SCHU | 1925-2025

CONGRESO CENTENARIO

Santiago de Chile

LIBRO DE RESÚMENES

22 al 25 de octubre de 2025
Santiago, Chile.

Contenido

TI1) TRABAJOS DE INGRESO 1 29

TI1) ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO. 29

TI2) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN DE IMÁGENES: TASAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN UNA SERIE DE 700 PACIENTES..... 29

TI3) DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS 30

TI4) TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE 31

TI5) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO 32

Palabras clave: cirugía robótica, salud pública, innovación médica, cirugía mínimamente invasiva, hospital público, hospital regional. 33

TI2) TRABAJOS DE INGRESO 2 33

TI6) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025 33

TI7) “ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE INSTILACIÓN DE BCG PARA PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR, EN UN PROTOCOLO CON ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR URÓLOGOS: SEGUIMIENTO A 3 AÑOS.” 34

TI8) IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO..... 34

OA1) TRABAJOS LIBRES ORAL 1..... 36

O01) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS..... 36

O02) ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES. 37

O03) BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO 38

O04) BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING 39

O05) PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA..... 40
O06) NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT 41
O07) CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 43
O08) MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 44
O09) DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3 45
O10) INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA 46
O11) EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE?..... 47
O12) ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US..... 48
OA2) TRABAJOS LIBRES ORAL 2..... 49
O13) CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 49
O14) LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS. 50
O15) SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM 51
O16) IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA 52
O17) ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA)..... 53
O18) ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD. 54

O19) BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE..... 55
O20) MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA..... 56
O21) PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE..... 57
O22) EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC..... 58
O23) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO 59
O24) DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA. 60
UP) TRABAJOS LIBRES UROLOGÍA PEDIÁTRICA 61
O25) LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO..... 61
O26) PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE..... 62
O27) ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN 64
O28) SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS..... 65
O29) ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO 66
O30) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS 67
O31) EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA. .. 68
O32) IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL..... 69
O33) SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE. 71
OA3) TRABAJOS LIBRES ORAL 3..... 72

O34) ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA 72
O35) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN? 73
O36) COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS. 74
O37) EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025 76
O38) EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE . 76
O39) IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO. . 78
O40) ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO 79
O41) RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES 80
O42) OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL 81
O43) ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS. 82
O44) RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO. 83
O45) IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 84
O46) TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL 85
OA4) TRABAJOS LIBRES ORAL 4 86
O47) VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA 86
O48) EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE 87
O49) CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA 88

O50) IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO 89
O51) USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA. 90
O52) IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA 91
O53) MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA 92
O54) RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA 93
O55) PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS 94
O57) EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO 95
OA5) TRABAJOS LIBRES ORAL 5 96
O58) REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS 96
O59) COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR 97
O60) PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE 98
O61) RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL 99
O62) ¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B. 100
O63) APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS 101
O64) IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO 102
OA6) TRABAJOS LIBRES ORAL 6 103

O65) AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO? 103
O66) ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS 104
O67) EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS 105
O68) ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO 106
O69) USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO 108
O70) GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS? 109
TI2) TRABAJOS DE INGRESO 2 110
TI5) TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE 110
TI6) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025 110
TI7) ASOCIACIÓN ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y DESARROLLO DE ITU POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES PREDISPONENTES 111
TI8) ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO. 112
VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1 113
V01) DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO 113
V02) CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA 114
V03) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA. 115
V04) GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE 116
V05) SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA 117
V06) HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA 118
V07) DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO 119

V08) NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT 121
V09) REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON 122
V10) VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO..... 123
V11) PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE..... 124
V12) RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES..... 125
VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2 126
V13) ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA 126
V14) NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS 127
V15) MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO..... 128
V16) TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO 129
V17) RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO..... 131
V18) ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA..... 132
V19) ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO 133
V20) FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS..... 134
V21) RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO..... 135
V22) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA 136
V23) TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA..... 137
V24) TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT) 138
VA3) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 3 139

V25) LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA..... 139
V26) MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD..... 140
V27) BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL..... 141
V28) BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL..... 142
V29) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE..... 143
V30) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS..... 145
VA4) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 4..... 146
V31) EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA..... 146
V32) MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO..... 147
V33) SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO..... 148
V34) RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE..... 149
V35) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX..... 150
V36) MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA..... 151
PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO..... 152
P001) BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO..... 152
P002) “EYACULACIÓN RETRÓGRADA Y FUNCIÓN SEXUAL POST-HOLEP: EXPERIENCIA DEL PACIENTE”..... 153
P003) TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE..... 155
P004) ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE..... 156
P005) RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL. 157

P006) MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES..... 158
P007) PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL..... 160
P008) MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD..... 161
P009) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES?..... 162
P010) MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA..... 163
P011) FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE..... 164
P012) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH..... 165
P013) SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP..... 166
P014) INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP..... 167
P015) ¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP?..... 168
P016) CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES..... 169
P017) HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA..... 170
P018) RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA..... 171
P019) CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO..... 172
P020) PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE?..... 173
P021) IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA..... 174
P022) LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE..... 175
P023) RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO..... 176

P024) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS 177
P025) DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO.. 178
P026) URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS 179
P027) USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES 180
P028) COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO..... 181
P029) QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS..... 182
P030) EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO 184
P031) MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL 185
P032) SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS. 186
P033) DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA. 188
P034) BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO 188
P035) RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 189
P036) CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO. 190
P037) CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO..... 191
P038) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA 192
P039) APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL. 193
P040) BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS. 194
P041) CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA 195

P042) “CISTECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON CONDUCTO ILEAL INTRACORPÓREO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO” 197

P043) MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO..... 198

P044) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO..... 199

P045) EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 200

P046) NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO ... 201

P047) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 202

P048) ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR 203

P049) ¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A?..... 204

P050) BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA 206

P051) IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO 207

P052) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO..... 208

P053) EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS..... 209

P054) NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES..... 210

P055) APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO 212

P056) TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN. 213

P057) TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL..... 213

P058) UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA 215
P059) QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO? 215
P060) EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA. 217
P061) FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD? 217
P062) PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE. 219
P063) IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS 220
P064) BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO 221
P065) CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO 222
P066) EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 223
P067) ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 224
P068) ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. 225
P069) EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN 225
P070) MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT 226
P071) RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 227
P072) RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO 228
P073) BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN 230

P074) PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES..... 230
P076) BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS 232
P077) IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA 233
P078) LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE. 234
P079) RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS 235
P080) INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. 236
P081) CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO 237
P082) INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS 238
P083) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL..... 239
P084) IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA. 240
P085) FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS..... 241
P086) METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA 242
P087) CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA 244
P088) LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO 245
P089) PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL 246
P090) EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS..... 247

P091) CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA? 248
P092) CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 250
P093) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA. 251
P094) SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES 252
P095) APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL. 253
P096) EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES 254
P097) TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 255
P098) DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE 256
P099) FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE 257
P100) FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 258
P101) TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO 259
P102) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023 260
P103) LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 261
P104) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS 262
P105) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 263
P106) DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES. 264
P107) CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS 265

Índice por Título 267
OA1) TRABAJOS LIBRES ORAL 1 278
O01) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS 278
O02) ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES. 279
O03) BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO 280
O04) BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING 281
O05) PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA 282
O06) NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT 283
O07) CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS 285
O08) MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 286
O09) DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3 287
O10) INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA 288
O11) EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE? 289
O12) ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US 290
OA2) TRABAJOS LIBRES ORAL 2 291

O13) CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 291
O14) LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS. 292
O15) SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM 293
O16) IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA 294
O17) ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA) 295
O18) ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD. 296
O19) BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE 297
O20) MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA. 298
O21) PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE. 299
O22) EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC. 300
O23) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO 301
O24) DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA. 302
UP) TRABAJOS LIBRES UROLOGÍA PEDIÁTRICA 303
O25) LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO 303
O26) PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE 304
O27) ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN 306

O28) SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS..... 307
O29) ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO 308
O30) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS 309
O31) EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA. 310
O32) IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL..... 311
O33) SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE. 313
OA3) TRABAJOS LIBRES ORAL 3..... 314
O34) ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA..... 314
O35) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN?..... 315
O36) COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS. 316
O37) EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025 318
O38) EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE 318
O39) IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO. 320
O40) ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO..... 321
O41) RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES 322
O42) OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL 323
O43) ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS. 324

O44) RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO. 325
O45) IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE..... 326
O46) TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL..... 327
OA4) TRABAJOS LIBRES ORAL 4..... 328
O47) VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA..... 328
O48) EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE 329
O49) CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA 330
O50) IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO 331
O51) USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA..... 332
O52) IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA 333
O53) MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA 334
O54) RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA 335
O55) PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS..... 336
O56) CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN MRI/TRUS: EXPERIENCIA EN 700 PACIENTES..... 337
O57) EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO 338
OA5) TRABAJOS LIBRES ORAL 5..... 339
O58) REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS..... 339

O59) COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR 340
O60) PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE 341
O61) RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL 342
O62) ¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B. 343
O63) APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS 344
O64) IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO 345
TI1) TRABAJOS DE INGRESO 1 346
TI1) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO 346
TI2) " ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE INSTILACIÓN DE BCG PARA PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR, EN UN PROTOCOLO CON ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR URÓLOGOS: SEGUIMIENTO A 3 AÑOS." 347
TI3) DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS 348
TI4) IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO 349
OA6) TRABAJOS LIBRES ORAL 6 350
O65) AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO? 350
O66) ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS 351
O67) EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS 352
O68) ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO 353

O69) USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO..... 354
O70) GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS? 355
VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1 356
V01) DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO..... 356
V02) CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA..... 357
V03) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA. 358
V04) GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE..... 359
V05) SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA 360
V06) HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA..... 361
V07) DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO 362
V08) NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT 364
V09) REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON 365
V10) VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO..... 366
V11) PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE..... 367
V12) RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES..... 368
VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2 369
V13) ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA 369
V14) NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS 370
V15) MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO..... 371
V16) TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO..... 372
V17) RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO..... 374

V18) ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA..... 375
V19) ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO..... 376
V20) FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS..... 377
V21) RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO..... 378
V22) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA..... 379
V23) TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA..... 380
V24) TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT)..... 381
VA3) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 3..... 382
V25) LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA..... 382
V26) MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD..... 383
V27) BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL..... 384
V28) BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL..... 385
V29) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE..... 386
V30) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS..... 388
VA4) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 4..... 389
V31) EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA..... 389
V32) MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO..... 390
V33) SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO..... 391
V34) RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE..... 392

V35) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX 393
V36) MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA..... 394
PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO..... 395
P001) BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO..... 395
P002) “EYACULACIÓN RETRÓGRADA Y FUNCIÓN SEXUAL POST-HOLEP: EXPERIENCIA DEL PACIENTE”..... 396
P003) TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE..... 398
P004) ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE..... 399
P005) RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL. 400
P006) MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES..... 401
P007) PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL..... 403
P008) MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD..... 404
P009) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES?..... 405
P010) MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA..... 406
P011) FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE..... 407
P012) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH..... 408
P013) SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP..... 409
P014) INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP 410
P015) ¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP?..... 411
P016) CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES 412

P017) HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA..... 413
P018) RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA..... 414
P019) CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO..... 415
P020) PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE? 416
P021) IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA 417
P022) LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE. 418
P023) RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO..... 419
P024) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS 420
P025) DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO.. 421
P026) URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS 422
P027) USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES 423
P028) COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO..... 424
P029) QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS..... 425
P030) EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO 427
P031) MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL 428
P032) SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS. 429
P033) DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA. 431
P034) BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO 431

P035) RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 432
P036) CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO. 433
P037) CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO..... 434
P038) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA 435
P039) APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL. 436
P040) BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS. 437
P041) CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA 438
P042) “CISTECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON CONDUCTO ILEAL INTRACORPÓREO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO” 440
P043) MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO..... 441
P044) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO..... 442
P045) EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 443
P046) NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO ... 444
P047) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 445
P048) ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR 446
P049) ¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A?..... 447
P050) BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA 449

P051) IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO 450
P052) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO..... 451
P053) EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS..... 452
P054) NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES..... 453
P055) APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO 455
P056) TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN. 456
P057) TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL..... 456
P058) UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA..... 458
P059) QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO? 458
P060) EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA. 460
P061) FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD? 460
P062) PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE. 462
P063) IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS 463
P064) BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO 464
P065) CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO 465
P066) EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 466

P067) ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 467
P068) ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. 468
P069) EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN 468
P070) MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT 469
P071) RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 470
P072) RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO 471
P073) BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN 473
P074) PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES 473
P076) BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS 475
P077) IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA 476
P078) LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE. 477
P079) RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS 478
P080) INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. 479
P081) CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO 480
P082) INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS 481
P083) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL 482

P084) IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA. 483

P085) FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS 484

P086) METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA 485

P087) CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA 487

P088) LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO 488

P089) PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL 489

P090) EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS 490

P091) CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA? 491

P092) CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 493

P093) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA. 494

P094) SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES 495

P095) APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL. 496

P096) EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES 497

P097) TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 498

P098) DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE 499

P099) FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE..... 500
P100) FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 501
P101) TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 502
P102) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023 503
P103) LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 504
P104) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS..... 505
P105) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 506
P106) DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES..... 507
P107) CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS..... 508
P108) RESULTADOS COMPARATIVOS DE BIOPSIA PROSTÁTICA COGNITIVA VERSUS FUSIÓN. 509
P109) CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE LA BIOPSIA POR FUSIÓN GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: SERIE CHILENA DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO 510
Índice por Título 512
Índice por Autor 523

TI1) TRABAJOS DE INGRESO 1

TI1) ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO.

Marchant, A.(1); Arrué, K.(1); López, J.(1); Viñambres, J.(1); Cajales, M.(1); Castiglioni, E.(1); Westermeier, D.(1); Kreisberg, M.(1); Vildósola, C.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El objetivo fue evaluar el aporte diagnóstico de la **biopsia sistemática** cuando se añade a la **biopsia dirigida por fusión** en pacientes con lesiones **PI-RADS 3–5**, y explorar predictores de **cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs, ISUP≥2) fuera de la zona objetivo**. Estudio observacional, analítico y retrospectivo (01/2018–06/2025). Se recopilaron variables clínicas y de procedimiento; se reportaron estadísticas descriptivas (medianas [RIC] y n [%]), tasas de detección estratificadas por PI-RADS y un modelo de **regresión logística** (Stata v13.0) para el desenlace **"sistemática positiva para CaPcs con target negativa o ISUP 1"** (ganosist2), ajustando por edad, PSA, volumen prostático, PI-RADS, tacto rectal, biopsia previa y número total de cilindros; se realizaron análisis de sensibilidad con densidad de PSA.

Se incluyeron **651 biopsias combinadas**. Medianas: **edad** 65 años (RIC 59–71), **PSA** 6,13 ng/mL (4,6–9,0), **volumen** 49 mL (36–64). El **PI-RADS** peor por paciente (n=620) fue 3 en 14,8%, 4 en 63,7% y 5 en 21,5%. Las **tasas de detección de CaPcs** fueron **14,6%** (PI-RADS 3), **41,6%** (PI-RADS 4) y **70,5%** (PI-RADS 5); la **tasa global de CaPcs** fue **43,78%**. La **contribución incremental** de la sistemática —CaPcs detectado solo por sistemática con target negativa/ISUP 1— fue **11,9%**; la **detección contralateral exclusiva** correspondió a **≈2,0%** del total de la cohorte.

En la **regresión logística multivariada no** se identificaron predictores basales asociados a CaPcs fuera de target (edad, PSA, volumen, total de cilindros, tacto, biopsia previa, PI-RADS; todas p>0,05). Los **análisis de sensibilidad** sustituyendo PSA/volumen por **densidad de PSA** (continua y categórica, corte 0,15 ng/mL/cc) mostraron resultados **consistentes** (sin asociaciones significativas).

Conclusión: En pacientes con PI-RADS 3–5, la **biopsia combinada** reduce el **subdiagnóstico** de CaPcs; omitir la sistemática implicaría **perder ~1 de cada 9** CaPcs en esta serie. No se hallaron marcadores clínicos que permitan seleccionar de forma segura a quién omitirla.

TI2) BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN DE IMÁGENES: TASAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN UNA SERIE DE 700 PACIENTES

Campos, D.(1); Mogollon, J.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción

La biopsia prostática transperineal (TP) con fusión MRI/TRUS se ha consolidado como alternativa a la vía transrectal, al reducir el riesgo de complicaciones infecciosas y mantener alta precisión diagnóstica. Sin embargo, la curva de aprendizaje de esta técnica no ha sido suficientemente caracterizada en Latinoamérica.

Material y Métodos

Se analizaron 700 pacientes consecutivos sometidos a biopsia prostática TP con fusión MRI/TRUS entre 2019 y 2025. Se registraron edad, PSA, densidad de PSA, volumen prostático, tiempo operatorio, complicaciones (Clavien-Dindo) y resultados histológicos (ISUP). La cohorte se dividió en quintiles cronológicos de aproximadamente 140 pacientes. Para evaluar la curva de aprendizaje, se aplicó regresión segmentada con el fin de identificar el punto de inflexión en el tiempo operatorio.

Resultados

La mediana de edad fue 65 años (IQR 59–70), PSA 6.4 ng/ml (IQR 4.7–9.1), densidad de PSA 0.13 ng/ml/cc y volumen prostático 55 cc. El tiempo operatorio disminuyó de 25 minutos en el primer quintil a 13 minutos en el quinto, con un punto de inflexión identificado alrededor del caso número 30. La detección de cáncer clínicamente significativo (ISUP ≥2) fue del 48% en la cohorte total, manteniéndose estable a lo largo de los quintiles (43–56%). Las complicaciones fueron infrecuentes (≤4.3%), todas leves: Clavien I (3 casos) y Clavien II (4 casos).

Conclusiones

La curva de aprendizaje de la biopsia TP con fusión MRI/TRUS se evidenció principalmente en la reducción progresiva del tiempo operatorio, alcanzando estabilidad tras los primeros 30 casos. La tasa de detección de cáncer clínicamente significativo se mantuvo constante desde el inicio, y las complicaciones fueron escasas y de baja gravedad. Estos hallazgos confirman que la técnica es segura, reproducible y factible de implementar en centros de referencia regionales.

TI3) DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Iñiguez, S.(1); Chavez, C.(2); Urrutia, C.(3); Sandoval, C.(1); Vidal, A.(1); Recabal, P.(1); Falcon, C.(1); Diaz, J.(1); Altamirano, J.(1);
(1): Fundación Oncológica Arturo López Pérez, Santiago, Chile (2): Centro de Investigación e Innovación del Cáncer. Fundación Arturo López Pérez Centro Oncológico OECI, Santiago, Chile (3): Fellow Urología Oncológica Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

Introducción: La biopsia de próstata fusión transperineal (BpTP) ha demostrado una adecuada capacidad para detectar cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs) con baja tasa de complicaciones. El desarrollo de esta técnica con anestesia local y sedación superficial ha simplificado el procedimiento. El objetivo de este estudio es reportar la experiencia institucional de dos años realizando BpTP.

Metodología: Estudio descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva en pacientes con sospecha de cáncer de próstata (CP) en resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) sometidos a BpTP entre marzo 2023 y diciembre 2024. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y del procedimiento, comparando hallazgos anatomopatológicos de biopsia sistemática (BS) y dirigida (BD).

Resultados: Se incluyeron 431 pacientes consecutivos, 436 procedimientos y 451 lesiones. La mediana de edad fue de 67.5 años (RIC 11) y de PSA 6.7 ng/ml (RIC 6.3). El 60.1% fue clasificado como cT1c y un 29.5% tenía biopsia previa. La distribución de PI-RADS 2, 3, 4 y 5 fue: 4.1%, 12.7%, 49.7% y 33.6%, respectivamente. La tasa global de detección de CP fue de 77.5% y de CPcs 61.5%. En BD se detectó 62.7% de CP y 49.2% CPcs, en BS se detectó 68.8% y 49.5%, respectivamente. La detección de CPcs en BD en PI-RADS 3, 4 y 5 fueron: 13.7%, 52.2% y 69.6%, respectivamente ($p<0.001$). Se encontraron diferencias significativas en la detección de CPcs entre técnicas en PI-RADS 3-5 (48.8% BS vs. 53.7% BD, $p=0.04$). La mediana de tiempo del procedimiento fue de 24 minutos (RIC 8). Todos los pacientes recibieron midazolam y anestesia local, con adecuada tolerancia y una mediana de EVA de 0 (RIC 1). Las complicaciones fueron bajas: 0,5% de infección urinaria, 1,4% hematuria, 0,2% de retención aguda de orina y 0,5% de hospitalizaciones.

Conclusiones: La BpTP con anestesia local es una técnica segura, reproducible y eficaz en la detección de CPcs, que ha logrado ser sistematizada en nuestra institución, presentando baja tasa de complicaciones con un adecuado rendimiento diagnóstico. La comparación entre BS y BD demostró un rendimiento mayor en BD para la detección de CPcs.

TI4) TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE

Testa, I.(1); García-baquero, R.(2); Albaladejo, P.(2); Narváez, P.(3); Ledo, M.(2); Álvarez-ossorio, J.(2);
(1): Hospital del Salvador, Hospital FACH, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España (3): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección para la enfermedad renal terminal, con mejor sobrevida y calidad de vida que la diálisis. En la última década, el trasplante renal asistido por robot (RAKT) ha emergido como una alternativa mínimamente invasiva, con el potencial de reducir morbilidad perioperatoria en receptores habitualmente frágiles. Presentamos la experiencia inicial de implementación del RAKT en un centro español y discutimos su reproducibilidad en el contexto chileno. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectiva que incluyó a todos los receptores de trasplante renal de donante vivo sometidos a RAKT entre julio de 2021 y mayo de 2025, realizados por un único cirujano. Se analizaron características basales de donantes, receptores e injertos, además de variables quirúrgicas (tiempos operatorios, de isquemia; tiempos de anastomosis arterial, venosa y ureteral; complicaciones intraoperatorias; sangrado y conversiones a cirugía abierta). Se evaluaron complicaciones postoperatorias y resultados funcionales hasta el último control. Resultados: Se realizaron 18 RAKT con una mediana de seguimiento de 18 meses. La edad media de los donantes fue de 54.3 años. Las medianas de tiempo en minutos fueron de 315 para cirugía total, 240 de consola, para la isquemia fría 55 y recalentamiento 68. Un paciente requirió transfusión y uno precisó conversión a cirugía abierta. Se registraron 9 complicaciones en los primeros 90 días (3 urológicas y 6 generales), de las cuales 4 fueron Clavien-Dindo ≥III. La mediana de creatinina en el último control fue 1.33 mg/dl y la TFGe de 62.8 ml/min/1.73 m^2 . No se reportaron pérdidas de injerto ni muertes. Dos pacientes presentaron estenosis ureteral tardía, resueltas con reimplante robótico. Conclusiones: El RAKT es factible y seguro en un centro con amplia experiencia en trasplante renal abierto, incluso con volumen limitado de cirugía robótica previa. Nuestros resultados reflejan la seguridad y funcionalidad de la técnica, aun con criterios de inclusión amplios. Su implementación en Chile podría potenciar los

TI5) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO

Andrusco, A.(1); Valenzuela, R.(1); Vera, Á.(1); Rojas, A.(1); Araya, F.(1); Rojas, J.(1); Soler, S.(1); (1): SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE

Introducción: La cirugía robótica tiene múltiples beneficios clínicos y operativos. Sin embargo, su incorporación en hospitales públicos latinoamericanos ha sido limitada. Este artículo describe el proceso de diseño e implementación de un programa de cirugía robótica en el Hospital de La Serena, primer centro público regional chileno en adoptar esta tecnología.

Material y Métodos: Se realizó una planificación estratégica y operativa para implementar un pabellón de cirugía robótica que incluyó la elaboración de un informe de proyecto, análisis de sostenibilidad financiera, habilitación de infraestructura, incorporación de tecnológica, capacitación de equipos, y demostración clínica con 23 casos operados mediante cirugía robótica. Se registraron sus resultados desde el punto de vista clínico, institucional y financiero.

Resultados: El informe del proyecto destacó diversos beneficios de la cirugía robótica para el equipo médico, pacientes e institución. El programa demostró viabilidad operativa y sutentabilidad financiera. El ánalisis sugiere que la inversión se justifica por ahorro en hospitalizaciones, mayor productividad quirúrgica y rentabilidad social del acceso equitativo en el sistema público a tecnología de punta. La demostración clínica documentó reducciones del 82% en días cama, ausencia de complicaciones relevantes y alta satisfacción de los pacientes operados.

Conclusiones: La cirugía robótica es factible de implementar en un hospital público regional, con impacto positivo en calidad asistencial, eficiencia institucional y equidad en el acceso a tecnología de vanguardia. Este modelo podría ser replicado en otros centros del sistema público chileno.

Palabras clave: cirugía robótica, salud pública, innovación médica, cirugía mínimamente invasiva, hospital público, hospital regional.

TI2) TRABAJOS DE INGRESO 2

TI6) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025

Menchaca Cruzat, R.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Gomez-lobo Roa, C.(3); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Carafi Laso, A.(2); Arce Olave, C.(4); Hernández Monsalve, A.(1); Elias Echaurren, E.(1); Cruz Montiel, C.(1); Oporto Uribe, S.(1); Grille Diaz, E.(1);
(1): Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital de Collipulli, Santiago, Chile

Introducción: En Chile la información epidemiológica sobre el cáncer de vejiga proviene de un análisis administrativos sobre los egresos hospitalarios, que no discriminan entre casos incidentes, recurrencias ni progresiones, limitando su validez para la evaluación de factores pronósticos. Nuestro objetivo fue caracterizar la incidencia, factores de riesgo, variables clínicas y sobrevida global de pacientes con cáncer vesical en un hospital académico de alta complejidad. Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de diagnósticos nuevos de cáncer de vejiga entre enero 2023 y junio 2025 en el Hospital El Carmen. Se registraron variables sociodemográficas, factores de riesgo, características clínicas, indicadores asistenciales y sobrevida general. Resultados: Se reclutaron 107 pacientes, calculando una incidencia anualizada de 9,8/100.000 habitantes. La mediana de edad fue 73 años y 65,4% fueron hombres. Al diagnóstico, 60,7% correspondió a cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI), 32,7% a músculo invasor (CVMI) y 6,5% a metastásico. El tabaquismo estuvo presente en 59,8% de los casos (mediana 30 paquetes-año). Entre los CVNMI, un 63,4% fue clasificado como alto o muy alto riesgo de progresión. En el grupo CVMI y metastásicos, el 40% presentó deterioro renal que los hizo inelegibles a quimioterapia con

cisplatino. La mediana de tiempo derivación–atención fue 48 días y de indicación–cirugía 22 días. Durante el seguimiento (media 23,5 meses), la mortalidad global fue 28,0%. La sobrevida media fue de 28,6 meses en CVNMI, 15,4 meses en CVMI y 7,5 meses en metastásicos. Discusión y conclusiones: La incidencia supera las estimaciones nacionales reportadas y se aproxima a cifras de países occidentales. Se evidencia alta prevalencia de tabaquismo, proporción considerable de estadios avanzados al diagnóstico y limitaciones terapéuticas asociadas a comorbilidad. Los hallazgos aportan información relevante respecto a la situación del cáncer vesical en Chile, los datos reflejan la necesidad de mejorar el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento en el sistema público de salud. Es relevante desarrollar registros prospectivos a nivel nacional que permitan orientar políticas públicas y la práctica clínica.

TI7) " ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE INSTILACIÓN DE BCG PARA PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR, EN UN PROTOCOLO CON ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR URÓLOGOS: SEGUIMIENTO A 3 AÑOS."

Cordova Pedreros, J.(1); Kirmayr Zamorano, M.(1); Montiel, I.(2); Davinson, R.(2); Araya, J.(1); Quintana, E.(1); Muñoz, C.(1); Henriquez, C.(1); Hornig, A.(1);
(1): Hospital Base San Jose de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile

Introducción: El cáncer de vejiga es uno de los tumores malignos más comunes del sistema urinario. El 75-80% corresponden a tumores no músculo invasores (CVNMI). La inmunoterapia intravesical con BCG es el principal tratamiento adyuvante para reducir su recurrencia y progresión. Metodología: Evaluamos el impacto de la implementación de un protocolo local de seguimiento y administración de BCG por urólogos en un hospital público entre 2022 y 2025 con el objetivo de mejorar la adherencia y manejo de complicaciones. Resultados: Obtuvimos un 97% de adherencia, del total de la muestra el 90% logró un tratamiento adecuado. Un 60% manifestó eventos adversos (principalmente síntomas irritativos) de los cuales todos fueron manejados de manera oportuna y no hubo cateterismos traumáticos. La satisfacción de los pacientes con el procedimiento fue muy buena con una media de puntuación de 5 para las tres preguntas. Discusión y Conclusión: Por medio de nuestro estudio logramos un impacto significativo en adherencia de los pacientes comparado con la bibliografía, mejor tasa de tratamientos adecuado, sin cateterismos traumáticos y un tratamiento oportuno de los efectos adversos.

TI8) IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO

Aliaga De La Fuente, A.(1); Benitez, A.(2); Gurovich, J.(3); Villanueva, M.(2); Roman, J.(4); Vega, A.(4); Iñiguez, S.(5); Walton, A.(3); Henriquez, D.(6); Vilches, R.(7);
(1): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Alemana de Santiago,, Santiago, Chile (2): Hospital Clinico Universidad de Chile, Facultad medicina Universidad de chile, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (4): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Bupa Santiago, Santiago, Chile (5): Instituto Nacional del Cáncer, Fundacion Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile (6): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Davila Vespucio, Santiago, Chile (7): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica MEDS, Santiago, Chile

Introducción

La cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como una alternativa eficaz en urología oncológica, con beneficios en recuperación funcional, reducción de complicaciones y menor estadía hospitalaria. Estos aspectos son particularmente relevantes en el sistema público chileno, caracterizado por el limitado número de camas hospitalarias y de paciente crítico. Sin embargo, la evidencia local sobre el impacto de cirugías urológicas oncológicas complejas en términos de estadía hospitalaria y complicaciones sigue siendo limitada.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte única en un hospital público chileno, incluyendo pacientes sometidos a PR, cistectomía radical, linfadenectomía lumboaórtica (LALA) y linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) entre 2010 y 2025. Se compararon los abordajes abiertos y mínimamente invasivos mediante emparejamiento por puntuación de propensión 1:1. El desenlace primario fue la duración de hospitalización; secundarios fueron los días en UCI y las complicaciones perioperatorias clasificadas por Clavien-Dindo.

Resultados

Se analizaron 255 pacientes, de los cuales el 67% fue intervenido mediante abordaje mínimamente invasivo. En PR, la vía laparoscópica redujo significativamente la estadía hospitalaria (mediana 1 vs 4 días; $p < 0,001$) y los días en UCI ($p < 0,001$). En cistectomía radical se observó una reducción clínicamente relevante en hospitalización (5 vs 11 días), aunque sin significancia estadística. VEIL y LALA mostraron también menor estadía con abordaje laparoscópico (2 vs 5 días en VEIL; 3 vs 7 días en LALA). Las complicaciones Clavien ≥ II fueron significativamente menores en cistectomía radical (20% vs 77,8%; $p = 0,021$) y mostraron una tendencia favorable en el resto de los procedimientos.

Conclusión

El abordaje mínimamente invasivo en cirugía urológica oncológica compleja se asocia a menor hospitalización y complicaciones perioperatorias, con impacto más consistente en PR y LALA. En el contexto del sistema público chileno, donde la optimización de recursos es crítica, estos resultados refuerzan el valor estratégico de incorporar cirugía laparoscópica avanzada como una herramienta eficiente y segura

OA1) TRABAJOS LIBRES ORAL 1

O01) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Hanna, J.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clinica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:
El uso de clips quirúrgicos para la disección atérmica de los pedículos prostáticos laterales durante la prostatectomía radical asistida por robot (PRR) ha sido considerado el estándar de oro durante muchos años. Sin embargo, la reducción en el número de clips podría simplificar la técnica y disminuir costos, sin comprometer los resultados. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados oncológicos, funcionales y de seguridad de una técnica de reducción de clips (PRR-re), utilizando energia bipolar, frente a la técnica estándar (PRR-es).

Materiales y Métodos:
Entre julio de 2022 y marzo de 2024 se recolectaron prospectivamente los datos de pacientes sometidos a PRR con ambas técnicas. Se analizaron retrospectivamente las características demográficas, clínico-patológicas y funcionales. La función urinaria y sexual se evaluó mediante escalas validadas (EPIC e IIEF-5), y las complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo. El número de clips utilizados se cuantificó a partir de la hoja de gasto quirúrgico, el protocolo operatorio y la revisión de video. Se aplicó un modelo de regresión multivariable para determinar la asociación entre la técnica empleada y los márgenes quirúrgicos positivos, así como la función sexual y urinaria postoperatoria.

Resultados:
Se incluyeron 90 pacientes: 40 en el grupo PRR-es y 50 en el grupo PRR-re. El promedio de clips utilizados fue de 6 (rango 4–8) en PRR-es y de 2 (rango 2–3) en PRR-re. No se observaron diferencias significativas en los resultados oncológicos entre ambos grupos. En el análisis multivariable, la técnica PRR-re no mostró asociación con mayor riesgo de márgenes positivos (OR=1,04; IC95%: 0,6–1,8; p=0,9), alteración de la función sexual (OR=0,4; IC95%: 0,1–1,5; p=0,8) ni disfunción urinaria (OR=0,5; IC95%: 0,2–1,4; p=0,2). Las tasas de complicaciones a 30 días fueron similares (12% en PRR-es vs 16% en PRR-re; p=0,5), todas clasificadas como Clavien-Dindo I–II.

Conclusiones:
La técnica de reducción de clips en la PRR se asoció con resultados oncológicos y funcionales equivalentes a la técnica estándar, sin incremento en complicaciones postoperatorias. Estos

hallazgos respaldan la seguridad y viabilidad de limitar el uso de clips en la disección de los pedículos prostáticos, sin comprometer la eficacia quirúrgica ni los desenlaces funcionales.

O02) ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES.

Fernandez, R.(1); Nicolai, H.(2); Kramer, V.(3); Soza-ried, C.(4); Müller, C.(5); Krieger, K.(5); Ritt, P.(6); Zhernosekov, K.(6); Estay, R.(7); Amaral, H.(8);
(1): Positronmed, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Positronpharma SA, Santiago, Chile (4): InIstituto de Ciencias Naturales, Universidad de las Américas,, Santiago, Chile (5): Center for Radiopharmaceutical Sciences, Paul Scherrer Institut, Villingen, Switzerland (6): ITM Oncologics GmbH, Munich, Germany (7): Departamento de Medicina Interna, Servicio de Oncología, Hospital Salvador,, Santiago, Chile (8): Positronmed, Positronpharma SA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La terapia con radioligandos (RLT) de 177Lu-PSMA-617 (PluvictoTM; Estudio VISION), mejora la sobrevida global y progresión libre de enfermedad en pacientes con cáncer prostático castración resistente (mCRPC). Investigaciones buscan optimizar la farmacocinética, biodistribución y efectos terapéuticos de radioligandos. Nosotros estudiamos la biodistribución y efectos clínicos de un nuevo radioligando dirigido a PSMA [177Lu]Lu-SibuDAB, que por su unión a albumina, demostró mayor acumulación tumoral en estudios preclínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, traslacional de biodistribución, seguridad y eficacia de [177Lu]Lu-SibuDAB, en pacientes mCRPC con progresión a terapias convencionales. Se enrolaron 16 pacientes (07/2021 y 01/2023) para recibir hasta 4 ciclos de 120-150 mCi (4.5-5.6 GBq) por ciclo cada 8-10 semanas.

La dosis exacta de radiación absorbida, distribución en órganos sanos y tejido tumoral, se realizó mediante estudio dosimétrico de imagen SPECT/CT los días 0, 1, 2 y 7 posterior a la primera dosis. Las curvas de tiempo-actividad y los coeficientes de actividad tiempo-integradas para riñón, bazo, glándulas salivales cuerpo entero y lesiones tumorales se obtuvieron con la aplicación Hermes Hybrid Dosimetry. Su seguridad se determinó con biomarcadores y registro de efectos adversos (CTCAE v5.0), 1, 4-5 y 8-10 semanas posterior a cada dosis. La eficacia se evaluó mediante antígeno prostático(PSA) y PET/CT [18F]PSMA-1007 (criterios RECIP 1.0) al inicio y posterior al último ciclo.

RESULTADOS

Los coeficientes de dosis absorbida demostraron mayor actividad de [177Lu]Lu-SibuDAB en tejido tumoral y menor concentración en glándulas salivales. Siete pacientes recibieron 4 ciclos, 3 completaron 3 ciclos y 6 recibieron ≤ 2 ciclos por progresión. En 4 pacientes disminuyó el PSA ≥50% y 5 presentaron estabilidad. Evaluación con PSMA-PET/CT (N=10): 5 pacientes presentaron respuesta parcial, 2, enfermedad estable y 3, progresión. Dos participantes experimentaron anemia G3, uno de ellos también trombocitopenia G4. Dos presentaron trombocitopenia G3. No se observaron alteraciones de función renal ni hepática y ninguno reportó xerostomía. La sobrevida global fue 13,9 m.

CONCLUSIÓN

En pacientes con mCRPC, [177Lu]Lu-SibuDAB, aumenta la dosis absorbida por el tumor y es menor en glándulas salivales. Demostró efectos clínicos semejantes a los tratamientos establecidos, tanto en los órganos en riesgo, como en los efectos secundarios y sobrevida.

