local, reuniones sociales y científicas, congresos a veces con más de 28 invitados extranjeros de renombre. Además, ser sede de 2 congresos CAU (Confederación Americana de Urología) en los años 2013 y 2021 gracias a gestiones logradas en años previos. Actualmente también estamos teniendo cursos prácticos de alta calidad y en convenio con la CAU. En la última década la Sociedad Peruana de Urología ha ido posicionándose en un lugar expectante dentro de instituciones afines a nivel iberoamericano e igualmente se han incrementado relaciones con asociaciones como la AUA (American Urological Association) y EAU (European Association of Urology) y se nos está ofreciéndose aumentar nuestra presencia científica en sus eventos, pero vemos que todavía la barrera del idioma es importante en nuestro medio que debe ser superado por la nueva generación de urólogos peruanos.

## INDICE

## TRABAJOS ORIGINALES

**Función sexual en pacientes con enfermedad de la Peyronie sometidos a tratamiento quirúrgico durante un año.** 7

*Wendy Matilde Chipa Beizaga, Christian Darling Benel Rivera, Raúl Rojas Romero, Álvaro Sebastián de Jesús Franco Vásquez, Camila Lorena Segura Segura y Edwin William Reyes Alpaca*

## CASOS CLÍNICOS

**Metástasis peneana secundaria a linfoma del manto – blastoide** 14

*Sheryl Maritza Lévano Delgado, Basilio Martín Benavente Huamán*

**Tratamiento quirúrgico de pacientes con síndrome de Eagle-Barrett en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Guillermo Almenara – Perú.** 21

*Christhian Manuel Cabeza Luján, Boris Miltom Cachay Tello y José Antonio Arias Delgado*

**Grupos de riesgos de recurrencia según clasificación de Leibovich en post operados de tumor renal en el Hospital PNP Luis N. Sáenz** 28

*Ricci Alonso Chafloque Vásquez, Torres Pariona Carlos, Soto Inga Gerson André y Garnique Díaz Emilio Sebastián.*

## FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DURANTE UN AÑO

Wendy Matilde Chipa Beizaga<sup>1</sup>, Christian Darling Benel Rivera<sup>1</sup>, Raúl Rojas Romero<sup>1</sup>, Álvaro Sebastián de Jesús Franco Vásquez<sup>1</sup>, Camila Lorena Segura Segura<sup>1</sup> y Edwin William Reyes Alpaca<sup>1</sup>

1.- Servicio de Urología. Hospital III Emergencias Grau, ESSALUD Lima

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de la peyronie (EP) es un trastorno adquirido del tejido conectivo con etiología multifactorial, afectando a la túnica albugínea y produciendo tejido fibrótico, causando dolor, desviación en el pene y alteración en la función sexual.

**OBJETIVO:** Determinar la función sexual en pacientes con Enfermedad de la Peyronie (EP) sometidos a tratamiento quirúrgico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional con una población de 5 pacientes, los cuales padecían de la EP y cumplían los criterios de inclusión. Se les aplicó el cuestionario IIEF-5 antes de la cirugía y 6 meses posterior al tratamiento quirúrgico para evaluar su función sexual.

**RESULTADOS:** Se evidenció una disfunción eréctil leve (80% de los participantes) a través del IIEF-5 realizado de manera prequirúrgica y cómo clínica principal dolor a la erección y penetración (60% de la población).

La media del grado de satisfacción sexual del paciente previo a la cirugía fue de 3.2, mientras que la media de satisfacción sexual post cirugía fue de 5.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento quirúrgico empleado en los pacientes con EP, tanto con técnica de plicatura y técnica combinada, consiguió mejorar la satisfacción sexual de manera significativa. Demostrando que ambas técnicas poseer una alta tasa de éxito en el manejo de esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de la Peyronie, función sexual, tratamiento.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Peyronie's disease (PD) is an acquired connective tissue disorder with multifactorial etiology, affecting the tunica albuginea and producing fibrotic tissue, causing pain, curvature in the penis and alteration in sexual function.

**OBJECTIVES:** Determine sexual function in patients with Peyronie's Disease (PD) undergoing surgical treatment.

**MATERIALS AND METHODS:** A descriptive, observational study was carried out with a population of 5 patients, who suffered from PD and met the inclusion criteria. The IIEF-5 questionnaire was applied before surgery and 6 months after surgical treatment to evaluate their sexual function.

**RESULTS:** Mild erectile dysfunction was evident (80% of participants) through the IIEF-5 performed pre-surgery and as the main clinical symptom pain upon erection and penetration (60% of the population). The mean level of sexual satisfaction of the patient prior to surgery was 3.2, while the mean level of sexual satisfaction after surgery was 5.

**CONCLUSIONS:** The surgical treatment used in patients with PD, both with the plication technique and the combined technique, managed to improve sexual satisfaction significantly. Demonstrating both techniques to have a high success rate in the management of this disease.

**KEYWORDS:** Peyronie's disease, sexual function, treatment.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la Peyronie (EP) es un trastorno inflamatorio adquirido del tejido conectivo que afecta a varones entre 40 y 60 años, con una prevalencia de 0.5 al 20,3% en la población general, se caracteriza por la formación de una placa fibrótica en la túnica albugínea del pene, produciendo dolor y deformidad en el pene, así como la alteración en la función sexual (1).

El diagnóstico debe realizarse mediante un examen físico detallado.

para poder identificar placa palpable o nódulos en el pene, así como realizar el test de kelami que consiste en autofotografiarse el pene en erección para identificar el ángulo de la curvatura anormal, las imágenes como tomografía o resonancia no están indicados de rutina (2).

La disfunción eréctil tiene una prevalencia de 30% al 70% en pacientes con diagnóstico de enfermedad de la peyronie, generando un gran impacto psicológico. La función eréctil puede ser evaluada mediante instrumentos validados como el índice internacional de función eréctil (IEFF-5), que evalúa mediante 5 preguntas, síntomas en los últimos 6 meses. Con una puntuación 5-7 disfunción eréctil grave, 8-11 disfunción eréctil moderada, 12-16 disfunción eréctil leve-moderada, 17-21 disfunción eréctil leve, 22-25 no disfunción eréctil (3).

El manejo de la EP puede ser conservador y quirúrgico. Varios factores del paciente, incluida la duración de la enfermedad, la gravedad y el tipo de deformidad, la preferencia del paciente y sus condiciones comórbidas, determinan el manejo ideal de enfermedad de la Peyronie (4,5). El éxito de los métodos de tratamiento conservadores y no quirúrgicos, como los agentes orales, las inyecciones intralesionales, los tópicos y la tracción del pene, varía. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico sigue siendo el estándar de oro para aquellos con deformidad estable que desean una corrección de curvatura más rápida y confiable. El alargamiento de la túnica (incisión de placa o escisión parcial con injerto), el acortamiento de la túnica (plicatura de la túnica albugínea) o la colocación de prótesis peneana cuando

la enfermedad de la peyronie se combina con una disfunción eréctil refractaria, son ejemplos de tratamientos quirúrgicos. Todos los enfoques quirúrgicos tienen altas tasas de corrección y satisfacción del paciente (6,7).

Se ha determinado que por sí sola la EP, no puede generar disfunción sexual del paciente o insatisfacción de la pareja, pero en paciente con deformidades basales con magnitudes mayores que requerirán tratamiento incisión/injerto. En un estudio realizado se evidencia que los pacientes con EP Grave (20 pacientes) el 61% estaba relativamente satisfecho tanto ellos como sus parejas, su insatisfacción fue debida a que presentaron acortamiento del pene o dolor a la penetración como principal causa de insatisfacción (8,9).

## MATERIALES Y MÉTODOS:

Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional.

Muestra del estudio fue de cinco pacientes con enfermedad de la Peyronie que contaron con cuestionario IIEF-5 tomado antes de la cirugía y 6 meses después atendidos en el servicio de urología del Hospital III Emergencias Grau de enero a diciembre del año 2023

### Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados de enfermedad de la Peyronie.
- Pacientes que contaron con cuestionario IIEF-5 antes de la cirugía y 6 meses después de haberse realizado la corrección de curvatura.

- Pacientes que no tuvieron comorbilidades que pudieron afectar la función sexual.

### Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad de la Peyronie que no contaron con cuestionario de IIEF- 5 antes de la cirugía.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad de la Peyronie que no contaron con cuestionario de IIEF- 5 luego de 6 meses de la corrección de curvatura.
- Pacientes que padecían alguna enfermedad que afecte la función sexual.
- Pacientes que presentaron enfermedad de la Peyronie en fase aguda.

### Variable de estudio

Se analizaron distintas variables como: edad; tipo de manejo quirúrgica en EP (Plicatura de Lue y Técnica combinada) índice internacional de función eréctil (IIEF-5) (-25: No disfunción eréctil, 17-21: disfunción eréctil leve, 12-16: disfunción eréctil leve a moderada, 8-11: disfunción eréctil moderada, 5-7: disfunción eréctil grave)

### Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El tipo de muestreo fue no probabilístico, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta, teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos, sin ser utilizados con otros fines. El instrumento que se empleó fue una ficha de recolección de datos que se dividió en las siguientes secciones:

Características clínico-epidemiológicas, Índice internacional de función sexual (IIEF-5).

### Procesamiento y Análisis de Datos

Los registros se ingresaron en la base de datos en el programa EXCEL, luego se realizó el análisis estadístico en el mismo. Para las variables cualitativas se realizaron cálculos con frecuencias absolutas y relativas.