O03) BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO

Sanhueza, J.(1); Schaub, A.(1); Gurovich, J.(1); Philipp, S.(1); Ledezma, R.(1); Marchant, F.(1); Olmedo, T.(1); Acevedo, C.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El sistema de puntuación PRIMUS ha sido validado para estratificar el riesgo de cáncer de

próstata clínicamente significativo mediante micro-ultrasonido. Si bien el estándar de oro actual para la evaluación pre-biopsia es el sistema PIRADS v2.1 en resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI), estudios comparativos han demostrado un rendimiento diagnóstico similar o incluso superior del PRIMUS en la detección de CaPcs en biopsias dirigidas. El objetivo de este estudio fue presentar nuestra experiencia inicial con el ecógrafo ExactVu™ en un centro terciario de Chile.

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo observacional y unicéntrico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se incluyeron 139 pacientes sometidos a biopsia de próstata entre junio de 2024 y junio de 2025. De un total de 132 lesiones reportadas, se comparó el score PRIMUS (asignado por cuatro urólogos) con el score PIRADS v2.1 (≥2) de la mpMRI pre-biopsia. El análisis

estadístico evaluó la concordancia entre ambos sistemas y su correlación con el resultado histopatológico.

Resultados

El análisis reveló una fuerte correlación (Spearman ρ=0.87) y una concordancia sustancial (coeficiente kappa=0.62; concordancia exacta 71.97%) entre PRI-MUS y PIRADS. La tendencia mostró que PRI-MUS categorizó las lesiones con valores iguales o inferiores a PIRADS. Las tasas de detección de CaPcs para scores PIRADS 2, 3, 4 y 5 fueron de 0%, 8%, 53% y 82%, respectivamente, frente al 4%, 11%, 55% y 95% para los scores PRI-MUS 1-2, 3, 4 y 5. PIRADS demostró una mayor sensibilidad (95% vs. 73%), mientras que PRI-MUS mostró una mayor especificidad (67% vs. 45%) para CaPcs. En el análisis multivariado, un score PRI-MUS 5 fue el predictor más fuerte de CaPcs (OR: 98,3; p<0,001). La combinación de ambos sistemas en un modelo integrado mostró un mejor desempeño predictivo (AUC: 0,92; p<0,001) que cada score por separado.

Conclusión

El sistema PRI-MUS demostró una alta concordancia con PIRADS. Aunque presenta una menor sensibilidad, su mayor especificidad lo convierte en una herramienta valiosa. La combinación de mpMRI (PIRADS) y microUS (PRI-MUS) puede contribuir a mejorar la predicción de CaPcs, posicionando al microUS no como un reemplazo, sino como complemento para optimizar las biopsias prostáticas.

O04) BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING

Schaub, A.(1); Sanhueza, J.(1); Gurovich, J.(1); Philipp, S.(2); Ledezma, R.(3); Marchant, F.(3); Olmedo, T.(3); Acevedo, C.(3);
(1): Residente Urología Universidad de Chile- HCUCH, Santiago, Chile (2): Interno Facultad de Medicina Universidad De Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción
La biopsia prostática por fusión con resonancia multiparamétrica (RMmp) ha mejorado la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs). El micro-ultrasonido (MicroUS), con resolución tres veces mayor y capacidad de dirigir la biopsia en tiempo real, podría optimizar la detección de CaPcs y reducir el hallazgo de cánceres de bajo grado. Estudios previos han mostrado resultados comparables entre biopsia guiada con MicroUS y fusión RMmp/MicroUS frente a la fusión RMmp/US convencional. El objetivo de este estudio fue comparar ambos métodos en la detección de CaPcs.

Material y Métodos
Se analizaron prospectivamente 111 pacientes sometidos a biopsia RMmp–US convencional (enero 2022–junio 2023) y 139 a RMmp–MicroUS (junio 2024–junio 2025). Se aplicó Propensity Score Matching (PSM) 1:1 en R considerando edad, PSA, volumen prostático, densidad de PSA, tacto rectal y PIRADS, obteniéndose dos cohortes balanceadas (99 vs 99, SMD<0.1). Los desenlaces primarios fueron detección de CaP global (ISUP ≥1) y CaPcs (ISUP ≥2). Secundarios: detección de ISUP 1, rendimiento en lesiones TARGET y área bajo la curva (AUC) de PIRADS para CaPcs. Comparaciones se realizaron con χ^2 o Fisher, con significancia $p<0.05$.

Resultados
Tras el PSM, la detección de CaP global fue 62.6% en MicroUS vs 60.6% en US convencional (p=0.88). La tasa de CaPcs fue 52.5% vs 49.5% (p=0.78). La detección de ISUP 1 fue baja y similar (10.1% vs 11.1%, p=1.00). En lesiones TARGET, las tasas de CaPcs fueron comparables (41.4% vs 47.5%, p=0.47). En el análisis por PIRADS, MicroUS mostró tendencia a menor detección de ISUP 1, en especial en PIRADS 5 (0% vs 4%). El AUC de PIRADS para CaPcs fue 0.71 (IC95%: 0.62–0.80) en el grupo convencional y 0.60 (IC95%: 0.50–0.69) en MicroUS.

Conclusión
La biopsia por fusión con MicroUS presentó un rendimiento diagnóstico global y en lesiones sospechosas comparable al de la fusión convencional para la detección de CaPcs, sin aumentar la tasa de ISUP 1.

O05) PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA

López Ponce De León, L.(1); Saldivia Zaror, D.(2); Larenas Huguet, F.(3); Moya González, F.(4); Acevedo Castillo, C.(5);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (4): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (5): Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

Introducción

El manejo de pacientes con biopsia prostática negativa y sospecha persistente de cáncer de próstata (CaP) continúa siendo un desafío clínico. Este estudio evaluó predictores clínicos e

imagenológicos asociados al diagnóstico de CaP en la segunda biopsia transrectal, con énfasis en la detección de cáncer clínicamente significativo (CPcs, ISUP ≥2).

Material y métodos

Se analizó una cohorte retrospectiva de 484 pacientes con primera biopsia transrectal negativa (2010–2025), rebiopsiados por sospecha persistente (PSA elevado, tacto rectal anormal o hallazgos en resonancia multiparamétrica [RMmp]). Se registraron edad, PSA, densidad de PSA (PSAD), volumen prostático, tacto rectal y PI-RADS. Se aplicaron modelos de regresión logística y de Cox, además de curvas de Kaplan–Meier, para estimar el riesgo de CaP global y de CPcs.

Resultados

El intervalo mediano entre biopsias fue de 39,4 meses (RIC 23,2–63,7). Se diagnosticó CaP en 172 pacientes (35,5 %), de los cuales 107 (62,2 %) presentaron CPcs. En el análisis multivariado, PSAD >0,20 (OR 3,38; IC95 % 1,31–8,73), PI-RADS 4–5 (OR 2,38; IC95 % 1,09–5,22) y un mayor intervalo entre biopsias se asociaron significativamente con mayor riesgo de CaP. La combinación de PSAD >0,20 y PI-RADS ≥4 incrementó de forma marcada el riesgo de CPcs (HR 20,4; IC95 % 2,79–149,8). En contraste, pacientes con PSAD ≤0,20 y PI-RADS 2–3 mostraron un valor predictivo negativo (VPN) de 97 % para CPcs.

Conclusiones

La PSAD y la RMmp permiten estratificar eficazmente el riesgo tras una biopsia inicial negativa. La combinación de valores elevados en ambos parámetros identifica un subgrupo con alto riesgo de CPcs, mientras que la concordancia de valores bajos confiere un alto VPN. Estos hallazgos respaldan un enfoque más personalizado para decidir la necesidad de repetir o evitar la biopsia en pacientes con sospecha persistente de CaP.

O06) NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Ramirez, G.(3); Rojas, I.(4); Pinochet, R.(4); Bernier, P.(4); Otaola, H.(4); Souper, R.(4); Orvieto, M.(5);

(1): Clinica alemana de Santiago, Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (4): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (5): Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La linfadenectomía pélvica extendida (LPE) es el estándar para la estadificación ganglionar en cáncer de próstata (CaP), aunque asociada a morbilidad relevante. Las guías clínicas actuales la recomiendan en pacientes con riesgo significativo de invasión ganglionar (LNI), estimado mediante nomogramas validados. Recientemente, el nomograma Amsterdam–Brisbane–Sydney (ABS), que integra clínica, biopsia, resonancia multiparamétrica (RMmp) y PET PSMA, se ha propuesto como alternativa a modelos previos como Briganti 2018. El objetivo de este estudio fue validar y comparar ambos nomogramas en una cohorte chilena y explorar ajustes de corte para optimizar su rendimiento.

Material y métodos:

Análisis retrospectivo de una base prospectiva institucional de pacientes con CaP sometidos a prostatectomía radical (PRR) + LPE entre 2015–2025. Los criterios de inclusión exigieron evaluación preoperatoria con RMmp y PET PSMA. Se calcularon probabilidades de LNI con ambos nomogramas. El desempeño se evaluó con AUC, sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) e índice de Youden. Se modeló el impacto clínico de distintos umbrales en términos de LPE evitadas y pacientes pN1 omitidos.

Resultados:

Se identificaron 195 pacientes cumplian los criterios inclusion. La prevalencia de compromiso ganglionar fue 12%. El AUC fue 0.73 para Briganti 2018 y 0.76 para ABS. Con los puntos de corte originales (7% Briganti; 10% ABS), Briganti mostró S 94.5%, E 20%, VPP 90.3% y VPN 31.7%, mientras que ABS alcanzó S 98.2%, E 9.3%, VPP 92.9% y VPN 29.8%. Al ajustar puntos de corte con el índice de Youden, Briganti mostró mejor balance en 8.3% (S 91%, E 36.4%), evitando 15% de LPE (25 pacientes) con pérdida de 2 pN1 (3.8%). ABS tuvo mejor desempeño en 23.9% (S 89.1%, E 47.9%), reduciendo 32.6% de LPE (59 pacientes) a costa de omitir 5 pN1 (9.3%).

Conclusiones:

Ambos nomogramas demostraron adecuada capacidad discriminativa. ABS presentó AUC levemente superior, mientras que Briganti, con punto de corte ajustado, ofreció mejor equilibrio entre reducción de LPE y seguridad oncológica. Nuestro estudio valida el ABS como herramienta de estratificación en nuestra población, nuestro ajuste con índice de Youden sugiere la posibilidad de ajustar los puntos de corte internacionalmente recomendados a nuestra población.

O07) CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS

Eltit, I.(1); Aliaga, A.(2); Orvieto, M.(3); Rojas, I.(4); Ramirez, G.(5); Bernier, P.(3); Otaola, H.(3); Souper, R.(3); Westenenk, K.(3); Pinochet, R.(4);
(1): Clinica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (4): Clinica alemana de Santiago, Santiago, Chile (5): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La presencia de invasión ganglionar (pN1) tras la prostatectomía radical (PRR) y la linfadenectomía pélvica extendida (LPE) en paciente con cáncer de próstata (CAP), se asocia a peor pronóstico oncológicos. A pesar de esto, el manejo óptimo de esta población continúa siendo controversial, sin un consenso claro en la literatura. En este contexto, resulta fundamental describir la incidencia de pN1 y caracterizar su comportamiento en cohortes contemporáneas para orientar estrategias terapéuticas y definir el rol de la terapia adyuvante o de rescate.

Material y métodos:

Análisis retrospectivo de una base institucional prospectiva de pacientes con CAP cN0 sometidos a PRR + LPE entre 2012–2025. Se analizaron características demográficas, clínicas y patológicas, persistencia de PSA (>0,1ng/dl), RBQ (PSA >0,2), uso de tratamiento adyuvante o rescate. Se realizó análisis exploratorio de factores asociados a RBQ.

Resultados:

Se identificaron 524 pacientes sometidos a PRR+LPE . 107 (20,4%) pacientes resultaron pN1. De los cuales 74 tenían al menos 1 año de seguimiento, La mediana de ganglios resecados fue 23 (7–49) y de ganglios positivos 1 (1–13). La persistencia de PSA se observó en 21% de los pN1. Durante el seguimiento, 41% desarrolló RBQ, con mediana a la RBQ de 42 meses; a 5 años, la sobrevida libre de RBQ fue 35%. El tratamiento adyuvante inmediato se indicó en 11 pacientes (14,9%), mientras que 63 (84,1%) fueron manejados con observación y eventual

rescate. Los pacientes con ISUP alto (4–5) presentaron un significativo mayor riesgo de RBQ (OR 8,0;p=0,019), la presencia > 2 linfonodos comprometidos mostro un OR de **1.618 (p=0.533) evidenciando una tendencia clínicamente relevante pero no estadísticamente significativa.**

Conclusiones:

En esta cohorte chilena, la incidencia de pN1 en pacientes cN0 sometidos a PRR + LPE fue 20,4%. La persistencia de PSA ocurrió en 1 de cada 5 pacientes. Aunque pN1 implica alto riesgo de terapias adicionales, un 35% permaneció libre de RBQ a 5 años, concordante con series internacionales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de identificar predictores de RBQ que permitan un manejo individualizado y racionalizar la indicación de terapia adicionales en esta población de alto riesgo

O08) MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Arias, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La predicción preoperatoria de extensión extracapsular (ECE) en cáncer de próstata es clave para planificar la cirugía y definir la preservación neurovascular. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es el estándar diagnóstico, pero con rendimiento limitado. La inteligencia artificial (IA) permite calcular volumen tumoral y derivar nuevas variables que podrían mejorar la predicción. El objetivo fue desarrollar un modelo basado en IA y compararlo con la RM convencional.

Material y métodos:

Se incluyeron 102 pacientes sometidos a prostatectomía radical con RMmp preoperatoria y análisis automatizado de volumen tumoral por IA. Se recopilaron PSA total, densidad PSA, estadio clínico por RM, ISUP de biopsia y variables derivadas de IA: densidad tumoral (volumen prostático/volumen tumoral IA) y densidad tumoral-antígeno (PSA/volumen tumoral). Se aplicó regresión logística binaria para identificar predictores de ECE. El rendimiento se evaluó con área bajo la curva (AUC), calibración de Hosmer-Lemeshow y métricas diagnósticas. Se simuló el impacto en la decisión quirúrgica (preservación vs ampliación) frente a la RM.

Resultados:

El 48% presentó ECE en histología definitiva. De ellos, 34 fueron clasificados como cT3 por RM y 14 subestimados como ≤cT2, con sensibilidad de 70.8% y especificidad de 80.8%. En el

análisis multivariado, la densidad tumoral IA (OR 1.5×10^17, p=0.020), el estadio T por RM (OR 4.9–49.5, p<0.01), el PSA total (OR 1.12, p=0.040) y el volumen de lesión (OR 0.47, p=0.034) fueron predictores independientes de ECE. El modelo mostró buena calibración (Hosmer-Lemeshow p=0.333), R^2 de Nagelkerke=0.522 y un AUC de 0.823 (IC95%: 0.734–0.911), superior al de la RM sola (0.761; IC95%: 0.662–0.860). Con punto de corte 0.50, la sensibilidad fue 78.3% y la especificidad 86.3%. El umbral óptimo (0.43) alcanzó sensibilidad 80.4% y especificidad 86.3%. En la simulación, el modelo redujo falsos negativos (29.2% a 21.7%) y falsos positivos (19.2% a 13.7%), mejorando la decisión en ≈7% de los casos.

Conclusión:

El modelo basado en IA y variables clínicas mejora la predicción de ECE frente a la RM sola, con mayor discriminación y exactitud. Al optimizar el punto de corte, aporta un beneficio clínico directo al reducir preservaciones inadecuadas y ampliaciones innecesarias, favoreciendo una planificación quirúrgica más personalizada.

O09) DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) con sistema PIRADS es esencial en la detección de cáncer de próstata. Sin embargo, la categoría PIRADS 3 constituye un grupo indeterminado, con riesgo de biopsias innecesarias y subdiagnóstico. La inteligencia artificial (IA) aplicada a la interpretación de imágenes podría mejorar la estratificación de riesgo. El objetivo fue evaluar el impacto de la reclasificación de PIRADS 3 mediante IA sobre la toma de decisiones clínicas.

Material y métodos:

Se incluyeron 129 pacientes con lesiones PIRADS 3 informadas por radiólogo en nuestro centro, todos sometidos a biopsia por fusión y/o prostatectomía radical. Se registraron PSA, densidad de PSA y hallazgos histológicos (ISUP). Posteriormente, las imágenes fueron reevaluadas mediante un software de IA que asignó un nuevo puntaje PIRADS. Se analizaron cambios de categoría (upgrade, downgrade, mantención) y su correlación con cáncer clínicamente significativo (CPCS, ISUP ≥2). El impacto clínico se evaluó en términos de biopsias potencialmente evitadas, detección de CPCS, índice de utilidad clínica y métricas diagnósticas.

Resultados:

La mediana de PSA fue 5.64 ng/mL y la densidad de PSA 0.13 ng/mL/cc. La reclasificación por

IA mostró 58.1% de downgrade, 34.9% de upgrade y 7.0% de mantención. Con esta estrategia se podrían evitar hasta 62.7% de biopsias en PIRADS 3, aunque con pérdida de CPCS en 37.3% de los downgrades. En contraste, los pacientes reclasificados como upgrade presentaron 71.1% de CPCS, con una probabilidad cercana al 70% de enfermedad clínicamente significativa en este subgrupo. El índice de utilidad clínica global fue 0.658. Con un punto de corte PIRADS ≥4, la sensibilidad fue 48.5%, especificidad 79.4%, VPP 71.1% y VPN 59.5%, con una exactitud global de 63.6%. El área bajo la curva fue 0.667 (IC95%: 0.573–0.761).

Conclusión:
La IA apoya la decisión de biopsiar pacientes PIRADS 3, reduciendo procedimientos innecesarios y aumentando la certeza en la identificación de CPCS en los reclasificados como upgrade. En los downgrades, su uso debe interpretarse en el contexto clínico del paciente. Globalmente, la IA muestra un rendimiento diagnóstico moderado, con alta especificidad y VPP. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos para validar su implementación clínica.

O10) INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA

Bravo, J.(1); Parrao, D.(2); Saavedra, C.(2); Lay, R.(2); Guerreo, R.(2); Larrañaga, M.(1); Valero, G.(1);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) presenta la segunda tasa de incidencia más alta a nivel mundial. La región de O'Higgins se distingue por tener las tasas de mortalidad más elevadas del país, sin evidencia de una causa genética que explique este fenómeno. Además, no está claro si factores ambientales podrían ser responsables. Varios estudios han explorado la asociación entre la mayor incidencia y agresividad del cáncer y la exposición a pesticidas. Dado que la agricultura es la principal actividad económica de esta región, decidimos investigar la relación entre la mortalidad y agresividad del CaP y la exposición a estos compuestos, así como secuenciar las mutaciones germinales más frecuentes asociadas a esta enfermedad.

Metodología: Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados y tratados por CaP en nuestro hospital. Se incluyeron 479 pacientes entre 2015 y 2025, cumpliendo con criterios de inclusión y con fichas clínicas completas. Se evaluó la exposición a pesticidas mediante una encuesta validada, aplicada de forma aleatoria a este mismo grupo. Se reclutaron 34 pacientes para la secuenciación de BRCA 1 y 2. Evaluamos la relación entre la agresividad de la enfermedad al momento de la presentación (metastásico/no metastásico; en caso de ser localizado, se consideró el grupo de riesgo; para metástasis, se analizaron

volumen, Gleason, APE, tamaño del tumor, edad de presentación y extensión extra prostática) y los resultados oncológicos, incluyendo recidiva bioquímica (RBQ), metástasis a distancia (MTT), sobrevida específica y global.

Resultados: En los 479 pacientes, encontramos relación significativa entre el porcentaje de hectáreas plantadas y Gleason >7 (p=0.031), debut metastásico (p=0.001) y mortalidad (p=0.024). De los 88 encuestados, 43 (48.8%) estaban expuestos a pesticidas. Al comparar la exposición, se observaron asociaciones significativas con compromiso extra prostático (p=0.048), mortalidad (p=0.029), aparición de MTT (p=0.05) y RBQ (p=0.05). De los pacienttes con criterio de heredabilidad, ninguno de los pacientes secuenciados presentó mutaciones.

Conclusión: En nuestra población, no se identificó una causa genética que explique la mortalidad asociada al CaP en la región. Sin embargo, se encontró una relación entre la exposición a pesticidas y factores que podrían aumentar la agresividad y mortalidad del cáncer

O11) EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE?

Toro, D.(1); Román, P.(2); Briceño, F.(1); Verdugo, C.(1); Chavez, C.(3); Mellado, J.(4); Borgna, V.(5);
(1): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Servicio Oncología, Hospital Barros Luco-Trudeau; Fundación Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile (3): Centro de Investigación e Innovación del Cáncer. Fundación Arturo López Pérez;Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile, Santiago, Chile (4): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Unidad Oncourología, Hospital Barroso Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción:El manejo del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) ha cambiado con la incorporación de nuevas terapias como inhibidores de la vía del receptor de andrógeno (ARPI) y PARP (iPARP), Lutecio-177-PSMA, etc. Sin embargo, su uso está condicionado al acceso económico, cobrando gran relevancia en Hospitales y viendo como alternativa viable la reexposición a Docetaxel (Rechallenge), aún con escasa evidencia. Objetivo: evaluar resultados clínicos oncológicos usando rechallenge de Docetaxel en mCRPC

Métodos:Se realizó una cohorte retrospectivas, de pacientes con mCRPC tratados en nuestro centro entre 2015 y 2025. Se incluyeron como “rechallenge”: pacientes que recibieron >1 ciclo inicial de docetaxel, con suspensión ≥3 meses, seguido de reintroducción de la droga. Se analizaron características basales, respuesta bioquímica (PSA50), respuesta clínica/radiológica, toxicidad (CTCAE v5.0). Se realizó un análisis estadístico bivariado para

relacionar las variables basales y de respuesta al primer ciclo con respuesta al rechallenge (PSA50 o clínico-radiológico) con pruebas no paramétricas(chi2 y Mann-Whitney).

Resultados: De un total de 118 pacientes que recibieron Docetaxel por mCRPC, en 15 se realizó rechallenge. La media de edad:65 años (51–84), Biopsia ISUP ≥4 en 46,7%. La mediana de PSA inicial 72ng/mL (RIQ 24.5–145). La mediana en el nadir de PSA posterior a Docetaxel fue de 2,45ng/mL (RIQ 0,52-11). La media de ciclos fue de 13(5-30), 7(46%) pacientes recibieron RT paliativa. Durante el rechallenge, el PSA50 fue de un 45%, y la respuesta clínica/radiológica se alcanzó en el 40%. La mediana de tiempo a progresión tras el rechallenge fue de 8 meses. La toxicidad grado ≥3 ocurrió en un 15%, sin muertes atribuibles al tratamiento. La sobrevida global fue de 18 meses en respondedores vs 9 en no respondedores (p<0,05). Se vio una relación positiva entre nadir de PSA bajo y RT (p.0,03 y 0,05) con PSA50 al rechallenge. No se encontró relación significativa para respuesta clínico-radiológico.

Conclusiones: Rechallenge de docetaxel en mCRPC constituye una opción segura, eficaz y bien tolerada en pacientes seleccionados. La identificación de factores predictores, como un nadir de PSA bajo podría ayudar a optimizar la selección de candidatos.

O12) ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US

Rodriguez, A.(1); Campos, D.(1); Mogollón, J.(1); Van Cauwelart, R.(1); Castillo, O.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción

La biopsia sistemática (BS) se realiza de manera rutinaria junto a la biopsia dirigida (BD) en hombres con hallazgos sospechosos en resonancia multiparamétrica (RM), incluidas las lesiones PI-RADS 5. Sin embargo, su valor agregado en este grupo de alto riesgo es motivo de debate. Este estudio evaluó el aporte diagnóstico de la BS en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa) en pacientes con lesiones PI-RADS 5 sometidos a biopsia transperineal con fusión RM/US.

Material y Métodos

Entre julio de 2019 y junio de 2025, se realizaron 700 biopsias prostáticas transperineales con fusión RM/US. Los hallazgos de la RM se categorizaron según PI-RADS v2. Se efectuaron BD (3–5 cilindros por lesión) y BS con un template de 5 mm. Este análisis retrospectivo incluyó a 130 pacientes con lesiones PI-RADS 5 que recibieron ambas técnicas. Se definió csPCa como Gleason ≥3+4 y se evaluó la detección por tipo de biopsia y el beneficio incremental de la BS.

Resultados
La edad media fue 67,2 años (DE 7,8). La mediana de PSA fue 7,7 ng/mL (RIC 5,6–11,3), volumen prostático 50 mL (RIC 38–69,8) y densidad de PSA 0,2 (RIC 0,1–0,3). El tacto rectal sospechoso estuvo presente en 36,9%. Se diagnosticó cáncer en 113 de 130 pacientes (86,9%), confirmándose csPCa en 97 casos (74,6%). La BD detectó csPCa en 72,3% y la BS en 69,2%. La concordancia entre ambas técnicas se observó en el 89,7% de todos los csPCa. De los casos detectados por BD, el 92,6% también fueron identificados por BS. Solo 3 pacientes (3,1% de csPCa) fueron diagnosticados exclusivamente por BS.

Conclusiones
En pacientes con lesiones PI-RADS 5, la BD por sí sola detectó la mayoría de los cánceres clínicamente significativos. La BS aportó escaso valor adicional, con detección exclusiva en apenas un 3,1% de los casos. La alta concordancia refleja más redundancia que complementariedad. Estos resultados apoyan considerar la omisión selectiva de la BS en pacientes con PI-RADS 5 cuando se dispone de RM de calidad y BD guiada por fusión. Se requiere validación prospectiva antes de implementar esta estrategia en la práctica clínica.

OA2) TRABAJOS LIBRES ORAL 2

O13) CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS

Ferriere-steinert, S.(1); Heskia, S.(1); Marquez, M.(2); Valenzuela, J.(1); Acevedo, C.(3); Olea, M.(3); Mercado-campero, A.(3); Valdevenito, J.(3);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La relación entre el volumen prostático y la obstrucción a la salida de la vejiga (OSV) sigue siendo un tema controvertido. Se sabe que el crecimiento prostático benigno (CPB) contribuye a la OSV, pero el grado en que el volumen prostático por sí solo se correlaciona con una obstrucción urodinámica es motivo de debate.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en Scopus, PubMed y una revisión manual de la literatura relevante para identificar estudios que evaluaran la correlación entre el volumen prostático y la OSV, incluyendo estudios que utilizaron la clasificación de Schäfer y el índice de obstrucción a la salida de la vejiga (BOOI) como estándares de referencia. Se extrajeron los coeficientes de correlación y se sintetizaron mediante un metaanálisis de efectos aleatorios. También se revisaron estimaciones ajustadas de modelos lineales multivariantes.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 14 estudios que comprendieron 5.350 pacientes. La correlación univariada combinada entre el volumen prostático y el grado de obstrucción según Schäfer fue de $r^2 = 0.16$ (IC 95%: 0.13–0.29), lo que sugiere una asociación positiva moderada—aproximadamente un aumento de un grado en la clasificación de Schäfer por cada incremento de 35 mL en el volumen prostático. De forma similar, la correlación combinada entre el volumen prostático y el BOOI fue de $r^2 = 0.14$ (IC 95%: 0.06–0.24), correspondiente a un aumento estimado de 10 puntos en el BOOI por cada incremento de 30 mL en el volumen prostático. Sin embargo, en un modelo multivariado que incluyó dos cohortes y se ajustó por posibles factores de confusión, el valor predictivo del volumen prostático se redujo considerablemente, con un tamaño de efecto de $\beta = 0.03$ (IC 95%: 0.01–0.04), acercándose a una asociación insignificante.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el volumen prostático tiene una correlación moderada con la OSV y puede ser un parámetro útil para una evaluación inicial. No obstante, su valor predictivo se debilita al considerar variables mediadoras como la morfología prostática, lo que reafirma la impresión clínica de que el volumen prostático por sí solo es insuficiente para confirmar la presencia de OSV.

O14) LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS.

Acevedo Miranda, E.(1); Ledezma, C.(2); Arevalo-vega, D.(2); Lopez-ponce-de-leon, L.(2); Gallegos, H.(2); Dell'oro, A.(2); Calvo, C.(2);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Ñuñoa, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, ,

Introducción

El objetivo de este estudio fue comparar los parámetros de uroflujometría libre e invasiva en mujeres con distintos diagnósticos clínicos, para determinar si las diferencias entre ambas mediciones de flujo máximo varían según el contexto clínico.

Materiales y métodos

Estudio transversal. Se extrajeron los datos de las urodinamias entre 2015-2021 en un hospital universitario, estas fueron realizadas siguiendo las guías de la ICS. Se incluyeron pacientes adultas que lograran orinar al menos 150 ml en ambas pruebas. Se excluyeron pacientes con prolapsos de alto grado. Las pacientes se clasificaron en cinco grupos según su diagnóstico: disfunción de vaciado (DV), incontinencia de orina mixta (IOM), incontinencia de orina de esfuerzo (IOE), vejiga hiperactiva (VH) y cirugía antiincontinencia previa. El flujo máximo libre (fQmax) se midió en condiciones similares a la micción habitual y el flujo máximo invasivo (iQmax) mediante un estudio flujo-presión estándar. La correlación entre

ambas mediciones se evaluó utilizando coeficiente de Spearman y coeficiente de correlación intraclase (CCI). Se analizó la diferencia de flujos entre los grupos usando U de Mann-Whitney. Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartil. Se utilizó SPSS v.23, la significancia de estableció con un valor p< 0.05.

Resultados

De 891 urodinamias, 407 cumplieron criterios de inclusión. La media de edad fue 53,9 ± 12 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron IOM (61,7%) e IOE (24,6%). El 12,8% reportó bulto vaginal. La mediana de fQmax fue mayor (30 ml/seg) que la de iQmax (17 ml/seg), con baja correlación (r=0,271; p<0,001). El análisis de fiabilidad mostró predominio de error sistemático entre ambos métodos. La diferencia global entre ambos Qmax fue de una mediana de 12 ml/seg. Esta diferencia varió entre los subgrupos, fue menor en DV (5 ml/seg) y mayor en IOE (17 ml/seg).

Conclusiones

El flujo máximo libre e invasivo no son intercambiables; iQmax es aproximadamente 12 ml/seg menor que fQmax. Esta diferencia es más profunda en pacientes con IOE y menos sustancial en pacientes con disfunción de vaciado.

O15) SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM

Cañas, R.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es el tratamiento de elección para próstatas de gran volumen (>80 cc). Este requiere el uso de grandes volúmenes de solución de irrigación, siendo la solución salina fisiológica la más usada. Sin embargo, pese a que el suero Ringer Lactato (SRL) presenta una composición hidroelectrolítica más similar al plasma humano, a la fecha no existen estudios que evalúen su uso en el HoLEP. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad del uso de SRL como medio de irrigación en la cirugía HoLEP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico entre enero y agosto de 2025. Se incluyeron pacientes con crecimiento prostático complicado, sometidos a HoLEP con irrigación exclusiva mediante SRL. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. Todas las cirugías fueron realizadas por un único urólogo. Se

evaluaron parámetros hidroelectrolíticos y gases venosos antes y después de la cirugía, además de registrar complicaciones intra y postoperatorias inmediatas.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes. La edad media fue de 67,6 años (DE ±8,4), con una mediana de antígeno prostático específico de 2 ng/ml (RIQ 2,4) y un volumen prostático medio de 93 ml (DE ±42,3). El tiempo quirúrgico promedio fue de 40,1 minutos para la enucleación (DE ±15,3) y 14,8 minutos para la morcelación (DE ±8,9). Se utilizaron en promedio 28 litros (DE ±13) de SRL como solución de irrigación. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo I, todas por obstrucción transitoria de la sonda por coágulos. En el análisis de parámetros bioquímicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del cloro y pH pre y post operatorios, pero ambos parámetros estuvieron dentro de los rangos normales.

Conclusiones: El uso de SRL como medio de irrigación durante el HoLEP demostró ser seguro, sin evidencias de complicaciones intraoperatorias significativas ni alteraciones hidroelectrolíticas clínicamente relevantes. Los resultados sugieren que la SRL es una alternativa segura y fisiológicamente adecuada para la irrigación durante el HoLEP, sin comprometer la seguridad del paciente ni la eficacia del procedimiento.

O16) IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA

Rodriguez, C.(1); Cofre, A.(2); Sandoval, F.(2); Pino, M.(2); Sanchez, R.(1); Salvador, N.(1); Affeld, F.(1);
(1): HOSPITAL INTERCULTURAL DE NUEVA IMPERIAL, TEMUCO, CHILE (2): UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE

Introducción: La enucleación prostática con láser holmio (HoLEP) es una técnica mínimamente invasiva que ha demostrado su efectividad. Su adopción en centros de mediana complejidad implica un desafío importante. Presentaremos nuestra experiencia inicial en el Hospital de Nueva Imperial utilizando HoLEP técnica en bloque con liberación apical precoz, escalando progresivamente en volumen prostático y presentando resultados clínicos incluyendo análisis de costos versus adenomectomía abierta (AA).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, centro único entre enero 2024 y agosto 2025. Cohorte HoLEP (n=57; seguimiento 3 meses n=48) y cohorte contemporánea AA (n=48). Costos directos en CLP (año base 2025) desde perspectiva hospitalaria con referencia al peso GRD. Se evaluaron Qmax y residuo postmiccional (RPM) a 3 meses en HoLEP. Normalidad por Shapiro; t o U y χ^2/Fisher; IC95% y α=0,05. Análisis ajustado por edad, volumen

prostático, Qmax basal, anticoagulación y sondaje preoperatorio mediante regresión con errores robustos/PSM 1:1 (caliper 0,2).

Resultados: En HoLEP, a 3 meses Qmax aumentó de 16,8 a 30,0 ml/s (Δ +12,6 ml/s; IC95% 8,0–17,2; p<0,001) y RPM disminuyó de 86,0 a 26,5 ml (Δ −51,7 ml; IC95% −72,0 a −31,3; p<0,001). Complicaciones relevantes: Incontinencia transitoria: 9,6%, estrechez meato/uretra 9,6%, retención aguda 2,7%, ITU 1,4%. Presencia de cáncer prostático incidental: 8,2%. La estancia media fue de 3,4 vs 9,5 días (−64%) y costo de cama por caso CLP 606.478 vs 1.683.436 (−64%); costo total CLP 29.110.950 vs 80.804.940. La curva de aprendizaje mostró quiebres en el caso ≈12 para tiempo quirúrgico (mediana 106,5 a 85,0 min; p=0,26) y en el caso ≈20 para tiempo enucleación (mediana 45,0 a 41,0 min; p=0,86).

Conclusión: La implementación de HoLEP en centros de mediana complejidad es factible, ofreciendo una mejoría funcional temprana y baja incidencia de complicaciones. Además asociado a reducción en la duración de la estancia hospitalaria y costos, en comparación con AA. No obstante, es crucial realizar un seguimiento a largo plazo y validar estos hallazgos mediante estudios multicéntricos.

O17) ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA)

Mohr Oelckers, E.(1); Trucco, C.(2); Cañas, R.(3); Olemdo, T.(4); Astroza, G.(5); Marchetti, P.(3); Gómez-sancha, F.(6); Gilling, P.(7); Ledezma, R.(8);
(1): Hospital Alto Hospicio, Iquique, Chile (2): Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Hospital Clínico de la Universidad Católica, Santiago, Chile (6): ICUA-Clínica CEMTRO, Madrid, España (7): Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelanda (8): Hospital Clínico Universidad Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna sintomática (HPB), independiente del tamaño prostático. A pesar de sus ventajas, HoLEP es conocido por su pronunciada curva de aprendizaje. El desarrollo de un robot quirúrgico para asistir esta cirugía podría permitir una mayor disponibilidad de HoLEP al ayudar al urólogo en la superación de la curva de aprendizaje mediante navegación quirúrgica, orientación especial y reconocimiento de puntos de referencia durante la cirugía. El objetivo del estudio es demostrar la seguridad y rendimiento del HoLEP utilizando la Plataforma Beacon. Presentamos los datos de los primeros casos de RoLEP en humanos.

Métodos:

Estudio piloto internacional, multicéntrico, abierto, de un solo brazo, que analiza resultados intraoperatorios y postoperatorios de HoLEP utilizando Plataforma Beacon. Esta corresponde a una novedosa plataforma robótica de asistencia, controlada por urólogo mediante consola, desarrollada con modelos de hidrogel y cadavéricos. Se incluyó dos cohorts: roll-in (A) y por intención de tratamiento (B). Se incluyó pacientes con síntomas del tracto urinario inferior moderado a severos y/o retención urinaria aguda secundario a HPB, con un volumen prostático entre 40-120cc. El principal criterio de valoración de seguridad fue la incidencia de eventos adversos definido por una complicación Clavien-Dindo mayor o igual a 3a durante los primeros 30 días posteriores al tratamiento. El principal criterio de valoración de rendimiento fua la finalización exitosa de la enucleación y morcelación sin necesidad de convertir a HoLEP convencional u otro procedimiento quirúrgico.

Resultados:

Fueron enrolados 15 pacientes. Edad media 66.9 años (DE 7.02), rango 59-78 años. Nivel promedio de antígeno prostático especifico 2.52 ng/ml (DE 1.88, rango 0.4-8.0 ng/ml). Duración media de uso de Sonda Foley post operatoria 2.53 días (n:9) (DE: 2.92). Ningún paciente presentó complicaciones igual o superior a grado 3 Clavien-Dindo, perforación capsular, lesión vesical o lesión de orificio ureterales. Ningún paciente requirió reintervención ni transfusión sanguínea. A la fecha no se han reportado casos de incontinencia urinaria.