### RESULTADOS:

Entre enero a diciembre del año 2023 hemos realizado corrección quirúrgica de enfermedad de la Peyronie a 5 pacientes utilizando técnica de plicatura en el 100% de pacientes, el promedio de edad en los pacientes fue de 62 +/- 6.34 años todos sexualmente activos, dentro de las deformidades en el pene la curvatura dorsal fue predominante con 3 pacientes (60%), y el segundo tipo más común de deformidad fue dorsolateral 2 pacientes (40%). La gravedad en la curvatura se clasificó en tres grupos utilizando test de Kelami para la medición del ángulo de curvatura: <math>30^\circ</math> 2 pacientes (40%), <math>30^\circ - 60^\circ</math> 1 paciente (20%), >60° 2 pacientes que representó el 40%, la técnica quirúrgica utilizada fue plicatura 16 puntos de Lue 3 pacientes (60%), y técnica combinada 2 pacientes (40%), el 100% de pacientes fueron tratados en fase crónica de enfermedad de la Peyronie (TABLA 1). Se valoró la función sexual utilizando IIEF 5 previo a la cirugía y 6 meses después de la cirugía (TABLA 2), la media en el puntaje IIEF 5 previo a cirugía fue 21.4, mientras que la media en IIEF 5 post cirugía fue 22.8.

Según la aplicación del IIEF 5 los pacientes declararon que eran capaces de alcanzar y mantener una erección rígida, el 60% de pacientes respondió que casi siempre sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración, a pesar de su deformidad del pene, el dolor, a pesar de la erección rígida, fue una queja en 3 pacientes (60%). La media en grado de satisfacción sexual del paciente previo a la cirugía fue de 3.2, mientras que la media de satisfacción sexual post cirugía fue de 5; estos datos fueron obtenidos del ítem 5 del score IIEF 5. (TABLA 3).

Para el análisis de probabilidad de la muestra considerando como valor, la mejora de la satisfacción con respecto a la respuesta de tratamiento quirúrgico, el valor de chi cuadrado con un nivel de significancia del 95% fue 1.97, con un  $p=0.7$  (no significativo). Respecto a la mejora de la función eréctil tuvo un resultado de chi cuadrado de 0.42 con el 95% de intervalo de confianza y con un  $p=0.7$  (no significativo). Se aplicó la corrección de Yates por frecuencias menores a 5 en alguno de los valores y no hubo modificación de los rangos, esto se debe al número pequeño de muestra presentada en este trabajo.

### DISCUSIÓN:

Se ha demostrado que la enfermedad de Peyronie puede afectar considerablemente el desempeño y la satisfacción sexual, llegando a ser una causa significativa de disfunción eréctil en personas sexualmente activas (10).

En nuestra revisión, pudimos obtener claras diferencias al emplear la escala

del IIEF5 (International Index of Erectile Function) en un comparativo previo y posterior a la cirugía. Pudiendo demostrar que el tratamiento quirúrgico empleado en nuestros pacientes ayudó a mejorar las capacidades en el acto sexual en las variables de función eréctil, satisfacción con la relación sexual; resaltando que la satisfacción sexual fue el parámetro donde todos los pacientes llegaron a obtener el valor máximo de mejoría.

Los pacientes de nuestro presente estudio tuvieron una afectación de curvatura predominantemente dorsal con diferentes grados de angulación, reflejando un dolor significativo al momento del acto sexual, el cual fue el principal motivo de consulta.

Pudimos observar que el 60% de nuestros pacientes tuvo un dolor incapacitante en el coito, el cual mejoró posterior a la cirugía independientemente del tipo de técnica quirúrgica empleada y de la fase de presentación en la que se abordó al paciente.

El IIEF5, sin duda alguna, es una de las escalas validadas internacionalmente más empleadas para evaluar la función sexual (11), en relación directa con la técnica quirúrgica nos ayuda a entender cuán beneficiosa resulta la misma independientemente de otros parámetros como el tipo de deformidad del pene y la angulación. En ambas técnicas empleadas, pudimos evidenciar que hubo una mejoría en los parámetros, demostrando el alto grado resolutivo de ambas técnicas. En el futuro se buscará ir ampliando la base de datos del presente estudio para conseguir fortalecer las limitaciones en base a la cantidad de pacientes y la

diversidad de técnicas empleadas, pudiendo obtener mayores resultados para el análisis comparativo.

### CONCLUSIONES:

La disfunción eréctil presenta un alto impacto psicológico en los pacientes con enfermedad de la Peyronie por ello es de gran importancia identificar la fase estable de la enfermedad para un tratamiento oportuno.

Los pacientes con la enfermedad de la Peyronie mantienen constante la función sexual luego del manejo quirúrgico, pero sí evidenciando mejoría en la satisfacción sexual posterior a la cirugía.

El estudio deberá ser ampliado a futuro con mayor cantidad de pacientes para que aumente el valor de la significancia.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Carrasco AIL, Rosero EAR. Actualización en el tratamiento de la enfermedad de Peyronie. Revisión Bibliográfica. *Práctica Familiar Rural*. 27 de marzo de 2023;8(1):e-263.
2. Illiano E, Trama F, Mancini V, Ruffo A, Romeo G, et al. Peyronie's disease may negatively impact the sexual experience of a couple and female sexual function: a single center study. *Transl Androl Urol*. 2021;10(2):555-62.
3. Parikh NN, Heslop DL, Bajic P, Bole R, Farrell MR, Levine LA, et al. A Review of Treatment-Related Outcomes in Female Partners of Men With Peyronie's Disease-An Opportunity for Improved

Assessment. *Sex Med Rev*. 2020;8(4):548-60.

4. oldstein I, Hartzell R, Shabsigh R. The Impact of Peyronie's Disease on the Patient: Gaps in Our Current Understanding. *J Sex Marital Ther*. 2016;42(2):178-90.
5. Kern T, Ye N, Abdelsayed GA. Peyronie's Disease: What About the Female Sexual Partner? *Sex Med Rev*. 2021;9(2):230-5.
6. Porst H, Burri A, European Society for Sexual Medicine (ESSM) Educational Committee. Current Strategies in the Management of Peyronie's Disease (PD)-Results of a Survey of 401 Sexual Medicine Experts Across Europe. *J Sex Med*. 2019;16(6):901-8.
7. Capogrosso P, Pozzi E, Russo GI, Hatzichristodoulou G, Cocci A, Falcone M, et al. Patients' attitude with surgery for Peyronie's disease: results from a multicentric European study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2024;21(1):54-8.
8. Lledó García E, González García FJ, Jara Rascón J, García Muñoz J, Lledó Graell E, Sánchez Ochoa MA, et al. Satisfaction assessment study in patients (and their partners) with/without Peyronie's disease and penile prosthesis implantation. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2024;48(5):392-7.
9. Abdelsayed GA, Setia SA, Levine LA. The Surgical

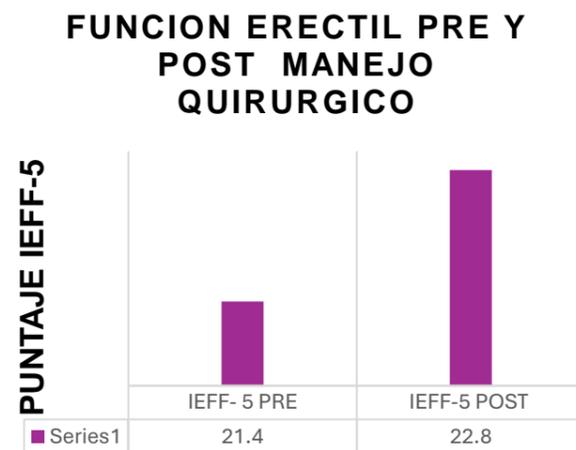
Treatment of Peyronie's Disease in the Older Man: Patient Characteristics and Surgical Outcomes in Men 65 and Older. *J Sex Med*. 2019;16(11):1820-6.

10. Gallo L, Sarnacchiaro P. Ten-year experience with multimodal treatment for acute phase Peyronie's disease: A real life clinical report. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*. 2019;43(4):182-9.
11. Tefekli A, Kandirali E, Erol H, Alp T, Köksal T, Kadioğlu A. Peyronie's disease in men under age 40: characteristics and outcome. *Int J Impot Res*. 2001;13(1):18-23.

I. **TABLA 1:**  
Características generales

Características	N (%)
<b>Edad</b>	62 +/- 6.34 años
<b>Deformidad del pene</b>	
Dorsal	3 (60%)
Dorsolateral	2 (40%)
Lateral	0 (0%)
<b>Angulación</b>	
<30°	2 (40%)
30°-60°	1 (20%)
>60°	2 (40%)
<b>Técnica Quirúrgica</b>	
Plicatura (16 puntos de lue)	3 (60%)
Combinada	2 (40%)
<b>Fase de la presentación</b>	
Fase aguda (<12 meses)	0
Fase hiperaguda (<1 mes)	0
Fase crónica (>12 meses)	5 (100%)

II. **TABLA 2**  
Función eréctil pre y post manejo quirúrgico



III. **TABLA 3**  
Satisfacción pre y post manejo quirúrgico



**CASO CLÍNICO**

**METÁSTASIS PENEANA SECUNDARIA A LINFOMA DEL MANTO – BLASTOIDE**

*Sheryl Maritza Lévano Delgado<sup>1</sup>, Basilio Martín Benavente Huamán<sup>1</sup>*

1.- Departamento de urología. Hospital Nacional PNP Luis N; Lima, Perú 2023

**RESUMEN**

El linfoma de pene secundario es un tumor infrecuente de tejido linfoide. En el presente reporte se informa del caso de un paciente varón de 72 años con antecedente de linfoma no Hodgkin desde 2021 con recaída a pesar de tratamiento, el paciente recibió 6 sesiones de quimioterapia + mantenimiento evidenciando masa peneana en el transcurso de su tratamiento. Determinando mediante biopsia de pene un linfoma de células grandes B células del manto variante blastoide. Falleció por recaída en el transcurso de los 2 meses de la biopsia de pene. El subtipo Linfoma del manto - variante blastoide tiene un pronóstico muy desfavorable por el curso agresivo de la enfermedad con recaídas inevitables. Se revisa literatura.

**ABSTRACT**

Secondary penile lymphoma is a rare tumor of lymphoid tissue. This report of a 72-year-old male patient with a history of non-Hodgkin's lymphoma since 2021 with relapse despite treatment. The patient received 6 sessions of

chemotherapy + maintenance, showing penile and inguinal mass during the course of his treatment. Determining blastoid variant large B cell mantle cell lymphoma by penile biopsy. Dying due to relapse within 2 months of the penile biopsy. The literature is reviewed.

**INTRODUCCIÓN**

Dentro de los tumores primarios que hacen metástasis a pene, los linfomas son tumores excepcionalmente raros que llegan a representar el 2%, en la mayoría de los casos es un tumor pélvico (75%) que invade pene posteriormente (1).

El pronóstico está claramente ligado al subtipo celular y al estadio (2). Por su rareza, el diagnóstico de entrada es complicado porque no se piensa en esta patología. Por este motivo, también son heterogéneos los diferentes abordajes terapéuticos utilizados. Se presenta el caso clínico de un paciente y se revisa la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 71 años con antecedente de linfoma no Hodgkin con diagnóstico en el año 2021.

(recibiendo QT 11 sesiones/ última 10/07/23). Refiere en julio del año 2023 la aparición de adenopatías inguinales bilaterales que aumentan de tamaño en el transcurso del tiempo y se hacen levemente dolorosas. hace 4 meses se agrega tumoración en pene que fue aumentando de tamaño, no dolorosa por lo que es derivado a urología. Contando con una tomografía de abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia se aprecian ganglios linfáticos patológicos en cadenas ilíacas externas bilaterales, la de mayor tamaño se ubica en lado izquierdo y alcanza medidas de 34mmx24mm. también algunos ganglios linfáticos en región inguinal izquierda y de menos tamaño en lado derecho, alcanzan hasta 20mm, llama la atención el aspecto una masa en cuerpo de pene evidenciándose una lesión focal de bordes mal delimitados que muestran mayor realce a la sustancia de contraste aproximadamente mide 68x49mm.

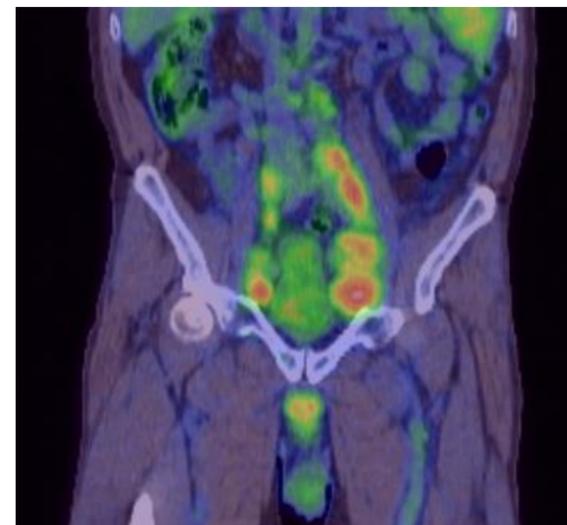
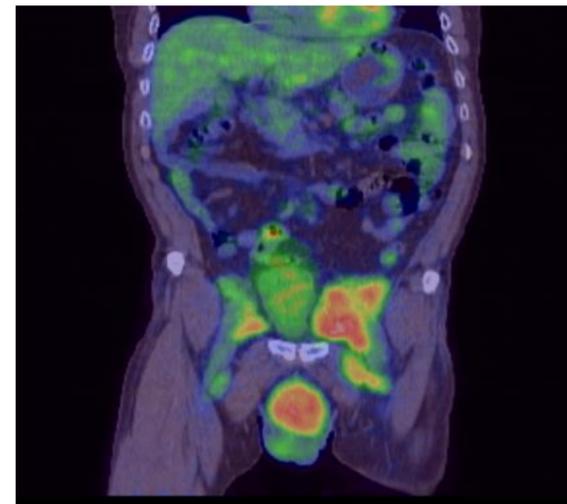
**Figura 1 y 2.**



Contaba con una ecografía Doppler evidenciando extensa lesión de aspecto neofornativo en base de pene con epicentro en cuerpo esponjoso asocia adenopatías necróticas en ingle izquierda. Doppler de arterias cavernosas lucen conservadas.

Posteriormente se realizó un estudio de PET/CT cuerpo entero oncológico: revelando Múltiples adenopatías hipermetabólicas a nivel cervical derecho (grupo IV), medio peritoneales, reales, pélvicos e inguinales bilaterales asociado a compromiso esplénico y de partes blandas (cuerpo de pene); hallazgos en relación con enfermedad linfoproliferativa activa, **Figuras 3 y 4.**

Su examen físico reveló adenomegalias inguinales bilateral a predominio izquierdo, formando un cordón de consistencia aumentada y levemente dolorosa. A nivel del pene se palpó una masa en el tercio medio, que se extiende a base de pene invadiendo escroto, indurada, circunferencial, no doloroso a la palpación sin signos de flogosis. No se evidencian lesiones en piel del pene, no ulceraciones.



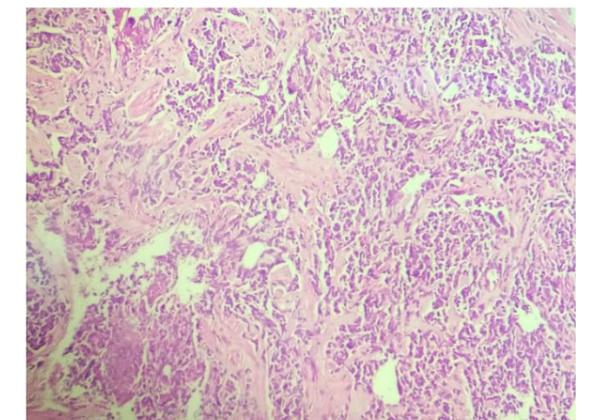
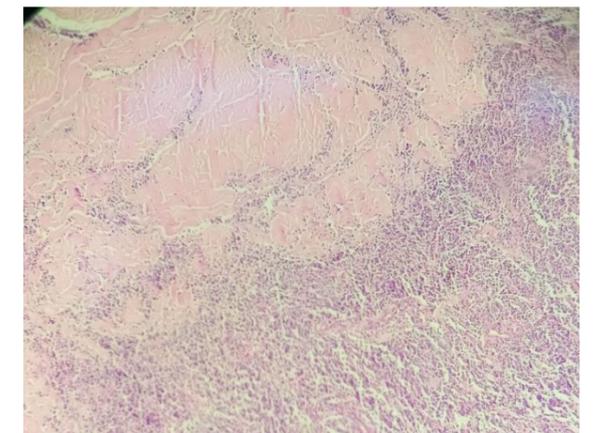
**Figura 3 y 4**

En el intraoperatorio se halla meato central de buen calibre, prepucio redundante y poco retráctil por tumoración en mitad proximal del pene de aproximadamente 15x10 cm, indurado y no móvil, del cual se extrae una muestra de biopsia mediante retracción del prepucio con una incisión tipo losange del cuerpo cavernoso.

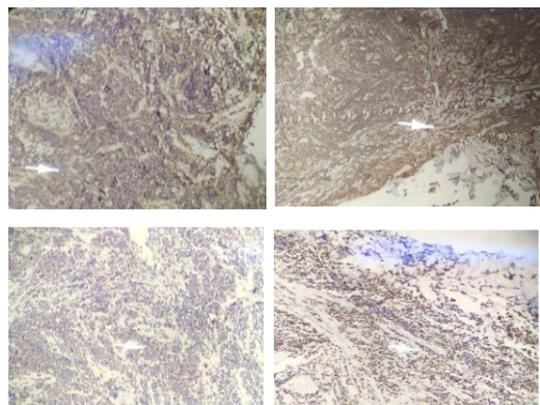
El paciente al alta curso con cicatrización difícil, dehiscencia de algunos puntos de sutura y por último con una fístula enterocutánea, en el transcurso de sus curaciones presenta los resultados histológicos que revelaron tejido fibroconectivo infiltrado por proliferación atípica de células

redondas azules fusiformes que incluso envuelven tejido muscular del cuerpo cavernoso, distorsionando su arquitectura, con alta sospecha de linfoma por lo que se solicitó estudio de inmunohistoquímica: cd3 y cd20 para diferenciar linfoma de células b y células t respectivamente, siendo positivo para cd20 (confirmado por bcl2: células grandes), el ki67 que indica el grado de proliferación (mitosis) resultó en un 80% de proliferación celular, seguido de estudio de cd45 y cd10 para linfoma del manto y anaplásico respectivamente siendo positivo para cd45, por último confirmando resultado con mum1 y cyclind1 ambos para células del manto,

**Figuras 4 y 5.**



*Al examen microscópico se muestra la pérdida de la arquitectura de las fibras musculares e infiltración de linfocitos.*



Al examen microscópico: (A) muestra tinción de células B en expresión de CD3, (B) muestra expresión del ki67 en un 80%, (C) expresión de CD45 (D) expresión de Cyclin1.

## DISCUSIÓN

Los linfomas son cánceres derivados del tejido linfoide, de los ganglios linfáticos, así como en otros órganos. Se reporta que un 15% de los linfomas la primera manifestación es extra ganglionar, siendo la frecuencia de afectación en su mayoría del tubo digestivo y el sistema nervioso central. La afectación del tracto genitourinario es rara. cerca al 6,7% de los pacientes con linfomas. Los linfomas de pene son aún más raros y en la mayoría de los casos representan una afectación secundaria del pene por linfoma debido a diseminación hematológica o linfática o debido a infiltración directa de un órgano vecino (1).

Las formas de presentación del linfoma peneano pueden ser variables e inespecíficas, simulando una enfermedad de la Peyronie, una masa peneana, una úlcera, una tumefacción difusa simulando un priapismo “pseudopriapismo”, o una masa perineal, una nodulación, resultado ser

en ocasiones sutiles e inespecíficas como disuria, fimosis y nodulaciones (2-6). Aspecto importante en el examen físico con las adenomegalias principalmente inguinales (4-10).