Conclusión:

El estudio ASTRA logró demostrar la seguridad y viabilidad del HoLEP asistido por robot (RoLEP) utilizando la Plataforma Beacon.

O18) ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD.

Segura Díaz, F.(1); Gavilan Leñam, D.(1);
(1): Hospital Dr. Juan Morey La Unión, La Unión, Chile

Enucleación Láser en pacientes con próstatas muy grandes >150 ml: Seguridad y Efectividad.

Introducción. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica quirúrgica efectiva para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB), independientemente del tamaño de la próstata. Sin embargo, en próstatas mayores a 150 cc presenta desafíos técnicos únicos. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad en este grupo de pacientes.

Material y métodos. Realizamos análisis retrospectivo pacientes sometidos a HoLEP entre marzo 2022 y agosto 2025 en un centro de alto volumen quirúrgico (6-10 cirugías por semana). Datos perioperatorios, demográficos, quirúrgicos y resultados funcionales fueron registrados. El volumen prostático (VP) fue medido (ml) por ultrasonografía o resonancia magnética.

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes con VP mayor 150 ml (150-375 cc). Edad media fue 71,2. Retención urinaria preoperatoria se presentó en 50% de los pacientes. 9 pacientes se realizó Holep de urgencia por hemovejiga. Antígeno prostático (APE) medio 17,6 ng/ml. El tiempo de enucleación fue de 65 minutos (47-105) . Tiempo de morcelación 27 min (19 - 62 minutos). En 52 pacientes (89%) se realizó técnica en bloque. Se identificaron beach balls en el 50% de los casos. La estadía hospitalaria fue 2 días promedio (1- 7 días). Uso de sonda promedio 4 días (2-7 días). El tejido removido fue de 89 gramos (80-346). El porcentaje de incontinencia de orina transitoria fue de 11.8 % (7 casos) al 1 mes y 1.63 % (1 caso) a los 3 meses postoperatorio. No se registraron casos de conversión a cirugía abierta ni complicaciones mayores.

Conclusiones. Nuestra serie demuestra que Holep en manos experimentadas es un procedimiento eficaz y seguro para próstatas muy grandes.

Palabras clave (3) Hiperplasia próstata - enucleación - holmium.

O19) BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE.

Benítez-filselcker, A.(1); Ávila, C.(1); Águila, F.(2); Marchant, F.(2);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Urólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) en sus distintas modalidades (Estándar, Mini, Supermini) y posiciones (prono o supino) no están exentas de complicaciones. La elevación de la presión intrarrenal (IRP) >30 mmHg se ha asociado al aumento de complicaciones infecciosas y daño renal. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la IRP en NLPC según la modalidad quirúrgica y posición del paciente.

Materiales y Métodos:

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico con 40 pacientes sometidos a NLPC en modalidades estándar (24Fr), Mini-Perc (18Fr) y Supermini-Perc (13Fr). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según la posición quirúrgica: prono o supino. Durante el intraoperatorio se midió la IRP basal, media y máxima. Además, se evaluaron la función renal

y parámetros inflamatorios a las 24 horas postoperatorias. Se documentaron las complicaciones durante la hospitalización. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

Ambos grupos presentaron características clínicas comparables. Se realizaron 27 procedimientos en prono (9 estándar, 14 mini, 4 supermini) y 13 en supino (4 estándar, 6 mini, 3 supermini). La mediana de IRP basal fue significativamente menor en supino comparado con prono (5 vs. 10 mmHg, p = 0.02), sin diferencias significativas en la mediana de IRPmax entre ambas posiciones, siendo estas <30 mmHg (25 vs 27 mmHg). No se observaron diferencias significativas entre modalidades quirúrgicas estándar, mini y supermini (9 vs. 9.5 vs. 8 mmHg, p=0.804). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la IRP >30 mmHg y el deterioro de la función renal (χ^2=1.62, p=0.204), ni con la elevación de parámetros inflamatorios post operatorios (χ^2=0.003, p=0.954).

Discusión:

La IRP basal está determinada por la posición en la que se realiza la NLPC, siendo mayor en prono que en supino y es independiente de la modalidad quirúrgica que se utilice. Sin embargo, esta diferencia no se extiende a la IRPmax, lo que es consistente con la ausencia de diferencias en complicaciones infecciosas o deterioro de la función renal descritas. A nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado in vivo que compara la presión entre las distintas modalidades y posiciones en NLPC.

O20) MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA.

Benítez-filselcker, A.(1); Gil, A.(1); Andriola, M.(1); Ávila, C.(1); Heskia, S.(2); Punte, T.(3); Barahona, J.(4); Consigliere, L.(4); De La Llera, J.(4); Vizuete, E.(4); Marchant, F.(5); Águila, F.(4);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Fellow de Endourología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Urólogo, Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José, Santiago, Chile (5): Urólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Tradicionalmente, el tamaño litiásico se mide por el diámetro máximo, medida lineal que puede subestimar la verdadera carga litiásica. El objetivo de nuestro trabajo es determinar un punto de corte de volumen litiásico en ureteroscopia flexible (URS-f) con vaina de acceso convencional y evaluar el rol adicional de la densidad.

Materiales y Métodos:
Estudio retrospectivo, observacional, analítico de URS-f realizadas entre 2018 y 2025 con equipo descartable y láser de Holmio de baja potencia. Todos los pacientes contaron con tomografía pre y posoperatoria. El volumen litiásico se estimó mediante la fórmula del elipsoide (0.167 x π x Largo x Ancho x Alto). La tasa de stone free (SFR) se evaluó con 2 definiciones (i)convencional (<4mm) y (ii)volumétrica equivalente a litiasis de 4 mm en todos sus ejes (33.28mm3). Se construyeron curvas ROC y se obtuvo el punto de corte óptimo del volumen mediante índice de Youden. Se realizó un modelo de regresión logística binaria incluyendo el volumen y la densidad como predictores. Los análisis se realizaron en SPSS v29.

Resultados:
Se analizaron 321 procedimientos. El volumen litiásico preoperatorio mostró una discriminación moderada para predecir SFR convencional con AUC 0,754 (IC95% 0,697–0,811; p<0,001). Para SFR volumétrico, el AUC fue muy similar (0,748; IC95% 0,690–0,806). El punto de corte se ubicó en 824mm³, con sensibilidad 0,74 y especificidad 0,66 (Youden ≈0,40). En el modelo multivariado, el volumen se asoció de forma independiente con menor probabilidad de SFR a mayor volumen (OR 0,339; IC95% 0,247–0,465; p<0,001). La densidad no mostró asociación significativa (OR 1,035; IC95% 0,960–1,115; p=0,374). La discriminación del modelo no mejoró al añadir densidad (AUC 0,754 solo volumen versus 0,753 volumen+densidad).

Discusión:
La volumetría es un factor capaz de predecir la SFR en forma significativa con un punto de corte umbral de 824mm³. La densidad no aportaría capacidad predictiva del SFR en URS-f. Estos hallazgos apoyarían el uso del volumen como un predictor útil en la planificación quirúrgica en litiasis urinaria.

O21) PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE.

Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Díaz Bravo, G.(1); Larenas Huguet, F.(1); Heskia Araya, S.(1); Martínez Osorio, C.(1); Salvadó Besnier, J.(2); Ibañez, H.(2); Fullá Ortiz, J.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La ureteroscopía flexible (fURS) se ha convertido en el estándar de oro para el manejo de litiasis renales y ureterales. Uno de los puntos críticos es el control de la presión intrarrenal (PIR) durante el procedimiento. Hay consenso que PIR mayor a 40 cmH>O se asocian a riesgo de reflujo pielovenoso y con ello de sepsis y fiebre postoperatoria. Se ha desarrollado un sistema de irrigación automatizado (Asurys) regulado según la PIR que el mismo ureteroscopio sensa en tiempo real. El objetivo es evaluar seguridad y rendimiento clínico de Asurys durante fURS en pacientes con litiasis renales o ureterales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, entre abril y junio de 2025 en dos centros de Santiago, Chile. Se incluyeron pacientes adultos (≥18 años) con diagnóstico de litiasis ureteral o renal, sometidos a ureteroscopía flexible (n=14). Se excluyeron pacientes con infección urinaria activa, malformaciones anatómicas relevantes, embarazo o lactancia. En todos los casos se empleó un ureteroscopio desechable LithoVue Elite acoplado al sistema Asurys. Se registró de manera continua las presiones intrarrenales, parámetros intraoperatorios (duración del procedimiento, tiempo de uso del láser y utilización de vainas de acceso). Las complicaciones postoperatorias se clasificaron según Clavien-Dindo, y se tomaron muestras de laboratorio (proteína C reactiva, fibrinógeno, creatinina) antes de la cirugía y entre 2 y 3 horas después.

RESULTADOS: La media de edad fue de 51 años y el 78,6% correspondió a pacientes masculinos. La mediana de diámetro de los cálculos fue de 8 mm y su volumen de 189,9 mm^3. La mediana de duración de la cirugía fue de 60 minutos (rango 50,0–90,5) y la presión intrarrenal promedio alcanzó 29,4 ± 13,1 cmH>O. Un caso (7,1%) presentó infección urinaria grado II de Clavien-Dindo y otro (7,1%) dolor leve grado I.
CONCLUSIONES: El uso de Asurys permitió mantener de forma estable la presión intrarrenal por debajo de los 40 cmH>O, con baja incidencia de complicaciones y alta aceptación por parte del cirujano, lo que respalda su seguridad y eficacia en procedimientos de ureteroscopía flexible.

PALABRAS CLAVE: Endourología; Seguridad; Ureteroscopía; Urolitiasis.

O22) EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC.

Punte Menendez, T.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Aguila, F.(1); Marchant, F.(2); De La Llera, J.(1); Barahona Chomali, J.(1); Avila, C.(1); Consiglieri, L.(1); Vizuete, E.(1);
(1): Hospital San Jose, Santiago, Chile (2): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La Nefrolitotomía percutánea miniaturizada (MiniPerc) es una modalidad de la cirugía percutánea que utiliza tractos de dilatación <20Fr. Esta técnica mínimamente invasiva ha demostrado una tasa de efectividad y stone free (SFR) similares a técnica estándar, disminuyendo la tasa de complicaciones. La gran limitante de la masificación de la MiniPerc es el elevado costo de acceso y mantención del mini-nefroscopio. El objetivo del trabajo es describir la experiencia clínica en la realización de Nefrolitotomía Percutánea Miniaturizada con equipo descartable en 3 centros (público, privado y universitario) en Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 26 pacientes sometidos a nefrolitotomía percutánea miniaturizada. Se utilizó el equipo descartable REDPINE (Guangzhou REDPINE Medical Equipment Co.) de 15Fr, con un Amplatz de 18Fr con aspiración de la misma empresa. Se utilizó un láser Ho:YAG de alta potencia. Se registraron variables demográficas, características litiásicas, variables intraoperatorias y postoperatorias. Se realizó una tomografía de control a las 24 hrs postoperatorias como estándar.

Resultados:

Se analizó un total de 26 pacientes. La mediana de edad fue 53.5 años. Un 80.6% de los pacientes fue ASA 2. La media de tamaño mayor fue 23 mm (IQR 20.5-28.5) con una mediana de volumen litiásico de 2516.8 mm3 (IQR 2260.5 - 3605.5) y densidad mediana de 1020 UH. La mediana de tiempo quirúrgico fue 121 min. Se realizó cirugía tubeless en 24 de 26 pacientes (92.3%). La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días. La SFR estimada fue de 73.1%, con una mediana de reducción del volumen litiásico de 99.6%. La tasa de complicaciones fue de 7.6% (2 casos) siendo todas complicaciones de bajo grado (Clavien-Dindo I-II).

Discusión:

La MiniPerc es una técnica segura y eficaz para el manejo de la litiasis renal. El uso de equipos descartables, como el sistema REDPINE, permite mantener resultados clínicos favorables con baja tasa de complicaciones, reduciendo costos y facilitando su implementación en centros con recursos limitados.

O23) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO

Andriola, M.(1); Benítez, A.(1); Gil, A.(1); Heskia, S.(1); Punte, T.(1); Barahona, J.(1); Consigliere, L.(1); Vizuete, E.(1); De La Llera, J.(1); Marchant, F.(1); Aguila, F.(1);
(1): Hospital San José, Independecia, Chile

Introducción:

La ureteroscopía flexible (URSf) actualmente corresponde a una técnica quirúrgica habitual y extendida en el quehacer del Urólogo a nivel nacional. Uno de los hitos que permitió el acercamiento de este procedimiento a la práctica habitual fue la llegada de equipos flexibles descartables. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica de 743 casos consecutivos de URSf descartable en un centro de salud público de referencia nacional.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de pacientes con litiasis renal sometidos a URSf entre junio 2018 y junio 2025. Se analizaron variables demográficas, perioperatorias y de volumetría litiásica, esta última calculada mediante la fórmula del elipsoide. Se definió como criterio de *stone free* un diámetro <4 mm y por volumen equivalente (33,28 mm^3). Los pacientes se agruparon según volumen preoperatorio: <500 mm^3, 500–1000 mm^3, 1000–2000 mm^3 y >2000 mm^3.

Resultados:

La cohorte incluyó 743 pacientes, mediana de edad 53 años (RIQ: 41–62), 55% mujeres. La lateralidad fue izquierda en un 50%, derecha en un 45,7% y bilateral en un 4,3%. El tamaño mediano fue 15 mm (RIQ: 10–22), densidad 1000 UH (RIQ: 617–1215) y volumen preoperatorio 560 mm^3 (RIQ: 277–1142). El tiempo quirúrgico mediano fue de 70 min (RIQ: 51–95). La tasa global de *stone free* (SFR) fue de 72,3% y según volumen preoperatorio (SFR):

- <500 mm^3:convencional (C) 81,1%, volumétrico (V) 82,7%, media reducción 94,1%.
- 500–1000 mm^3: C: 68,3%, V: 67,0%, media de reducción 90,1%.
- 1000–2000 mm^3: C:57,6%, V:61,0%, media de reducción 87,7%.
- 2000 mm^3: C: 18,9%, V: 24,3%, media de reducción 77,8%.

Conclusiones:

La URSf es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de litiasis renal, consolidándose como la más utilizada por urólogos generales en el país. El volumen litiásico se identifica como un factor pronóstico relevante: a mayor carga, menor tasa de éxito *stone free*. No obstante, incluso en litiasis de gran volumen, la URSf permite una reducción significativa de la carga litiásica.

O24) DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA.

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(1); Fuentes, P.(1); Garcia, X.(1); Campillo, M.(1); Quintanilla, L.(1);
(1): Laboratorio de Medicina y Diseño -MEDLAB-, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El examen de Uroflujometría (UFM) es ampliamente utilizado en Urología; sin embargo, posee múltiples limitaciones para todos los usuarios involucrados en el proceso. Para el paciente es incómodo y costoso. Para el Urólogo, la medición aislada de un solo registro de flujo, puede ser no representativo de la realidad miccional del paciente. El objetivo de este trabajo es describir como un equipo multidisciplinario conformado por urólogos, diseñadores e ingenieros lograron desarrollar un prototipo funcional de un dispositivo que logra medir las variables tradicionales del examen de UFM utilizando el sonido que emite chorro de orina al caer en el agua del inodoro.

Material y métodos

Se intervino un inodoro estándar para hacerlo funcionar como un UFM tradicional que logra medir las siguientes variables: volumen orinado, tiempo de micción, flujo máximo (Qmax), flujo promedio (Qprom) y la curva flujo. En forma paralela se desarrollaron pequeñas unidades captadoras de audio de 5 x 5 cm que van adosadas por la cara externa del inodoro para captar el sonido que emite la orina al chocar contra el agua del inodoro. Se realizaron pruebas en sujetos reales que orinaron en el inodoro captando las variables de UFM tradicional y en el mismo acto el sonido del chorro de orina impactando el inodoro.

Resultados

Los rangos de frecuencia e intensidad del sonido emitido por el chorro de orina al chocar contra el agua del inodoro junto con la transmisión y amplificación de esas ondas por la materialidad y eco de la porcelana permitieron obtener una correlación estadísticamente significativa ($p<0.05$), que permiten a través del sonido obtener las variables clínicamente más relevantes del examen de UFM: morfología de la curva, Qmax, Qprom y volumen orinado.

Conclusiones

El trabajo multidisciplinario permitió desarrollar un Sono-Uroflujómetro que entrega información equivalente a la UFM tradicional, con la ventaja que este nuevo dispositivo puede ser usado en casa, no toma contacto con la orina, es de bajo costo, y permite el registro de miles de flujos de orina de un mismo paciente, mejorando radicalmente la experiencia del examen junto con la cantidad, calidad y confiabilidad de los datos.

UP) TRABAJOS LIBRES UROLOGÍA PEDIÁTRICA

O25) LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO

Yankovic, F.(1); Recabal, X.(1);
(1): Clinica Santa maría, Santiago De Chile, Chile

Introducción

La balanitis xerótica obliterante (BXO) o liquen escleroso es una condición inflamatoria crónica poco frecuente en pediatría. En pacientes sometidos a reparación de hipospadias puede manifestarse con estenosis de la neo uretra tanto precoz como tardía, comprometiendo los resultados funcionales.

Caso clínico

Paciente masculino incia controles a los 6 meses de vida por hipospadias penoscrotal. Se planificó corrección en dos tiempos: a los 8 meses se realizó corrección de la curvatura e injerto prepucial libre; 7 meses después se efectuó el segundo tiempo con uretroplastía del injerto prepucial libre y colgajo de dartos. Evolucionó favorablemente, manteniendo controles periódicos hasta el año 2023, a los 8 años, encontrándose asintomático.

En marzo de 2025 consultó por retención aguda de orina, precedida por disuria progresiva y anuria de 12 horas. En otro centro se intentó sondaje en forma infructuosa y fue trasladado a nuestra institución. Evolucionó transitoriamente con diuresis espontánea, pero a los 6 días reconsultó, requiriendo cistostomía por punción. Se constata con fluoroscopía estenosis crítica de la neourtera. Se planifica exploración quirúrgica donde se constató estenosis crítica de la neouretra con compromiso completo del injerto. Se realizó excisión total del injerto uretral, uretrostomía perineal e injerto de mucosa oral de labio inferior. La biopsia confirmó liquen escleroso con marcada actividad inflamatoria. Evolucionó con buena recuperación, chorro miccional normal y sin recurrencia clínica, en espera de segundo tiempo quirúrgico.

Conclusión

La balanitis xerótica obliterante debe considerarse como complicación tardía en pacientes con hipospadias. El seguimiento prolongado permite la detección precoz y una adecuada planificación quirúrgica para preservar la función urinaria.

O26) PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE

Reed López-güereña, F.(1); Acuña Muijica, C.(1);
(1): Clinica Alemana, Santiago, Chile

Introducción

El siringocele corresponde a una dilatación quística del conducto de las glándulas de Cowper. Su incidencia en edad pediátrica es baja y suele presentarse con síntomas obstructivos inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico. La endoscopía puede no ser concluyente y confundirlo con una estenosis uretral, por lo que la uretrografía retrógrada y la reevaluación cuidadosa resultan fundamentales.

Caso clínico

Paciente masculino de 8 años, con antecedente de cirugía por malformación de Arnold-Chiari tipo I realizada 10 meses antes, en la cual habría presentado un traumatismo uretral secundario a sondaje. Posteriormente requirió cistostomía por imposibilidad de orinar. Los intentos de pinzamiento de la sonda no lograron micción por uretra, además de dolor localizado en la región peneana media. Se realizaron dos cistoscopías que no evidenciaron zona clara de estenosis. La uretrografía retrógrada mostró una estrechez no crítica en la unión de uretra bulbar con la pendular. En una nueva evaluación endoscópica se identificó un siringocele obstructivo, el cual fue tratado mediante resección con láser. La evolución fue favorable, con micción espontánea, desaparición del dolor y sin recurrencia durante el seguimiento.

Discusión

El diagnóstico de siringocele en pediatría puede ser desafiante, especialmente en pacientes con antecedentes de instrumentación o cirugía, donde la sospecha inicial se orienta a una estenosis uretral. La asociación de síntomas persistentes, estudios endoscópicos poco concluyentes y hallazgos sugestivos en la uretrografía retrógrada deben alertar sobre esta entidad. El tratamiento endourológico con láser permite una resolución rápida, mínimamente invasiva y con bajo riesgo de recurrencia, representando una opción terapéutica eficaz y segura.

Conclusión

El siringocele debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de obstrucción uretral en niños. La uretrografía retrógrada y la reevaluación endoscópica son claves para su identificación. La resección endoscópica con láser constituye un abordaje efectivo que ofrece buena evolución clínica y preservación de la función miccional.

Palabras clave: siringocele, pediatría, obstrucción uretral, endourología, láser.

O27) ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN

Reed López-güereña, F.(1); Recabal, X.(1); Finsterbusch, C.(1); Mainguyague, R.(1); Letelier, N.(1); Yankovic, F.(1);
(1): Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile

Introducción:

El diagnóstico antenatal de hidronefrosis permite la pesquisa temprana de malformaciones del tracto urinario y la planificación de un manejo oportuno. Dentro de estas entidades, el megauréter obstructivo constituye una causa poco frecuente de dilatación ureteral congénita, que puede comprometer la función renal si no se corrige. El tratamiento endoscópico mínimamente invasivo representa una alternativa válida en casos seleccionados, especialmente cuando es posible evitar la exposición a radiación.

Caso clínico:

Se presenta un lactante masculino con diagnóstico antenatal de hidroureteronefrosis derecha. A la edad de un mes, la ecografía postnatal evidenció marcada dilatación y tortuosidad ureteral, con adelgazamiento del parénquima renal. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de megauréter obstructivo. Se decidió manejo endoscópico mediante dilatación neumática con balón semicomplaciente. Durante la cistoscopia diagnóstica se identificó un uréter ectópico con desembocadura en la uretra posterior, inmediatamente bajo el cuello vesical, generando la obstrucción. Se procedió a la dilatación del segmento afectado bajo control ecográfico, sin incidentes, y se instaló un catéter pig tail para asegurar el drenaje ureteral y prevenir reestenosis. Todo el procedimiento se realizó sin fluoroscopia, utilizando exclusivamente guía ecográfica para el posicionamiento del balón y del catéter.

Conclusión:

El caso ilustra la relevancia del diagnóstico prenatal y el seguimiento ecográfico precoz en malformaciones urológicas congénitas. La dilatación neumática endoscópica se muestra como una opción terapéutica segura y eficaz para el megauréter obstructivo, incluso en escenarios de implantación ectópica. La realización del procedimiento bajo guía ecográfica

exclusiva permite evitar radiación ionizante, lo que constituye una ventaja significativa en la población pediátrica.

O28) SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS

Reed López-güereña, F.(1); Páez Cortes, J.(2); López Egañaq, P.(2);
(1): Hospital Exequiel González Cortes & Clinica Alemana, Santiago, Chile (2): Rainbow Babies and Children Hospital, Cleveland, USA

Introducción

El tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) mediante inyección de material abultante requiere habilidades visuales y táctiles específicas. Si bien existen simuladores sintéticos, su fidelidad anatómica "real" es limitada. Evaluamos un modelo biológico con vejiga porcina como herramienta de simulación práctica.

Objetivo

Evaluar el impacto de un taller hands-on con vejigas porcinas sobre la confianza del operador y la percepción técnica en relación con distintos tipos de agujas y materiales de inyección.

Métodos

Estudio piloto con 30 participantes. Se realizaron inyecciones submucosas en vejigas porcinas utilizando dos tipos de agujas (punta vs. lateral) y tres materiales (Vantris®, gel ecográfico, alcohol gel). Se midió la confianza antes y después del taller (escala Likert 1–5), así como realismo del modelo y preferencias técnicas.

Resultados

Participaron 30 urólogos pediatras. El taller de inyección duró 180 minutos en práctica. La encuesta post-taller fue contestada por 29 participantes. Los resultados mas destacados fueron

- Confianza: la media aumentó de 3,8 (pre) a 4,4 (post); mediana post = 5.
- Realismo (media): resistencia tisular 4,7; ductabilidad Vantris 4,6; visualización del bleb 4,5; coordinación mano-ojo 4,3.
- Preferencias:
    - Aguja más útil: apertura en la punta (59%).

- Material preferido: Vantris® (67%).

- El 100% recomendaría el modelo para otros médicos.

Tabla 1. Evaluación del realismo del modelo

Aspecto evaluado	Media
Resistencia tisular	4.7
Visualización de ampollas	4.5
Ductabilidad (Vantris®)	4.6
Coordinación mano-ojo	4.3

Conclusión

El modelo con vejiga porcina demostró alta fidelidad táctil y visual, generando un aumento significativo en la confianza técnica post-taller. Su bajo costo y accesibilidad lo hacen ideal para programas de formación en urología pediátrica.

Palabras clave

RVU, simulación quirúrgica, vejiga porcina, Vantris, hands-on, educación médica.

O29) ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO .

Concha Grossi, G.(1); Sanhouse, R.(2); Vilchez B, L.(3); Donoso O, V.(4); Zapata, G.(5); Salazar R, D.(6); Donoso R, G.(7); Pichott, A.(8);
(1): Servicio Cirugia pediatrica,Hospital Dr Franco Ravera ZuninP, rancagua, chile (2): Servicio Urologia,hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, chile (3): Servicio Cirugia

pediatrica,hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (4): Servicio Cirugia Pediátrica,Hospital Dr Franco Ravera zunino, Rancagua, Chile (5): Servicio Radiologia,Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (6): Servicio Anatomia PatologicaHospital Franco ravera Zunino, Rancagua, Chile (7): Servicio medicina nuclear,Corporacion Renal Infantil Mater, Santiago, Chile (8): Servicio imagenologia,Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La estenosis pieloureteral congénita es una patología donde la pieloplastía desmembrada es el gold estándar de tratamiento, ya sea abierta, laparoscópica o robótica. Existe un porcentaje bajo de reestenosis, con fibrosis en dicha unión. La forma de reintervención es un desafío terapéutico.

Presentación de caso clínico:

Paciente femenina, 10años, con antecedente de estenosis pieloureteral, intervenida en enero 2024 con pieloplastía Anderson Hynes abierta, evoluciona con filtración de la anastomosis. En el estudio de control, la ecografía muestra una persistencia de la severa hidronefrosis con dilatación de calices, 20mm diámetro ap en imagen renal trans al estudio ecográfico, el cintigrama dinámico mag3 presenta una curva con escasa eliminación, y la función renal en 38%. Uroresonancia, confirma la presencia de la severa hidronefrosis, con escasa eliminación del contraste al ureter distal.

Se planifica y efectúa una dilatación endoscópica, con balón medicado. Se aborda vía cistoscopia, pielografía ascendente, se identifica el área estenótica, se asciende un balón 3,5cm ancho, 12 mm de longitud se aplica presión de 8 atm, para luego, subir un balón medicado de 4mm, 12 mm longitud, dilatando con 12 atm y s e mantiene por 90 segundos. Finalmente se deja instalado catéter doble j y sonda Foley, la evolución posterior es adecuada.

Conclusiones: el manejo de la redo estenosis pieloureteral con dilatación endoscópica, es una opción terapéutica dentro de las alternativas terapéuticas.

El seguimiento clínico e imagenológico en el tiempo es fundamental en el manejo postoperatorio.

O30) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS

Sorrentino, G.(1); Gana, R.(1); Acuña, C.(1); Klinowski, M.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

La extensión de la edad pediátrica hasta los 18 años en Chile, en el marco de la Ley N°21.430 y el Decreto N°604, ha tenido un efecto directo en las diferentes especialidades médicas. El objetivo de este estudio fue evaluar dicho impacto en las intervenciones urológicas realizadas en adolescentes de 15 a 18 años en el Hospital Padre Hurtado entre 2021 y 2024.

Se realizó una revisión retrospectiva de los registros clínicos que incluyó a los pacientes intervenidos por el equipo de urología pediátrica en este rango etario. Se analizaron variables como año, diagnóstico, procedimiento realizado.

Se identificaron 630 intervenciones urológicas, de las cuales 63 son adolescentes entre 15 y 18 años , lo que corresponde al 10% del total con un aumento progresivo desde 3,7% en 2021 hasta 14,7% en 2024. Los procedimientos más frecuentes fueron circuncisiones (50,8%) y cistoscopias (14,3%), seguidas de cirugías de mayor complejidad como ureterolitotomías (4,8%), pieloplastias (3,2%), una ureterostomía (1,6%) y una ampliación vesical (1,6%). Se realizaron además intervenciones menos frecuentes como instalación de prótesis testiculares (3,2%) y corrección de la curvatura del pene (1,6%). El 6,4 % fueron descensos testiculares y orquiectomias. Finalmente se incluyó una laparotomías exploratoria, una cistostomía, una orquidopexia por torsión testicular, una quistectomía, una hidrocelectomia, una uretrocistografía en pabellón, una uretroplastia y una varicocelectomía que en su totalidad sumaron el 17,5%.

Estos hallazgos reflejan que la extensión de la edad pediátrica no solo incrementa el volumen de pacientes, sino que también amplía la diversidad y complejidad de los procedimientos realizados. La atención de adolescentes incluye el seguimiento de patologías crónicas, como malformaciones urogenitales pero a su vez aumenta el volumen de patologías menos frecuentes en pediatría como las litiasis. Esto reafirma la necesidad de que los urólogos pediátricos se preparen para garantizar los cuidados más allá de la infancia.

O31) EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA.

Lira G., J.(1); Figueroa D., M.(2); Muñoz M., O.(3); Reed López-güereña, F.(4);
(1): Hospital Exequiel González Cortes & Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (4): Hospital Exequiel González Cortes, Clinica Alemana& Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La litiasis urinaria ha aumentado en las últimas décadas, impulsando el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas que se adapten a las nuevas necesidades de manejo. La

ureteroscopía flexible se ha consolidado como una alternativa eficaz y segura, especialmente con el uso de vainas de acceso ureteral. En adultos, el empleo de vainas con aspiración (FANS) ha demostrado beneficios al disminuir la presión intrarrenal, mejorar la visibilidad y facilitar la eliminación de fragmentos. En pediatría, la experiencia aún es limitada y la evidencia escasa.

Objetivo:

Describir la experiencia multicéntrica chilena inicial en el uso de FANS para el manejo de litiasis renal en pacientes pediátricos.

Métodos:

Se revisaron retrospectivamente los registros de 10 pacientes menores de 18 años tratados con ureteroscopía flexible y litotricia láser utilizando FANS en distintos centros nacionales entre 2024 y 2025. Se analizaron edad, sexo, localización de la litiasis, calibre de la vaina, uso de prestenting y resultados postoperatorios. La tasa libre de cálculos (SFR) se definió como ausencia de fragmentos >2 mm en imágenes de control.

Resultados:

La edad media fue de 11,7 años (rango: 6–18), con predominio femenino (60%). La localización más frecuente fue el cáliz inferior (60%), seguida de pelvis renal (30%). En el 90% de los pacientes se realizó prestenting previo. Se utilizó FANS 10/12 Fr en 70% de los casos y 11/13 Fr en 30%. Todos los procedimientos se efectuaron mediante ureteroscopía flexible y litotricia láser Holmio. La tasa de SFR fue del 60%, tanto para la definición de fragmentos >2 mm como para la ausencia absoluta de fragmentos residuales. No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias.

Conclusión:

El uso de FANS en población pediátrica es factible y seguro, con ausencia de complicaciones en esta serie inicial. La tasa de SFR del 60% refleja las dificultades inherentes a la litiasis compleja, en particular en cáliz inferior, así como la curva de aprendizaje de esta técnica en niños. Se requieren series multicéntricas más amplias para establecer el rol definitivo del FANS en el tratamiento de la litiasis renal pediátrica.

O32) IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL

Acuña Mujica, C.(1); Rodríguez H., J.(2); Gana G., R.(3); Correa T., R.(4); Reed López-güereña, F.(5);
(1): Clinica Alemana & Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana & Hospial Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (3): Clinica Alemana 6 Hospital Padre Hurtado,

Santiago, Chile (4): Clinica Alemana y Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (5): Clínica Alemana & Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile

Introducción

La uretroplastia es una cirugía compleja, con curva de aprendizaje prolongada y tasas de complicaciones relevantes incluso en manos expertas. La simulación en modelos animales ofrece una alternativa segura para acelerar el entrenamiento y reforzar habilidades quirúrgicas.

Objetivo

Evaluar el impacto de un taller de simulación de uretroplastias distales en modelos animales sobre la confianza del operador y la percepción de fidelidad del modelo.

Métodos

Se desarrolló un taller práctico de 180 minutos con 10 participantes (8 urólogos pediátricos y 2 cirujanos pediátricos). Se utilizaron dos modelos animales (cerdo y pollo). Los asistentes realizaron uretroplastíadistal según técnicas de Snodgrass y Mathieu. Al término, completaron una encuesta estructurada respecto a confianza, habilidades adquiridas y fidelidad de los modelos.

Resultados

Todos los participantes respondieron la encuesta. La mayoría calificó la actividad como altamente útil y bien diseñada. Destacaron:

• “Mejoró mi conocimiento” (8/10 “Muy de acuerdo”).

• “Mejoró mi confianza” (9/10 “Muy de acuerdo”).

• “Mejoró mi habilidad en la técnica de Snodgrass” y en “deglobamiento” (≥60% “Muy de acuerdo”).

Estos hallazgos reflejan un impacto positivo en aprendizaje, confianza y destrezas técnicas.

En cuanto a fidelidad, un 30–40% de respuestas se ubicaron en categorías intermedias para la simulación de la placa incidida y deglobamiento, sugiriendo espacio de mejora en realismo. Asimismo, la evaluación del ambiente del taller mostró cierta dispersión, lo que podría optimizarse con mayor apoyo logístico y recursos complementarios.

Conclusión

El taller de simulación en modelos animales para uretroplastía distal fue altamente valorado por los participantes, quienes reportaron mejoras significativas en conocimientos, confianza y habilidades quirúrgicas. Los principales desafíos se centran en perfeccionar la fidelidad de los modelos y fortalecer las condiciones del entorno de enseñanza.

Palabras clave: Uretroplastía, hipospadias, simulación quirúrgica, entrenamiento, habilidades técnicas.

O33) SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE.

Nome Farbinger, C.(1); Echeverria Saavedra, P.(1); Perez Lavandero, A.(1); Bello, A.(1);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena Temuco, temuco, Chile

Introducción

Las variaciones del desarrollo sexual (VDS) son un grupo heterogéneo de condiciones congénitas caracterizadas por discordancia entre el sexo cromosómico, gonadal o fenotípico Dentro de las VDS, el síndrome de persistencia de conductos de Müller (PMDS) corresponde a una de las formas menos frecuentes en individuos con cariotipo 46,XY. En Sudamérica, y particularmente en Chile, no existen registros epidemiológicos robustos. La información proviene de reportes aislados, lo que dificulta estimar su incidencia real.

Presentación del Caso

Paciente de 1 año, con 2 hermanos portador de VDS, ecografía compatible con testículos intrabdominales e imagen sugerente de útero. Cariotipo: 46,XY.Estudio genético molecular: Dos variantes de significado incierto (VUS) en gen AMHR2 Laparoscopia exploradora: se identifican ambos testículos intraabdominales con vasos cortos y presencia de restos müllerianos.

Discusión

El caso descrito corresponde a un síndrome de persistencia de conductos de Müller (PMDS). La presencia de dos hermanos varones con VDS de características similares sugiere un patrón de herencia autosómico recesivo, concordante con lo descrito en la literatura internacional, donde la mayoría de los casos familiares se relacionan con mutaciones en AMH o AMHR2. El diagnóstico definitivo se establece mediante la combinación de clínica, hallazgos de imagen (presencia de útero y testículos intraabdominales) y confirmación genética. El PMDS se asocia a diversas complicaciones a largo plazo. Infertilidad y riesgo tumoral.

Conclusión

Los casos de VDS pueden asociarse a estigma social y dificultades en la comunicación con las familias. Es importante destacar que el diagnóstico molecular no es requisito para realizar un abordaje quirúrgico. En la mayoría de los reportes, el diagnóstico inicial se realiza con ecografía o laparoscopia exploradora, que permiten identificar las estructuras persistentes y planificar la cirugía. La literatura enfatiza que la preservación gonadal debe ser prioritaria, buscando un equilibrio entre reducción de riesgo tumoral y preservación de fertilidad.

OA3) TRABAJOS LIBRES ORAL 3

O34) ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA

Castiglioni Del Rio, E.(1); Gaete Dañobeitía, M.(1); Varas Cohen, J.(1); Astroza Eulufi, G.(2); (1): Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La nefrectomía parcial y la pieloplastia laparoscópica son procedimientos avanzados en urología con curvas de aprendizaje prolongadas y oportunidades limitadas de entrenamiento clínico. La simulación ofrece un entorno seguro y repetible, sin embargo, existe poca

evidencia en cirugías urológicas. Este estudio piloto evaluó la factibilidad y el impacto en las habilidades de un programa simulado.

Métodos

Se realizó un programa con 10 sesiones de nefrectomía parcial y 10 de pieloplastia laparoscópica, desarrolladas en un centro de simulación. En cada sesión se registraron tiempos operatorios por subtareas (eficiencia operatoria), puntajes OSATS pre y post (competencia técnica) y ocurrencia de errores críticos de filtración y permeabilidad (seguridad). Para el análisis se aplicaron modelos lineales mixtos, prueba de Wilcoxon y modelos lineales generalizados.