Los linfomas pueden identificarse mediante tipos de células inmunofenotípicas identificables que son clave para tratamiento y pronóstico (6). El linfoma que se presenta extraganglionarmente tomando pene como metástasis es frecuentemente un linfoma de células B grande, con una respuesta generalmente indolente con tratamiento (6). Sin embargo, nuestro caso se clasificó como linfoma de células B de células del manto - variante blastoide, combinando características de un linfoma con expresión aberrante, caracterizado particularmente por su agresividad, por linfadenopatías generalizadas de aparición rápida, afectación extraganglionar, histología blastoide o pleomórfica y Ki-67 alto (10). Haciendo de este diagnóstico una variante de clínica variable y un pronóstico trascendentalmente malo con mala respuesta a los tratamientos actualmente disponibles (5,6,8).

En los casos reportados mencionados en la tabla 1, en total 7 paciente con linfoma de que comprometía pene, primario y/o secundario, paciente de entre 39 y 79 años, la mayoría de linfomas se presentaron como ulceración o masa peneana, acompañado de ganglios inguinales. El linfoma más común como lo describe la literatura es el linfoma de células B grandes. Se evidencia que los casos de linfoma de pene reportados tienen

buen respuesta a la quimioterapia, sin embargo, es el primer caso reportado de tumor de pene metastásico de linfoma del manto variante blastoide, conociendo su inevitable pronóstico nuestro paciente fallece a los 7 meses de la aparición de masa peneana, a los 2 meses de la biopsia de pene.

## CONCLUSIONES

Los linfomas representan una patología peneana de frecuencia excepcional, que puede pasar desapercibida con los diagnósticos diferenciales. Considerarlo de mayor importancia en paciente con este antecedente pudiendo cambiar la variante del mismo. Considerarlo motivo de recurrencia en pacientes con antecedentes oncológicos.

El tratamiento exitoso es aún incierto debido a los variables cursos de la enfermedad, y a la agresividad de la proliferación celular. Estos pacientes rara vez logran remisiones largas y resultados clínicos duraderos con las quimioterapias y terapias dirigidas actualmente disponibles. la supervivencia sin fallas fue significativamente más corta en la variante blastoide y otras como las pleomórficas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hizli F, Berkmen F. Penile metastasis from other malignancies. A study of ten cases and review of the literature. *Urol Int.* 2006;76(2):118-21.

- Ibarz Servio L, Arzoz Fábregas M, Ruiz Domínguez JM, Batlle Massana M, Mate Sanz JL, Saladié Roig JM. [Primary lymphoma of penis]. *Actas Urol Esp.* 2009;33(7):826-9.
- Jain P, Wang M. Blastoid Mantle Cell Lymphoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2020;34(5):941-56.
- Fenech M, Pisani D, Camilleri DJ. Primary high-grade diffuse large B-cell lymphoma of the glans penis. *BMJ Case Rep.* 2021;14(11):e243844.
- Wilson MR, Barrett A, Cheah CY, Eyre TA. How I manage mantle cell lymphoma: indolent versus aggressive disease. *Br J Haematol.* 2023; 201(2): 185–198,
- Arambulo S, Calle A, Vela JM, Sotelo MJ. Advanced penile lymphoma: Case report and review of the literature. *J Cancer Res Ther.* 2023;19(3):823-5.
- Öneç B, Öneç K, Esbah AÜ, Esbah O. Presentation of Diffuse Large B-Cell Lymphoma Relapse as a Penile Mass. *Turk J Haematol.* 2016;33(4):362-3.
- Linfoma de células del manto | Leukemia and Lymphoma Society [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.lls.org/booklet/linfoma-de-celulas-del-manto>
- Li Y, Fu X, Wu J, Yu C, Li Z, Sun Z, et al. Penile metastasis secondary to nasal-type extranodal natural killer/T-cell lymphoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2018;15(5):8034-8.

10. Diao L, Yang S, Shang P, Hou Z. Report of penis lymphoma and review of the literature. Asian J Surg. 2022;45(11):2528-9

AUTORES AÑO	EDAD	LESION	GANGLIOS	DX	TTO	SEGUIMIENTO
<b>Yanan Li , et al. 2018 (9)</b>	39	masa indurada indolora en el glande á los 16 meses	múltiples ganglios inguinales	linfoma extranodal de células T/natural killer recurrente	DDGP	se perdió contacto
<b>Birgül Öneç , et al. 2016 (7)</b>	51	hinchazón y ulceración	ganglio inguinal izquierdo	DLBCL	R-CHOP	-
<b>Lluís Ibarz et al 2009 (2)</b>	71	tumor infrabalanico	-	linfoma B difuso de células grandes	R-CHOP	sin recidiva a los 2 años

AUTORES AÑO	EDAD	LESION	GANGLIOS	DX	TTO	SEGUIMIENTO
Lévano Delgado, et al. 2024	72	masa indurada	inguinales bilateral	linfoma de células b del manto - blastoide	R-CHOP	Falleció a los 7 meses de aparición de masa peneana
Arámbulo, Stella, et al 2023 (6)	78	Ulceración	lesión en muslo	linfoma células B grandes	R-EPOCH que cambio a R-CHOP	falleció en 1año aproximado por COVID-19
Long Diao, et al. 2022 (10)	79	Ulceración, cabeza de pene	inguinales bilateral	linfoma células B grandes	R-CVP + R-CHOP	-
Long Diao, et al. 2022 (10)	59	Nódulos en cuerpo de pene	pélvicos derechos	linfoma células B grandes	R-CHOP	3 años sin progresión

## Tratamiento quirúrgico de pacientes con síndrome de Eagle-Barrett en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Guillermo Almenara – Perú.

Christhian Manuel Cabeza Luján<sup>1</sup>, Boris Miltom Cachay Tello<sup>1</sup> y José Antonio Arias Delgado<sup>1</sup>

1.- Departamento de urología. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen; Lima, Perú 2023

### RESUMEN

El síndrome de Eagle Barrett conocido como “síndrome Prune Belly o ciruela pasa” es una enfermedad congénita rara caracterizado por deficiencia en musculatura abdominal y malformaciones genitourinarias. Generalmente están asociados a prematuridad y sus manifestaciones urológicas principales son hidronefrosis bilateral, megavejiga, criptorquidia bilateral y displasia renal. Se presentan 4 casos atendidos por el servicio de Urología del Hospital Nacional Almenara quienes fueron sometidos a distintos procedimientos quirúrgicos con el objetivo de hacer una revisión de la literatura sobre los métodos diagnósticos, abordaje quirúrgico y analizar resultados a corto plazo. Conclusiones: La cirugía urológica en estos pacientes debe ser realizada en un solo tiempo y permite mejorar la calidad de vida del paciente y familiares, así como también preserva la función renal.

**PALABRAS CLAVE:** Prune Belly, Eagle-Barrett, síndrome de abdomen en ciruela pasa, agenesia abdominal, anomalías del tracto urinario, criptorquidia.

### ABSTRACT:

Eagle Barrett syndrome, known as “prune belly syndrome,” is a rare congenital disease characterized by abdominal muscle deficiency and genitourinary malformations. They are generally associated with prematurity and their main urological manifestations are bilateral hydronephrosis, megabladder, bilateral cryptorchidism and renal dysplasia. Four cases treated by the Urology service of the Almenara National Hospital are presented, who were subjected to different surgical procedures with the objective of reviewing the literature on diagnostic methods, surgical approach and analyze short-term results. Conclusions: Urological surgery in these patients should be performed in a single time and allows improving the quality of life of the patient and family, as well as preserving kidney function.

**KEYWORDS:** Prune Belly, Eagle-Barrett, prune belly syndrome, abdominal agenesia, urinary tract anomalies, cryptorchidism

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Eagle Barrett conocido como síndrome Prune Belly (SPB) o abdomen en ciruela pasa es una enfermedad congénita rara caracterizado por una triada clínica: hipoplasia o agenesia de la musculatura abdominal, ectasia del sistema urinario y criptorquidia bilateral. La incidencia del SPB es 3.8 casos por cada 100 000 nacidos vivos y predomina en el sexo masculino (1). En Perú, el Servicio de Genética y Errores Innatos del Metabolismo del Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña reportó la frecuencia de SPB en 0.07% de todos los desórdenes genéticos diagnosticados desde el año 2014 al 2018 (2).

Aproximadamente el 43% de neonatos con SPB nacen prematuros y el 75% presenta alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes las alteraciones pulmonares y cardiovasculares. La tasa de mortalidad perinatal oscila entre el 20 y 25% (3).

En el presente reporte se analizan cuatro casos de pacientes diagnosticados de SBP que fueron atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú, desde el año 2016 al año 2024, con el objetivo de profundizar acerca del manejo quirúrgico con respecto al sistema genitourinario y analizar los resultados a corto plazo.

### Presentación de caso 1:

Varón nacido a término de 39 semanas por cesárea, con antecedente de ecografía prenatal compatible con hidronefrosis bilateral y megavejiga.

Al nacimiento presentó pared abdominal distendida y laxa, piel redundante y arrugada, criptorquidia bilateral por lo que fue diagnosticado de SPB. Presentó ITU que requirió hospitalización al mes y a los 5 meses de nacido.

Dentro de sus antecedentes quirúrgicos, fue sometido a cistostomía suprapúbica derivativa a los 6 meses de vida y orquidopexia laparoscópica primer tiempo a los 4 años.

Previo a la cirugía definitiva se realizó distintos estudios imagenológicos y funcionales del sistema genitourinario dentro de los cuales destaca ecografía renal: riñón izquierdo hipotrófico (parénquima renal 5 mm), cistografía en la cual se evidenció reflujo vesicoureteral (RVU) bilateral grado IV, gammagrafía renal con marcado compromiso perfusional y funcional de riñón izquierdo. El estudio urodinámico a los 4 años detectó vejiga hiporrefléxica e hipocóncil.

La cirugía definitiva se realizó a los 5 años e incluyó abdominoplastia, reimplante ureteral bilateral, cistoplastia de reducción, orquidopexia bilateral y cierre de cistostomía.

Actualmente, el paciente tiene 7 años y no ha presentado ITU febril en los últimos 2 años. El perfil renal basado en la creatinina sérica es 0.2 mg/dL. Cuenta con una ecografía control de vejiga en la que describe una pared vesical gruesa de 6 mm, residuo vesical post miccional patológico que sugiere vejiga neurogénica. (Anexo 1)

### Presentación de caso 2:

Varón nacido a término de 40 semanas

por cesárea con diagnóstico de dilatación de pelvis renal bilateral por ecografía prenatal. Al nacimiento se diagnosticó de SPB por presencia de abdomen distendido con piel redundante en ambos flancos laterales, criptorquidia bilateral e hidroureteronefrosis bilateral, además presentó insuficiencia renal aguda y cardiopatía congénita catalogada como comunicación interventricular.

Dentro de sus antecedentes quirúrgicos, fue sometido a cistostomía derivativa a los 2 meses en el Hospital del Niño – Breña. Dos meses posteriores a dicha intervención quirúrgica se evidenció disminución de producción de orina por dicho orificio hasta cerrarse parcialmente. Fue transferido a nuestro servicio en donde le realizamos ureterostomías bilaterales los 18 meses de nacido; además de orquidopexia laparoscópica izquierda y orquiectomía derecha a los 3 años.

Previo a la cirugía definitiva se realizó cistografía en donde se evidenció gran capacidad vesical (120 cc) y RVU derecho, gammagrafía renal con compromiso funcional de riñón izquierdo (función renal izquierda diferencial 35%) y además en el estudio urodinámico se encontró baja compliancia final y disfunción miccional.

A los 5 años se realizó la cirugía definitiva en un solo tiempo que incluyó abdominoplastia, reimplante ureteral bilateral, cistoplastia de reducción y cierre de vesicostomía.

Actualmente, el paciente tiene 7 años y no ha presentado hospitalización por ITU desde hace 2 años, cuenta con creatinina control en 0.4 mg/dL.

### Presentación de caso 3:

Varón con antecedente de prematuridad (35 semanas) nacido por cesárea, al nacimiento se constató fascie simiesca, gran distensión de pared abdominal en forma de abdomen en ciruela pasa, vesicostomía permeable, ausencia de testículos en bolsas escrotales y fue diagnosticado de Síndrome de Down, luxación congénita cadera, SBP y sepsis neonatal por *Enterobacter cloacae* foco urinario. Le realizamos cistostomía suprapúbica derivativa a los 12 días de nacido.

Como otras manifestaciones clínicas ha presentado convulsiones, derrame pericárdico leve, síndrome obstructivo bronquial y retardo en el desarrollo psicomotor.

Antes de la cirugía definitiva se evidenció ureterohidronefrosis bilateral con ambos parénquimas renales bien conservados por ecografía. Contó con cistografía en donde se observó reflujo vesicoureteral grado II izquierdo, adecuado pasaje de contraste por vesicostomía desde vejiga a uretra. Gammagrafía renal tipo suboclusivo funcional en riñón derecho y suboclusivo mecánico de riñón izquierdo. Además, el paciente presentó infecciones urinarias que requirieron hospitalización hasta en 3 oportunidades.

A los 2 años y 3 meses se realizó abdominoplastia, reimplante ureteral bilateral y orquidopexia bilateral.

Actualmente, el paciente tiene 3 años y ha presentado ITUs febriles hasta en 3 oportunidades que requirió de manejo antibiótico endovenoso con tigeciclina y amikacina.

Cuenta con ecografía control: ambos parénquimas renales 9 mm con una dilatación de uréter izquierdo de 24 mm, un radiorenograma post quirúrgico que informa ausencia gammagráfica y funcional de riñón derecho y compromiso perfusional de riñón izquierdo tipo obstructivo mecánico por lo que está pendiente colocación de stent ureteral derivativo.

### Presentación de caso 4:

Varón nacido a término de 38 semanas por cesárea, diagnosticado desde el nacimiento de SPB por presentar pared abdominal delgada a quien se marcan asas intestinales y tejido muscular delgado en ambos flancos, criptorquidia bilateral e hidronefrosis bilateral y megavejiga por ecografía.

Como antecedentes quirúrgicos, fue sometido a cistostomía derivativa a los 8 meses de edad y orquidopexia laparoscópica primer tiempo a los 3 años.

Hasta los 7 años, el paciente no ha presentado alteración en el desarrollo psicomotor, sin embargo, presentó neumonía que requirió manejo antibiótico endovenoso e inhaladores beta 2 agonistas. Se descartó valvas uretrales posteriores a través de cistoscopia. Ecográficamente presenta nefropatía crónica bilateral y leve hidroureteronefrosis bilateral, le realizamos radiorenograma encontrando compromiso tipo suboclusivo funcional a predominio de riñón derecho.

En el presente año, a la edad de 8 años le realizamos la cirugía definitiva que incluye abdominoplastia, reimplante

ureteral bilateral y orquidopexia bilateral. Sus controles post quirúrgicos aún están pendientes.

## DISCUSIÓN:

El SPB es infrecuente en la realidad peruana y su tríada clínica, casi inconfundible, hace posible el fácil diagnóstico. La mortalidad de los pacientes con SPB en los primeros meses de vida es del 10-25% (3), generalmente en neonatos que presentan severo grado de displasia renal y pulmonar. Se describieron cuatro casos clínicos de pacientes con SPB clasificados como Woodard tipo 2 en quienes el grado de displasia renal es moderado y tienen mayor probabilidad de sobrevida con el manejo quirúrgico (4).

El objetivo principal del tratamiento urológico en el neonato con SPB es prevenir el deterioro de la función renal de manera conservadora, pues intervenciones quirúrgicas no justificadas podrían empeorar el pronóstico de estos pacientes. En caso de evidencia de infecciones urinarias y/o reflujo vesicoureteral severo que se asocia a hidronefrosis severa o insuficiencia renal se debe corregir las alteraciones bioquímicas, iniciar profilaxis antibiótica y realizar cirugía de derivación urinaria como cistostomía suprapúbica, ureterostomías y/o nefrostomía a fin de lograr disminuir la presión del sistema urinario y evitar infecciones recurrentes (5). En esta serie de casos, los cuatro pacientes fueron sometidos a cistostomía suprapúbica derivativa durante

los primeros 8 meses de vida y a uno de ellos adicionalmente se le realizó ureterostomías bilaterales.

La edad media al momento de la cirugía fue de 4 años y medio (rango 2 años a 8 años). Esto es diferente a la experiencia de Lopes y Dénes en Brasil quienes en 46 pacientes con SPB reportan una mediana de edad a la cirugía de 16 meses (25 días – 10 años) (6). Preoperatoriamente, 2 pacientes tenían Infección urinaria recurrente clínicamente significativa. En el momento de la cirugía, 2 presentaron con disfunción unilateral renal, con función contralateral normal. En los 4 pacientes se observó dilatación ureteral significativa, 3 pacientes presentaron RVU; fue unilateral en 2 y bilateral en 1 (dos fueron grado II y uno grado IV). La duración promedio de la cirugía reconstructiva 270 minutos.

En todos los casos presentados se aplicó abdominoplastia con la técnica de Monfort consiste en una disección extensa de ambas placas fasciales laterales y un cierre cruzado en línea media (7). Smith y colaboradores en una serie de 12 casos en quienes realizaron abdominoplastia tipo Monfort modificada, obtuvieron mejora subjetiva en la sensación y flujo urinario, disminución del residuo posmiccional y redujo el tiempo de defecación (8). Lopes *et al.* reportaron 44 abdominoplastias en 46 pacientes con SPB que requerían actitud quirúrgica, utilizaron distintas técnicas como Erlich (3), Randolph (2), y Monfort. En este estudio se logró mejora de la apariencia y el tono muscular en el 90% de los niños después de la cirugía primaria y en el 100% después de la reoperación (6).

En cuanto a la cirugía reconstructiva del tracto urinario superior se realizó en todos los pacientes el reimplante ureteral tipo Politano-Leadbetter, en ninguno fue necesario realizar nefroureterectomía. Lopes *et al.* describen 23 pacientes a quienes realizaron ureterectomía distal bilateral seguida de reimplantación ureteral bilateral, en 16 niños se realizó reimplante ureteral unilateral y en un caso se realizó nefroureterectomía unilateral, además, demostraron que la cirugía reconstructiva disminuía significativamente la frecuencia de ITU y urosepsis en el periodo postoperatorio. Con respecto a la cirugía reconstructiva del tracto urinario inferior, se realizó cistoplastía de reducción en 2 pacientes (50%). Esto difiere con Lopes *et al.* quienes realizaron resección del domo vesical y remanente del uraco al 95.6% y observaron 81% de continencia en el seguimiento.

A tres de ellos se realizó primer tiempo de orquidopexia laparoscópica con técnica Fowler Stephen. Un paciente fue orquiectomizado de testículo derecho por encontrarse atrófico en cavidad abdominal. La orquidopexia debería hacerse antes de los 2 años según Fallat y colaboradores (9), puesto que mostraron una tasa de atrofia más alta (30%) en comparación con sólo el 4% en aquellos que fueron operados antes de los 2 años. Los pacientes a quienes se les realizó SF 1er tiempo tuvieron como mediana de edad 3 años. Esto es similar a lo reportado por Patil *et al.* (10), quienes realizaron orquidopexia en dos etapas a 30 niños, con edad promedio de 3.2 años y encontraron que la tasa de atrofia testicular fue del 3%

y se observaron testículos más pequeños en 13% de los chicos. Dénes *et al.* describe que la orquidopexia temprana es importante en los niños con SPB, ya que previene la aparición de malignidad y preserva de cierta forma la fertilidad (11).