Resultados

Participaron 10 urólogos. Las medianas de tiempos iniciales fueron mayores en pieloplastia (34,5 min) que en nefrectomía (25,5 min). Al final del programa, ambos procedimientos redujeron sus tiempos de manera significativa, 21,0 y 15,5 min, respectivamente ($p<0,001$; $p<0,01$). Los tiempos operatorios disminuyeron progresivamente en cada sesión (nefrectomía –3,6% y pieloplastia –5,8% por sesión; $p<0,01$), alcanzando caídas globales cercanas al 39%.

La filtración, presente en aproximadamente 70–75% de los intentos iniciales, se redujo significativamente por sesión, con una disminución cercana a un tercio en cada intento ($\beta = –0,41$; OR 0,66; $p < 0,001$). En cambio, la permeabilidad se mantuvo estable a lo largo del programa ($\beta = –0.05$; OR 0,95; $p = 0,42$).

Los puntajes OSATS aumentaron de 15 a 25 puntos ($p \approx 0,01$), con un tamaño de efecto alto ($r = 0,87$), reflejando una progresión marcada en la adquisición de habilidades técnicas.

Conclusión

Un programa estructurado de simulación laparoscópica en cirugía urológica de 10 sesiones demostró ser factible para la adquisición de habilidades en nefrectomía y pieloplastia, asociándose a mejoras significativas en eficiencia operatoria, competencia técnica y reducción de errores críticos en ambas cirugías. Estos resultados respaldan el valor de la simulación como una herramienta para fortalecer la formación en habilidades quirúrgicas. Se requiere investigación adicional y seguimiento clínico para determinar su verdadera traducción a resultados operatorios en el ámbito urológico.

O35) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN?

Sepulveda, F.(1); Poblete, V.(1); Gallegos, I.(1); Novoa, C.(1); Astete, A.(1); Vargas, A.(1); Lagos, M.(1); Martinez, N.(1); Esse, P.(1);
(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción
La instalación de catéteres ureterales es una técnica habitual en urología para el manejo de obstrucciones urinarias. En pacientes críticos, el traslado a pabellón puede ser riesgoso o logísticamente complejo, retrasando la desobstrucción y aumentando la mortalidad en cuadros como la pionefrosis / Shock séptico. La instalación de catéteres JJ con anestesia local en unidades de paciente crítico surge como alternativa factible y segura

Material y métodos
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de alta complejidad, incluyendo todos los pacientes a quienes se instaló catéter ureteral doble Jota en la UPC entre enero de 2022 y julio de 2025. El procedimiento en UPC fue avalado por unidad de Calidad. El procedimiento fue efectuado bajo anestesia local endouretral, utilizando cistoscopia flexible y técnica de Seldinger. Ocho pacientes (57%) estaban sedados producto de la intubación. Se registraron datos demográficos, indicaciones, comorbilidades, éxito técnico y complicaciones.

Resultados
Se incluyeron 12 pacientes (14 unidades renales), 8 mujeres (64%) y 4 hombres (36%), con edad promedio de 64 años (rango: 44–78). Las principales indicaciones fueron pionefrosis (57%), pielonefritis/cistitis enfisematosa (22%) y otras causas (21%). En los casos de pionefrosis, todos estuvieron asociados a litiasis ureteral, con gérmenes predominantes Escherichia coli (71%) y Proteus mirabilis o Klebsiella oxytoca en menor proporción. La tasa de éxito en la instalación fue de 92.8% (13/14 procedimientos). En un paciente el ascenso de la guía fue fallido, requiriéndose instalación posterior en pabellón. No se observaron complicaciones atribuibles al procedimiento ni necesidad de reintervención durante la hospitalización ni tras el alta. Un paciente falleció al 7mo día por shock séptico refractario, a pesar de la correcta posición del catéter. La tolerancia fue satisfactoria en todos los casos.

Conclusiones
La instalación de catéteres ureterales JJ en la UPC es una alternativa factible, segura y bien tolerada, que evita retrasos asociados a la disponibilidad de pabellón y reduce riesgos del traslado y anestesia general. Nuestros resultados refuerzan la utilidad de esta estrategia en escenarios de urgencia urológica, especialmente en contextos con recursos limitados. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

O36) COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS.

Paredes Escobar, M.(1); Ramírez Pastén, S.(1); Villarroel, J.(2); Alonso, F.(1);
(1): Wmas, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD SON UN PROBLEMA GLOBAL DE GRAN IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS, INCLUYENDO LA PÉRDIDA DE VIDAS. LA INFECCIÓN ASOCIADA AL USO DEL CATÉTER URINARIO PERMANENTE POSEE UNA PREVALENCIA DE HASTA 43% SEGÚN EL TIPO DE PAÍS, GENERANDO UN GASTO ANUAL DIRECTO US$74 B2. HOY NO EXISTE UNA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA, YA QUE EL DISPOSITIVO USADO ACTUALMENTE ES EL CATÉTER DE SILICONA SOLA.

MATERIAL Y MÉTODOS: HEMOS DESARROLLADO COPESIL®, UN MATERIAL DE SILICONA CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE INMOVILIZADAS, ANCLADAS Y ESTABILIZADAS EN SU SUPERFICIE. NUESTRA TECNOLOGÍA POSEE UNA ENORME CAPACIDAD ANTIMICROBIANA Y ANTIBIOPELÍCULA LO QUE HA SIDO DEMOSTRADO EN MODELOS IN VITRO, IN VIDO Y EN UN ENSAYO CLÍNICO. DESARROLLAMOS COPESILCUP ®, UN CATÉTER URINARIO PERMANENTE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS.

RESULTADOS: COPESILCUP®, PROBADO EN UN ENSAYO CLÍNICO FASE III ENMASCARADO EN 4 HOSPITALES PUBLICOS RECLUTANDO 256 PACIENTES. DEMOSTRÓ SER EFECTIVO Y SEGURO, RR AJUSTADO DE 0,49 EN PERSONAS QUE USAN COPESILCUP (REDUCE 49 % EL RIESGO DE INFECTARSE), BAJÓ 10 PUNTOS LA INCIDENCIA HOSPITALARIA LOCAL Y NO PRESENTA REACCIONES ADVERSAS. AQUELLAS PERSONAS QUE REQUIEREN CATÉTER URINARIO POR MÁS DE 4 DÍAS SE BENEFICIARON DE MANERA SIGNIFICATIVA AL USAR COPESILCUP®, INCLUSO, PODRÍA TENER UN EFECTO TERAPÉUTICO EN EL USO PROLONGADO, YA QUE LOGRAMOS IDENTIFICAR ALGUNOS CASOS EN QUE LOS PACIENTES INGRESARON A LA CORTE INFECTADOS Y HUBO REMISIÓN/RECUPERACIÓN DE LA INFECCIÓN UNA VEZ INSTALADA LA SONDA CON NANOPARTÍCULAS.

CONCLUSIONES: LA TECNOLOGÍA ES UNA ALTERNATIVA EFICIENTE PARA ENFRENTAR LAS INFECCIONES SANITARIAS Y LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA A LOS ANTIBIÓTICOS. CONTRIBUIRÁ A LA SALUD DE LAS PERSONAS A NIVEL MUNDIAL, REDUCIENDO LA CARGA DE ENFERMEDADES, COSTOS SANITARIOS, USO DE ANTIBIÓTICOS Y DISMINUYENDO LA BRECHA DE ACCESO A TECNOLOGÍAS SANITARIAS. COLABORA CON LA GENERACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE IMPACTO TRASLACIONAL, AVANZANDO EN LA FRONTERA DEL CONOCIMIENTO Y A LA VANGUARDIA DE LA CIENCIA APLICADA. ES UNA TECNOLOGÍA COSTOEFICIENTE. COPESILCUP® EVITA INFECCIONES, MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y LA EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS. RECONOCIDA CON PREMIOS COMO EL AVONNI 2024.

O37) EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025

Grandi Pincheira, D.(1); Loyola Prado, G.(1); Briceño Muga, F.(1); Mulchi Espíldora, C.(2); (1): Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, CIESAL, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La Revista Urológica Chilena es el principal medio de difusión científica nacional en urología. La generación de evidencia local de calidad resulta clave para respaldar las decisiones clínicas, considerando las características propias de nuestra población. Sin embargo, la utilidad de estos estudios depende directamente de su solidez metodológica. Evaluar la calidad de las investigaciones publicadas permite identificar fortalezas y áreas de mejora, promoviendo así una práctica clínica basada en evidencia.

Material y métodos: Se efectuó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en la Revista Urológica Chilena entre enero 2015 y marzo de 2025. Se realizó una revisión a texto completo para clasificar la metodología de los estudios, considerando únicamente aquellos de tipo cuantitativo. Una vez identificados, se aplicaron las guías recomendadas por la red Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (EQUATOR), con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de cada publicación.

Resultados: Se analizaron 218 artículos, incluyendo 116 estudios observacionales, 58 reportes de casos y 33 revisiones narrativas. El cumplimiento promedio fue de 60.4% para estudios observacionales (guía STROBE), 67.5% para reportes de casos (guía CARE) y 56.25% para revisiones narrativas (guía SANRA). El cumplimiento promedio total fue de 59.6%. La consistencia en la calidad fue más alta en los estudios observacionales (DE 7.64%) y más variable en las revisiones narrativas (DE 17.51%). Los puntos con un cumplimiento inferior al 50% para estudios observacionales incluyeron la declaración del tipo de estudio en el título y la explicación del tamaño de la muestra. Para los reportes de casos, fueron la inclusión de tablas de eventos y el consentimiento informado. En las revisiones, fue la descripción de la búsqueda de literatura y las medidas de efecto.

Conclusión: Los resultados sugieren una oportunidad clave para el desarrollo de la revista. Esta variabilidad en la calidad apunta a la necesidad de fortalecer las competencias metodológicas en la comunidad clínica, promoviendo así prácticas basadas en la evidencia local.

O38) EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE

Rojas, A.(1); Libano, L.(1); Walbaum, J.(1); Majerson, A.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Los errores y eventos adversos en medicina no solo impactan a los pacientes, sino también a los profesionales de la salud que los protagonizan. Este fenómeno, conocido como *Síndrome de la Segunda Víctima* (SVS), descrito por Albert Wu en 2000, constituye una crisis silenciosa que compromete el bienestar profesional, la seguridad del paciente y la confianza en las instituciones. La prevalencia en especialidades medico quirúrgicas de Chile es desconocida hasta ahora. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y las características del SVS en médicos especialistas y residentes de urología y otras disciplinas quirúrgicas, además de evaluar sus consecuencias emocionales, profesionales e institucionales.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional mediante una encuesta en línea previamente validada al español sobre SVS. El cuestionario, de carácter anónimo, voluntario y de libre acceso, fue respondido por médicos especialistas y residentes de diferentes disciplinas quirúrgicas en Chile, entre mayo y agosto de 2025. El análisis estadístico se efectuó con el programa Stata BE versión 18.

Resultados

Respondieron 111 médicos de Arica a Magallanes: 75% eran de Santiago, 54% hombres, 31% cirujanos generales, 20% urólogos, 19% ginecólogos y 11% otorrinolaringólogos. El 54% eran especialistas y 46% residentes.
Un 95% refirió haber enfrentado complicaciones con pacientes y un 72% consideró haber experimentado el SVS, aunque 66% nunca había escuchado previamente el concepto. Al analizar por género, las mujeres reportaron significativamente más sentimientos de incompetencia, miedo y deseos de abandonar su trabajo tras complicaciones ($p<0,05$). En urología, el 60% reportó síntomas físicos o psicológicos desagradables, 80% percibió ausencia de apoyo institucional, 60% cuestionó su calidad profesional, 40% desarrolló miedo a nuevos procedimientos y 20% manifestó intención de dejar su lugar de trabajo o incluso abandonar la atención clínica. No se observaron diferencias significativas entre especialistas y residentes.

Conclusión

El SVS es altamente prevalente en especialidades médico-quirúrgicas en Chile y representa una realidad profundamente invalidante, invisibilizada por la falta de programas de apoyo institucional. Reconocer y abordar este fenómeno es un imperativo ético: cuidar al cuidador es también garantizar la seguridad del paciente y construir sistemas de salud más humanos y resilientes.

O39) IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.

Epifani Villalobos, C.(1); Delgado Valdivia, J.(1); Rodriguez Castillo, R.(1); Castillo Cárdenas, A.(1); Meriño Donoso, I.(1); Doll Garay, C.(1); Alarcon Rios, J.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Cisternas Pinto, D.(1); Romero S, V.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodriguez Concha, C.(1); Loyola Maturana, J.(1);
(1): Hospital San Pablo Coquimbo, Coquimbo, Chile

Introducción: El manejo de las neoplasias urológicas requiere coordinación multidisciplinaria y protocolos estandarizados que aseguren un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado. En 2020, el Hospital San Pablo de Coquimbo implementó la Unidad de Gestión Oncológica (UGO) para optimizar estos procesos, quien actúa en coordinación con la Enfermera Gestora de Urología (EGU), encargada del proceso de sospecha y seguimiento. Objetivos: Primario: cuantificar pacientes bajo control por neoplasias urológicas en el modelo UGO. Secundario: Describir la organización a través del Modelo de Gestión de la UGO, en coordinación con la EGU. Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con sospecha o diagnóstico de neoplasias urológicas entre 2020–2025. Se analizaron registros electrónicos, fichas clínicas, actas de comités oncológicos y bitácoras de servicio. Resultados: La Unidad de Gestión Oncológica (UGO) supervisa a los pacientes presentados al Comité Oncológico Regional y aquellos en tratamiento. Entre 2020 y 2025, se presentaron 975 casos al comité. 588 pacientes iniciaron tratamiento, de estos 537 con terapia de deprivación androgénica y 51 con BCG intravesical; de los cuales, 16 (31%) continúan en seguimiento activo. Desde 2023, la Enfermera Gestora de Urología (EGU) gestiona los casos en vigilancia activa, sospecha diagnóstica y seguimiento clínico, este último activado por la UGO para indicar inicio. En etapa de sospecha, la EGU ha coordinado 201 resonancias prostáticas, con 94 indicaciones de biopsia y una positividad del 70%. En relación al total de biopsias realizadas (n=205), alcanza una positividad del 79% (n=162). Además, se efectuaron 283 cistoscopias diagnósticas por sospecha de tumor vesical, con una positividad del 64% (n=181). En seguimiento, la EGU mantiene control sobre 547 pacientes, con una tasa de no adherencia del 8,8%; de estos el 67% (368) corresponden a cáncer de próstata, 19% (105) cáncer renal, 9% (49) testicular y 4.5% (25) a cáncer vesical. En vigilancia activa se registraron 51 pacientes (24 próstata, 21 riñón, 8 testiculares). Conclusiones: La implementación de la UGO en coordinación con la EGU, ha mejorado la oportunidad y calidad de la atención del paciente con neoplasia urológica, lo que fortalece la continuidad asistencial desde la sospecha diagnóstica hasta el seguimiento.

O40) ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO

Henríquez Guerrero, P.(1); Mejías Briceño, A.(1); Márquez Cordero, R.(1); Arancibia Ibaceta, A.(2); Navarrete Ponce, F.(2); Hohf Riveros, P.(1); Volosky Medina, M.(1); Mendoza Meléndez, E.(1); Marió Guzmán, C.(1); Iturriaga Villarroel, C.(1);
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Los comités oncológicos multidisciplinarios constituyen el gold standard en atención oncológica, cambiando el plan original en 17,8-32,3%. La inteligencia artificial (IA) en presenta conductas concordantes en estudios internacionales de 60-82,8%. En Chile, el recurso limitado plantea desafíos para la atención óptima, haciendo atractiva la herramientas de IA en asistir la toma de decisiones. Este estudio evaluó la concordancia entre un comité uro-oncológico y recomendaciones generadas por un modelo de IA adaptado al recurso local.

Materiales y métodos:

Estudio analítico retrospectivo de 43 casos de cáncer urológicos presentados en un mes en comité institucional, ingresándolos en un modelo de IA parametrizado para los recursos disponibles, considerando guías internacionales y evidencia actualizada, manteniendo anonimato del paciente. Se determinó la concordancia entre ambos. La IA entregó argumentación específica para casos discrepantes y éstos se clasificaron.

Resultados:

Hubo concordancia en 23 casos (53,5%) y discordancia en 20 (46,5%), con un kappa de 0,070 (acuerdo pobre). Los casos concordantes incluyeron cuidados paliativos, cirugías y tratamientos sistémicos. Las causas de discordancia fueron: inclinación por conductas distintas con el argumento de que presentaría mejor sobrevida (45%, principalmente en el de cáncer de próstata oligometastásico, en los que se priorizó el uso de terapia sistémica vs radioterapia en protocolo STAMPEDE), priorización de conductas con intención curativa sin demora (evitando riesgo de progresión) (30%), utilidad de otros estudios diagnósticos (20%), re-etapificación versus tratamiento (15%), referencia a guías clínicas (estipulando mejores resultados oncológicos que la conducta tomada por el comité) (10%) y preocupación por toxicidad de terapias sistémicas (5%). La IA priorizó adherencia a evidencia internacional y evitar demoras, mientras el comité ponderó el contexto local y la secuencia escalonada de estudios.

Conclusiones:

Éste primer estudio sudamericano que compara recomendaciones de IA ajustada a recursos locales con decisiones de un comité uro-oncológico mostró menor concordancia en relación a otros estudios internacionales, reflejando la importancia del criterio clínico en el contexto de la gestión de recursos limitados. La caracterización de argumentos permite avanzar hacia sistemas híbridos que combinen analítica de IA con juicio clínico local, sugiriendo que la IA puede complementar, pero no sustituir, la deliberación multidisciplinaria en este contexto.

O41) RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Hidalgo, S.(1); Hernandez, A.(1); Fraga, M.(1); Piaggio, E.(2); Saavedra, F.(1); Alarcón, L.(3); Alfaro, A.(4); Barahona, J.(1); Lladser, A.(1); Borgna, V.(5);
(1): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (2): Institute Curie, Paris, Francia (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile (5): Hospital Barros Luco-Trudeau; Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile

El carcinoma renal de células claras (ccRCC) es un subtipo prevalente y agresivo de cáncer de riñón. Las inmunoterapias que potencian la capacidad de los linfocitos T CD8> para eliminar células cancerosas se han convertido en un estándar de tratamiento para el ccRCC. No obstante, la infiltración tumoral por linfocitos T CD8> puede asociarse con desenlaces clínicos contrapuestos, probablemente debido a la heterogeneidad funcional entre los linfocitos T CD8> específicos del tumor. En este estudio observamos que los tumores de ccRCC están infiltrados por linfocitos T CD8> de memoria circulantes (Tcirc) y residentes en tejido (Trm) que reconocen de forma específica células de CCR autólogas en una modalidad dependiente de HLA de clase I. Las células Trm mostraron mayor reactividad tumoral pero menor potencial de célula madre (stemness) y un estado más exhausto, mientras que las Tcirc conservaron mayor potencial de stemness y citotoxicidad. La transcriptómica de célula única reveló una composición marcadamente heterogénea de poblaciones de memoria, que incluye subpoblaciones Tcirc citotóxicas y progenitoras, así como múltiples subpoblaciones Trm, incluidas Trm exhaustas. Los análisis de TCR y de trayectorias indican que los progenitores circulantes pierden su fenotipo circulante, su citotoxicidad y su potencial de stemness dentro del microambiente tumoral, a la vez que adquieren progresivamente un programa de diferenciación residente tisular seguido de un estado de diferenciación terminal. De forma interesante, el enriquecimiento tumoral en células Trm y Tcirc citotóxicas predice mejor supervivencia, mientras que las Trm exhaustas y el total de linfocitos T CD8> predicen peor supervivencia en pacientes con CCR. Nuestros hallazgos aportan nuevos conocimientos sobre las vías de diferenciación y el impacto clínico de los linfocitos T CD8> de memoria específicos del tumor que infiltran los tumores humanos de CCR.

O42) OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL

Castiglioni Del Rio, E.(1); Gaete Dañobeitía, M.(1); Rammsy Serón, F.(1); Astroza Eulufi, G.(2); Varas Cohen, J.(1);
(1): Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La formación en cirugía urológica como en la nefrectomía parcial y/o pieloplastia requiere la adquisición progresiva de habilidades técnicas complejas. Para ello, la retroalimentación oportuna y objetiva es un elemento clave. Por otro lado, la posibilidad de grabar cirugías laparoscópicas y robóticas permite generar evaluaciones más trazables y reproducibles que contribuyen al aprendizaje. Sin embargo, la revisión manual de videos implica una alta carga docente y limita la escalabilidad. La inteligencia artificial (IA), mediante sistemas multi-agente y modelos de lenguaje de gran escala (LLMs), ofrece la posibilidad de optimizar este proceso, automatizando parte de la evaluación y generando retroalimentación inmediata sin sustituir la interacción pedagógica humana.

Material y Métodos

Se desarrolló una herramienta formativa basada en IA multi-agente que combina algoritmos de visión computacional y procesamiento de lenguaje natural. El sistema procesa grabaciones quirúrgicas en entornos de simulación avanzada de nefrectomía parcial y pieloplastia, identificando pasos críticos y evalúando el desempeño técnico. Con ello, se genera una retroalimentación textual inmediata, editable y trazable. Se incorporaron dashboards para seguimiento secuencial de la progresión individual y colectiva de los participantes.

Resultados

La herramienta es capaz de identificar pasos técnicos relevantes y generar retroalimentación estructurada en modelos simulados de cirugía laparoscópica urológica (nefrectomía parcial y pieloplastia). Este enfoque tiene el potencial de acortar los tiempos de análisis frente a la revisión manual, permitiendo entregar retroalimentación de manera más ágil y homogénea. La generación del feedback se basó en cinco criterios de calidad de retroalimentación previamente estudiados y validados por nuestro centro.

Conclusiones

La implementación de una herramienta basada en inteligencia artificial permitió generar retroalimentación estructurada en modelos simulados de cirugía laparoscópica urológica, identificar pasos técnicos relevantes y aplicar a la retroalimentación criterios de calidad

previamente validados para evaluar el desempeño. Estos resultados respaldan la factibilidad de integrar IA para apoyar la evaluación y retroalimentación en entornos de simulación.

O43) ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS.

Benítez-filselcker, A.(1); Carafí, A.(1); Gurovich, J.(2); Aliaga, A.(3); Henríquez, D.(3); Íñiguez, S.(3); Walton-diaz, A.(3); Vega, A.(3); Román, J.(3); Vilches, R.(3);
(1): Residente de Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Fellowship Uro-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Urólogo, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) ofrece beneficios perioperatorios y funcionales con control oncológico comparable a la cirugía abierta, pero exige una curva de aprendizaje para optimizar variables perioperatorias. El objetivo del trabajo es analizar la curva de aprendizaje de una serie consecutiva de PRL.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo-analítico de 180 PRL consecutivas realizadas por un único cirujano. Se evaluaron tiempo operatorio, sangrado, complicaciones y márgenes. Se aplicó CUSUM con referencias predefinidas: 205min, 300ml, 10% y 20%, respectivamente. Se definieron tres fases: (i) inicial: desde el caso 1 al inicio de mejoría, ii) intermedia: desde el peak fase(i) hasta estabilización en la referencia), y iii) tardía (posterior a la estabilización). Se exploró el efecto de linfadenectomía en la curva.

Resultados:
En el tiempo operatorio se observa una fase inicial de 74 casos hasta el inicio de la mejoría, logrando la estabilización alrededor del caso 160. La mediana bajó de 210 a 180 min y los casos <205 min aumentaron de 43,2% a 67,8% entre la fase inicial y la fase intermedia. En sangrado, la fase inicial fue de 43 casos con un aumento en la proporción de sangrado <300 ml de 23,3% a 69,0%. En complicaciones la fase inicial fueron 94 casos, con caída de 21,3% (20/94; IC95% 13,8–31,2) a 2,7% (2/73; IC95% 0,5–10,4). En márgenes positivos la fase inicial fueron 37 casos con una diferencia de 33% en fase inicial a 14.6% en fase intermedia. La

linfadenectomía se asoció a mayores tiempos (medianas 210 vs 180 min, Wilcoxon p<0,001) y a un efecto ajustado de +42 min (p=0,006), sin modificar curva de aprendizaje.

Discusión:

El CUSUM permitió identificar puntos de corte en relación a la curva de aprendizaje con consolidación de tiempos cercano al caso 160, disminución sostenida del sangrado posterior al caso 43 y descenso marcado de complicaciones luego del caso 94. La reducción de márgenes positivos carcano a 15% en la fase intermedia respalda la maduración técnica. La linfadenectomía incrementó el tiempo sin modificar la trayectoria de aprendizaje.

O44) RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO.

Valero Fuentealba, G.(1); Bravo Izurieta, J.(2); Silva Cornejo, M.(3); Ortiz Roldan, F.(3); Larrañaga Riquelme, M.(2); Parrao Ruz, D.(4); Vera Arroyo, N.(3);
(1): HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA, RANCAGUA, CHILE (2): HOSPITAL FRANCO RAVERA-RANCAGUA, RANCAGUA, CHILE (3): HOSPITAL FUSAT, RANCAGUA, CHILE (4): UNIVERSIDAD OHIGGINS, RANCAGUA, CHILE

INTRODUCCIÓN: El cáncer de testículo es la neoplasia más frecuente entre los 20 y 35 años. Con el enfoque multidisciplinario moderno, se ha logrado optimizar y mejorar las tasas de curación. Sin embargo, a pesar de quimioterapia (QT), aproximadamente 30-35% pacientes presentan recidiva tumoral especialmente en retroperitoneo. En estos casos se puede realizar QT de segunda línea o resección quirúrgica, siendo la vía abierta el gold estándar. El acceso laparoscópico es también una alternativa, que ha ido surgiendo con la evolución de la técnica. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de la resección laparoscópica en pacientes con recidiva tumoral post QT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo con 20 pacientes operados entre 2011 y 2024. Todos habían recibido tres o cuatro ciclos de QT en base a etopósido y tenían marcadores tumorales negativos. Técnica quirúrgica laparoscópica estándar. Se analizan las variables histológicas, perioperatorias y seguimiento de los pacientes.

RESULTADOS: Edad promedio 28 años (20-39). Lado derecho 12 pacientes. Tiempo promedio desde término de QT y cirugía 9,4 meses (4-25). Histología de orquiectomía: 16 (80%) con tumor no seminoma mixto, 2 (10%) seminoma y 2 (10%) teratoma. Tamaño promedio masa 4,3 cms (2-7). En dos pacientes no fue posible completar resección debido a falta de plano

de disección con estructuras vasculares (vasos ilíacos e hilio renal). En ambos se tomó tejido para muestra. En los otros 18 pacientes se logró resección completa por vía laparoscópica sin conversión. Histología definitiva: 10 teratoma, 7 fibrosis, 3 seminoma (incluido biopsia de masa no resecable). Sangramiento promedio 80 cc (10-225). Tiempo hospitalización promedio 1,8 días (1-4). Con seguimiento promedio 96 meses (6-148), 4 pacientes presentaron recidiva tumoral (2 retroperitoneal y 2 tórax). Dos pacientes fallecidos por progresión de enfermedad a los 24 y 30 meses, lo que determina sobrevida global de 90%.

DISCUSION: El análisis de los resultados muestran que es factible ofrecer esta vía quirúrgica. Los resultados son comparables a la cirugía abierta y son acordes a los publicados. Continúa siendo necesario, a nuestro parecer y realidad de trabajo, una selección más fina de las terapias post orquiectomía.

O45) IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE

Walbaum, J.(1); Fuentes, A.(1); Rojas, A.(1); Acosta, A.(1); Antunez, C.(1); Santis, J.(1); Moreno, N.(1); Castiglioni, E.(1); Manterola, C.(1); Domínguez, J.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivos: Chile presenta una de las tasas de mortalidad por cáncer testicular (CT) más altas del mundo (1,1/100.000 personas). En 2010, se implementó el GES de cáncer testicular, que estableció la evaluación urgente de pacientes con sospecha de CT, su tratamiento y seguimiento, en plazos definidos. Revisamos el impacto de la implementación del GES en dos grandes instituciones del sistema público y privado.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de cohorte histórica. Se incluyeron 1571 pacientes sometidos a orquiectomía radical por sospecha de CT entre 2000 y 2022 en dos instituciones. Se compararon dos períodos: pre-GES (2000–2009) y post-GES (2010–2022) como variable principal. Se analizaron histología, etapificación y sobrevida global (SG). Se construyeron curvas de Kaplan–Meier y modelos de regresión de Cox ajustados por edad, estadio, histología y tipo de institución.

Resultados: La SG a 10 años fue 94%. Tras el GES, la SG mejoró significativamente (87,5% vs. 95,8%; p<0,001), con mayor beneficio en tumores no seminoma. En el centro privado, la SG post-GES fue superior (92% vs. 96%; p<0,01). En el análisis de Cox, el GES redujo el riesgo de mortalidad (HR 0,50; IC95% 0,30–0,83; p<0,01), mientras que el estadio avanzado aumentó el riesgo (HR 4,02; IC95% 3,01–5,37; p<0,01). En no seminomas, el tratamiento en centro público se asoció con peor pronóstico (HR 2,38; IC95% 1,01–5,65; p<0,05).

Conclusión: La implementación del GES, orientada a la evaluación y tratamiento temprano del CT ha mejorado significativamente la SG. Sin embargo, persisten inequidades en resultados en el sector público, especialmente en no seminoma, destacando la necesidad de continuar optimizando el acceso y tratamiento.

O46) TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL

Gurovich, J.(1); Gil, A.(2); Benitez, A.(2); Ávila, C.(2); Villanueva, M.(2); Vilches, R.(1); Walton-díaz, A.(1); Aliaga, A.(1); Vega, A.(1); Iñiguez, S.(1); Henríquez, D.(1); Román, J.(1);
(1): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer testicular constituye alrededor del 1% de las neoplasias en hombres, con una alta incidencia en Chile (7,6/100.000). El 95% corresponde a tumores de células germinales (TCG), de los cuales entre un 3–5% se presentan en forma bilateral (TCGB), mayoritariamente de manera metacrónica. Estos suelen diagnosticarse con un intervalo medio prolongado entre ambos tumores, lo que exige seguimiento extendido. La evidencia internacional es limitada a series pequeñas, por lo que resulta relevante caracterizar cohortes locales.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó 39 pacientes con TCGB tratados entre 1990 y 2025. Se analizaron variables clínicas (edad, factores de riesgo), histología, estadificación clínica, marcadores tumorales, intervalo entre primer y segundo tumor, tratamientos recibidos y seguimiento. El análisis se realizó con Jamovi v2.3.28.

Resultados

Se identificaron 39 pacientes: 35 metacrónicos (89,7%) y 4 sincrónicos (10,3%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años (IQR 22–32). Factores de riesgo se documentaron en 6 casos (17,4%): 3 criptorquidias y 3 antecedentes familiares.

En cuanto a histología, 11 pacientes (31,4%) presentaron seminoma bilateral, 8 (22,9%) no seminoma bilateral y 12 (34,3%) histología discordante. Entre los metacrónicos, el intervalo mediano entre ambos tumores fue de 93 meses (67-142).

Respecto al estadío clínico, 19 pacientes (65,5%) fueron diagnosticados en estadio I, 7 (24,1%) en estadio II y 3 (10,4%) en estadio III. En cuanto a marcadores tumorales, 20,5% presentó elevación de alguno de ellos.

Sobre el tratamiento complementario, 65,7% recibió quimioterapia, 40% radioterapia y 34,3% linfadenectomía lumboaórtica, mientras que sólo 2,9% fue manejado con seguimiento exclusivo. La mediana de seguimiento global fue de 10,3 años (IQR 6,0–15,1).

Conclusión

El TCGB es una entidad infrecuente, con predominio de casos metacrónicos y largos intervalos entre ambos tumores, lo que subraya la necesidad de un seguimiento prolongado. La baja frecuencia y la escasa evidencia internacional justifican estudios locales como este, que aportan información relevante para optimizar estrategias de vigilancia y manejo.

OA4) TRABAJOS LIBRES ORAL 4

O47) VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Westenenk, K.(1); Ramírez, G.(1); Miranda, D.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad de Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) de riesgo intermedio (RI) abarca un amplio espectro de la enfermedad con desenlaces extremadamente variables en cuanto a recurrencia intravesical y progresión tumoral. En ese contexto, el International Bladder Cancer Group (IBCG) ha propuesto y validado un sistema de subestratificación basado en factores de riesgo (multifocalidad, tamaño tumoral >3cm, tumor recurrente antes de 1 año, recurrencia previa múltiple antes de 1 año y falla a terapia intravesical previa). El objetivo del estudio fue describir las características y el manejo del CVNMI RI en nuestra institución y realizar una validación clínica de la subclasificación IBCG en nuestra cohorte.

Material y método: Se incluyeron pacientes con CVNMI RI tratados en nuestro centro entre 2017 y 2025. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación de características clínicas, evaluando como desenlaces recurrencia intravesical y progresión tumoral a 1 y 2 años. Los pacientes se subclasificaron en RI-bajo (sin factores de riesgo), RI-intermedio (1 o 2 factores de riesgo) y RI-alto (≥3 factores de riesgo), comparando desenlaces oncológicos entre ellos.

Resultados: De 82 pacientes tratados, 27 (32,9%) presentaron recurrencia intravesical luego de mediana de seguimiento de 36 meses. No se registró ninguna progresión tumoral. Del total, 37 (45,1%) presentaron multifocalidad, 17 (24,3%) fueron tumores >3cm, 10 (12,2%) eran tumores recurrentes antes de 1 año, 5 (6,1%) tumores con recurrencia previa múltiple antes de 1 año y 14 (17,1%) habían sido tratados previamente con terapia intravesical. De acuerdo a la subclasificación IBCG, 16 (19,5%), 62 (75,6%) y 4 (4,9%) pacientes fueron categorizados como RI-bajo, RI-intermedio y RI alto, respectivamente. Se constataron significativas diferencias en cuanto a desenlaces entre los grupos, con sobrevida libre de recurrencia intravesical de 100, 87 y 25% a 1 año y de 100, 69 y 0% a 2 años respectivamente, confirmando de esta manera la capacidad pronóstica de esta clasificación.

Conclusiones: Presentamos una validación clínica de la subclasificación IBCG para CVNMI RI en una cohorte nacional, demostrando su utilidad para definir perfiles de riesgo. Se aporta de esta manera una herramienta para decidir el manejo y seguimiento de este heterogéneo grupo de pacientes.

O48) EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE

Schalper, M.(1); Marchant, F.(2); Toloza, H.(3); Vilches, R.(4); Zambrano, N.(5); Canales, R.(5); Hinrichs, A.(5); Kerkebe, M.(6); Orellana, S.(7);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Clínica Las Condes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile (4): Clínica MEDS, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (5): Clínica Las Condes, Santiago, Chile (6): Clínica MEDS, HOSDIP, Santiago, Chile (7): Clínica Las Condes, Hospital Félix Bulnes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La cirugía robótica ha transformado el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en urología, ofreciendo mayor precisión y ergonomía, manteniendo los mismos beneficios de la cirugía laparoscópica convencional. La plataforma Omnibot representa una nueva alternativa tecnológica recientemente introducida en Chile. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con la implementación del sistema Omnibot en procedimientos urológicos realizados en el país.

Material y Métodos:

Se realizó un análisis de una serie de 22 pacientes sometidos a cirugías urológicas con el sistema robótico Omnibot entre abril y septiembre de 2025. Los procedimientos incluyeron: 10 nefrectomías parciales (45,5%), 8 prostatectomías radicales (36.3%), 2

nefrectomías radicales (9,1%), 1 cistectomía radical (4,5%) y 1 pieloplastia (4,5%). Se registraron variables demográficas, clínicas, operatorias y postoperatorias.

Resultados:

La media de edad de los pacientes fue de 60.5 años. El tiempo operatorio medio fue de 163 minutos, con un sangrado estimado de 103 ml. No se reportaron conversiones a cirugía abierta ni laparoscópica en ninguno de casos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días. En el seguimiento a 30 días, se reportó 1 complicación Clavien-Dindo grado I (4,5%) y 1 reingreso hospitalario (4,5%). No se reportó mortalidad perioperatoria. En relación al desempeño técnico, se reportó un caso (4,5%) de falla irrecuperable que requirió reiniciar el sistema. En el 95,5% de los casos no se reportaron fallas.

Conclusiones:

La introducción de la plataforma robótica Omnibot en Chile ha demostrado ser factible y segura, con resultados perioperatorios comparables a lo reportado con otras plataformas. Este reporte constituye la primera experiencia nacional publicada con la plataforma robótica Omnibot y sienta las bases para futuros estudios con mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

O49) CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Ramirez, G.(1); Westenenk, K.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: Información epidemiológica ha dado cuenta de un aumento del cáncer genitourinario en pacientes jóvenes en las últimas décadas, demandando de esta manera un nuevo enfoque en términos de estrategias de prevención y tratamiento de estas enfermedades. El objetivo del estudio fue describir tendencias poblacionales de cáncer de vejiga (CV) en pacientes jóvenes en Chile, además de caracterizar clínicamente aquellos casos de nuestra cohorte, comparándolos con pacientes >50 años.

Material y método: Para el análisis poblacional, se utilizaron bases de datos nacionales de egresos hospitalarios. Se calcularon tasas de hospitalización crudas y ajustadas para los años del periodo, por sexo y edad. Para el análisis clínico, se incluyeron pacientes tratados por CV en nuestra institución entre 2017 y 2025. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, evaluando como desenlaces la recurrencia intravesical y la sobrevida cáncer específica.