## CONCLUSIONES:

En la presente revisión de serie de casos, se concluye que la cirugía urológica derivativa a temprana edad previene el deterioro clínico de la función renal, así mismo, es importante indicar que la cirugía definitiva con las técnicas de abdominoplastia, cistoplastía de reducción, reimplante ureteral y orquidopexia pueden ser realizadas en un solo tiempo quirúrgico. A pesar de tener resultados alentadores en la función renal, aún se requiere en nuestro medio más estudios prospectivos multicéntricos a fin de determinar los resultados a largo plazo

## BIBLIOGRAFÍA

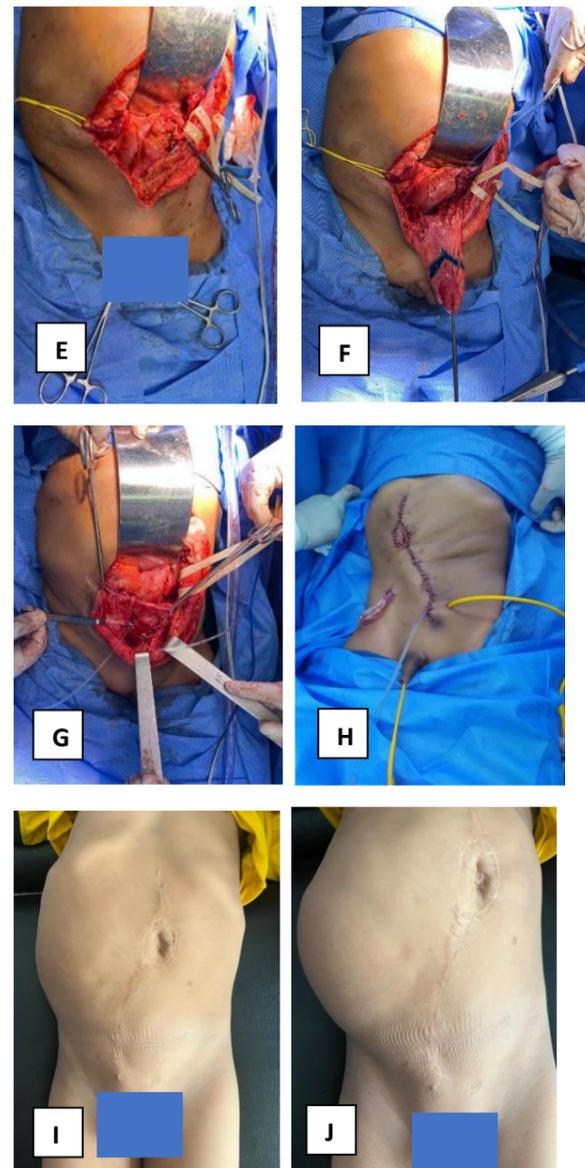
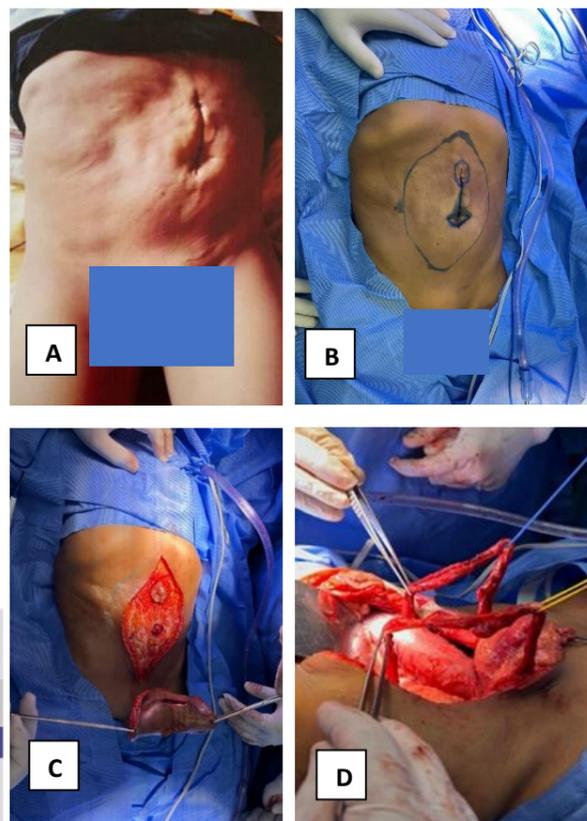
1. Hassett S, Smith GH, Holland AJ. Prune belly syndrome. *Pediatr Surg Int.* 2012 Mar;28(3):219-28. doi: 10.1007/s00383-011-3046-6.
2. Guio H, Poterico JA, Levano KS, Cornejo-Olivas M, Mazzetti P, *et al.* Genetics and genomics in Peru: Clinical and research perspective. *Mol Genet Genomic Med.* 2018 Nov;6(6):873-886. doi: 10.1002/mgg3.533.
3. Beltrán LX, Montaña-Jimenez LP, Cano DC, Vargas YA. Síndrome del abdomen en ciruela pasa: implicaciones en la calidad de vida y consideraciones éticas de su

manejo: Prune Belly Syndrome: Implications on Quality of Life and Ethical Considerations in its Management. *Univ. Med.* 2023;64(3).

4. Woodard JR, Zucker I. Current management of the dilated urinary tract in prune belly syndrome. *Urol Clin North Am.* 1990; 17:407-418. Doi: 10.1016/S0094-0143(21)00899-5.
5. Guerrero A, Cuadros C, Archila D, Beltrán S, Cuadros G. Síndrome de Prune Belly: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Salud UIS.* 2010, 42: 78-85.
6. Lopes RI, Tavares A, Srougi M, Dénes F. 27 years of experience with the comprehensive surgical treatment of prune belly syndrome, *Journal of Pediatric Urology* 2015; 11(5):276.e1-276.e7. doi: 10.1016/j.jpuro.2015.05.018.
7. Monfort G, Guys JM, Bocciardi A, Coquet M, Chevallier D. A novel technique for reconstruction of the abdominal wall in the prune belly syndrome. *J Urol.* 1991. 146:639–640. Doi: /10.1016/S0022-5347(17)37880-1.
8. Smith CA, Smith EA, Parrott TS, Broecker BH, Woodard JR. Voiding function in patients with the prune-belly syndrome after Monfort abdominoplasty. *J Urol.* 1998. 159:1675–1679. Doi: 10.1097/00005392-199805000-00089.
9. Fallat ME, Skoog SJ, Belman AB, Eng G, Randolph JG. The prune belly syndrome: a comprehensive approach to management. 1989. *J Urol* 142:802–805. Doi: 10.1016/S0022-5347(17)38895-X.

10. Patil, KK, Duffy PG, Woodhouse CR, Ransley PG. Long-term outcome of Fowler-Stephens orchiopexy in boys with prune-belly syndrome. *J Urol* 2004; 171: 1666-1669. Doi: 10.1097/01.ju.0000118139.28229.f5.

11. Dénes FT, Arap MA, Giron AM, Silva FA, Arap S. Comprehensive surgical treatment of prune belly syndrome: 17 years' experience with 32 patients. *Urology*. 2004 Oct;64(4):789-93; discussion 793-4. doi: 10.1016/j.urology.2004.05.053. PMID: 15491721.



**Legenda:** A. Abdomen preoperatorio B. Marcaje de elipse vertical C. Escisión de piel conservando islote umbilical D. Identificación y reparo de uréteres dilatados E. Orquidopexia bilateral F. Marcaje y escisión de domo vesical G. Reimplante ureteral bilateral y uso de tutores H. Cierre por planos, colocación de talla vesical y sonda uretral. I. Abdomen 2 años posterior a la cirugía en decúbito supino. J. Al Valsalva identificación de laxitud y eventración de pared lateral derecha del abdomen

## CASO CLÍNICO

### GRUPOS DE RIESGOS DE RECURRENCIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LEBOVICH EN POST OPERADOS DE TUMOR RENAL EN EL HOSPITAL PNP LUIS N. SÁENZ

Ricci Alonso Chafloque Vásquez<sup>1a</sup>, Torres Pariona Carlos Alberto<sup>1b</sup>, Soto Inga Gerson André<sup>1b</sup> y Garnique Díaz Emilio Sebastián<sup>1c</sup>

1.- Departamento de urología. Hospital Nacional PNP Luis N; Lima, Perú 2023

a. Residente de Urología      b. Médico Asistente de urología      c. Jefe de servicio de urología

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** el cáncer de riñón representa el 3 % de las neoplasias genitourinarias más letales de la vía urinaria.

**OBJETIVO:** describir los patrones de recurrencia posterior a nefrectomía en los pacientes con diagnóstico de cáncer renal durante el periodo de 2021-2024 en el hospital nacional PNP Luis N Sáenz.

**MÉTODOS:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en la ciudad de Lima durante el periodo de 2021-2024, con una población universo de 57 pacientes tratados por cirugía de cáncer renal y una muestra constituida por todo el universo de pacientes. Se recolectó la información de la historia clínica, reporte operatorio, anatomía patológica, estudio de imágenes y seguimiento multidisciplinario. Mediante una base de datos donde las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y las relativas en porcentajes.

**RESULTADOS:** La media de edad fue de 64 años (DE +/- 10.3cm) límites de 44 a 89 años, con mayor predominio de hombres (78.9%) que mujeres (21.1%).

La media de tamaño tumoral estimado por tomografía de abdomen fue de 7.7 cm (2.6-17 cm). El subtipo histológico predominante fue el de células claras (93%), seguido del cromóforo (5%). El tamaño tumoral promedio fue de 7.2 cm (DE ± 3.4 cm). Según la clasificación TNM, 70.10% de los casos reportó enfermedad confinada al riñón, principalmente en estadios T1a, T1b y T2a, en 17.5% 33.3% 19.3%, respectivamente. El grado de diferenciación celular tipo II, según la clasificación de Fuhrman, predominó en el 70.18% de los casos. Respecto a la supervivencia cáncer específica según Leibovich se clasificó a los pacientes en riesgo bajo a un 24.6%, riesgo intermedio 57.9% y riesgo alto 17.5%.

**CONCLUSIONES:** La clasificación de Leibovich es pertinente para estratificar los grupos de riesgo, así como el grado histológico, además de definir que a mayor puntuación y riesgo menor tasa libre de supervivencia sin metástasis. Nuestro estudio devela las oportunidades para afianzar conocimientos básicos en tanto la clasificación de riesgo de tumores renales y la oportunidad de ofertar la terapia adecuada, en un entorno de

limitaciones diagnósticas, además invita a realizar estudios sobre seguimiento basado en la evidencia actual.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma de células claras, Leibovich, cáncer renal.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** kidney cancer represents 3% of the most lethal genitourinary neoplasms of the urinary tract.