Resultados: A nivel poblacional, se observó una tendencia estable de egresos hospitalarios en pacientes ≤50 años con CV entre 2001 y 2019. Con respecto a la caracterización clínica en nuestro centro, no se registraron tumores músculo invasores en pacientes jóvenes. De 339 pacientes tratados por cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI), 37 (10,9%) fueron diagnosticados en pacientes ≤50 años. Presentaron un significativo mejor perfil de agresividad de acuerdo a la clasificación IBCG, siendo 13 (35,1%), 12 (32,4%) y 12 (32,4%) de riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente, en comparación con 64 (21,2%), 63 (20,9%) y 175 (57,9%) en pacientes >50 años (p=0.003). La sobrevida libre de recurrencia fue 83,6 y 64,8% a 2 y 3 años en pacientes ≤50 años, mientras que en pacientes >50 años fue 69,2 y 64,5% a 2 y 3 años, respectivamente. Finalmente, la sobrevida cáncer específica fue de un 100% en pacientes jóvenes luego de una mediana de seguimiento de 58 meses.

Conclusiones: El cáncer de vejiga en individuos jóvenes (≤50 años), si bien muestra características menos agresivas, constituye un nuevo desafío en la Urología Oncológica. Aspectos diferentes (sexualidad, fertilidad) con un relevante impacto en calidad de vida obligan a generar nuevas estrategias, tanto de detección como de manejo.

O50) IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO

Fernández, M.(1); Valdebenito, P.(2); Alfaro, K.(3); Marcelain, K.(4); Blanco, A.(1); Abarzua, L.(1); Westenenk, K.(5); Mino, B.(6); Aguilar, P.(3); Maya, A.(2); Bustamante, A.(5); Schultz, M.(6); Armisen, R.(1); Fernández, M.(7);
(1): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Urología, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile (3): Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile (4): Depto. Oncología Básico Clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Chile., Santiago, Chile (5): Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (6): Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (7): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo / Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El arsénico es un tóxico ambiental asociado a mutaciones en el ADN. Si bien la evidencia epidemiológica sugiere que la exposición a arsénico se relaciona con el aumento de casos de cáncer de vejiga (CV), se desconoce si este tóxico causa mutaciones específicas conducentes al desarrollo de CV. Analizamos el efecto de la exposición a arsénico sobre el desarrollo de CV, comparando perfiles mutacionales de pacientes de la región de Antofagasta (expuestos) vs. pacientes con CV de Santiago (no expuestos). **Material y Método:** Se incluyeron 62 pacientes de Antofagasta y 32 pacientes de Santiago, con características clínicas comparables, todos ellos con tumores uroteliales de alto grado histológico. Todas las muestras fueron revisadas por una uropatóloga. Los perfiles mutacionales fueron obtenidos por análisis de la secuenciación de exoma completo de las muestras tumorales. Para identificar si estas mutaciones tienen consecuencias en el desarrollo de CV, los datos de secuenciación fueron analizados con el software MUTECT2,

que permite la identificación de variantes de origen somático. Posteriormente, se utilizó ANNOVAR para analizar si estas mutaciones están en un gen conocido, evaluar su impacto funcional e identificar si la variante está reportada en bases de datos relevantes, tales como COSMIC, dbSNP o gnomAD. **Resultados:** Se constató un mayor número y diversidad de mutaciones somáticas en los pacientes expuestos a arsénico en comparación con los no expuestos. Sin embargo, no identificamos un grupo de variantes que caracterice al 100% de la población de ninguno de los dos grupos. Interesantemente, un 23% de los expuestos y un 48% de los no expuestos presentan mutaciones en el gen FGFR3, un gen conducente a CV y que puede ser médicamente inhibido con Erdafitinib, aumentando la sobrevida de los pacientes con CV metastásico con el gen mutado. **Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que el efecto del arsénico puede ser local y no general, ya que se concentra en un grupo de variantes no compartidas por todos los pacientes, las cuales podrían incluir mutaciones accionables en FGFR3. El análisis detallado de estas variantes puede resultar en el desarrollo de nuevos biomarcadores y terapias dirigidas según perfil de exposición a arsénico.

O51) USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA.

Bravo, J.(1); Vicuña, A.(2); Parrao, D.(3); Lay, R.(3); Saavedra, C.(3); Guerrero, R.(3);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Prognosticare, Santiago, Chile (3): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: En el Cancer de vejiga un 75% son no musculares invasivos (NMI). Los tumores musculo-invasores y metastásicos son responsables de la mayoría de las muertes cáncer específicas. De los NMI, cerca del 15% progresa a invasión muscular (MI), lo que resalta la necesidad de un diagnóstico preciso sobre la profundidad del tumor, dada la frecuencia de resecciones transuretrales repetidas y las variaciones en la interpretación de muestras. Los tumores desarrollan mecanismos de invasión, como la producción de metaloproteinasas, que degradan la matriz extracelular (MEC), liberan factores angiogénicos y regulan la adhesión y migración celular, siendo cruciales para la progresión. La tinción tricrómica de Masson (TTM) es una técnica que proporciona información valiosa sobre el microambiente tumoral y la MEC. Este estudio utiliza redes neuronales multimodales para analizar biopsias de vejiga y datos clínicos con el fin de predecir la invasión muscular en el cáncer de vejiga.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias tras RTU y cistectomías entre 2022 y 2025. Se analizaron 815 imágenes de tumores de vejiga y se entrenó un modelo de redes neuronales multimodales (RNM) para clasificar entre tumores MI y NMI (T1 y Ta) mediante Transfer Learning con el modelo ConvNExt-Tiny y MLP para el análisis de variables clínicas (peso de la biopsia y grado tumoral). Se creó un reporte automatizado con

representaciones gráficas y mapas de calor de las zonas donde el modelo extrajo mayores datos para la predicción, además de un balance porcentual del peso relativo entre imagen y variables clínicas.

Resultados: El modelo de inteligencia artificial (RNM) logró un 95% de validación, con valores predictivos negativos y positivos de 94.1% y 100%, respectivamente. La sensibilidad fue del 77.3% y la especificidad del 100%. Las regiones con TTM contribuyen a la capacidad de predicción del modelo, el cual ofrece un 92% del total predictivo a partir de las imágenes.

Conclusión: El análisis de biopsias vesicales con TTM y variables clínicas mediante RNM permite determinar con alta precisión el compromiso de invasión muscular, mejorando el diagnóstico y la toma de decisiones, y potencialmente evitando sub o sobretratamiento de la enfermedad

O52) IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA

Calvo Bernasconi, I.(1); Juri, D.(1); Bacarrezza, R.(2); Radtke, V.(1); Ramirez, G.(1); Luz, D.(1); Parada, F.(1); Loyola, M.(1); Soto, G.(1); Orellana, S.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, SANTIAGO, Chile (2): Universidad Mayor, SANTIAGO, Chile

Introducción. La cirugía robótica ha transformado la práctica urológica en el mundo, con beneficios bien descritos en prostatectomía, nefrectomía parcial y cistectomía. En hospitales públicos latinoamericanos, su implementación ha sido limitada, principalmente por restricciones de costos y recursos. En 2024, un hospital público chileno de alta complejidad incorporó un programa de cirugía robótica urológica con el objetivo de optimizar la calidad asistencial y la eficiencia hospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la cirugía robótica en un hospital público chileno, analizando la reducción de días de hospitalización y el aumento de la producción quirúrgica en prostatectomía radical, nefrectomía parcial y cistectomía.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de tipo antes–después (pre–post), unicéntrico. Se compararon 310 días PRE (24-12-2023 a 29-10-2024) versus 310 días POST (29-10-2024 a 04-09-2025), tras la puesta en marcha del programa robótico. Inclusión: diagnósticos uro-oncológicos sometidos a prostatectomía radical, nefrectomía (parcial o radical) y cistectomía. Desenlaces principales: producción (volumen total y casos/mes, mediana) y eficiencia hospitalaria (LOS mediana [IQR] y días-cama/100 cirugías = ΣLOS/n×100). Análisis descriptivo por periodo y procedimiento.

Resultados. Se realizaron 57 cirugías en PRE y 103 en POST (+80,7%). Por procedimiento: prostatectomía 29→59 (+103,4%), nefrectomías 24→35 (+45,8%) y cistectomía 4→9

(+125%). La productividad mensual aumentó de 7,5 a 12,5 casos/mes (medianas). El consumo de camas normalizado descendió globalmente de 299,6 a 205,1 días-cama/100. Por procedimiento: prostatectomía 224,1→108,5 días-cama/100 con LOS mediana 2→1 días; cistectomía 1325→900 con LOS mediana 12→7 días; nefrectomías 220,0→189,1 días-cama/100.

Conclusiones. La implementación del programa robótico se asoció a mayor producción y a una reducción del consumo de camas por cirugía, con descensos marcados de estancia en prostatectomía y cistectomía. Estos resultados respaldan la viabilidad y el beneficio operativo de incorporar cirugía robótica en un hospital público.

O53) MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Arias, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Labra, A.(1); Orvieto, M.(1); Pinochet, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La predicción preoperatoria de compromiso linfonodal (pN+) en cáncer de próstata es clave para definir la necesidad de la linfadenectomía pélvica. Los nomogramas clásicos, como Briganti, se basan principalmente en variables clínicas e histológicas, lo que limita su aplicabilidad en escenarios donde la biopsia inicial no es confiable o no está disponible. El objetivo de este estudio fue desarrollar un nomograma multimodal que integra biomarcadores séricos, imágenes de MRI potenciadas con inteligencia artificial (IA) y parámetros de PET PSMA, evaluando su rendimiento y utilidad clínica.

Material y métodos:
Se analizaron 102 pacientes sometidos a prostatectomía radical con disección linfonodal, todos con riesgo intermedio–alto. Se recopilaron PSA total, estadio clínico por RM, ISUP de biopsia y variables derivadas de IA aplicadas a la MRI (volumen tumoral, densidad tumoral y densidad tumoral-antígeno). Además, se incorporó el valor de SUVmax del PET PSMA. Se aplicó regresión logística binaria para identificar predictores de pN+ y se construyó un nomograma. El desempeño se evaluó mediante área bajo la curva (AUC), calibración de Hosmer-Lemeshow y análisis de escenarios quirúrgicos según distintos puntos de corte.

Resultados:
Treinta pacientes (29%) presentaron compromiso linfonodal en la histología definitiva. El nomograma multimodal mostró un AUC de 0.870 (IC95%: 0.801–0.940) con buena calibración (Hosmer-Lemeshow p>0.05). Con el punto de corte de equilibrio (0.30), el modelo habría indicado linfadenectomía en 38 pacientes, con sensibilidad 76.7%,

especificidad 79.2%, VPP 60.5% y VPN 89.1%. Con un umbral más sensible (0.17), la sensibilidad se elevó a 97%, con especificidad 58.3%, VPP 50% y VPN 97.7%, implicando 58 linfadenectomías. De manera secundaria, al compararlo con el nomograma de Briganti (AUC 0.740), el nuevo modelo evidenció mejor discriminación y, a igual sensibilidad (97%), permitió reducir en ≈3% la indicación de linfadenectomía (58 vs 60 procedimientos).

Conclusión:
El nomograma multimodal basado en PSA, MRI con IA y PET PSMA mostró un desempeño equiparable a modelos clásicos dependientes de la anatomopatología, destacando por su carácter innovador al prescindir de estas variables. Se requieren estudios prospectivos y validación externa para confirmar su aplicabilidad en la práctica clínica rutinaria.

O54) RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Espinoza, C.(1); Córdova, V.(2); Grandi, D.(2); Bacco, B.(3); Villalobos, V.(3); Ruiz, S.(4); Cuesta, N.(1); Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Sapiain, I.(1); Lara, D.(1); Villalobos, T.(5); Escobar, M.(5); Venegas, J.(4);
(1): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile (5): Servicio de Urología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

Introducción: En cáncer de próstata (CP) se ha descrito una discordancia entre los hallazgos de la biopsia transrectal (BTR) y la pieza operatoria definitiva lo que puede impactar en la toma de decisiones terapéuticas. Estudios han reportado la utilidad de la resonancia magnética prostática multiparamétrica (RMNp) en la disminución de esta discordancia al realizar una biopsia cognitiva. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la RMNp previo y posterior a la BTR. Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CP en un centro hospitalario entre 2016 y 2025. Se incluyeron aquellos con RMPp previo a la biopsia y que recibieron tratamiento quirúrgico. Se comparó la variación del score de Gleason (SG) en la BTR con el resultado de la pieza operatoria, además de la variación del grupo de riesgo. Se empleó la prueba de Wilcoxon para evaluar la significancia estadística. Resultados: De un total de 203 pacientes se incluyeron 47. La mediana fue 64 años [RIQ:60-69]. El SG entre la biopsia guiada por RMNp y la pieza operatoria fue discordante en 45% de los pacientes. En un 60% de los casos biopsiados existían otros focos de cáncer no visualizados en la RMNp, dentro de los cuales 75% correspondieron a focos clínicamente significativos (mayor a ISUP 2). En este grupo, 57% tuvo un aumento del SG, sin significancia estadística (mediana [RIQ] pre = 2 [1–3]; post = 2 [2–3]; W = 93, p = 0,403). Se reclasificaron 7 pacientes en su grupo de riesgo, 4 a riesgo intermedio y 3 a alto riesgo, tampoco con diferencia significativa (mediana [RIQ] pre = 2 [2–2]; post = 2 [2–2,5]; W = 26, p = 0,248). Conclusiones: La RMNp previa a la BTR no mostró un impacto estadísticamente significativo en la reducción de la discordancia ni en la reclasificación del riesgo en pacientes con cáncer de próstata. Es un estudio limitado por su índole retrospectiva y tamaño muestral

acotado. Resulta necesario continuar investigando en esta área para aumentar la precisión diagnóstica. **Palabras claves:** Cáncer de próstata, Resonancia magnética de próstata, Prostatectomía radical, Biopsia transrectal prostática, Score de Gleason.

O55) PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS

Eltit, I.(1); Otaola, H.(1); Souper, R.(1); Aliaga, A.(1); Vera, A.(2); Valenzuela, R.(2); Andrusco, A.(2); Orvieto, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile

Introducción.
Se presenta la primera experiencia uro oncológica prospectiva multicéntrica en América utilizando el sistema robótico Toumai®, incluyendo prostatectomías radicales y nefrectomías parciales robóticas, realizadas en 2 centros pioneros, uno de alto volumen y otro en su adopción inicial de cirugía robótica. El estudio describe resultados perioperatorios, anatomopatológicos y complicaciones iniciales

Material y métodos.
Serie prospectiva colaborativa (2024–2025) de 70 cirugías robóticas con Toumai®: 52 prostatectomías radicales (PRR) y 18 nefrectomías parciales (NPR). Se registraron variables clínicas, perioperatorias y anatomopatológicas.

Resultados.
En el total de la serie no hubo conversiones, transfusiones, ni fallas críticas de la plataforma.

En PRR, el 17,2% de los pacientes tenía un ISUP 4 o 5 preoperatorio y el 17,2% presentó tacto rectal sospechoso. Se realizó linfadenectomía extendida en 62,9%, según puntaje de Briganti. Las medianas fueron: tiempo de docking 7 min, tiempo de consola 170 [140–200] min, tiempo operatorio total 200 [170–230] min, sangrado estimado 200 [150–400] mL, estadía hospitalaria 2 [1–2] días y retiro de sonda a los 7 [7–8] días. Hubo complicaciones intraoperatorias en 3,5% y postoperatorias en 6,3%. En la anatomía patológica hubo un 28% pT3, 19.3% márgenes positivos y 9.4% pN1.

En NPR, el 64,3% tenía un RENAL score ≥7, con un tamaño tumoral de 24 [19–32] mm. Las medianas fueron: tiempo de docking 7 min, tiempo de consola 92 [70–129] min, tiempo operatorio total 120 [95–150] min, sangrado estimado 110 [50–200] mL, tiempo de isquemia caliente 18 [10–25] min y estadía hospitalaria 1 [1–2] días. La función renal se mantuvo

estable y solo hubo un caso de margen positivo (11,1%). No se registraron complicaciones ni reintervenciones.

Conclusión.
En ambos centros—uno de alto volumen y otro en etapa inicial proctorizada—la plataforma Toumai® demostró factibilidad y seguridad, con tiempos quirúrgicos adecuados, bajo sangrado y ausencia de conversiones o transfusiones. Los resultados oncológicos iniciales son consistentes con series tempranas y respaldan su incorporación progresiva en Chile, requiriendo seguimiento para evaluar desenlaces funcionales y oncológicos a largo plazo.

O57) EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO

Rojas Salas, A.(1); Soler Andonie, D.(1); De Oliveira Costa, A.(2); Valenzuela Grau, R.(1); Andrusco Fidalgo, A.(1); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Soler Soler, S.(1); Rojas Varas, J.(1); Araya Salcedo, F.(1); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4);
(1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

Introducción: En aquellos centros en los que aún no es posible contar con la cirugía robótica, la PRLap con sus más de 30 años de desarrollo y excelentes resultados oncológicos en el tratamiento del Cáncer de próstata (CaP), resurge como una alternativa.

Objetivo: Describir los resultados oncológicos a corto plazo de una serie de casos consecutivos de PRLap realizadas durante la curva inicial de dos centros del norte de Chile.

Materiales-métodos: Cohorte de paciente con CaP tratados quirúrgicamente de forma ininterrumpida mediante PRLap en los Hospitales de Ovalle y La Serena. Se incluyeron todos los casos realizados consecutivamente entre Agosto2022– Junio2025. Se describen características oncológicas pre y post-operatorias.

Resultados: Se realizó PRLap a 72 pacientes con un estimativo de edad de 68 ± 7 años. Dentro de los datos clínicos preoperatorios, se informa un PSA promedio de 10,35 ± 5,6 ng/ml. El volumen prostático fue de 47 ± 20,4 cc. En la biopsia prostática pre operatoria se informo >o=ISUP3 en el 50%. El 34,72% era cáncer de próstata de riesgo intermedio favorable. Previo a la cirugía el 95,8% contaba con resonancia prostática multiparamétrica y un 59,7 % con PET-CT PSMA. En 46 casos se realizó linfadenectomía pelviana, de los cuales en el 73.9 % se informaro >o=20 ganglios resecados (solo 1caso fue informado <10 Ganglios Resecados). La

biopsia postoperatoria reportó ISUP 2 en el 50.9% de los pacientes. Un 31,9% presentó márgenes positivos. El porcentaje de Up-Staging y Up-Grading fue de 16.6% Y 26.4%, respectivamente.

Durante el seguimiento postoperatorio, se realizó PSA dentro de las primeras 4-6 semanas, en donde el 91,2% de los pacientes presento PSA indetectable (<0,1ng/ml).

Conclusión: A pesar de corresponder a una experiencia inicial, el bajo volumen de pacientes y el periodo breve de seguimiento, los resultados oncológicos a corto plazo son bastante prometedores y entusiastas, lo que convierte en ambos centros a la Prostatectomía Radical Laparoscópica como el abordaje de elección para el Cáncer de Próstata, a pesar de requerir una mayor curva de aprendizaje y una técnica laparoscópica depurada.

OA5) TRABAJOS LIBRES ORAL 5

O58) REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

Con el aumento de la experiencia en nefrectomía parcial asistida por robot (NPAR), sus indicaciones se han ampliado para incluir pacientes con masas renales recurrentes en riñones previamente operados. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados quirúrgicos, funcionales y oncológicos de la reintervención con NPAR en esta población seleccionada.

Métodos:

Se revisó retrospectivamente la base de datos institucional, identificando 7 pacientes sometidos a NPAR por recurrencia tumoral renal entre 2010 y 2020. Se excluyeron pacientes con carcinoma renal familiar y tumores múltiples. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, tumorales y perioperatorios. Las complicaciones se clasificaron según Clavien-Dindo, considerando mayores aquellas de grado ≥3. La mediana de seguimiento fue de 28,5 meses.

Resultados:

La cohorte incluyó 5 pacientes con nefrectomía parcial laparoscópica previa y 2 con antecedente de cirugía robótica. El puntaje R.E.N.A.L. medio fue de 8; dos casos correspondieron a tumores hilares y uno a riñón solitario. La NPAR se completó en todos los pacientes sin necesidad de conversión a cirugía abierta ni a nefrectomía radical, y sin transfusiones intraoperatorias. La tasa de complicaciones mayores fue del 8,3%. La estancia

hospitalaria media fue de 1,5 días. La preservación de la función renal fue adecuada, con una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) del 78,7% al alta y del 90,8% al año de seguimiento. No se reportaron márgenes quirúrgicos positivos, recurrencia local ni progresión a distancia durante el seguimiento.

Conclusiones:

La NPAR en pacientes con tumores renales recurrentes es factible y segura en manos experimentadas, mostrando resultados perioperatorios favorables, adecuada preservación de la función renal y control oncológico alentador. Si bien se trata de una cohorte limitada, estos hallazgos respaldan la NPAR como alternativa de tratamiento en casos seleccionados, siempre bajo un seguimiento estrecho para detectar recurrencias a distancia.

O59) COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Krebs, A.(3); Lyng, R.(3); Souper, R.(3); Otaola, H.(3); Bermúdez, H.(3); (1): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La nefrectomía parcial robótica (NPR) se ha consolidado como tratamiento de elección en tumores renales técnicamente resecables, al preservar parénquima funcional y reducir la morbilidad de largo plazo frente a la nefrectomía radical (NR). Sin embargo, su complejidad técnica implica un riesgo de complicaciones vasculares (CV) y urinarias (CU), las cuales, aunque infrecuentes, impactan significativamente en la evolución clínica y suelen ser subreportadas en la literatura. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de CV y CU y sus consecuencias clínicas en pacientes sometidos a NPR.

Materiales y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de una base prospectiva de pacientes sometidos a NPR entre 2012–2024. Se recopilaron variables demográficas y clínicas. Las CV y CU se clasificaron en intraoperatorias y posoperatorias mediante la Intraoperative Adverse Incident Classification (EAUiaiC) y la escala de Clavien–Dindo. Se consignaron transfusiones, conversiones a NR, cirugía abierta y reintervenciones. Se aplicó regresión logística multivariada para evaluar factores de riesgo.

Resultados:

562 pacientes fueron sometidos a NPR en el periodo. La tasa global de CV fue 5,7%. Se registraron 20 CV intraoperatorias (3,6%): 8 sangrados en el lecho renal, 6 lesiones arteriales

y 6 venosas; con 4 conversiones a NR y 3 a cirugía abierta. El 23,8% correspondió a EAUiaiC ≥III y 4 pacientes requirieron transfusión. CV posoperatorias ocurrieron en 12 pacientes (2,1%), de los cuales 6 requirieron manejo endovascular; el 50% fueron Clavien ≥III. La tasa global de reintervención fue 1,1%, sin pérdida de unidades renales posquirurgicas. En el análisis multivariado, solo el tamaño tumoral se asoció con CV (OR 1.0143). 6 pacientes (1,1%) presentaron CU: cinco se resolvieron con drenaje percutáneo y/o stent urinario, un caso requirió NR y otro reparación robótica por fuga urinaria refractaria. No se identificaron predictores de riesgo.

Conclusión:

Las CV y CU tras NPR son poco frecuentes y la pérdida de unidades renales constituye un evento excepcional. No obstante, una proporción considerable corresponde a complicaciones Clavien–Dindo ≥III, con impacto clínico relevante. Este estudio aporta información detallada y actualizada sobre su incidencia y manejo, contribuyendo al conocimiento clínico y académico en cirugía renal mínimamente invasiva.

O60) PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE.

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Mullins, M.(2); Salinas, F.(2); Krebs, A.(2); Lyng, R.(2); Souper, R.(2); Otaola, H.(2); Bermudez, H.(2);
(1): Clinica alemana de Santiago, Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile (2): Clinica alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer renal (CR) puede asociarse a síndromes hereditarios en pacientes jóvenes, con enfermedad bilateral/multifocal o antecedente familiar. El estudio genético (EG) ha cobrado relevancia por sus implicancias pronósticas, riesgo de recurrencia, asociación con nuevas neoplasias y repercusiones familiares en consejería genética. Diversas sociedades (NCCN, EAU) recomiendan su realización en población de riesgo. A la fecha, no existen series nacionales que reporten resultados de EG en CR.

Objetivo:

Describir la proporción de pacientes con CR que cumplen criterios para EG, evaluar proporción de pacientes que se realizan el estudio y sus resultados en un centro nacional de referencia.

Métodos:

Análisis retrospectivo de una base prospectiva de pacientes sometidos a cirugía por CR entre enero2023–2025. Se aplicaron criterios NCCN: edad <46 años, antecedente familiar de CR, bilateralidad/multifocalidad, histología compatible con formas hereditarias o manifestaciones sindrómicas. Se evaluó la proporción de pacientes con indicación de EG, cobertura del EG y resultados del EG con panel oncológico extendido.

Resultados:

En el periodo de estudio se identificaron 357 pacientes intervenidos con diagnostico de CR, 65 (18,2%) cumplieron criterios para EG. 52 (80%) por edad <46 años, 13 (20%) por antecedente familiar y 8 (12,3%) por enfermedad bilateral/multifocal. 14 (20%) pacientes con criterios de estudio accedieron a EG mediante panel oncológico extendido. Entre ellos se identificaron 2 mutaciones patogénicas (14%: BRCA1 y MITF), 6 variantes de significado incierto (VUS, 46,1%) y 6 negativos (38,5%).

Conclusión:

En esta primera serie nacional, un 18% de pacientes sometidos a nefrectomía por CR cumplieron criterios de EG, siendo la edad temprana al diagnóstico la principal indicación. Sin embargo, solo el 20% accedió al estudio, con identificación de mutaciones patogénicas en el 14% de los casos estudiados. Estos hallazgos concuerdan con la literatura internacional y refuerzan la necesidad de fortalecer la indicación y cobertura de la asesoría genética para garantizar acceso oportuno a estudios moleculares adecuados en población de riesgo, lo que permiten ajustar seguimientos, realizar screening de segundas neoplasias y realizar consejerías genéticas adecuadas para aso integrar la medicina de precisión en el manejo del CR en Chile.

O61) RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Otaola, H.(1); Bermúdez, H.(1); Krebs, A.(1); Lyng, R.(1); Orvieto, M.(1); Souper, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

En pacientes con tumores renales clínicamente localizados (cT1–cT3a) que resultan pT3 tras cirugía, la elección entre nefrectomía parcial (NP) y radical (NR) sigue siendo debatida. La NP podría ofrecer un control oncológico similar a la NR, con mejor preservación renal. Este estudio evaluó los desenlaces oncológicos y funcionales de ambas estrategias en nuestro centro.

Materiales y métodos
Estudio retrospectivo en pacientes con tumores cT1–cT3a sometidos a NP o NR, con resultado patológico pT3 y ≥1 año de seguimiento. Se evaluaron: sobrevida global (OS), sobrevida cáncer-específica (CSS) y sobrevida libre de enfermedad renal crónica estadio 3b (CKD-S3b; eGFR < 45 mL/min/1,73 m²). Se excluyeron pacientes con CKD-S3b preoperatoria. Para comparar NP y NR en condiciones equivalentes, se aplicó emparejamiento 1:1 por puntaje de propensión (PSM), considerando variables preoperatorias (edad, sexo, IMC, eGFR, tamaño tumoral, cT y ASA). En la cohorte emparejada se utilizaron curvas de Kaplan–Meier y modelos de Cox.

Resultados
Entre 2004–2025 se realizaron 610 nefrectomías; se incluyeron 100 casos pT3 con ≥12 meses de seguimiento (NP = 32; NR = 68). Antes del PSM, ambos grupos fueron comparables en edad (mediana 58,5 vs 60,5 años) y función renal (78,5 vs 71,4 mL/min/1,73 m²), pero la NR se aplicó a tumores más grandes (7,4 vs 4,9 cm) y avanzados (NR: 35,3% cT1, 27,9% cT2 y 36,8% cT3; NP 78,1% cT1, 6,3% cT2 y 15,6% cT3) (p < 0,001).
En la cohorte completa, OS y CSS fueron similares, con mediana de OS de 80,8 meses (IC95% 34,0–127,6).
Tras el PSM, no se observaron diferencias significativas en OS ni CSS (log-rank p = 0,5108 y p = 0,8489). La NP mostró menor riesgo de progresar a CKD-S3b: HR 0,04 (IC95% 0,00–1,09), con tendencia a significación (p = 0,056), respaldado por las curvas de Kaplan–Meier.

Conclusión
En tumores cT1–cT3a con patología pT3, la NP ofrece control oncológico similar a la NR y mejor preservación renal. Se sugiere considerar NP cuando sea técnicamente viable. Se requieren estudios prospectivos aleatorizados para validar estos hallazgos.

O62) ¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B.

Fuentes, A.(1); Vera, G.(2); Del Valle, F.(2); Ramírez, R.(3); Rojas, P.(2); Bruzzone, A.(2); Gallegos, H.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) ha mostrado un aumento de su incidencia en las últimas décadas, especialmente en tumores <7cm (T1). El tratamiento estándar del CCR T1 es quirúrgico, y la elección entre nefrectomía parcial (NP) y radical (NR) depende del tamaño tumoral y la complejidad quirúrgica. Nuestro objetivo fue comparar resultados oncológicos entre NP y NR en CCR T1 de nuestra institución y realizar un subanálisis en T1b. Material y método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes operados por CCR T1N0M0 (T1a-T1b) en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024, excluyendo aquellos en diálisis. Se

registraron variables clínicas y patológicas. Se evaluaron recurrencia, sobrevida global (SG) y especifica del cáncer (SEC). El análisis estadístico se realizó con RStudio, aplicando prueba χ 2 o Fisher para variables categóricas, Kaplan-Meier con log-rank para SG y SEC y modelo de Cox multivariado. Se realizó un subanálisis en T1B. Resultados: 370 cirugías, edad promedio 60,9+12,1 años (Rango 17–89), 212 (57,3%) hombres. Hubo 208 (56,2%) T1a y 162 (43,8%) T1b; 300 (81,1%) CCR de células claras. La técnica quirúrgica fue NP 203 (54,9%) y NR 167 (45,1%). La recidiva local/metastásica ocurrió en 19 (11,3%) en NR y 10 (5,0%) en NP (p=0,03). Al seguimiento no hubo diferencias en SG (p=0,07), sin embargo, la SEC fue superior en NP (p=0,003; 2 vs 11 muertes). En el modelo de Cox, ni la técnica ni RENAL score se asociaron a mayor riesgo, mientras que el tamaño tumoral si mostró mayor riesgo de mortalidad. En el subgrupo T1b, NR fue predominante 127 (78,4%). Se observaron 19 (15,0%) recidivas con NR, 3 (8,6%) NP (p=0,4). Al seguimiento, no hubo diferencias en SG (p=0,6) ni SEC (p=0,84). Conclusiones: En nuestra cohorte, la NP mostró mejores resultados oncológicos globales, con menor recidiva y mejor SEC. En cambio, en T1b, la NP fue menos frecuente, pero con resultados comparables a NR, sugiriendo que el tamaño tumoral, y no la técnica se asoció a peor pronóstico, respaldando la NP en pacientes T1a y como alternativa segura en T1b.

O63) APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Carrillo, I.(1); Ramírez, J.(1); Cornejo, V.(1); Schalper, M.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Calderon, D.(1); Bogado, J.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1); Toloza, H.(1); Morales, C.(1); Rubio, G.(1);
(1): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:

El índice Estimated Post-Transplant Survival (EPTS) es una herramienta diseñada para estimar la supervivencia a largo plazo del injerto renal y del receptor, considerando edad, tiempo en diálisis, presencia de diabetes y trasplantes previos. Su aplicación busca optimizar la asignación de órganos, equilibrando la longevidad esperada del injerto con el pronóstico del paciente; a menor puntuación de EPTS, mayor sobrevida. Este estudio evalúa la asociación entre EPTS y la evolución del injerto renal en una cohorte de trasplantados con seguimiento de hasta cinco años.

Material y métodos:

Se desarrolló un estudio observacional retrospectivo en 57 pacientes sometidos a trasplante renal en un hospital público chileno entre 2019 y 2020. Para cada receptor se calculó el EPTS al momento del procedimiento. Se registraron valores de creatinina sérica y eventos clínicos relevantes: pérdida del injerto, reinicio de diálisis y mortalidad. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas, correlación de Spearman entre EPTS y función renal, curvas de Kaplan-Meier según categorías de EPTS y capacidad predictiva mediante curva ROC.

Resultados:

De los 57 receptores, 57% fueron hombres, con edad promedio de 49,7 años. La mediana de EPTS fue 39 y un 29,8% presentó EPTS <20. A los cinco años, 66,6% mantuvo función estable del injerto, 17,5% retornó a diálisis y 15,7% falleció. La creatinina media fue de 1,61 mg/dl. Se observó una baja correlación negativa entre EPTS y supervivencia del injerto ($r = -0,29$; $p = 0,025$). La supervivencia a cinco años en pacientes con EPTS <30 alcanzó 84%, superior al 53% registrado en quienes tenían EPTS >30 ($p = 0,015$). El área bajo la curva ROC del EPTS para predecir pérdida del injerto fue 0,689.

Conclusiones:

El índice EPTS evidenció baja capacidad para predecir la evolución del injerto renal a cinco años en nuestra cohorte; no obstante, el análisis por subgrupos mostró diferencias significativas según el valor inicial del índice. Estos hallazgos sugieren que el EPTS puede constituir una herramienta complementaria en la asignación y seguimiento de pacientes trasplantados, aunque se requieren investigaciones multicéntricas y con mayor número de casos para validar su utilidad en la población chilena.

O64) IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Alfaro, A.(1); Barahona, J.(2); Verdugo, C.(2); Zamora, D.(1); Benchimol, J.(1); Borgna, V.(3); Alarcón, L.(1);
(1): Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante renal cruzado (TRC) es una estrategia vital para superar barreras de incompatibilidad ABO o inmunológica en parejas donante-receptor. En Chile, este programa, permitido por el decreto de 2019, representa una innovación para aumentar la disponibilidad de órganos de donante vivo. Nuestro centro, siendo pionero en la implementación de esta técnica en el país, realizó el primer trasplante renal cruzado en

diciembre de 2023. El objetivo de este estudio es describir la experiencia quirúrgica y los resultados perioperatorios de los primeros TRC realizados en nuestro centro.

Material & Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los primeros seis pacientes receptores de TRC entre 2023 y 2025. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo), clínicas y quirúrgicas, incluyendo tiempos de isquemia fría y caliente, sangrado intraoperatorio, tiempos de anastomosis, y complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo en los primeros 30 días. También se evaluó la función del injerto a las 24 horas y al alta hospitalaria. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, usando promedios y porcentajes.

Resultados: El 83% de los receptores fueron hombres, con promedio de edad de 37 años; dos tercios tenían antecedente de trasplante renal fallido. En el primer caso participaron cuatro pabellones y equipos simultáneos; en los siguientes, los donantes provenían de otros centros, incluyendo uno desde Concepción, con mayor tiempo de isquemia fría. El 83% de las nefrectomías fueron izquierdas. El tiempo quirúrgico promedio fue 226 min, con isquemia caliente de 39 min e isquemia fría de 210 min. El sangrado intraoperatorio promedio fue 260 mL. Se registró un hemoperitoneo no activo y 50% requirió transfusión. Hubo complicaciones infecciosas en 67% (bacteriuria, síndrome febril, sepsis urinaria, IRA, neumonía), un íleo mecánico y un linfocele drenado percutáneamente; La creatinina promedio descendió de 6,2 mg/dl a 24 h a 1,7 mg/dl al alta, con diuresis inmediata en 50%. El promedio de hospitalización fue 21 días.

Conclusiones: La implementación del TRC en un hospital público chileno de alta complejidad fue segura, sin mortalidad y con adecuada recuperación funcional inicial. Esta experiencia constituye el primer reporte nacional.

OA6) TRABAJOS LIBRES ORAL 6

O65) AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO?

Sobell, R.(1); Carrasco, J.(2); Palma, C.(3);
(1): Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile (2): Androlab, Santiago, Chile (3): Clínica las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La automatización del análisis seminal mediante inteligencia artificial (IA) ofrece ventajas como reducción del tiempo de análisis (de 20 a 5 minutos), eliminación de variabilidad inter-operador y estandarización de los resultados. El sistema LensHooke X1 PRO utiliza tecnología AIOM (Artificial Intelligence Optical Microscopic) que combina algoritmos de machine learning para reconocimiento automático de espermatozoides, análisis de trayectorias y evaluación morfológica. Sin embargo, la validación local es esencial antes de implementación clínica según estándares OMS 6ª edición.

Material y métodos: Estudio prospectivo comparativo de 50 muestras seminales analizadas simultaneamente por método manual (operador experto) y automatizado con IA. Se evaluaron concentración espermática, motilidad progresiva y morfología. Se aplicaron análisis de correlación de Spearman, coeficiente de correlación intraclase (ICC), análisis de Bland-Altman y precisión diagnóstica. Se calculó sensibilidad, especificidad, valores predictivos para olizoospermia, astenozoospermia y teratozoospermia. Analisis estadístico con SPSS, significancia p< 0,05.

Resultados: La concentración espermática mostró correlación muy alta (ρ=0.933, p<0.001) e ICC excelente (0.905). El sesgo fue no significativo (-4.11, p=0.387) con 96% de observaciones dentro de límites de concordancia y una sensibilidad 80%, especificidad 95.6% para olizoospermia. Para motilidad progresiva presentó correlación moderada (ρ=0.676, p<0.001) e ICC moderado (0.681) y para astenozoospermia una sensibilidad 100%, especificidad 87.2% y un valor predictivo negativo del 100%. La morfología mostró correlación baja (ρ=0.472, p<0.001) e ICC pobre (0.448). El método automatizado reduce tiempo de procesamiento a 5 minutos (reducción del 75%).

Conclusiones: La IA es una valiosa aliada altamente confiable para concentración espermática y sensibilidad perfecta en determinar astenozoospermia. Aunque la correlación en morfología es baja, esto refleja la alta variabilidad incluso entre expertos; además la mayoría de los casos con morfología < 4% son formas polimórficas, sin relevancia reproductiva reconocida. LA IA permite democratizar el análisis seminal, siendo especialmente útil en hospitales de bajo volumen donde es imposible mantener biólogos expertos y en grandes centros de producción, creemos que el biólogo tomará un rol de mayor valor en aplicar técnicas de selección espermática, preparación para técnicas de reproducción asistida, el control de calidad y calibración de equipos entre otros.

O66) ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS.

Benítez-filselcker, A.(1); González Pellegrino, D.(2); Ávila, C.(1); Luengo, P.(3); Lardone, C.(4); Diaz-fontdevila,, M.(4); Ebensperger, M.(4); Román, J.(5); Palma, C.(6); Castro, A.(4);
(1): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Urólogo, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Alumno IDIMI, Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI), Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Urólogo, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (6): Andrólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

El tumor testicular de células germinales (TTCG) es la neoplasia maligna más frecuente en hombres fértiles. Su etiología es multifactorial y no completamente dilucidada, aunque se asocia a factores ambientales y genéticos. El componente hereditario de primer grado

confiere una susceptibilidad 6-10 veces mayor. Diversos estudios han sugerido la participación de variantes de genes reguladores de la diferenciación germinal y de deleciones del cromosoma Y. Entre ellas, las deleciones parciales de la región AZFc (Delp-AZFc), en especial del tipo gr/gr, se relacionan con mayor riesgo de seminomas en poblaciones europeas, así como deterioro espermatogénico e infertilidad. Sin embargo, pese a que Chile presenta una de las incidencias más altas de TTCG en Sudamérica, no se conoce la prevalencia de Delp-AZFc. Nuestro objetivo es analizar incidencia y rol potencial como biomarcador de riesgo, caracterizando tipo tumoral, lateralidad, historia familiar y antecedentes de criptorquidia o infertilidad. Presentamos resultados preliminares de 92/94 pacientes con TTCG y 145 hombres sanos normozoospérmicos previamente estudiados, todos con consentimiento informado aprobado por comités de ética. La detección de DelP-AZFc se realizó en DNA de sangre periférica mediante amplificación por cadena de polimerasa con partidores diagnósticos validados: sY1291(gr/gr), sY1191(b2/b3) y sY1191, sY1291, sY1161 y sY1197(b1/b3). Los casos presentaban antecedentes de fertilidad (38/92=53%), infertilidad o recuento espermático seminal ≤ 5.106 millones/ml (10/92=11%) sin microdeleciones del cromosoma Y. La histopatología tumoral en el 80% de los casos fue seminoma (n=28), no seminoma (n=26, 13 mixtos), mixto (n=19) o carcinoma intratubular (GCNIS, n=2), y donde 20% (19/94) fue bilateral. La prevalencia de delp-AZFc en casos (3/92=3,3%) y controles (3/145=2,1%) fue similar (P ≥0,05, chi2). En el grupo de neoplasias bilaterales observamos un 5,3% (1/19) de Delp-AZFc, pero tampoco observamos diferencias significativas al comparar con el total de Delp-AZFc del grupo control (2,1% versus 5,3%) o al comparar por tipo de deleción gr/gr (1/19= 5,3% versus 1/143=0,7%) o b2/b3 (0% versus 2/143=1,4%).

O67) EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS

Brito, F.(1); Cifuentes, M.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Hospital Sótero del Rio, Pelvisalud, Viña del Mar, Chile

Introducción:

El consumo recreacional de ketamina se ha expandido en Chile, asociado a la uropatía inducida por ketamina (UIK). Esta condición se manifiesta con síntomas urinarios severos y, en casos avanzados, con compromiso del tracto urinario superior e insuficiencia renal. En Latinoamérica los reportes son escasos.

Objetivo:

Describir características clínicas, hallazgos diagnósticos y tratamientos en una serie chilena de pacientes con UIK.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo multicéntrico. Se recopilaron datos clínicos y urológicos de pacientes diagnosticados con UIK a través de la rama de Urología Funcional, Femenina y Reconstructiva (FUFFER) de la Sociedad Chilena de Urología. Dieciocho urólogos aportaron información anonimizada.

Resultados:
Se analizaron 25 pacientes con datos completos. La edad promedio fue de 25,7 años (DE ±4,6; rango 19–37). El 25% tenía ≤23 años y el 75% ≤28 años, confirmando predominio en adultos jóvenes. La distribución por sexo fue equilibrada: 52% hombres y 48% mujeres.

La duración de síntomas urinarios fue en promedio de 8,7 meses (DE ±7,3; rango 1–24), con mediana de 6 meses. El consumo de ketamina fue variable: promedio de 13,5 meses (DE ±21,6; mediana 3; rango 1–100).

Los síntomas más frecuentes fueron urgencia, polaquiuria, dolor vesical y hematuria. En imágenes se observaron engrosamiento vesical e hidronefrosis en casos graves. La cistoscopía mostró pancistitis, baja capacidad vesical y cistitis hemorrágica.

En biopsias, predominó la cistitis crónica inespecífica, además de cistitis hemorrágica y ulcerada con fibrosis y aumento de mastocitos. No se identificaron neoplasias.

El manejo incluyó suspensión del consumo, anticolinérgicos, analgésicos, instilaciones intravesicales y toxina botulínica. En casos graves se realizaron procedimientos avanzados: un paciente requirió cervicotomía endoscópica, uno derivación urinaria tipo Bricker y dos pacientes enterocistoplastías. La respuesta global fue heterogénea, oscilando entre ausencia de mejoría y control parcial.

Conclusiones:
La UIK es una condición emergente en Chile que afecta principalmente a adultos jóvenes. Su presentación es heterogénea y puede progresar hacia compromiso del tracto urinario superior. La suspensión del consumo es fundamental, aunque muchas veces persisten secuelas irreversibles. Se requieren estudios que identifiquen biomarcadores precoces y optimicen estrategias terapéuticas.

Palabras clave: Ketamina, uropatía inducida por ketamina, Chile, jóvenes adultos.

O68) ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Bustamante, A.(1); Saavedra, Á.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción. La estrechez uretral (EU) muestra una prevalencia en aumento. Aunque la uretroplastía sigue siendo el gold standard por sus altas tasas de curación, su carácter invasivo contrasta con la simplicidad de la dilatación y la uretrotomía interna (UTI), aunque estas últimas con elevada recurrencia. En este contexto, los balones medicados con paclitaxel (BMP) han surgido como alternativa mínimamente invasiva, especialmente para EU bulbares. Presentamos una serie retrospectiva de 37 pacientes tratados en la Clínica Alemana de Santiago, que compara eficacia y seguridad de tres dispositivos: Ranger (n=11), Optilume ATM (n=9) y Aperto/Legflow (n=17).

Material y método. Se incluyeron pacientes con EU confirmada por uretrografía retrógrada y cistoscopia. Se evaluaron flujo máximo urinario (Qmax), volumen miccional (VV), residuo postmiccional (RPM), complicaciones postoperatorias y recurrencia clínica. Para las variables cuantitativas se utilizaron ANOVA y Kruskal–Wallis; para tasas de recurrencia y complicaciones, el test exacto de Fisher. El análisis se realizó con SPSS v26.

Resultados. La mediana de edad fue 64 años (RIC 49–73). Un 56,8% registró cirugías urológicas previas (RTU-P 38,1%; prostatectomía radical 19%; HoLEP 14,3%) y 16,2% recibió radioterapia pélvica. El 59,5% tenía tratamientos previos (dilataciones 32,4%; UTI 40,5%; uretroplastía 10,8%); ninguno con BMP. La localización fue bulbar 56,8%, bulbomembranosa 32,4%, anastomótica post-prostatectomía 10,8%, membranosa 2,7% y unión bulbo-peneana 2,7%. La longitud mediana alcanzó 20 mm (RIC 10–26). Intraoperatoriamente, 70,3% recibió UTI inmediata y 27% dilatadores en “S”; la dilatación con balón tuvo una mediana de 8 minutos. La tasa de éxito global fue 84% (6 recurrencias). El Qmax aumentó de 10 ml/s (RIC 7–13) a 15 ml/s (RIC 11,55–27,5) (p=0,012), sin cambios significativos en el RPM (p=0,799). El seguimiento fue 6 meses (RIC 3–11). Tres pacientes (8,1%) presentaron complicaciones menores (Clavien-Dindo I–II), sin reintervenciones. No se hallaron diferencias entre dispositivos en variables clínicas, complicaciones ni recurrencia.

Conclusiones. En esta serie institucional, los BMP se mostraron seguros y efectivos a mediano plazo, sin ventajas detectables de Optilume frente a Ranger o Aperto/Legflow. Se requiere un seguimiento de 12–24 meses para contrastar estos hallazgos con la literatura y definir su impacto en la recurrencia.

O69) USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Rojas Cohen, A.(1); Sifri, M.(1); Del Valle, F.(2); Souper, R.(2); Vial, R.(2); Vera, G.(2); Fuentes, A.(2); Bruzzone, A.(2); Rojas, P.(2); Saavedra, A.(2); Bernal, J.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2); Gallegos Morán, H.(2);
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (2): HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Durante la última década se han introducido múltiples estrategias mínimamente invasivas en el manejo de la estenosis ureteral. Una de ellas, es la dilatación endoscópica con balón medicado con paclitaxel (BM), con promisorios resultados. La gran limitante es su alto costo y poca disponibilidad. Presentamos la experiencia pionera en la utilización de este dispositivo en el Hospital Sótero del Río.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, donde se incluyó a pacientes con estenosis ureteral tratados endoscópicamente mediante dilatación con balón medicado con paclitaxel en el Hospital Dr Sótero del Río, Chile. Entre los meses de enero 2024 y agosto 2025. Los datos analizados incluyeron variables clínicas, perioperatorias y funcionales. Este estudio fue aprobado por el comité de ética local.

RESULTADOS

Se operaron un total de 21 pacientes en el periodo descrito. La longitud promedio de la estenosis ureteral fue de 14.8 mm (DE 11-21 mm), mediana de seguimiento de 15 meses. Previo a la cirugía el 98% tenía HUN severa, 33% había tenido al menos 1 episodio de ITU, 29% se había realizado una pieloplastía previa. En cuanto a la etiología el 33% se debió a una estenosis pieloureteral y el 67% a una estenosis ureteral idiopática o iatrogénica post ureteroscopía. Se utilizaron balones de diámetro 5,6 y 7 Fr., y largos de 20,40 y 60mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 22 minutos. En el 29% de los pacientes fue necesario ureterotomía con láser. En ningún paciente fue necesario el uso de catéter doble J. Al comparar este grupo con pacientes similares tratados con balones no medicados en el mismo centro, el uso de BM se asoció a mejor respuesta clínica a 3 meses (95% vs 81%) y 6 meses de seguimiento (91% vs 72%), mayor tasa de éxito definido por cintigrama renal

dinámico (91% vs 66%, p< 0,001) y menor necesidad de reintervención (8% vs 54%, p< 0,001).

CONCLUSIONES

En nuestra serie, el uso de balón medicado muestra resultados promisorios, comparables a lo reportado en la literatura. Es una alternativa terapéutica beneficiosa y factible de implementar en el sistema público de salud chileno.

O70) GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS?

Campos, R.(1); Gomez, R.(1); Vila, P.(1);
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Introducción:>La gastrocistoplastia se popularizó en la década de lo 90 debido a los beneficios clínicos que ofrece en comparación con otros segmentos intestinales como un menor riesgo de infecciones, menor formación de litiasis y una menor producción de mucosidad intestinal. Sin embargo, con posterioridad se han comunicado reportes de malignización vesical en el largo plazo. Presentamos nuestra experiencia de largo plazo comparando la incidencia de malignidad en pacientes ampliados empleando estómago con aquellos en que utilizó otro segmento intestinal.

Material y métodos:>Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidos a ampliación vesical utilizando un segmento intestinal entre los años 1990 y 1995. Todos los pacientes fueron controlados anualmente mediante exámenes de laboratorio, ecografías y cistoscopias.

Resultados: Un total de 18 pacientes fueron sometidos a ampliación vesical, en 10 casos se utilizó colon, en 6 estómago y en 2 íleon. La edad promedio fue de 30 años (16-55) de los cuales, 16 fueron hombres y 2 mujer, la mediana de seguimiento de la serie completa fue de 31 años (16-32). Ninguno de los pacientes en quienes se empleó colon o íleon presentó malignización. De los pacientes en los que se utilizó estómago, uno presentó atrofia del segmento gástrico a los pocos meses post cirugia y fue re-ampliado con ileon. De los cinco pacientes restantes, tres fueron diagnosticados con adenocarcinoma tubular pobremente diferenciado a los 15, 30 y 31 años de seguimiento y de ellos, 2 fallecieron por metástasis.

Conclusión: La gastrocistoplastia se asocia a un significativo riesgo de malignización a largo plazo y por lo tanto debiera estar contraindicada.

TI2) TRABAJOS DE INGRESO 2

TI5) TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE

Testa, I.(1); García-baquero, R.(2); Albaladejo, P.(2); Narváez, P.(3); Ledo, M.(2); Álvarez-ossorio, J.(2);
(1): Hospital del Salvador, Hospital FACH, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España (3): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección para la enfermedad renal terminal, con mejor sobrevida y calidad de vida que la diálisis. En la última década, el trasplante renal asistido por robot (RAKT) ha emergido como una alternativa mínimamente invasiva, con el potencial de reducir morbilidad perioperatoria en receptores habitualmente frágiles. Presentamos la experiencia inicial de implementación del RAKT en un centro español y discutimos su reproducibilidad en el contexto chileno. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectiva que incluyó a todos los receptores de trasplante renal de donante vivo sometidos a RAKT entre julio de 2021 y mayo de 2025, realizados por un único cirujano. Se analizaron características basales de donantes, receptores e injertos, además de variables quirúrgicas (tiempos operatorios, de isquemia; tiempos de anastomosis arterial, venosa y ureteral; complicaciones intraoperatorias; sangrado y conversiones a cirugía abierta). Se evaluaron complicaciones postoperatorias y resultados funcionales hasta el último control. Resultados: Se realizaron 18 RAKT con una mediana de seguimiento de 18 meses. La edad media de los donantes fue de 54.3 años. Las medianas de tiempo en minutos fueron de 315 para cirugía total, 240 de consola, para la isquemia fría 55 y recalentamiento 68. Un paciente requirió transfusión y uno precisó conversión a cirugía abierta. Se registraron 9 complicaciones en los primeros 90 días (3 urológicas y 6 generales), de las cuales 4 fueron Clavien-Dindo ≥III. La mediana de creatinina en el último control fue 1.33 mg/dl y la TFGe de 62.8 ml/min/1.73 m^2 . No se reportaron pérdidas de injerto ni muertes. Dos pacientes presentaron estenosis ureteral tardía, resueltas con reimplante robótico. Conclusiones: El RAKT es factible y seguro en un centro con amplia experiencia en trasplante renal abierto, incluso con volumen limitado de cirugía robótica previa. Nuestros resultados reflejan la seguridad y funcionalidad de la técnica, aun con criterios de inclusión amplios. Su implementación en Chile podría potenciar los

TI6) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025

Menchaca Cruzat, R.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Gomez-lobo Roa, C.(3); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Carafi Laso, A.(2); Arce Olave, C.(4); Hernández Monsalve, A.(1); Elias Echaurren, E.(1);

Cruz Montiel, C.(1); Oporto Uribe, S.(1); Grille Diaz, E.(1);
(1): Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital de Collipulli, Santiago, Chile

Introducción: En Chile la información epidemiológica sobre el cáncer de vejiga proviene de un análisis administrativos sobre los egresos hospitalarios, que no discriminan entre casos incidentes, recurrencias ni progresiones, limitando su validez para la evaluación de factores pronósticos. Nuestro objetivo fue caracterizar la incidencia, factores de riesgo, variables clínicas y sobrevida global de pacientes con cáncer vesical en un hospital académico de alta complejidad. Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de diagnósticos nuevos de cáncer de vejiga entre enero 2023 y junio 2025 en el Hospital El Carmen. Se registraron variables sociodemográficas, factores de riesgo, características clínicas, indicadores asistenciales y sobrevida general. Resultados: Se reclutaron 107 pacientes, calculando una incidencia anualizada de 9,8/100.000 habitantes. La mediana de edad fue 73 años y 65,4% fueron hombres. Al diagnóstico, 60,7% correspondió a cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI), 32,7% a músculo invasor (CVMI) y 6,5% a metastásico. El tabaquismo estuvo presente en 59,8% de los casos (mediana 30 paquetes-año). Entre los CVNMI, un 63,4% fue clasificado como alto o muy alto riesgo de progresión. En el grupo CVMI y metastásicos, el 40% presentó deterioro renal que los hizo inelegibles a quimioterapia con cisplatino. La mediana de tiempo derivación–atención fue 48 días y de indicación–cirugía 22 días. Durante el seguimiento (media 23,5 meses), la mortalidad global fue 28,0%. La sobrevida media fue de 28,6 meses en CVNMI, 15,4 meses en CVMI y 7,5 meses en metastásicos. Discusión y conclusiones: La incidencia supera las estimaciones nacionales reportadas y se aproxima a cifras de países occidentales. Se evidencia alta prevalencia de tabaquismo, proporción considerable de estadios avanzados al diagnóstico y limitaciones terapéuticas asociadas a comorbilidad. Los hallazgos aportan información relevante respecto a la situación del cáncer vesical en Chile, los datos reflejan la necesidad de mejorar el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento en el sistema público de salud. Es relevante desarrollar registros prospectivos a nivel nacional que permitan orientar políticas públicas y la práctica clínica.

TI7) ASOCIACIÓN ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y DESARROLLO DE ITU POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES PREDISPONENTES

Sarras Jadue, M.(1); Libano Brañas, L.(1); Acosta Garay, A.(1); Bittner Prado, M.(1); Veas Zafira, M.(1); Toledo Correa, V.(1); Campusano Aedo, A.(1); Velasquez Zavala, M.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La resistencia bacteriana y el uso indiscriminado de antibioticoterapia es un problema de salud pública global. Por su parte, las intervenciones endourológicas por hiperplasia prostática benigna (HPB) aumentan el riesgo de morbimortalidad por causa infecciosa, siendo las infecciones urinarias (ITU) una de sus principales complicaciones . Es

por esto, que las guías clínicas internacionales recomiendan la realización sistemática de urocultivo preoperatorio como medida preventiva frente a infecciones urinarias postquirúrgicas. No obstante, evidencia reciente ha cuestionado la utilidad clínica de esta práctica, al no demostrar una asociación consistente entre la toma rutinaria de urocultivo y la reducción en la incidencia de ITU postoperatorias, lo cual impactaría directamente en el uso indiscriminado de antibióticos.

Objetivo: Determinar la asociación entre el resultado del urocultivo preoperatorio y la aparición de ITU dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento endourológico por HPB.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y longitudinal, de pacientes con HPB sometidos a HoLEP y RTU-P entre 2015 hasta Julio del 2025 en UC Christus, que cuentan con seguimiento de al menos 1 mes postoperatorio y urocultivo 3 semanas previo a cirugía. Se consideran para el análisis variables demográficas, clínicas preoperatorias y características perioperatorias relacionadas con el desarrollo de ITU. Se aplicará estadística descriptiva y analítica. Las comparaciones entre grupos se realizarán mediante prueba t de Student para variables continuas y prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas. La magnitud de las asociaciones se estimará mediante odds ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se aplicará análisis multivariado para la búsqueda de asociación con variables secundarias. Se considerará un nivel de significancia de 0.05. El análisis se realizará utilizando el software estadístico SPSS.

Resultados: Preliminarmente se analizan 325 registros (41% de la muestra total). La mediana de edad fue 67 años. Todos se realizaron HoLEP, donde un 6,2% de estos tuvo ITU postoperatoria, requiriendo un 20% hospitalización. De estos, un 20% presentó urocultivo positivo preoperatorio, todos usuarios de sonda Foley.

Conclusiones: Se espera con la totalidad de la muestra obtener resultados analíticos sobre la asociación entre el desarrollo de ITU postoperatoria y el resultado del urocultivo preoperatorio.

TI8) ¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO.

Marchant, A.(1); Arrué, K.(1); López, J.(1); Viñambres, J.(1); Cajales, M.(1); Castiglioni, E.(1); Westermeier, D.(1); Kreisberg, M.(1); Vildósola, C.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El objetivo fue evaluar el aporte diagnóstico de la biopsia sistemática cuando se añade a la biopsia dirigida por fusión en pacientes con lesiones PI-RADS 3–5, y explorar predictores de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs, ISUP≥2) fuera de la zona objetivo. Estudio observacional, analítico y retrospectivo (01/2018–06/2025). Se recopilaron variables clínicas y de procedimiento; se reportaron estadísticas descriptivas (medianas [RIC] y n [%]), tasas de detección estratificadas por PI-RADS y un modelo de regresión logística (Stata v13.0) para el desenlace "sistemática positiva para CaPcs con target negativa o ISUP 1" (ganosist2), ajustando por edad, PSA, volumen prostático, PI-RADS, tacto rectal, biopsia previa y número total de cilindros; se realizaron análisis de sensibilidad con densidad de PSA.

Se incluyeron 651 biopsias combinadas. Medianas: edad 65 años (RIC 59–71), PSA 6,13 ng/mL (4,6–9,0), volumen 49 mL (36–64). El PI-RADS peor por paciente (n=620) fue 3 en 14,8%, 4 en 63,7% y 5 en 21,5%. Las tasas de detección de CaPcs fueron 14,6% (PI-RADS 3), 41,6% (PI-RADS 4) y 70,5% (PI-RADS 5); la tasa global de CaPcs fue 43,78%. La contribución incremental de la sistemática —CaPcs detectado solo por sistemática con target negativa/ISUP 1— fue 11,9%; la detección contralateral exclusiva correspondió a ≈2,0% del total de la cohorte.

En la regresión logística multivariada no se identificaron predictores basales asociados a CaPcs fuera de target (edad, PSA, volumen, total de cilindros, tacto, biopsia previa, PI-RADS; todas p>0,05). Los análisis de sensibilidad sustituyendo PSA/volumen por densidad de PSA (continua y categórica, corte 0,15 ng/mL/cc) mostraron resultados consistentes (sin asociaciones significativas).

Conclusión: En pacientes con PI-RADS 3–5, la biopsia combinada reduce el subdiagnóstico de CaPcs; omitir la sistemática implicaría perder ~1 de cada 9 CaPcs en esta serie. No se hallaron marcadores clínicos que permitan seleccionar de forma segura a quién omitirla.

VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1

V01) DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO

Contreras-garcía, R.(1); Vantman-luft, D.(1); De Rocco-ponce, M.(1); Arrus-soldi, J.(1); Sanchez-curbelo, J.(1); Dumas-castro, S.(1); López-fernandez, S.(1); D Guillo, G.(2); Adalid-loma, G.(1); Ruiz-castañe, E.(1); Malca-caballero, L.(1);
(1): fundacion puigvert, BARCELONA, España (2): Hospital San Pau, BARCELONA, España

INTRODUCCIÓN: El liquen escleroso (LS) es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar la piel genital masculina y puede contribuir significativamente al desarrollo de un pene enterrado. El tratamiento quirúrgico incluye la resección del tejido enfermo así como en algunos casos la exeresis del panículo adiposo suprapúbico.

OBJETIVO: Describir el abordaje quirúrgico de un paciente con pene enterrado secundario a liquen escleroso en pene y escroto.

MÉTODO - PACIENTE: Describimos el manejo quirúrgico de un paciente de 64 años de edad con antecedentes médicos de diabetes, hipertensión y obesidad grado III. Con síntomas del tracto urinario bajo, disminución en la rigidez de las erecciones sumado a cambios inflamatorios crónicos en piel del pene y escroto de 10 años de evolución. Intervenido en 2 ocasiones, con nueva recidiva y progresión hasta desarrollo de pene enterrado en 2023, llevado a cirugía reconstructiva genital con "Dermolipectomia púbica más injerto de piel en pene".

RESULTADOS: Se realizan dos abordajes. Uno para liberación de adherencias en pene y otro en región púbica, lugar donde se toma el injerto. Bajo anestesia general se denuda todo el pene, con adherenciolisis roma y cortante para disección de grasa púbica más liberación de tejido en borde superior del escroto. Se crea injerto de piel de faldón púbico resecado, Cobertura de totalidad del pene con injerto de piel parcial. En abdomen incisión suprapúbica en "W". Exeresis de excedente de tejido dermograso posterior cierre por planos, dejando drenaje aspirativo. Lográndose exteriorización de cuerpo del pene, mejorando con ello la apariencia externa y dinámica miccional. En el transcurso de 3 meses posoperatorios no ha habido complicaciones y hubo fijación adecuada del injerto.

CONCLUSIÓN: La dermolipectomia púbica con injerto de piel parcial en pene es un procedimiento quirúrgico retador pero procedente donde la pérdida de peso no ha sido suficiente para conseguir una mejor visualización de los genitales, permitiendo además la resección de tejido inflamatorio crónico que acompaña habitualmente este tipo de condiciones.

V02) CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA

Sepúlveda, M.(1); Poblete, M.(1); Guerrero, G.(2); Olivares, V.(1); Marchant, P.(1); Moreno, S.(3);
(1): Becado Urología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Pasante Urología Clínica Santa María, Santiago, Chile (3): Urólogo Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción

La deformidad en reloj de arena del pene, propia de algunos casos de enfermedad de La Peyronie, puede ocasionar alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas significativas. Entre las opciones quirúrgicas emergentes, el injerto extratunical (ETG) se ha posicionado

como una alternativa segura y menos invasiva, especialmente indicada en casos sin inestabilidad estructural ni efecto bisagra. A diferencia de las técnicas tradicionales, el ETG evita la incisión de la túnica albugínea y la manipulación del paquete neurovascular, lo que reduce riesgos de sangrado, disfunción eréctil y alteraciones sensitivas.

Caso Clínico:

Se presenta el caso de un paciente de 55 años con enfermedad de La Peyronie, disfunción eréctil refractaria a tratamiento médico, y deformidad en reloj de arena. La evaluación clínica y ecográfica evidenció curvatura peneana, escape venoso, y una indentación circunferencial sin inestabilidad. Se optó por tratamiento quirúrgico combinado: implante de prótesis peneana inflable y corrección de la deformidad con injerto extratunical.

Resultado

Durante el procedimiento, tras la colocación de la prótesis, se evidenció una marcada indentación distal. Se preparó un injerto de pericardio bovino (Xenosure), que fue plegado y fijado superficialmente a la fascia de Buck, rodeando la zona afectada sin necesidad de incidir los cuerpos cavernosos. Esta maniobra permitió restaurar la circunferencia peneana, obteniendo una corrección completa al insuflar la prótesis. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con buena recuperación funcional y alta satisfacción del paciente al primer mes.

Conclusión

Este caso refuerza la utilidad del injerto extratunical como técnica efectiva para el abordaje de la deformidad en reloj de arena, especialmente en pacientes que requieren colocación simultánea de prótesis peneana. Al preservar la integridad estructural de la túnica albugínea y evitar maniobras invasivas, el ETG permite corregir la deformidad sin comprometer la longitud ni la funcionalidad del pene, consolidándose como una opción de alto valor terapéutico en casos seleccionados de enfermedad de La Peyronie.

V03) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA.

Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Lara, D.(1); Espinoza, C.(1); Cuesta, N.(1); Sapiain, I.(1); Kramer, F.(2); Ondarza, C.(2); Venegas, J.(2); Lira, N.(2); Mülchi, C.(2); Nápole, H.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La cistopatía por ketamina es una patología inflamatoria secundaria al consumo crónico de esta droga recreacional, cuyo uso ha aumentado de forma exponencial desde el año 2000. Clínicamente se manifiesta con disuria severa, urgencia, frecuencia

miccional aumentada y hematuria macroscópica. Su fisiopatología no está completamente aclarada, aunque se postula que los metabolitos excretados por la orina inducen inflamación crónica de la mucosa y pared vesical, lo que conduce a edema submucoso, ectasia vascular, inflamación del detrusor y fibrosis. Como consecuencia, se produce una marcada reducción de la capacidad vesical, alteración de la acomodación e hiperactividad del detrusor. Estos efectos son dosis-dependientes, observándose síntomas urinarios en la totalidad de los pacientes que consumen más de 5 g/día. El objetivo de este video es presentar el manejo quirúrgico de un paciente con cistopatía por ketamina severa y capacidad vesical críticamente reducida.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva del caso clínico, con análisis y edición del video quirúrgico, complementado con revisión de la literatura sobre cistopatía por ketamina.

Caso clínico: Hombre de 21 años, antecedente de consumo crónico de ketamina. Consulta por un cuadro de 2 años de evolución caracterizado por disuria, urgencia, nicturia y aumento de frecuencia miccional. El estudio urológico evidenció una capacidad vesical máxima de 50 ml por instilación retrógrada de suero fisiológico. Ante la severidad de los síntomas y el escaso volumen vesical, se indicó enterocistoplastia de aumento por vía laparoscópica. La cirugía se completó sin complicaciones intraoperatorias, con un tiempo quirúrgico de 5 horas 47 minutos. En el postoperatorio inmediato presentó íleo adinámico que resolvió con manejo médico en 4 días, sin otras complicaciones. Se retiran drenajes al día 7, cistostomía y sonda Foley al día 13, otorgándole alta hospitalaria al día 14, con micciones espontáneas iniciales de hasta 100 ml.

Conclusión: El manejo de la cistopatía por ketamina es escalonado, incluyendo tratamiento conservador, hidrodistensión, instilaciones intravesicales, toxina botulínica y, en casos severos, enterocistoplastia de aumento. Los avances en laparoscopia y cirugía robótica han permitido realizar este procedimiento de manera mínimamente invasiva, constituyéndose en una alternativa segura y reproducible en centros con experiencia.

V04) GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE.

Scherpenisse Duarte, D.(1); Rojas Cohen, A.(2); Eltit Soler, I.(3); Osorio Martini, F.(3); Sylvester Frías, M.(3); Navarrete Cabello, J.(3); Saavedra Zamora, Á.(3);
(1): Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de pene, aunque infrecuente y con mayor prevalencia en países de ingresos medios, compromete la supervivencia y, sobre todo, la esfera psicosexual. La evidencia y guías internacionales recomiendan un manejo oncológico riguroso y, cuando sea posible, cirugía órgano-preservadora con reconstrucción, optimizando resultados estéticos y funcionales, manteniendo control tumoral y mejor calidad de vida.

Material y métodos: Se presenta caso de hombre de 67 años, casado, no fumador, con antecedentes de obesidad y circuncisión. En control urológico rutinario se pesquisan lesiones en glande que persisten pese a manejo en conjunto con dermatología. Se realiza biopsia, compatible con carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado. Etapificación sin diseminación a distancia, identificando ganglio centinela inguinal izquierdo. Se planificó glansectomía con injerto de piel parcial tomado del muslo derecho más linfonodo centinela.

Resultados: Se realizó procedimiento sin incidentes, con tiempo quirúrgico de 3 horas y sangrado de 30 ml. Informe definitivo confirmó carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado, pT1a pN0, con bordes negativos y linfonodo libre de neoplasia. Seguimiento a los 3 meses con evolución favorable: paciente asintomático, adecuada integración del injerto, sin signos de infección ni necrosis, con erecciones nocturnas y sensibilidad adecuadas, logrando micción de pie sin problemas, sin evidencia de recidiva local a la fecha.

Conclusiones: Esta técnica representa una alternativa quirúrgica para el tratamiento del cáncer localizado de pene eficaz desde lo oncológico, permitiendo mantener funcionalidad y calidad de vida. El caso presentado refuerza la importancia de incorporar en Chile procedimientos quirúrgicos conservadores para lesiones localizadas, priorizando la calidad de vida sin comprometer los principios oncológicos, según recomiendan las nuevas guías internacionale

V05) SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA

Iacobelli Ovalle, A.(1); Chacón Caorsi, R.(2); Baeza Figueroa, C.(2); Sáenz, S.(3);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Dávila, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se ha consolidado como tratamiento de elección en hiperplasia de próstata, con resultados comparables o superiores a la cirugía abierta y la RTU. Sin embargo, su realización puede verse desafiada en pacientes con antecedentes urológicos complejos, como la presencia de prótesis peneana maleable. El uso de uretrostomía perineal transitoria puede facilitar el acceso quirúrgico y disminuir las complicaciones uretrales.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente portador de prótesis de pene maleable, con una próstata de 140 cc medida por resonancia magnética, sometido a enucleación prostática con láser de holmio mediante técnica Slim HoLEP con acceso por uretrostomía perineal transitoria (vaina de 22 Fr). Se describen los aspectos técnicos del procedimiento, tiempos operatorios, variables intraoperatorias y evolución posoperatoria.

Resultados

La uretrostomía perineal permitió el acceso seguro al adenoma prostático, evitando la manipulación excesiva de la uretra peneana y disminuyendo el riesgo de lesión de la prótesis. El tiempo quirúrgico total fue de 180 minutos, con un sangrado estimado menor a 150 ml. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. El paciente fue dado de alta el cuarto día, con sonda uretrovesical. Previo al retiro de la sonda, el día 14 postoperatorio, se realizó una pericateterografía sin hallazgos patológicos. El paciente logró orinar espontáneamente, con residuo postmiccional menor a 50 cc. No se observaron complicaciones tempranas asociadas a la uretrostomía ni a la integridad de la prótesis.

Conclusiones

El Slim HoLEP mediante uretrostomía perineal transitoria constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes portadores de prótesis peneana maleable. Esta técnica permite preservar la uretra peneana, reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la instrumentación y mantener los beneficios funcionales del HoLEP. Su utilización debiera considerarse en casos seleccionados de anatomía compleja, aportando al armamentario quirúrgico urológico en escenarios poco frecuentes pero clínicamente relevantes

V06) HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA

Rodríguez-carlin, A.(1); Mogollón, J.(1); Campos, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción y objetivo

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

Material y métodos

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

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

Resultados

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

Conclusión

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

V07) DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Ibáñez Holmgren, H.(1); Parada Aguirre, V.(1); Guerrero Carmona, G.(1); Pizzi Lazo, P.(2);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción

Los quistes de utrículo prostático son lesiones congénitas poco frecuentes, habitualmente diagnosticadas como hallazgos incidentales. Sin embargo, en algunos pacientes pueden asociarse a síntomas del tracto urinario inferior como disuria, pujo o goteo terminal, llegando incluso a infecciones recurrentes o alteraciones de la fertilidad. Su adecuado diagnóstico y manejo quirúrgico resultan fundamentales, especialmente en casos sintomáticos, ya que permiten mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. El desarrollo de la ecografía biplanar intraoperatoria, en conjunto con técnicas endoscópicas mínimamente invasivas, ha optimizado el tratamiento al facilitar la localización precisa y la resolución segura de estas lesiones.

Caso clínico

Paciente masculino de 28 años, sin comorbilidades relevantes, en estudio por dolor abdominal. Durante ecografía abdominal se pesquisó quiste de utrículo prostático. En el interrogatorio dirigido refirió seis meses de disuria intermitente, pujo y goteo terminal, sin fiebre, hematuria ni episodios de retención urinaria aguda.

Se planificó drenaje endoscópico electivo. Bajo anestesia general y en posición de litotomía modificada se efectuó ecografía transrectal intraoperatoria, identificando lesión quística sugestiva de quiste/absceso prostático. Mediante punción con contraste y azul de metileno se realizó vesiculostomía y vesiculografía. Posteriormente, bajo guía endoscópica y ecográfica, se practicó vaporización prostática con láser de holmio y apertura de la cápsula quística, logrando comunicación amplia con la uretra prostática. Se dejó sonda Foley siliconada 20F.

El paciente evolucionó en el postoperatorio inmediato sin complicaciones. Fue dado de alta al primer día postoperatorio, con retiro de sonda satisfactorio y buena evolución clínica. Al control a los tres meses paciente asintomático, sin dolor ni molestias urinarias.

Conclusión

El manejo de los quistes de utrículo prostático sintomáticos representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La combinación de ecografía biplanar intraoperatoria y técnicas endoscópicas asistidas por láser constituye una alternativa segura y efectiva, que permite una localización precisa y resolución mínimamente invasiva. Este abordaje resuelve la sintomatología, facilita una recuperación precoz y disminuye el riesgo de complicaciones

futuras, consolidándose como una opción terapéutica de elección en pacientes seleccionados.

V08) NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT

Parada, F.(1); Juri, D.(1); Ramírez, G.(1); Loyola, M.(1); Calvo, I.(1); Radtke, V.(1); Luz, D.(1); Hassi, M.(1); Domínguez, R.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La estenosis ureteral(EU) se caracteriza por una disminución del lumen ureteral, secundaria a procesos como isquemia, ureterolitiasis impactada, instrumentación o iatrogenia. Su fisiopatología se asocia con alteraciones de la microvasculatura, lo que incrementa el riesgo de recurrencia tras el tratamiento. El gold-standard en el manejo de la EU distal es el neoimplante ureteral transectante, técnica efectiva pero que implica la sección del uréter y, en consecuencia, un mayor compromiso de su irrigación segmentaria, aumentando el riesgo de isquemia y re-estenosis. Presentamos el caso de un paciente tratado mediante neoimplante ureteral no transectante latero-lateral asistido por robot(NUNTR), orientado a preservar la irrigación ureteral y reducir complicaciones isquémicas.