**OBJECTIVE:** to describe the patterns of recurrence after nephrectomy in patients diagnosed with kidney cancer during the period 2021-2024 at the PNP Luis N Saenz national hospital.

**METHODS:** a descriptive, retrospective study was carried out in the city of Lima during the period 2021-2024, with a universe population of 57 patients treated for kidney cancer surgery and a sample consisting of the entire universe of patients. Information was collected from the clinical history, operative report, pathological anatomy, imaging study and multidisciplinary follow-up. Through a database where the qualitative variables were expressed in absolute frequencies and the relative ones in percentages.

**RESULTS:** The mean age was 64 years (SD  $\pm$  10.3cm), ranges from 44 to 89 years, with a greater predominance of men (78.9%) than women (21.1%). The mean tumor size estimated by abdominal tomography was 7.7 cm (2.6-17 cm). The predominant histological subtype was clear cell (93%), followed by chromophobe (5%).

The average tumor size was 7.2 cm (SD  $\pm$  3.4 cm). According to the TNM classification, 70.10% of cases reported disease confined to the kidney, mainly in stages T1a, T1b and T2a, in 17.5% 33.3% 19.3%, respectively. The degree of type II cell differentiation, according to Fuhrman's classification, predominated in 70.18% of the cases. Regarding cancer-specific survival according to Leibovich, patients were classified as low risk at 24.6%, intermediate risk at 57.9% and high risk at 17.5%.

**CONCLUSIONS:** The Leibovich classification is relevant to stratify the risk groups, as well as the histological grade, in addition to defining that the higher the score and risk, the lower the metastasis-free survival rate. Our study reveals opportunities to strengthen basic knowledge regarding the risk classification of kidney tumors and the opportunity to offer appropriate therapy, in an environment of diagnostic limitations, and also invites studies on follow-up based on current evidence.

**KEYWORDS:** Clear cell carcinoma, Leibovich, renal cancer

## INTRODUCCIÓN

El cáncer renal es una de las patologías oncológicas con mayor incidencia en países del occidente, donde el carcinoma de células renales representa alrededor del 3% de todos los cánceres (1,2). En 2020, se reportaron 431 288 nuevos casos de cáncer de células claras (CCR) en el mundo, 138 611 fueron detectados en Europa (3). En 2018 ocupa el puesto 10 en frecuencia con una prevalencia

estimada 4466 casos y una mortalidad 770 casos (4).

A nivel nacional, 3663 casos nuevos de cáncer renal en los años 2000-2017. En Lima metropolitana 930 casos nuevos en varones y 491 en mujeres respectivamente. Hay un predominio de 1,5 a 2,0: 1 en hombres sobre mujeres con una mayor incidencia en la población de mayor edad (5).

El carcinoma de células renales es la más común hasta en un 90%. Comprende diferentes subtipos de CCR con características histopatológicas y genéticas específicas. y comportamientos clínicos, el más común es el cáncer de células claras (70%), seguido del papilar (10-15%) y el cromóforo (5%).<sup>5</sup>

Existen diversos tratamientos quirúrgicos, tanto curativos como paliativos, las opciones terapéuticas dependen del estadio. Por lo tanto, una estadificación precisa es esencial para un tratamiento eficaz (6).

Las guías clínicas recomiendan el tratamiento quirúrgico del tumor confinado al riñón con intención curativa ya sea con nefrectomía parcial o conservadora de nefronas o nefrectomía radical. Sin embargo, existen otras opciones de tratamiento no quirúrgicas como la terapia molecular e inmunoterapia que se aplica en grados avanzados (6).

No existe acuerdos sobre el seguimiento después del tratamiento del CCR, y la evidencia es limitada sugiere que intervalos de imágenes postoperatorios más frecuentes no proporcionan ninguna mejora para la detección temprana de la recurrencia que conduciría a una mejor

Supervivencia (7).

A diferencia de la enfermedad de alto grado y/o localmente avanzada, el resultado después de la cirugía para tumores T1a de bajo grado casi siempre es excelente. Por tanto, es razonable estratificar el seguimiento, teniendo en cuenta el riesgo de que cada CCR diferente desarrolle una recurrencia local o a distancia (8-10). Existe beneficio en la supervivencia en pacientes que fueron seguidos frente a pacientes que no lo fueron (11). El seguimiento también es importante para evaluar los resultados funcionales y limitar las secuelas a largo plazo, como el deterioro de la función renal, la ERT y los eventos cardiovasculares (12).

Además, recientemente se ha propuesto un enfoque individualizado y basado en el riesgo para el seguimiento del CCR. Los autores utilizaron modelos de riesgo competitivos, incorporando la edad del paciente, el estadio patológico, la ubicación de la recaída y las comorbilidades, para calcular cuándo el riesgo de muerte sin CCR excede el riesgo de recurrencia del CCR (13).

Se necesita un algoritmo de seguimiento para monitorear a los pacientes después del tratamiento del CCR, reconociendo no sólo el perfil de riesgo de recurrencia del paciente, sino también la eficacia del tratamiento administrado (14). (Tabla 1)

Tabla 1: Calendario de seguimiento propuesto después del tratamiento para el CCR localizado, teniendo en cuenta el perfil de riesgo de recurrencia del paciente y la eficacia del tratamiento.

<b><u>Perfil de riesgo</u></b>	<b><u>SEGUIMIENTO ONCOLÓGICO DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CIRUGÍA.</u></b>								
	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses	> 3 años	> 5 años
Bajo riesgo de recurrencia Para ccRCC: Leibovich anotó 0-2 Para no ccRCC: pT1a-T1b pNx-0 M0 y grado histológico 1 o 2.	-	X	-	X	-	X	-	CT una vez cada dos años	-
Riesgo intermedio de recurrencia Para ccRCC: Leibovich anotó 3-5 Para no ccRCC: pT1b pNx-0 y/o grado histológico 3 o 4.	-	X	X	-	X	-	X	TC una vez al año	CT una vez cada dos años
Alto riesgo de recurrencia Para ccRCC: Puntuación de Leibovich $\geq$ 6 Para no ccRCC: pT2–pT4 con cualquier grado histológico o pT cualquiera, pN1 cM0 con cualquier grado histológico	X	X	X	X	X	-	X	TC una vez al año	CT una vez cada dos años

La tabla anterior proporciona recomendaciones sobre estrategias de seguimiento para riesgo bajo, intermedio y alto de recurrencia en pacientes tratados curativamente por CCR localizado, ya sea con NEFRECTOMÍA RADICAL O PARCIAL. Los perfiles de riesgo de recurrencia deben basarse en modelos de pronóstico validados. El Panel de Directrices de la EAU RCC recomienda el modelo Leibovich de 2003 para CCR (6).

La importancia de clasificación en grupo de riesgo es ofrecer terapia adyuvante a la cirugía tal como se está evaluando en estudios de fase III, La recomendación de las guías clínicas como ofrecer pembrolizumab adyuvante a pacientes con ccRCC, preferiblemente dentro de las 12 a 16 semanas posteriores a la nefrectomía, con un riesgo de recurrencia como se define en el ensayo: Riesgo intermedio-alto, Alto riesgo con un grado de recomendación (6).

Varios autores han diseñado sistemas de puntuación y nomogramas para cuantificar la probabilidad de que los pacientes desarrollan recurrencias tumorales, metástasis y muerte posterior (15).

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con una población de 57 pacientes con diagnóstico de cáncer renal durante los años 2021- 2024, excluyendo a pacientes fallecidos por otras causas identificables diferentes a la recurrencia o Cáncer avanzado, se identificó características clínico epidemiológicas además de

categorización de tumor renal y estadio según clasificación TNM ofertando nefrectomía conservadora de nefronas, parcial, radical y citorrreductora según su evaluación. Finalmente se estratificó los grupos de riesgo según Leibovich.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se registraron 57 pacientes con diagnóstico de cáncer renal, a quienes se practicó nefrectomía parcial o radical. Las características clínicas e histopatológicas se encuentran en la tabla 1.

### Características clínicas

La media de edad fue de 64 años (DE  $\pm$  10.3cm) límites de 44 a 89 años (figura 1), con mayor predominio de hombres (78.9%) que mujeres (21.1%) (figura 2) La media de tamaño tumoral estimado por tomografía de abdomen fue de 7.7 cm (2.6-17 cm).

### Características histopatológicas

Los tumores localizados en el lado derecho se registraron en 54.4% y 45.60% en el izquierdo (Figura 3).

El subtipo histológico predominante fue el de células claras (93%), seguido del cromóforo (5%) (figura 4). El tamaño tumoral promedio fue de 7.2 cm (DE  $\pm$  3.4 cm).

Según la clasificación TNM, 70.10% de los casos reportó enfermedad confinada al riñón, principalmente en estadios T1a, T1b y T2a, en 17.5% 33.3% 19.3%, respectivamente (figura 5). En cuanto la invasión linfática solo se reportó N1 en 3 pacientes que representa el 5.2% de la población.

El grado de diferenciación celular tipo II, según la clasificación de Fuhrman, predominó en el 70.18% de los casos (Figura 6).

Resultados quirúrgicos.

La nefrectomía radical se realizó en 92.98%, parcial abierta en 7.02% de los pacientes (figura 7). Figura 08, Clasificación de grupos de Riesgo según LEIBOVICH.