Material y métodos:

Paciente masculino de 60 años, con diagnóstico de ureterolitiasis distal izquierda no complicada de 8mm. Durante ureteroscopía, se constató una EU distal infranqueable. La ureteropielografía-retrógrada mostró un paso filiforme de contraste hacia proximal. Ante la imposibilidad de progresar, se realizó una ureterolitotomía anterógrada flexible, logrando la resolución completa de la litiasis y un estudio detallado de la EU, que confirmó una EU distal de 2 cm. Como medida de drenaje temporal, se instaló una nefrostomía percutánea(NP). En este contexto se decide realizar un NUNTR. Se realizó disección limitada al uréter distal, preservando su cara postero-lateral para mantener irrigación segmentaria. Se evaluó la EU con verde de indocianina instilado por NP. Se efectuó ureterotomía medial y cistotomía lateral, y luego anastomosis uretero-vesical latero-lateral sin tensión, sobrepasando la zona estenótica. Se dejó un catéter JJ.

Resultados:

Cirugía sin complicaciones. Tiempo quirúrgico: 131 minutos. Perdidas sanguíneas mínimas. Retiro de nefrostomía y alta médica al primer día postoperatorio(PO). Retiro de sonda Foley al séptimo día PO. Presentó una pielonefritis aguda de manejo médico. Retiro de catéter JJ a los 30 días PO. Resolución de sintomatología PO. Mejora de creatinina de 1.01 a 0.87 mg/dL.

Tomografía de control con resolución de hidronefrosis y excreción de contraste por ambas vías.

Conclusión:

El NUNTR robot es una técnica factible y reproducible que preserva la vasculatura ureteral, minimiza la disección y representa una alternativa prometedora en EU distal, con potencial beneficio en reducir el riesgo de recurrencia.

V09) REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Saavedra, Á.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

El reimplante ureterovesical (UV) latero-lateral (LL) ha surgido como una alternativa eficaz al reimplante término-lateral, especialmente en contextos complejos. Al ser no transectante permite preservar la integridad anatómica y vascular del uréter, lo que se traduce en menor tasa de necrosis, estenosis y fístula. Además, mantiene la longitud ureteral, reduciendo la tensión sobre la anastomosis, facilitando el procedimiento quirúrgico y mejorando los resultados funcionales. El *reposo ureteral* —consistente en retirar todo dispositivo que cruce la estenosis y mantener drenaje por nefrostomía al menos 4 semanas— permite resolver el edema, mejorar la maduración de la lesión y optimizar las condiciones para una reconstrucción definitiva, aumentando el éxito quirúrgico y reduciendo complicaciones.

Métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 44 años con múltiples cirugías abdominales previas, quien desarrolló una fístula ureterovaginal izquierda posterior a una histerectomía laparoscópica. El primer intento de reimplante UV izquierdo por acceso de Gibson se realizó a los 17 días de la lesión, un momento subóptimo, ya que se recomienda intervenir antes de los 7 días o después de los 30. Así, este procedimiento fracasó, evolucionando con hidronefrosis izquierda. Tras un mes de reposo ureteral con nefrostomía, se realizó un segundo reimplante utilizando técnica latero-lateral no transectante, reutilizando el mismo acceso de Gibson, pero con una incisión más corta.

Resultados:

La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones. La técnica no transectante permitió conservar la vascularización y longitud ureteral, facilitando la anastomosis y reduciendo la manipulación tisular. En el seguimiento postoperatorio al mes, la paciente presentó una evolución favorable, sin signos de complicaciones clínicas ni imagenológicas.

Conclusión:
Esta técnica constituye una técnica segura, efectiva y menos invasiva, particularmente útil en escenarios quirúrgicos complejos. Esta técnica permitió preservar la anatomía y vascularización del uréter, facilitando una anastomosis sin tensión y mejorando los resultados funcionales. El fracaso del primer implante se asoció a un mal timing quirúrgico, enfatizando la importancia del momento adecuado para evitar el riesgo de fracaso. Además, quedó en evidencia la relevancia del reposo ureteral, al mejorar las condiciones del tejido antes del segundo intento quirúrgico, aumentando la probabilidad de éxito de la cirugía.

V10) VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO.

Villanueva Figueroa, M.(1); Carafí, A.(1); Sanhueza, J.(1); Diaz, P.(1); Olmedo, T.(1); Marchant, F.(1);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción pieloureteral (OPU) en adultos, es una condición rara y menos estudiada que en la población infantil. Dentro de sus causas encontramos condiciones congénitas y adquiridas. De estas últimas las causas asociadas un proceso de cicatrización anormal secundaria a litiasis, radioterapia o inflamación crónica, o las causas iatrogénicas (secundarias a ureteroscopías o pielotomías) representan un problema para los urólogos, ya que la fibrosis asociada, dificulta los tratamientos quirúrgicos reconstructivos habituales (Pieloplastía desmembrante). La pieloplastía con injerto de mucosa oral se ha posicionado como una técnica novedosa y efectiva en el manejo de estos pacientes, especialmente, cuando ha fracasado una pieloplastía desmembrante con anterioridad, sin embargo, la evidencia aún continúa siendo limitada.

Materiales y métodos: Caso clínico: Se reporta el caso de una paciente de 31 años, sin antecedentes médicos previos, tratada por una litiasis en la unión pieloureteral derecha a través de una ureteroscopía flexible con láser de Holmium e instalación de catéter doble jota, el cual se retira al mes. Un año después la paciente consulta en nuestro servicio por un cuadro de dolor lumbar derecho. Se realiza una tomografía con fase de eliminación que evidencia una estenosis pieloureteral derecha severa asociada a hidronefrosis y adelgazamiento del parénquima renal derecho. Se decide realizar una pieloplastía laparoscópica con injerto de mucosa oral. Se presenta en este video, la técnica quirúrgica para la obtención del injerto, y la pieloplastía posterior con instalación del injerto de mucosa oral.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente luego de la cirugía, con resolución de la hidronefrosis derecha y ausencia de filtración del medio de contraste en anastomosis

pieloureteral derecha en la tomografía con fase de eliminación de control (a las 2 semanas post operatorias).

Conclusiones: La pieloplastía con injerto de mucosa oral es una alternativa segura y potencialmente efectiva en pacientes con estenosis pieloureteral secundaria a cirugías urológicas o de causa inflamatoria. Dado que aún es una técnica novedosa y poco masificada, se requieren más estudios que comparen su efectividad contra los tratamientos habituales en este grupo de pacientes.

V11) PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE

Escobar, S.(1); Santis, J.(2); Iacobelli, A.(3); Opazo, V.(4); Baeza, C.(5);
(1): Hospital del Salvador, Hospital Luis Tisné, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco, Clínica Dávila, Santiago, Chile (5): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de pene es una patología poco prevalente. En nuestro país, la ausencia de centros de referencia que concentren estos pacientes obliga a que su resolución recaiga en profesionales con limitada exposición práctica a su enfrentamiento quirúrgico. Esto hace necesario que los urólogos chilenos dispongan de material escrito y videográfico para preparar correctamente sus casos.

Al analizar el material existente en plataformas abiertas, como youtube, existen múltiples videos que presentan penectomías parciales como si fueran totales, con errores técnicos durante su ejecución. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de penectomía total realizado por subespecialistas en urología reconstructiva, para apoyar la formación quirúrgica de nuestra comunidad en esta patología infrecuente.

Material y métodos

Previo firma de consentimiento informado de un paciente que será sometido a una penectomía total, se graba y edita su proceso quirúrgico, con fines de difusión académica.

Resultados

Se presenta un caso de hombre de 83 años que consulta por una lesión en el pene de meses de evolución. Al examen físico presenta una lesión compromete glande en su totalidad y los cuerpos cavernosos, de superficie friable y ulcerada, de aspecto vegetante, con bordes mal definidos. No presenta adenopatías clínicas.

Se determina realizar una penectomía total.

Tiempo quirúrgico de 169 minutos, con sangrado <100cc. Evoluciona favorablemente en postoperatorio, sin complicaciones asociadas, egreso hospitalario al cuarto día. Se retira sonda foley 14 días post operado.

Se rescata biopsia, carcinoma escamoso queratinizante, moderadamente diferenciado G2, que infiltra prepucio, glande infiltrando hasta cuerpo del pene, comprometiendo túnica albugínea, cuerpo cavernoso, esponjoso y uretra, con una profundidad de invasión de 9 cm. Invasión linfovascular presente. Bordes quirúrgicos negativos.

Conclusión

Dada su poca frecuencia de presentación, existen pocos urólogos con las competencias suficientes para enfrentar quirúrgicamente el cáncer de pene. El aprendizaje dado por la cirugía reconstructiva permite un manejo más acabado de estas lesiones penianas. Este vídeo aproxima esos aprendizajes a la comunidad urológica chilena.

V12) RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES

Ramírez, G.(1); Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Westenenk, K.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La resección transuretral de vejiga (RTUV) en-bloc ha emergido como una técnica prometedora en el manejo del cáncer de vejiga no músculo-invasor (CVNMI). Entre sus ventajas teóricas sobre la técnica fraccionada estándar, se incluyen una mayor precisión diagnóstica, manteniendo una muestra de mejor calidad, lo que facilita la identificación del músculo detrusor y la evaluación de márgenes quirúrgicos. Si bien se ha generado un interés creciente en su aplicación, su adopción generalizada aún enfrenta varios desafíos. Las complicaciones intra y postoperatorias aunque reportadas como infrecuentes, merecen una evaluación rigurosa. El tiempo quirúrgico, la curva de aprendizaje, las dificultades técnicas en tumores de gran tamaño o localizados en regiones complejas, así como los posibles efectos adversos asociados al uso de energía, constituyen aspectos críticos a considerar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un video clínico que documenta una serie de dificultades y complicaciones observadas durante la realización de RTUV en-bloc en nuestro centro, así como las estrategias utilizadas para su manejo.

RESULTADOS

Se presentan 5 casos de complicaciones observadas durante la realización de RTUV en-bloc en nuestro centro. Entre ellas, se destaca la dificultad para extraer la muestra tumoral completa a través del resectoscopio, una situación que puede resolverse mediante la fragmentación controlada del espécimen una vez completada la resección, con el fin de preservar la integridad diagnóstica y minimizar el riesgo de diseminación tumoral. Otra complicación a tener en cuenta es la perforación vesical, en especial en tumores de localización compleja. Es infrecuente, pero no menos importante. En este caso, al igual que en la resección fragmentada estándar, se puede emplear manejo conservador con sonda uretrovesical. Sin embargo es relevante al impedir una eventual instilación inmediata de quimioterapia.

CONCLUSIONES

Aunque la RTUV en-bloc representa un avance técnico con potenciales beneficios oncológicos y diagnósticos, su implementación no está exenta de dificultades y complicaciones. La identificación y el manejo adecuado de estos eventos son fundamentales para optimizar la seguridad del procedimiento y su eficacia. Compartir experiencias reales contribuye al desarrollo de futuras recomendaciones basadas en la evidencia.

VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2

V13) ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA

Iacobelli, A.(1); Silva, C.(1); Rubio, G.(2);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Davila, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El feocromocitoma es un tumor adrenal neuroendocrino productor de catecolaminas. En síndromes hereditarios como NEM2A suele ser bilateral y de presentación temprana. En estos casos, la adrenalectomía total bilateral elimina la recurrencia local, pero induce insuficiencia suprarrenal definitiva y dependencia de corticoides. La adrenalectomía parcial es una alternativa que reduce la dependencia de corticoides y debe considerarse como primera opción en casos seleccionados, ya que reduce la morbilidad endocrina y metabólica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente masulino de 20 años, con antecedente de neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (NEM 2A) y diagnóstico de feocromocitoma bilateral secundario. Dentro de su estudio destacan metanefrinas y normetanefrinas elevadas y una resonancia magnética que informa un nódulo suprarrenal izquierdo 28×26 mm y derecho 12×14 mm. Se programa una adrenalectomía bilateral laparoscópica con preservación cortical derecha. Preparación preoperatoria con doxazosina y metoprolol. El paciente se hospitaliza el día previo a la cirugía para volemización con suero fisiológico.

TÉCNICA: Abordaje laparoscópico; primero se realiza adrenalectomía radical derecha según técnica habitual sin incidentes. Reconfiguración de trocares para el lado derecho; identificación de tumor y glándula sana. Con grapadora vascular se realiza una resección del tumor, preservando glándula sana.

RESULTADOS: Tiempo operatorio 120 minutos. Evolución postoperatoria favorable; inicio de suplementación con hidrocortisona y alta a las 48 horas. Anatomía patológica: ambas muestras compatibles con feocromocitoma intraaadrenal, sin necrosis, sin invasión vascular/linfática y sin compromiso capsular ni de tejidos periadrenales. Inmunohistoquímica: cromogranina (+), sinaptofisina (−), S100 (−).

CONCLUSIONES: La adrenalectomía parcial es una alternativa factible y segura en feocromocitomas bilaterales secundarios a NEM2. En este caso se logró la resección completa sin complicaciones y preservación de glándula viable, disminuyendo la dependencia a corticoides. La adecuada preparación preoperatoria, el manejo intraoperatorio de las descargas adrenérgicas y el seguimiento interdisciplinario con endocrinología son claves para optimizar resultados y vigilar las recurrencias.

V14) NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS

Foneron, A.(1); Steuer, A.(2); Toledo, H.(3); Oyanedel, F.(3); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(3); Cuevas, P.(3); Garate, S.(3); Wagner, T.(3); De La Fuente, M.(3);
(1): hospital base valdivia, clinica alemana valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile (2): escuela de medicina universidad austral de chile, valdivia, chile (3): hospital base valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile

Introducción

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica validada para el manejo conservador de los tumores renales. En el caso de las masas renales complejas, el procedimiento es un desafío quirúrgico.

Material y método

Presentamos puntos claves para la nefrectomía parcial laparoscopica en masas renales complejas clasificadas de acuerdo al score R.E.N.A.L.

Resultados

Describimos la técnica, maniobras especiales y resultados perioperatorios de la nefrectomía parcial laparoscópica en: 1) Tumor renal de 9 cm (R=3ptos), 2) Tumor endofítico (E= 3ptos), 3) Tumor del seno renal (N=3 ptos, A, L=3ptos) y 4) Tumor de cara posterior (P).

Conclusiones

La estandarización de la técnica es fundamental para el éxito del procedimiento. Creemos que los pasos claves para un cirugía segura son: Control vascular, movilización controlada del riñón, exposición adecuada del tumor, visualización adecuada del lecho renal y renorrafia anatómica.

V15) MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO

Foneron, A.(1); Ochoa, G.(1); Steuer, A.(2); Toledo, H.(3); Oyanedel, F.(3); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(3); Cuevas, P.(3); Garate, S.(3); Wagner, T.(3); De La Fuente, M.(3);
(1): hospital base valdivia, clinica alemana valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile (2): escuela de medicina universidad austral de chile, valdivia, chile (3): hospital base valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile

Introducción

En la actualidad, el abordaje laparoscópico es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico de las masas suprarrenales. Sin embargo, en masas de localización compleja, el abordaje abierto es una excelente alternativa.

Material y Método

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 60 años que consulta por cuadro de fatiga de 6 meses de evolución. Dentro del estudio se realiza una tomografía de tórax que informa una masa suprarrenal derecha de 8 cm.

La resonancia informa masa suprarrenal derecha de 8 cm sin características de adenoma. El estudio funcional resulta negativo.

En la tomografía podemos observar la relación de la masa con la vena cava, porta, arteria mesentérica superior, tronco Celíaco y vena renal izquierda.

Se planifica un abordaje abierto anterior y se solicita la asistencia del equipo de Cirugía digestiva alta para realizar la movilización hepática necesaria para la exposición de la masa y la cava.

Resultados

Realizamos una Laparotomía en Jota, utilizando un separador OMNITRAC para mejor exposición. Una vez que se accede a la cavidad abdominal, se realiza la liberación hepática seccionando los ligamentos del hígado. Se logra movilización completa del hígado derecho y se expone la cava infra hepática y la masa. Realizamos control vascular de la cava y el pedículo hepático y procedemos a liberar la masa en todas sus caras.

El tiempo operatorio fue de 130 minutos con un sangrado de 250 cc

La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio. La biopsia informó lesión fuso celular de estirpe neural compatible con Schwannoma suprarrenal.

Conclusiones

En las masas complejas, la participación de un equipo multidisciplinario es fundamental para el éxito del procedimiento.

Contar con un estudio imagenológico que nos informe detalladamente la anatomía, nos permite decidir cuál es la mejor vía de abordaje.

En el abordaje abierto se debe tener una excelente exposición intraoperatoria, con separadores e instrumental adecuados, con el fin de lograr un control vascular seguro para la resección de la masa.

V16) TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO

Andriola, M.(1); Aliaga, A.(1); Iñiguez, S.(1); Vilches, R.(1);
(1): Instituto Nacional Del Cancer, Independecia, Chile

Introducción:

Los tumores renales completamente endofíticos representan un desafío particular en la planificación de una nefrectomía parcial laparoscópica, debido a las limitaciones técnicas y al mayor riesgo de complicaciones inherentes a este abordaje. Se ha descrito una tasa global de complicaciones entre 18 y 25 %, con un 3–7 % de eventos graves. Asimismo, la incidencia de márgenes quirúrgicos positivos alcanza hasta un 13 % en tumores completamente endofíticos, comparado con un 5 % en tumores exofíticos. El uso de herramientas complementarias, como la ecografía intracavitaria y la reconstrucción tridimensional, ha contribuido a disminuir esta brecha, mejorando la planificación quirúrgica y los resultados oncológicos.

Materias y métodos:

Video descriptivo con relato docente de la realización de una nefrectomía parcial laparoscópica izquierda, utilizando la técnica de *skullcap* descrita por el Dr. K. Badani, en un centro oncológico docente de referencia nacio. nal.

Resultados:

Se describe la técnica en una paciente de sexo femenino de 77 años, con antecedentes de hipetensión arterial, dislipidemia e hipotiroidsmo, en quien, en contexto de dolor abdominal inespecífico, se pesquisó mediante TAC abdominal un tumor renal izquierdo sospechoso de neoplasia, de 23 x 18 mm, 100 % endofítico y en contacto con el sistema colector (RENAL score 9x). El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, tiempo de isquemia 28 minutos, sangrado estimado 300 cc y hospitalización de 2 días, sin complicaciones. El estudio histopatológico informó un carcinoma de células renales, variante células claras, ISUP G III, sin compromiso de márgenes quirúrgicos (distancia de 0,5 cm), pT1a.

Conclusión:

La técnica *skullcap* en nefrectomía parcial laparoscópica se presenta como un abordaje seguro y reproducible, que optimiza la visualización de la profundidad y plano tumoral, facilitando la decisión oncológica entre cirugía parcial o radical. Además, permite una reparación profunda eficaz con adecuada hemostasia y control de la vía urinaria, disminuyendo el riesgo de complicaciones perioperatorias. Son necesarios estudios prospectivos para confirmar su impacto en la obtención de márgenes quirúrgicos y resultados perioperatorios.

V17) RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO

Rodríguez-carlin, A.(1); Mogollón, J.(1); Campos, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, chile

Introducción y objetivo:

La resección transuretral de tumor vesical convencional en fragmentos continúa siendo el estándar en el manejo del cáncer vesical no músculo invasor; sin embargo, no respeta principios oncológicos básicos de la cirugía en bloque y limita la evaluación histopatológica. La resección en bloque con láser de holmio ha surgido como una alternativa segura, que permite obtener la pieza quirúrgica completa para un análisis histopatológico más preciso, con mejor valoración de márgenes y profundidad de invasión, y con una menor tasa de recurrencia en comparación con la técnica convencional. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra técnica de enucleación en bloque de tumor vesical con láser de holmio.

Material y métodos:

Se presentan dos casos clínicos de pacientes con tumor vesical único, de 11 mm y 10 mm respectivamente. La primera paciente consultó por hematuria macroscópica y el segundo por dolor abdominal inespecífico. En ambos, el diagnóstico se realizó inicialmente mediante ecografía y se confirmó con resonancia magnética multiparamétrica (VI-RADS 1) en el primer caso y con cistoscopia en el segundo. Las cirugías se realizaron bajo anestesia general en posición de litotomía. Se efectuó cistoscopia reglada con sistemas de realce óptico (IMAGE 1-S® en el primer caso y NBI® en el segundo). Posteriormente se procedió a la enucleación en bloque utilizando un láser de holmio Cyber Ho® 150 W (Quanta System), con resectoscopio láser 24 Fr y fibra de 550 µm. Los parámetros fueron: corte 1 Joule, 10 Hz, pulso largo; coagulación 0,8 Joule, 10 Hz. El primer paso consistió en la demarcación de los bordes tumorales con un margen de 5 mm, seguido de la liberación y extracción en bloque mediante canastilla a través de la camisa del resectoscopio.

Resultados:

El tiempo operatorio en ambos casos fue menor a 20 minutos. No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias. La sonda Foley se retiró a las 24 horas, con alta hospitalaria al día siguiente.

Conclusión:

La resección en bloque de tumor vesical con láser de holmio representa una alternativa segura y reproducible, que ofrece mejor control local, menor riesgo de siembra intravesical y una óptima valoración histopatológica.

V18) ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA

Rojas Salas, A.(1); Soler Andonie, D.(1); De Oliveira, A.(2); Valenzuela Grau, R.(1); Soler Soler, S.(1); Andrusco Fidalgo, A.(1); Araya Salcedo, F.(1); Rojas Varas, J.(1); Vera Veliz, A.(3);
(1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Hospital DIPRECA, Santiango, Chile (3): Hospital San Juan de Dios - Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, La Serena - Ovalle, Chile

INTRDUCCION: La metastasectomia es una alternativa de tratamiento en aquellos pacientes con CRCR que recidivan años después de una NefrectomíaRadical. Si ésta se presenta como oligometastasis y en una GSRúnica contralateral, se puede proponer una resección tumoral con preservacion de corteza adrenal funcional.

CASO-CLINICO1: Mujer 71años. CRCR izquierdo (7,3cm) con trombo tumoral, que se extiende por la Vena Cava hasta la auricula derecha. Se realizo NefrectomiaRadical +Trombectomia +Circulacion Extracorporea, abordaje abierto toraco-abdominal (Chevron). Seguimiento: 5años, se pesquisa metastasis GSR Derecha Unica 4x2cm. EstudioFuncional negativo.

CASO-CLINICO2: Hombre 57años. NefrectomíaRadical laparoscópica por CRCR izquierdo T3a (4,6cm). Seguimiento: 3años, se evidencia nodulo GSR Derecho Unica de 2.7cm compatible con localización secundaria. EstudioFuncional negativo.

TECNICA-QUIRURGICA ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA: Posición de lumbotomía. Neumoperitoneo con Aguja veress. Cinco trocares en total. (Caso-Clinico1: Instalacion 2 primeros trocares digito-instrumental + adherenciolisis laboriosa por cirugia previa /abdomen sellado). Medializacion colon derecho, maniobra Kocher. Diseccion Ligamento Hepatorenal y rechazo hepatico hacia cefalico, identificando la zona adrenal. Se identifica Nodulo tumoral en relación a GSR. Apertura de peritoneo +Fascia Gerota, exponiendo tumorSR, identificando macroscópicamente sus limites. Tumorectomía cuidadosa con energía bipolar avanzada, tijera y hem-o-lock, distinguiendo plano de diseccion, dejando parénquimaSR sano. Se preservan Vena Suprarrenal principal y ramas arteriales. Reseccion tumoral in toto, conservando >25% de la cortezaSR de aspecto normal. Extracción de pieza quirurgica en endocatch. Surgicel al lecho tumoral.

RESULTADOS: Cirugias sin incidentes. TiempoLaparoscopico <90minutos. Sangrado <50cc. Evolucion satisfactoria. Observacion por 48 hrs y alta. A la fecha con cortisol basal normal, sin necesidad de Reemplazo Hormonal con corticoesteroides.

DISCUSION: La indicacion de Adrenalectomia Parcial Laparoscopica en patologia potencialmente maligna aun es debatible, sin embargo, el escenario recomendable seria frente a la presencia metastasis unica de CRCR, nodulo <5cm en GSR única, siempre que sea factible una resección tumoral completa, oncológicamente segura y que se logre preservar tejido cortical suficiente para prevenir la insuficiencia suprerrenal.

V19) ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO

Soler Andonie, D.(1); Rojas Salas, A.(1); Sirebrenik Gateño, A.(2); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4); (1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION: La lumboscopia es ideal para el tratamiento quirurgico laparoscopico de un tumor ubicado en la cara posterior del riñon. Este abordaje, por si solo es muy desafiante, sobretodo si el tumor tiene alta complejidad tecnica. Aun asi, no es impedimento para realizar una tumorectomia con tenica de enucleación, con la finalidad de preservar un mayor porcentaje de nefronas, incluso en un tumor intrarrenal.

CASO-CLINICO: Hombre 39años. Hallazgo incidental de TumorRenal derecho 45x38mm 100%endofitico Renal-Score 11PH. Se plantea tumorectomía laparoscópica por lumboscopia.

TECNICA-QUIRURGICA: Posición Lumbotomía. Disección digito-instrumental triangulo Petit, hasta acceder al retroperitoneo. Creación del espacio virtual con balón de dilatación. Instalacion de 4 trocares, 2de ellos instalados hacia la línea media, tras rechazar el peritoneo. Identificacion de reparos anatómicos, disección rápida del hilio renal, identificando 3arterias y 1vena principal, todas quedan referidas con cinta vascular. Apertura fascia Zuckerkandl / diseccion grasa renal. Exposicion del riñon en su totalidad sin visualizar tumor (100%endofitico). Ecografia intraoperatorio con transductor laparoscópico, visualizando tumor+/-4cm. Se delimita área de reseccion. Bulldog lapaoroscopico a cada arteria y doble clamp venoso. Disección de parénquima renal sano con tijera fria hasta localizar tumor. Con tracción y contratracción se realiza enucleacion tumoral. Control de vasos perforante con hem-o-lock. Se reseca tumor renal in toto con pseudocápsula indemne. Ausencia de neoplasia macroscopicamente residual. Primer plano medular de renorrafia(sutura barbada), cerrando dirigidamente vena interlobal(directa relacion con el tumor), afrontando posteriormente con hem-o-lock. Desclampeo arterial y venoso. Sin sangrado significativo. Segundo plano renorrafia cortico-medular(sutura barbada) afrontando con hem-o-lock después de cada pasada. Extracción tumoral en endocacth. Parénquima renal hermético. GelitaHemostática. Cierre de Fascia Zuckerkandl. Sin drenaje.

RESULTADOS:Cirugias sin incidente. Tiempo-Laparoscópico:240min. Tiempo-Isquemia: 55min. Sangrado intra-op: 500cc. Evolución satisfactoria. Alta 1er dia post-operatorio. Informe Anatomopatologico: CancerRenal CélulasClaras, MárgenesQuirúrgicos Negativos. Seguimiento sin recidiva locoregional/distancia. Preservacion >90% de funcion renal basal.

DISCUSION:El abordaje Lumboscopico es factible y seguro, incluso en estos casos de alta complejidad. Realizar una tecnica de enucleación laparoscopica, con apoyo ecografico intraoperatorio, facilita una adecuada identificación de los márgenes de resección y preservacion de parenquima renal sano, aumentando el exito funcional y oncológico, llegando a ser mas relevante que el tiempo de isquemia.

V20) FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS

Eltit, I.(1); Ramirez, G.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Lyng, R.(1); Krebs, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bermúdez, H.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial robótica (RAPN) es actualmente el tratamiento de elección para tumores renales localizados, al permitir la preservación de parénquima con adecuados resultados oncológicos. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la filtración urinaria una de las más relevantes por su morbilidad. Su identificación intraoperatoria representa un desafío técnico. En este escenario, el uso de un cistoscopio flexible con instalación de un catéter ureteral permite irrigar suero fisiológico y evidenciar escapes de orina, facilitando una reparación selectiva y dirigida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de RAPN realizada en nuestro centro que evolucionó con filtración urinaria y falla del manejo conservador. Asimismo, se describen cuatro situaciones adicionales donde la aplicación intraoperatoria del cistoscopio flexible con irrigación retrógrada permitió identificar precozmente filtraciones de la vía urinaria y realizar suturas dirigidas, evitando complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

Caso principal: paciente masculino de 45 años con tumores renales bilaterales. Se realizó RAPN izquierda sin isquemia, con tiempo operatorio de 100 minutos y sangrado estimado de 600 mL. Fue dado de alta al primer día postoperatorio. A los 7 días desarrolló urinoma perirrenal e infarto polar superior. Tras colocación de pigtail y sonda vesical sin resolución, se efectuó reintervención con cierre directo de la filtración y resección parcial de parénquima infartado, logrando evolución favorable y preservación de la función renal a 90 días. Ejemplos adicionales: en cuatro procedimientos, la irrigación intraoperatoria mediante

catéter ureteral permitió identificar filtraciones en el acto quirúrgico, posibilitando suturas dirigidas y evitando complicaciones posteriores. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, sin necesidad de nuevas intervenciones.

CONCLUSIONES

La RAPN es una técnica eficaz para el tratamiento de tumores renales complejos, aunque con riesgo de filtración urinaria. La utilización de un cistoscopio flexible con catéter ureteral e irrigación intraoperatoria constituye una herramienta simple, útil y reproducible, que permite detectar aperturas de la vía urinaria en tiempo real y repararlas selectivamente, favoreciendo la preservación de la función renal y reduciendo el riesgo de reintervenciones.

V21) RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO

Eltit, I.(1); Rojas Castiglione, I.(1); Ramírez, G.(1); Lyng, R.(1); Krebs, A.(1); Aliaga, A.(1); Otaola, H.(1); Souper, R.(1); Bermúdez, H.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) es un síndrome genético autosómico dominante asociado a la formación de tumores benignos y malignos en distintos órganos. A nivel renal, existe un riesgo elevado de carcinoma de células renales (CCR) bilateral, multifocal y de aparición precoz. Esto exige un enfoque quirúrgico conservador, siendo las nefrectomías parciales en múltiples tiempos el tratamiento de elección para preservar la función renal, con indicación habitual cuando las lesiones superan los 3 cm.

Métodos:

Paciente mujer de 62 años, monorrena izquierda, con diagnóstico de VHL (angiomas retinianos, quistes pancreáticos y tumores renales múltiples), con antecedentes familiares positivos. Había sido sometida a nefrectomía radical derecha y cuatro nefrectomías parciales izquierdas (2008, 2010, 2012, 2015). Se encontraba en seguimiento con resonancia magnética, donde la última imagen en enero de 2024 evidenció un tumor de 34 mm en polo medio posterior, junto a otras dos lesiones de 15 y 14 mm. Debido al crecimiento de las lesiones pese a 2 años de tratamiento con Beltuzifan, se decidió realizar nefrectomía parcial robótica por vía retroperitoneal, con creatinina basal de 1,15 mg/dL.

Resultados:
El procedimiento se realizó sin complicaciones, con tiempo quirúrgico de 150 minutos, isquemia de 10 minutos y sangrado estimado de 100 cc. La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio. No presentó complicaciones, reintervenciones ni rehospitalizaciones en los primeros 90 días. La creatinina postoperatoria alcanzó un peak de 2,23 mg/dL, con recuperación a 1,36 mg/dL en menos de una semana. La biopsia reveló CCR de células claras G4 y G2, sin invasión linfovascular ni compromiso de márgenes. No se evidenciaron recurrencias en el seguimiento por imágenes.

Conclusión:
La nefrectomía parcial robótica por acceso retroperitoneal es una estrategia segura y efectiva en pacientes con VHL y riñón único, permitiendo un adecuado control oncológico y preservación funcional. Este caso subraya la relevancia del seguimiento por imagen y la intervención quirúrgica en el momento oportuno.

V22) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA

Filigrana, C.(1); Loyola, M.(2); Parada, F.(2); Kerkebe, M.(3); Hassi, M.(4); Orellana, S.(5);
(1): Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Oruense, España (2): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica MEDS, HOSDIP, Santiago, Chile (4): Hospital Felix Bulnes, HOSDIP, Santiago, Chile (5): Hospital Felix Bulnes, Clínica las Condes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción
La linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica abierta (LRLA-A) ha sido el estándar en pacientes
con tumores testiculares no seminomatosos y masa residual tras quimioterapia. No obstante, la
reacción desmoplástica secundaria a quimioterapia convierte esta cirugía en un procedimiento de
elevada complejidad. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado resultados comparables a la
abierta, y la asistencia robótica, al aportar visión tridimensional, mayor rango de movimiento y
reducción del temblor, se consolida como una alternativa atractiva en escenarios de alta dificultad
técnica.

Material y Métodos
Se presenta el caso de un varón de 26 años con tumor testicular derecho de células germinales no seminoma, sometido previamente a orquiectomía y tres ciclos de BEP, que desarrolló recidiva en forma de nódulo retroperitoneal intercavo-aórtico de 13 mm. Tras discusión en comité oncológico, se indicó linfadenectomía lumboaórtica asistida por robot.
Se optó por la posición supina para una mayor exposición amplia y segura del retroperitoneo para la disección bilateral. Se utilizó un abordaje transperitoneal con cuatro trocares robóticos infraumbilicales y uno auxiliar. La disección se extendió desde la bifurcación aortoilíaca hasta las venas renales, con preservación de estructuras vasculares críticas, de uréteres y de arteria mesentérica inferior, la cual presentaba una masa adherida rodeándola que se diseca.

Resultados
El tiempo quirúrgico fue de 352 minutos, con sangrado estimado de 200 ml y sin complicaciones intraoperatorias ni necesidad de drenajes. El paciente fue dado de alta a las 24 horas. A las tres semanas, permanecía asintomático, con erecciones conservadas y aneyaculación transitoria. El estudio anatomopatológico informó cinco ganglios negativos, un teratoma quístico maduro mucinoso de 6 mm y cordón espermático sin neoplasia. Marcadores tumorales en rango normal. Se planificó seguimiento con TC TAP y marcadores a los cuatro meses.

Conclusiones

La linfadenectomía lumboaórtica robótica en posición supina ofrece un acceso óptimo al retroperitoneo, evitando la movilización intestinal extensa y facilitando la disección bilateral. La asistencia robótica aporta precisión, ergonomía y seguridad en cirugías complejas postquimioterapia, mostrando menor morbilidad que la vía abierta. Este abordaje se perfila como una alternativa eficaz y reproducible en centros con experiencia en cirugía robótica avanzada.

V23) TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA

Rojas, A.(1); Soler, D.(1); Vera, A.(2); Valenzuela, R.(1); Araya, F.(1); Soler, S.(1); Rojas, J.(1); Andrusco, A.(1);

(1): HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE (2): HOSPITAL DE LA SERENA - HOSPITAL DE OVALLE, LA SERENA, CHILE

Introducción:

El cáncer renal sincrónico bilateral es un desafío quirúrgico significativo, donde la preservación de la función renal es prioritaria y la cirugía mínimamente invasiva el la técnica de elección. La cirugía robótica otorga precisión, acceso y seguridad para realizar tumorectomías complejas con mínimo daño al parénquima. Presentamos el caso de una paciente con tumores renales bilaterales sincrónicos, tratada mediante tumorectomía robótica bilateral utilizando la plataforma Toumai® Premium.

Material y métodos:

Mujer de 52 años, sin comorbilidades relevantes, con diagnóstico por tomografía computada de tumores renales bilaterales de 60 mm a derecha y 45 mm a izquierda, RENAL Score 10p y 9a respectivamente. Se utilizó la plataforma robótica Toumai® Premium, accediendo por vía transperitoneal. Se registraron tiempos operatorios, de isquemia, sangrado intraoperatorio y evolución post operatoria.

Resultados:

Se realizaron clampeos arteriales y resección con técnica de enucleodisección tumoral a ambos lados. Las renorrafias se realizaron con sutura barbada en dos planos. Las intervenciones fueron completadas sin conversiones ni complicaciones intraoperatorias. El tiempo de consola fue de 120 min a derecha y 64 min a izquierda (total: 225 minutos), con tiempos de isquemia caliente de 26 y 20 minutos respectivamente. Pérdida sanguínea estimada total: 700 ml. La paciente evolucionó sin complicaciones, con egreso al primer día postoperatorio. La función renal se mantuvo estable (creatinina preoperatoria 0,9 mg/dl, postoperatoria 0,92 mg/dl). La histología confirmó carcinoma de células claras en ambas piezas, con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusiones:

La tumorectomía robótica bilateral en cáncer renal sincrónico es factible y segura, ofreciendo ventajas en preservación de función renal y recuperación postoperatoria. Este caso demuestra la versatilidad y precisión de la plataforma Toumai® en cirugía robótica urológica compleja.