Variables Epidemiológicas	N=57(100%)	De/%
• Edad (Años)	64	10.3
• Sexo		
• Masculino	45	78.90%
• Femenino	12	21.10%
<b>Características Tumorales</b>		
• Riñón Afectado		
• Derecho	31	54.40%
• Izquierdo	26	45.60%
<b>Tipo De Intervención</b>		
• Nefrectomía Parcial	4	7.02%
• Nefrectomía Radical	53	92.98%
• <b>Tamaño Del Tumor Por Tem (Cm)</b>	7.2	3.4
<b>Clasificación Histopatológica</b>		
• T1a	10	17.50%
• T1b	19	33.30%
• T2a	11	19.30%
• T2b	4	7%
• T3	10	17.50%
• T4	3	5.30%
<b>Invasión Linfática</b>		
• <b>N1</b>	<b>3</b>	<b>5.26%</b>
<b>Grado Nuclear</b>		
• I	3	5.26%
• II	40	70.18%
• III	7	12.28%
• IV	7	12.28%
<b>Tipo Histológico Del Tumor</b>		
• Carcinoma De Células Claras	53	93%
• Cromóforo	3	5%
• Sarcomatoide	1	2%
<b>Porcentaje De Necrosis</b>		
• Si	43	75.44%
• No	14	24.56%
<b>Grupo de Riesgo</b>		
• Bajo	14	24.60%
• Intermedio	33	57.90%
• Alto	10	17.50%

Figura 01. Edad promedio

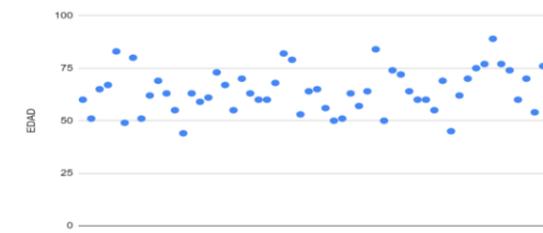


Figura 2. Sexo.

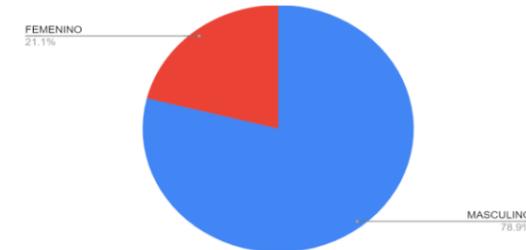


Figura 3. Riñón Afectado.

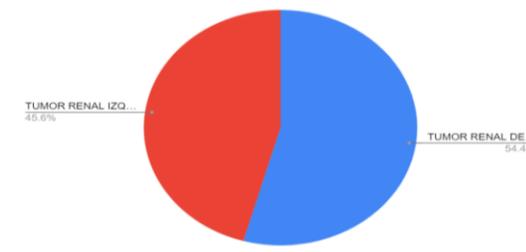


Figura 4. Característica Histopatológica

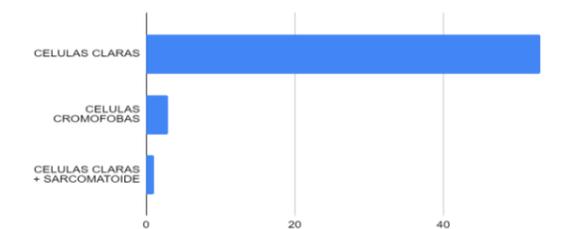


Figura 5. Clasificación TNM

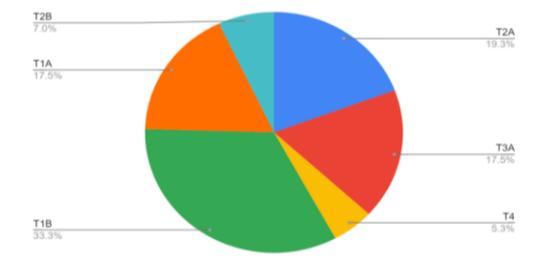


Figura 6. Grado nuclear (Fuhrman)

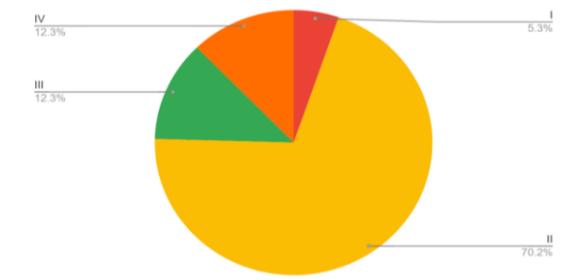


Figura 07. Tipo de cirugía.

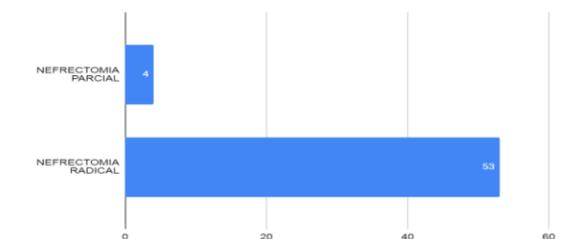
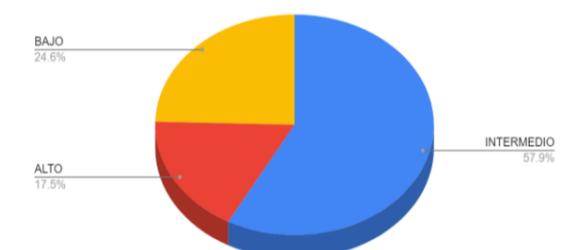


Figura 08. Clasificación de grupos de Riesgo según LEIBOVICH



## DISCUSIÓN

El cáncer renal a nivel nacional y de occidente representa considerable porcentaje a comparación de otros cánceres, entre los años 2000 a 2017 se dieron 3663 nuevos casos siendo en Lima metropolitana 1421 de los cuales 930 se dieron en varones y el restante en mujeres. En un estudio comparable al nuestro, Uscanga y colaboradores con su estudio transversal y descriptivo de cáncer renal en México registraron 89 casos. Entre sus hallazgos encontraron: edad media al momento del diagnóstico en la población hispana de 59 años, difiriendo en algunos años con respecto a nuestro estudio donde la edad media fue de 64 años, una de las explicaciones es que se comparte en América Latina sobre las deficiencias en el tamizaje de cáncer, aún más en aquellas neoplasias de comportamiento oligosintomáticas.

En cuanto al género encontró mayor incidencia en varones al igual que el de la realidad nacional con ligera diferencia entre 2/1.5 que arrojan estadísticas nacionales y 3/1 varones/mujeres respectivamente en nuestra población mientras que Uscanga lo mostró sin marcada diferencia, una de las respuestas a nuestro hallazgo puede deberse a la naturaleza de nuestra población ya que existe una mayor población de varones. Uscanga además encontró el predominó la nefrectomía radical, lo que coincide con la media de tamaño tumoral de la población (7.5 cm), en las mismas variables la nefrectomía radical y el tamaño tumoral por tomografía de 7.2cm (DE: +3.4cm) en nuestra población. En la serie de Uscanga reportó que el grado nuclear con mayor

predominio fue el Fuhrman II, tomando en cuenta que nuestra media fue de 7.5 cm, mientras que en nuestro estudio se reportó algo similar a diferencia del tamaño tumoral. Algunos estudios Hispanoamericanos reportan una media de tamaño tumoral de 5 cm develando algunas limitaciones en nuestro sistema de salud para la detección oportuna de tumores renales. (15).

No hay estudios publicados a nivel local que ofrezcan datos sobre la clasificación de pacientes posterior a la cirugía según grupos de riesgos. Nuestro estudio es el primero que muestra la clasificación por riesgos orientado por consenso clínico caracterizando supervivencia cáncer específica según Leibovich se clasificó en riesgo bajo a un 24.6%, riesgo intermedio 57.9% y riesgo alto 17.5%, se debe considerar que a la luz de esta herramienta el beneficio puntual se realiza de diferentes aristas entre los más importantes el seguimiento y la posibilidad de tratamiento para evitar progresión. La evaluación posterior y seguimiento al no ser consensuada ha tenido falencias para el monitoreo. Además, las terapias ofrecidas para pacientes de alto riesgo actualmente tienen limitaciones para adquisición y por ende dificulta su prescripción, además de existir estudios en curso para esta población.

Las limitaciones de este estudio incluyen su naturaleza retrospectiva, la cantidad de pacientes, el seguimiento y la heterogeneidad de la muestra; sin embargo, representa una interesante investigación para reproducirse en otros centros hospitalarios, con mayor número de pacientes, con la finalidad

de contribuir con el registro del cáncer de células renales en nuestro país.

## CONCLUSIONES

El cáncer renal es una patología relativamente frecuente en nuestra población afiliada, respecto a las características clínico-epidemiológicas se ha determinado la similitud a nivel de Latinoamérica así como en Europa y EE.UU. Al tener una clínica muy poco florida la mayor parte de hallazgos son de forma incidental motivo por el cual genera limitaciones en diferentes estudios de prevalencia como el nuestro, esto devela las dificultades para ofertar terapia oportuna. La clasificación de riesgo de recurrencia es una herramienta valiosa para el seguimiento en cada grupo de riesgo ya que permite de forma apropiada el tratamiento adecuado según sea el caso.

La clasificación de Leibovich es pertinente para estratificar los grupos de riesgo, así como el grado histológico, además de definir que a mayor puntuación y riesgo menor tasa libre de supervivencia sin metástasis.

Nuestro estudio devela las oportunidades para afianzar conocimientos básicos en tanto la clasificación de riesgo de tumores renales y la oportunidad de ofertar la terapia adecuada, en un entorno de limitaciones diagnósticas, además invita a realizar estudios sobre seguimiento basado en la evidencia actual.

Debo detallar que al momento el presente estudio es parte de una cohorte de pacientes que serán estudiados a un periodo no menor

de 5 años durante lo cual se informará la realidad y monitoreo de nuestros pacientes enlistados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer* 103:356-387.
2. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur. Urol.* 2019, 75, 74–84
3. Bukavina L, Bensalah K, Bray F, Carlo M, Challacombe B, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma: 2022 Update. *Eur. Urol.* 2022, 82, 529–542
4. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods *Int J Cancer.* 2019; 144:1941-1953.
5. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer - INEN. Datos Epidemiológicos. Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2000 — 2017 (ambos sexos). Available from: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccionhospitalaria/> (accedido el 20/nov/2022)
6. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress 2022. <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis/chapter/citation-information>. (accedido el 20/nov/2022)