V24) TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT)

Testa, I.(1); García-baquero, R.(2); Ortiz, N.(2); Álvarez-ossorio, J.(2);
(1): Hospital del Salvador, Hospital FACH, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad renal terminal. La cirugía robótica ha emergido como una alternativa a la técnica abierta y laparoscópica, ofreciendo ventajas potenciales en términos de precisión, ergonomía y recuperación postoperatoria con buenos resultados quirúrgicos y funcionales. No obstante, implementar el trasplante renal robótico (RAKT) requiere entrenamiento y familiarización con consideraciones técnicas específicas. Material y Métodos: Se elaboró un video educativo que recopila una serie de recomendaciones prácticas ("tips and tricks") derivadas de la experiencia clínica en RAKT que difieren de la técnica clásica de Vattikuti-Medanta. El material aborda aspectos clave de la disposición del equipo quirúrgico, la estrategia de disección vascular, el manejo del injerto y la confección de anastomosis vasculares. Se enfatizaron medidas para optimizar tiempos quirúrgicos, reducir complicaciones y mejorar la seguridad del procedimiento.Resultados: El video sistematiza los pasos críticos de la técnica y provee soluciones a desafíos técnicos frecuentes, tales como el control de vasos ilíacos, la prevención de torsión del injerto y la preservación de la perfusión renal. Conclusiones: El RAKT constituye una opción segura y factible en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva. La difusión de material educativo estructurado con recomendaciones técnicas contribuye al proceso de enseñanza-aprendizaje, promueve la estandarización de la técnica y puede facilitar la curva de aprendizaje en nuevos equipos quirúrgicos. La integración de recursos audiovisuales representa un complemento valioso para iniciarse en RAKT

VA3) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 3

V25) LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA

Cuesta, N.(1); Bacco, B.(2); Villalobos, V.(2); Ruiz, S.(3); Espinoza, C.(4); Quilodrán, F.(4); García, M.(4); Lara, D.(4); Sapiain, I.(5); Nápole, H.(6); Ondarza, C.(6); Mülchi, C.(6); Kramer, F.(6); Lira, N.(6); Venegas, J.(6);
(1): Universidad de Valparaíso, Concon, Chile (2): Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile (5): Universidad de Valparaíso, Quilpué, Chile (6): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La lesión del nervio obturador (LNO), es una complicación poco frecuente, que puede ocurrir entre un 0,2-5,7% durante la linfadenectomía pélvica. La lesión puede causar debilidad en la aducción, pérdida sensitiva y dolor en la zona medial del muslo. Su resolución es quirúrgica, idealmente intraoperatoria. La recuperación varía entre los 6 meses a 1 año, dependiendo del grado de lesión (parcial/completa). El objetivo es exponer un caso de una LNO durante una cirugía urológica laparoscópica y su resolución quirúrgica intraoperatoria.

Material y métodos: Se hizo una revisión retrospectiva del caso clínico, se analizó y editó el video de la cirugía y se revisó la literatura sobre LNO.

Caso clínico: Mujer de 35 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos. Consulta por hematuria macroscópica. En la tomografía de abdomen con contraste se observó un quiste de uraco de 12 x 5,5 cm calcificado, que contacta cúpula vesical sin invadirla. Ante la sospecha de malignidad se realiza quistectomía laparoscópica con linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral, cistectomía parcial de segmento en contacto con el quiste y onfaloplastia. Durante la resección, se observó lesión completa de nervio obturador izquierdo. Se realizó aproximación de epineuro laparoscópica con 3 puntos simples separados con Prolene 5.0 por el primer cirujano (urólogo). La paciente evolucionó en las primeras 24 horas con paresia M4 y hemihipoestesia leve de muslo izquierdo, las cuales no comprometen la marcha ni limitan su vida diaria. Tampoco prolongó su estadía hospitalaria. Se determina rehabilitación motora ambulatoria y alta a las 48 horas. La biopsia confirmó quiste del uraco, sin signos de malignidad. Desde el primer control postoperatorio sin déficit neurológico lo cual se mantiene a 8 meses postoperatorios.

Conclusión: Si bien la LNO es poco frecuente, su presencia conlleva a morbilidad e impacto en la calidad de vida. La neurorrafia primaria intraoperatoria libre de tensión, con aproximación de epineuro con sutura monofilamento no absorbible, es la técnica terapéutica de elección. Lo ideal es realizarla mediante microcirugía, sin embargo, se puede realizar vía laparoscópica y robótica. Es importante considerar las complicaciones de nuestras cirugías y su resolución precoz.

V26) MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD

Sanhueza, J.(1); Schaub, A.(1); Benitez, A.(1); Avila, C.(1); Gurovich, J.(1); Sebastian, P.(1); Marchant, F.(1); Olmedo, T.(1); Acevedo, C.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

En la actualidad, la biopsia prostática por fusión es la técnica de elección para guiar la toma de muestras de lesiones sospechosas. Esta técnica, requiere de una adecuada identificación y marcación para poder ser visualizadas al momento de realizar el procedimiento. Habitualmente, esto es realizado por el equipo de Radiología. Sin embargo, ocasionalmente errores se nos presentan con respecto a la marca, perdiendo el beneficio de la fusión. En este video, se presenta una modalidad de marcaje de lesiones sospechosas en plataforma WEASIS y su concordancia en ecógrafo Exact-Vu.

Método

Se presenta caso clínico de paciente de 71 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria, sin antecedentes familiares de cáncer prostático. En controles rutinarios con cardiología, se detecta PSA total alterado en 13,4 ng/mL (03/2025), confirmado en segunda toma con 17,9 ng/mL (04/2025). Al examen físico se palpa un nódulo prostático en el ápex derecho (T2a). La Resonancia multiparamétrica de próstata (RNM-MP) reveló una lesión PIRADS 4 en zona periférica posteromedial derecha del ápex y una lesión PIRADS 3 en zona periférica posteromedial del tercio medio izquierdo.

Resultados

Las imágenes fueron cargadas en la plataforma WEASIS y se realizó la marcación de ambas lesiones por el urólogo, guiado por el informe radiológico. Posteriormente, se integró esta información en el sistema ExactVu para realizar la fusión con ecografía de alta resolución. Ambas lesiones fueron correctamente visualizadas y biopsiadas. El resultado anatomopatológico confirmó adenocarcinoma prostático ISUP 4 en la lesión apical derecha (PIRADS 4).

Conclusión

La marcación de lesiones prostáticas en plataforma WEASIS es un procedimiento factible, reproducible y útil para el urólogo general, con correlato ecográfico preciso al momento de realizar el procedimiento. Requiere conocimientos básicos en interpretación de RMN MP bajo el sistema PIRADS, pero ofrece una alternativa práctica en contextos donde la marcación por radiología no está disponible o presenta limitaciones.

V27) BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL.

Segura Díaz, F.(1); Gavilan Leñam, D.(1);
(1): Hospital Dr. Juan Morey La Unión, La Unión, Chile

Introducción.El diagnóstico del cáncer de próstata (CP) requiere precisión y accesibilidad. La resonancia magnética multiparamétrica ha demostrado ser efectiva, pero su uso está limitado por la disponibilidad y posibles errores de registro. La microultrasonografía (MUS)

de alta resolución ofrece una alternativa innovadora, permitiendo la visualización en tiempo real de lesiones sospechosas. Este estudio presenta nuestra experiencia clínica tras la introducción de MUS en el diagnóstico de CP.

Material y métodos.Realizamos análisis retrospectivo de 65 pacientes con sospecha clínica de CP, sometidos a biopsia prostática entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Todos los pacientes fueron programados para biopsia transperineal (BpTP) guiado por mUS. Fusión MRI/mUS fue utilizada para guiar BpTP. Se utilizó protocolo PRI-MUS™ para localizar lesiones target. Los pacientes fueron sometidos tanto a biopsia target como sistemática. Se registraron variables perioperatorias, imagenológicas e histológicas.

Resultados. Se incluyeron 52 para análisis. Edad media 68 años. Antígeno prostático (APE) medio 29,1 ng/ml y el volumen prostático medio fue 46,6 mL. MUS detectó lesiones sospechosas en 39 casos, con PRIMUS score de 3 (7 casos), 4 (17 casos) y 5 (15 casos). Mientras que 13 casos MUS no identificó lesión target, catalogando como PRIMUS 2. La tasa global de detección para CP fue 80%, de los cuales 50% fue CP clínicamente significativo. MUS con PRIMUS 4-5 evidenció una sensibilidad de 83% y sensibilidad 66% para detección de CP clínicamente significativo.

Conclusiones. Nuestros resultados apoyan que MUS es una herramienta útil y con alta precisión para el diagnóstico de CP. Además permite identificar y localizar lesiones sospechosas en tiempo real durante la biopsia de próstata sistemática.

Palabras clave (3) Próstata - microultrasonido - biopsia transperineal.

V28) BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Westenenk, K.(1); Bernier, P.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Orvieto, M.(1); Pinochet, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

El micro ultrasonido (microUS) de alta resolución ha surgido como una alternativa innovadora a la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) para el diagnóstico del cáncer de próstata clínicamente significativo (csPC). Con una resolución de hasta 70>µm, permite una visualización detallada de la anatomía prostática y posibilita biopsias dirigidas cognitivas sin necesidad de software de fusión. Diversos estudios internacionales han

demostrado una eficacia diagnóstica comparable a la de la RM, lo que posiciona al microUS como una opción viable en entornos con acceso limitado a dicha tecnología.

Métodos

Este video ilustra la técnica de biopsia prostática guiada por microUS utilizada en nuestra institución. Se describen las características técnicas del equipo, los materiales requeridos, la aplicación del score de riesgo PRI-MUS y la evidencia disponible que respalda el método. Además, se presentan dos casos clínicos: uno con abordaje transrectal y otro transperineal, destacando la aplicabilidad del microUS en ambas rutas.

Resultados

La literatura reporta tasas de detección de csPC similares entre biopsias guiadas por microUS y aquellas realizadas mediante fusión RM-ecografía. El estudio OPTIMUM confirmó que el microUS no es inferior a la técnica de fusión para la detección de cáncer clínicamente significativo. Asimismo, su combinación con RM mostró resultados comparables al enfoque convencional. Se ha propuesto que el microUS podría reducir la necesidad de biopsias sistemáticas, al mostrar una menor detección de cánceres clínicamente irrelevantes. En nuestra experiencia, ambos casos clínicos presentados —uno con abordaje transrectal y otro transperineal— resultaron en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, confirmando la utilidad práctica de esta tecnología en entornos reales.

Conclusión

El microUS se posiciona como una herramienta válida, precisa y en tiempo real para el diagnóstico del cáncer de próstata. Su implementación podría optimizar el flujo diagnóstico, especialmente en centros con recursos limitados. Futuras investigaciones deberán evaluar su impacto a largo plazo, su costo-efectividad y su integración definitiva en las guías clínicas.

V29) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE

Rojas Castiglione, I.(1); Domínguez, R.(1); Loyola, M.(1); Parada, F.(1); Eltit, I.(1); Hassi, M.(1); (1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La técnica PISA (Pelvic and Inguinal Single Access) ha surgido como una alternativa mínimamente invasiva a la linfadenectomía abierta en cáncer de pene, permitiendo el abordaje simultáneo de territorios inguinales y pélvicos con menor morbilidad, recuperación más rápida y resultados oncológicos comparables en pacientes seleccionados. Además tiene la ventaja de que no requiere reposicionamiento de los trócares en caso de requerir realizar linfadenectomía pélvica, a diferencia de la técnica VEIL, lo que puede aumentar la complejidad operatoria.

Materiales y métodos

Presentamos un caso de un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de carcinoma escamoso de pene T3cN1M0, previamente tratado con penectomía parcial. La resonancia magnética pélvica reveló una lesión cavernosa derecha con sospecha de compromiso ganglionar inguinal superficial izquierdo. En comité oncológico se decidió linfadenectomía inguinal y pélvica asistida por robot. La cirugía se realizó asistida por robot, empleando incisiones inguinales únicas y abordaje pélvico consecutivo según la planificación oncológica y los hallazgos intraoperatorios.

Resultados

La intervención se completó sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico total fue de 160 minutos. La estancia hospitalaria fue de 4 días. Al alta hospitalaria, los drenajes inguinales derecho e izquierdo presentaban un débito inferior a 50>cc. Durante el seguimiento inicial de 90 días no se documentaron complicaciones postoperatorias, rehospitalizaciones ni reintervenciones. La anatomía patológica fue negativa tanto para los linfonodos inguinales superficiales y profundos derechos e izquierdos.

Conclusiones

La técnica PISA permitió efectuar la linfadenectomía inguinal asistida por robot, sin necesidad de reposicionar puertos ni aumentar la invasividad en caso que se haya requerido realizar linfadenectomía pélvica. En este caso, se evidenció su viabilidad técnica y seguridad, con adecuada evolución postoperatoria y ausencia de complicaciones mayores en el seguimiento precoz. Esta estrategia quirúrgica mínimamente invasiva representa una alternativa al abordaje convencional, ofreciendo la posibilidad de optimizar tiempos quirúrgicos, reducir

trauma tisular y mejorar los resultados perioperatorios en pacientes seleccionados con cáncer de pene localmente avanzado.

V30) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS

Rojas Salas, A.(1); Sirebrenik Gateño, A.(2); Soler Andonie, D.(1); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4); (1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION:Las complicaciones intraoperatorias(CIO) durante la prostatectomía radical(PR) son infrecuentes, sin embargo, son una amenaza constante, sobretodo en los primeros casos de la curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico.

MATERIAL-METODO:Prensentamos 4casos de CIO y su resolucion durante nuestra curva inicial PRLaparoscopica.

CASO-1:Lesión rectal. Durante diseccion con energia bipolar avanzada de la cara posterolateral derecha del ápex prostatico se produce lesion incidental del recto. Solucion de continuidad limpia, bordes netos, 1,5 cm. Inmediatamente, por buena exposicion de esta, se realiza rafia en dos planos, mucosa y seromuscular. Se completa prostatectomia. Insuflacion rectal con sonda rectal (prueba del Gomero), rafia rectal hermética. Se realiza PuntoRocco y anastomosis uretrovesical.

CASO-2:Lesion Vascular. Durante linfadenectomia izquierda de ganglios iliacos externos con ultrasonido se genera lesion de vena iliaca externa. Control inicial del sangrado con clips metalicos. Se completa resecion ganglionar. Se decide retirar clips metalicos y realizar rafia en 1plano, sutura corrida con hem-lock anclado al final.

CASO-3:Lesion Nervio Obturador. Durante Linfadenctomia de ganglios obturatrices se clipa con hem-o-lock y se transecciona el nervio obturador con tijera fria. Tras completar linfadenectomia, se retira hem-o-lock del nervio. Anastomosis terminoterminal con prolene, puntos separados. Ambos cabos quedan bien coaptados, alineados y libres de tensión.

CASO-4:Lesion ureteral. Durante diseccion del grupo ganglionar distal a la bifurcación de los vaos iliacos, se secciona el uréter derecho. Tras completar linfadenectomia, se realiza neoimplante ureteral técnica Lich-Gregoir. Anastomosis uretero-vesical libre de tensión con monocryl. Instalación de pigtail 6french. Prueba de hermeticidad vesical conforme.

RESULTADOS: Total de 54 PRLap realizadas, 9,4% de CIO (5casos). La mayoría de las CIO ocurrieron durante la linfadenectomia pelvica. Todas fueron resueltas por via laparoscópica. Sin complicación post-operatoria ni necesidad de reintervencion. Estadia hospitalaria prolongada por sobre la mediana (observacion). A la fecha sin repercusión clinica o funcional significativa. Sin impacto negativo en resultados oncologicos.

DISCUSION:Durante el desarrollo de una técnica quirúrgica que requiere una mayor expertiz, las complicaciones durante la cirugía son inevitables, por lo que es fundamental su sospecha y pesquisa precoz. El manejo quirurgico idealmente bajo el mismo abordaje permite mantener los beneficios de la cirugia minimamente invasiva sin agregar mayor morbilidad al paciente.

VA4) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 4

V31) EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Barahona, J.(1); Punte, T.(1); Vega, F.(2); Aguila, F.(1); Barrios, G.(3); De La Llera, J.(1); Consigliere, L.(1); Vizuete, E.(1); Marchant, F.(4);
(1): H. San José, Santiago, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (3): Universidad de Concepcion, Concepción, Chile (4): H. Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:
La punción renal es un paso determinante en la nefrolitotomia percutánea, con impacto directo en la seguridad y eficacia del procedimiento. El sistema Venus permite la fusión de imágenes de tomografía computada preoperatoria con ecografía intraoperatoria, ofreciendo una guía en tiempo real que no sólo facilita la identificación del cáliz objetivo, sino que también permite reconocer órganos y estructuras vecinas durante la punción, aumentando la seguridad del procedimiento y disminuyendo la exposición a radiación durante la fluoroscopia.

Material y Métodos:
Se presenta la experiencia inicial con el sistema Venus en 4 pacientes sometidos a nefrolitotricia percutánea por litiasis renal compleja, todos intervenidos en el Hospital San José. Se evaluó la factibilidad de la punción renal, la necesidad de fluoroscopia y la posibilidad de realizar dilatación completa bajo control ecográfico.

Resultados:
En 3 de los 4 pacientes se logró una punción renal exitosa mediante la fusión de imágenes ecográficas–TAC. En un caso, fue posible completar la dilatación únicamente bajo guía

ecográfica, sin necesidad de radioscopia. No se registraron complicaciones intraoperatorias. La curva de aprendizaje del sistema, si bien no es compleja, requiere la realización de varios procedimientos para adquirir la destreza necesaria en la punción guiada por fusión de imágenes.

Conclusiones:
El sistema Venus constituye una herramienta segura y eficaz para la punción renal en nefrolitotomía percutánea. Su utilización optimiza la precisión del acceso, permite identificar órganos y estructuras vecinas en tiempo real, reduce la exposición a radiación y facilita la planificación quirúrgica. Nuestra experiencia inicial respalda su aplicabilidad clínica y su potencial para mejorar los resultados en cirugía mínimamente invasiva de la litiasis renal.

V32) MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO

Navarrete Corsini, D.(1); Oporto Uribe, S.(1); Elorrieta Decombe, V.(1); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Avila, C.(2);
(1): Hospital el Carmen, Maipu, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivo

La colocación de catéter doble J es frecuente; la incrustación es una complicación a corto y largo plazo, cuyo principal factor de riesgo es el **tiempo total de permanencia**. Esto supone un desafío endourológico por su heterogeneidad y la posible necesidad de múltiples intervenciones. Puntajes de incrustación **KUB ≥ 9** y **FECal ≥ 3** se asocian a mayor tiempo operatorio, más procedimientos y cirugías invasivas. El objetivo es presentar una técnica novedosa para retirar catéteres doble J calcificados usando una **cánula de litotricia con mecanismo balístico/neumático**

Métodos

Caso de mujer de 53 años con incrustación en segmento proximal, distal y cuerpo de un catéter doble J instalado por **18 meses**. En lugar del manejo habitual (ureteroscopía y litotricia láser, con tiempos prolongados y potenciales múltiples sesiones), se optó por acceso endourológico con una **cánula neumática modificada** con abertura lateral diseñada para la desincrustación.

Resultados

Bajo anestesia general se fragmentó el segmento distal hasta su liberación. Con una guía de seguridad instalada, se exteriorizó y fijó el asa distal del catéter doble J calcificado a un catéter ureteral, que se avanzó hasta enhebrar el catéter calcificado en el canal interno de la cánula. Bajo control fluoroscópico, la cánula se avanzó por el uréter hasta la pelvis renal y se completó la extracción. Se realizó ureteroscopía flexible de revisión para retirar residuos; no hubo lesiones ureterales significativas. Se dejó un nuevo catéter doble J que se retiró a las 2 semanas. Tiempo quirúrgico: 105 minutos. Alta al día siguiente sin complicaciones. TAC al mes: 100% libre de cálculos.

Conclusiones

Intervención factible, eficaz y segura. La extracción temprana del doble J facilita el acceso ureteral para canastillaje/fragmentación o ascenso de fragmentos para acceso percutáneo. Cuando el cuerpo del stent está comprometido, la URS con láser es el estándar, pero puede requerir largos tiempos operatorios y múltiples intervenciones. En nuestra experiencia inicial con la nueva cánula, se observaron tiempos operatorios menores sin complicaciones significativas. Se requieren análisis adicionales para confirmar los hallazgos iniciales de alta seguridad, reducción de número de intervenciones y mejora en las tasas libres de litiasis.

V33) SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO

Navarrete Corsini, D.(1); Velásquez Larraín, L.(2); Oporto Uribe, S.(1); Elorrieta Decombe, V.(1); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Gomez-lobo Roa, C.(3);
(1): Hospital El Carmen, Maipú, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Universidad Catolica, Santiago, Chile

Introducción

La NLP es el gold standard para la nefrolitiasis de gran volumen, especialmente >2 cm. Su ejecución exige una punción precisa y un dominio técnico que se adquiere tras una curva de aprendizaje reportada de ~25–50 casos para punciones exitosas, con mejora del tiempo de punción a partir del caso ~36. Las oportunidades de entrenamiento in vivo son limitadas y los simuladores comerciales presentan alto costo y baja disponibilidad.

Objetivo

Describir un modelo de simulación casero, reproducible y de bajo costo para la práctica estructurada de la punción renal percutánea, y presentar un video instructivo de su construcción y uso.

Materiales y métodos

Se diseñó un simulador con materiales de **fácil obtención**, orientado a: (1) planificación del trayecto de punción, (2) control mano-ojo y avance de aguja, y (3) pasos iniciales de acceso (paso de guía). Se estandarizó un **protocolo de montaje y práctica** y se elaboró un video demostrativo que detalla componentes, ensamblaje, posicionamiento y ejercicios progresivos.

Resultados

Se obtuvo un **prototipo funcional** que permite la **repetición ilimitada** de punciones y la práctica de los pasos básicos del acceso percutáneo en un entorno seguro. El material audiovisual muestra, mediante modelos e ilustraciones, la secuencia técnica propuesta y recomendaciones de uso (marcación del target, angulación, verificación del trayecto y colocación de guía). El modelo es **portable**, de **rápida preparación** y con **costo reducido**, facilitando su adopción por **residentes y urólogos generales**.

Conclusiones

Presentamos un **recurso educativo accesible** que podría **acelerar la curva de aprendizaje** de la NLP donde el acceso a casos o simuladores comerciales es limitado. Este es un **prototipo inicial**; se requiere **validación formal** (realismo, usabilidad, transferencia de habilidades, impacto en tiempo de punción y tasa de éxito) y comparación con simuladores establecidos para determinar su eficacia y seguridad educativas.

V34) RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE

Cornejo, V.(1); Vivallo, N.(1); Schalper, M.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Pablo, G.(2); Rojas, J.(2); Testa, I.(2); Morales, C.(2); Bastias, C.(2); Calderón, D.(2); Rojas, V.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

La litiasis renal compleja en pacientes con variantes anatómicas representa un desafío quirúrgico relevante. El acceso percutáneo continúa siendo la técnica de elección en casos de gran carga litiásica; sin embargo, existen situaciones clínicas en las que este abordaje no es posible o implica riesgos elevados. En estos escenarios, la litotricia retrógrada intrarrenal (RIRS) se plantea como alternativa, especialmente con el apoyo de tecnologías que optimizan sus resultados.

Presentamos el caso de una paciente portadora de un doble sistema pielocalicial derecho, con una carga litiásica significativa en ambos sistemas. Dada la imposibilidad de realizar un acceso percutáneo, se decidió efectuar RIRS asistida con Flexible Aspiration Sheath (FANS) en el sistema superior derecho. Esta herramienta permite la aspiración simultánea de

fragmentos y polvo litiásico durante la litotricia, mejorando la visibilidad quirúrgica, facilitando la extracción y reduciendo la presión intrarrenal.

El procedimiento se desarrolló de manera segura, logrando una evacuación eficiente de la litiasis y un adecuado control intraoperatorio. Los resultados se tradujeron en una elevada tasa de stone free y en una disminución del riesgo de complicaciones infecciosas, elemento crítico en pacientes con cargas litiásicas altas y anatomías complejas.

La experiencia muestra que el uso de FANS en RIRS representa una alternativa eficaz cuando el acceso percutáneo no es factible. Su capacidad de aspiración aporta ventajas concretas tanto en términos de seguridad como de eficacia, lo que podría ampliar las indicaciones de la cirugía endourológica mínimamente invasiva en casos complejos.

En conclusión, FANS constituye una herramienta innovadora que contribuye a optimizar los resultados de RIRS en pacientes con litiasis renal compleja, permitiendo alcanzar mejores tasas de stone free y reduciendo el riesgo de infecciones postoperatorias. Su incorporación en la práctica clínica abre nuevas perspectivas en el manejo integral de la litiasis, particularmente en escenarios donde las opciones quirúrgicas son limitadas.

V35) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX

Vivallo, N.(1); Calderón, N.(2); Pérez, D.(3); Santis, J.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Schalper, M.(1); Calderón, D.(1); Morales, C.(1); Testa, I.(1); Guerrero, P.(1); Urrea, F.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1);
(1): Hospital del Salvador, Santiago de Chile, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago de Chile, Chile (3): Clínica Santa María, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN

La cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS) corresponde a una técnica endourológica mínimamente invasiva para el manejo de nefrolitiasis. Alcanza tasas libre de cálculos del 65 al 85%, con escasas complicaciones. Sin embargo, sus buenos resultados están limitados a un volumen litiásico menor a 2000 mm3. Además, es físicamente agotadora para el operador, sobre todo al pasar de este tamaño.

Con el desarrollo de la robótica médica se han propuesto nuevas técnicas que buscan ser el futuro de la endourología. Presentamos el caso de una paciente cuya nefrolitiasis fue manejada con el novedoso sistema robótico AVICENNA ROBOFLEX, consiguiendo resultados comparables a la cirugía clásica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Femenina de 67 años, hipertensa, urolitiasis previas tratadas con litotricia extracorpórea. Consultó por un cólico renal recurrente, no complicado, a derecha. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios bajos y función renal normal, orina completa no inflamatoria, pH 5.5 y urocultivo negativo. Se obtuvo pielo TC en que se constata nefrolitiasis en pelvis renal derecha. Se calcula volumen estimado de 2400 mm3 y densidades entre 400 y 500 unidades Hounsfield. Se realiza RIRS robótica con sistema AVICENNA ROBOFLEX, configuración en dusting, energía 0.8 J, frecuencia 15 Hz, potencia 12 W. Tiempo operatorio total de 80 minutos, trabajo intrarrenal 56 minutos, no se identifican litiasis mayores a 3 mm en ureterorrenoscopia de salida. Recibe alta clínica a las 24 horas. En pieloTC de control se confirma libre de cálculos. Estudio metabólico indica composición litiásica de ácido úrico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En esta experiencia, los resultados obtenidos respecto a tiempo operatorio, complicaciones y estado "libre de cálculos" son comparables a los de la cirugía clásica. Estudios actuales han comparado con cuestionarios validados respecto a ergonomía en endourología, siendo la técnica robótica ampliamente superior. Esto es relevante puesto que mayor ergonomía y comodidad podrían traducirse en mayor eficacia y producción. Si bien los resultados son prometedores, los sistemas robóticos aun se encuentran en fase de desarrollo y faltan estudios prospectivos, controlados y randomizados que comparen resultados entre cirugía clásica y robótica.

V36) MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Ávila, C.(1); Benítez Filselcker, A.(1); Águila, F.(2); Marchant, F.(2);
(1): Residente de Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La presión intrarrenal es un factor relevante a monitorizar durante los procedimientos endourológicos ya que elevaciones de esta sobre 30 mmHg aumenta el riesgo de reflujo pielo-venoso y por ende, mayor riesgo de complicaciones infecciosas, sin embargo, la monitorización en vivo de la presión intrarrenal es un desafío en la práctica habitual.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de un método de monitorización de presión intrarrenal continua durante la nefrolitotomía percutánea.

Resultados

Se realiza una revisión de la fisiología de la presión intrarrenal y sus determinantes en la cirugía endourológica. Los valores normales de presión intrarrenal se describen como <12-15 cmH2O. El Reflujo pielo-venoso se ha descrito a presiones sobre 40.8 cmH2O. Se presenta además un método de monitorización utilizando insumos de uso habitual en la cirugía percutánea. Se muestra el caso de un paciente sometido a nefrolitotomía percutánea en prono con monitorización de presión intrarrenal. Se explica en forma docente como realizar las conexiones y la monitorización de presión intrarrenal en vivo con insumos ampliamente disponibles.

Conclusión

La monitorización de presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea es posible de realizar en tiempo real. Se presenta una técnica reproducible y accesible de medición de presión intrarrenal utilizando insumos ampliamente disponibles durante una cirugía percutánea convencional. La medición de la presión intrarrenal debiese realizarse de rutina en los procedimientos endourologicos.

PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P001) BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO

Fuentes Carrion, M.(1); Vantman Luft, D.(2);
(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile «General Dr. Raúl Yazigi J.», Santiago, Chile
(2): Fundació Puigvert, Barcelona, España

Introducción

El dolor testicular crónico (DTC) representa entre el 2.5-4.8% de las consultas urológicas y tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Su etiología incluye causas infecciosas, traumáticas o post-operatorias. Hasta un 45% de los casos es idiopático.

El estudio tiene como objetivo caracterizar a los pacientes con DTC y evaluar su respuesta terapéutica al bloqueo del cordón espermático con anestesia local en un centro de referencia andrológico en Barcelona, España.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en pacientes con DTC tratados con bloqueo de cordón espermático con 8 cc de bupivacaína al 0.5% entre enero de 2022 y julio de 2024.

Resultados

Se incluyeron 27 pacientes con edad promedio de 50.8 años. El 62.9% tenía antecedentes quirúrgicos pélvicos/genitales, principalmente hernioplastía inguinal y varicocelectomía (25.9% cada una). En 64,7% con antecedente de cirugía previa, el dolor comenzó post intervención.

El DTC fue unilateral en el 85.1% y bilateral en el 14.9%, con una escala visual analógica (EVA) promedio inicial de 5.6. El tiempo de evolución fue de 29.8 meses. La ecografía testicular evidenció varicocele en 10 pacientes e hidrocele en 3.

Se realizaron 68 infiltraciones, con una mediana de 2 infiltraciones por paciente. Tras la primera infiltración, el 74% refirió mejoría ≥ 50% en la EVA. Al finalizar el tratamiento, el 44.4% reportó resolución del dolor, el 25.9% mejoría parcial y el 29.6% ninguna mejoría. A 4 pacientes se les realizó denervación testicular microquirúrgica, con resolución completa del dolor en el 75% de los casos.

Conclusión

El DTC produce un impacto significativo en los pacientes. Más de la mitad de los pacientes tenía antecedentes de cirugía previa. Tras la primera infiltración el 74% de los pacientes refirió mejoría ≥ 50% en la EVA. El 44,4% reportó resolución del dolor una vez finalizado el tratamiento, 25.9% mejoría parcial y 29.6% no observó mejoría. La denervación microquirúrgica se realizó en 4 pacientes con resolución del dolor en el 75%. El bloqueo del cordón espermático es una herramienta diagnóstica y terapéutica efectiva.

P002) "EYACULACIÓN RETRÓGRADA Y FUNCIÓN SEXUAL POST-HOLEP: EXPERIENCIA DEL PACIENTE"

Gil, A.(1); Lopez, V.(1); Ledezma, R.(2); Palma, C.(2);
(1): Universidad de Chile - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se asocia a eyaculación retrógrada en hasta el 90% de los casos, percibida clínicamente por los pacientes como aneyaculación. Su impacto en la función y satisfacción sexual aún no está claramente establecido.

Objetivo

Evaluar la percepción de la eyaculación retrógrada y los cambios en la función sexual global tras HoLEP.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico que incluyó 47 pacientes sometidos a HoLEP entre enero de 2024 y junio de 2025, todos sexualmente activos tras la cirugía. Se registraron variables clínicas como edad, volumen prostático, tiempo operatorio y tiempo postoperatorio (<6, 6–12 y >12 meses). Se aplicó el cuestionario MSHQ-EjD complementado con preguntas sobre satisfacción sexual y comparación pre/postoperatoria. Las asociaciones fueron evaluadas mediante correlaciones, pruebas no paramétricas y modelos de regresión logística. El análisis se realizó con Jamovi v2.7.6.0.

Resultados

La edad promedio fue 65,5 ± 7,1 años, el volumen prostático 86,9 ± 30,5 cc y el tiempo quirúrgico 67,9 ± 24,6 minutos. Un 91% presentó aneyaculación, aunque solo un 26% reportó molestia significativa asociada. El puntaje promedio MSHQ-EjD fue 7,3 ± 3. El 51% refirió empeoramiento de su desempeño sexual tras la cirugía, el 18% mejoría y el 31% no presentó cambios. No se encontraron asociaciones entre el puntaje total y la edad, volumen prostático, tiempo quirúrgico o tiempo postoperatorio. En la regresión logística, ninguna variable clínica se asoció de manera significativa con la probabilidad de presentar molestia por la aneyaculación, baja satisfacción sexual o empeoramiento de función sexual tras la cirugía.

Conclusión

La eyaculación retrógrada post-HoLEP fue altamente prevalente aunque la mayoría de los pacientes no la percibió como una molestia significativa. Esta alteración no explicaría por sí sola la totalidad de los casos con insatisfacción sexual postoperatoria, lo que sugiere un fenómeno multifactorial más relacionado con el grado de molestia subjetiva que con variables clínicas. Se requieren estudios adicionales con mayor tamaño muestral y evaluaciones pre/postoperatorias sistemáticas.

P003) TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE

Marconi, M.(1); Troncoso, C.(2); Libano, L.(1); Dueñas, L.(1); Rondini, F.(3);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Clinica IVI Santiago, Santiago, Chile (3): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

La TESE (*Testicular Sperm Extraction*) y Micro-TESE son las técnicas *gold standard* en el manejo del paciente azoospérmico obstructivo y no obstructivo. Sin embargo, también son una alternativa terapéutica en pacientes con astenozoospermia completa y fragmentación del ADN espermático elevado que no responden a terapia médica. El objetivo de este trabajo es describir una serie de 400 pacientes consecutivos que fueron sometidos a TESE y Micro-TESE en una unidad especializada de Andrología en Chile.

Pacientes y Métodos

Se analizaron de forma retrospectiva las TESE y Micro-TESE realizadas desde el año 2009 al 2025 en una unidad especializada de Andrología (n=400). Azoospermia se definió como la ausencia de espermatozoides en dos espermiogramas con muestra centrifugada y se clasifico como No Obstructiva (NOA) cuando el paciente tenía volumen testicular (VT) <15 ml y/o niveles de FSH >12.4 IU/ml, y Obstructiva (OA) cuando el VT >15 ml, la FSH <12.4 IU/ml, y/o tenía historia de obstrucción de la vía seminal (ej. vasectomía). En todos los pacientes con NOA se realizó un Cariotipo y un Test de Microdeleciones del Cromosoma Y. En los pacientes con OA por Aplasia de los Conductos Deferentes, se realizó un Test del Gen de la Fibrosis Quística.

Resultados

El 100% de las cirugías se realizaron en forma ambulatoria, el 95% con anestesia espinal y el 5% con anestesia local (bloqueo de cordón espermático) más sedación. Dos pacientes requirieron reintervención dentro de los primeros 15 días post operado, ambos por hematoma escrotal secundario a la cirugía, en ambos casos las unidades testiculares fueron preservadas. Las indicaciones de TESE y M-TESE fueron: NOA 66.5% (n=266), OA 31.3% (n=125), Fragmentación del ADN espermático elevada 1.8% (n=7), Astenozoospermia Completa 0.4% (n=2). Las tasas globales de recuperación espermática en NOA fueron de un 46.4% y en OA de un 96%.

Conclusión

La TESE y Micro-TESE son técnicas quirúrgicas con tasas de complicaciones extremadamente bajas y con buenas tasas de éxito, que le brindan a los pacientes azoospérmicos y con otras etiologías de infertilidad masculina la posibilidad de acceder a tratamientos de medicina reproductiva que podrán permitirles ser padres biológicos.

P004) ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE

Dueñas Cancino, L.(1); Marconi Toro, M.(1); Vargas Moreno, B.(2); Libano Brañas, L.(1);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

El Doppler Color de Arterias Cavernosas (DCAC) es un examen que permite objetivar la función eréctil y estudiar la hemodinamia del cuerpo cavernoso. Está indicado en pacientes con disfunción eréctil (DE) moderada a severa y en Enfermedad de La Peyronie (EP) asociada a curvaturas complejas con o sin DE asociada. El objetivo de este trabajo es describir una serie de 254 pacientes consecutivos en los cuales se realizó DCAC en una Unidad Especializada de Andrología en Chile.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en una serie consecutiva de casos de pacientes que se realizaron DCAC en una Unidad Especializada de Andrología en Chile entre enero de 2017 y julio de 2025. Se revisaron un total de 254 informes, registrando edad, diagnóstico de derivación y diagnóstico ecográfico. Se utilizó estadística descriptiva para el analisis de los datos.

Resultados:

El promedio de edad de los pacientes fue 47.7 años (rango 16-80). Al 77.5% se le indicó el examen por estudio de DE aislada (n=197), 11% por EP aislada (n=28), 9% por EP asociada a DE (n=23), y 2.5% por otras causas.

En menores de 40 años (n=96), el 82.3% presentó función eréctil normal (n=79), 10.4% Fuga venosa genuina (n=10) y 7.3% insuficiencia arterial (n=7). Solo 2.1% presentó EP (n=2). En hombres de 40 o más años (n=158), el 65.2% presentó función eréctil normal (n=103), 32.3% insuficiencia arterial (n=51) y 2.5% Fuga venosa genuina (n=4). De este grupo, un 31.0% presentó EP (n=49).

Del total de pacientes en que se indicó DCAC por DE, ya sea aislado o asociado a EP (n=220), el 67.7% resultó tener función eréctil normal (n=149) y solo el 6.4% fuga venosa genuina (n=14). En el grupo menor de 40 años derivado por DE (n=91), sólo el 18.7% presentó alguna causa orgánica.

Conclusiones:

El DCAC es una piedra angular en el manejo de casos complejos de DE. En esta serie de pacientes, se observó que la mayoría de los hombres derivados presentaron una función eréctil normal, especialmente en menores de 40 años, lo que resalta la baja frecuencia de causas orgánicas en este grupo etario.

P005) RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL.

Ávila, C.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Storme, Ó.(2); Sáez, N.(2);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Red Salud, Santiago, Chile

Introducción:

El citrato de clomifeno es un modulador selectivo del receptor de estrógeno utilizado como terapia off label del hipogonadismo. Este estimula el eje Hipotálamo-hipófisis para aumentar la producción endógena de testosterona. Si bien la terapia de reemplazo de testosterona (TRT) es el tratamiento de primera línea convencional para el hipogonadismo sintomático, conlleva efectos secundarios significativos principalmente debido a la supresión del eje, asociado a costos elevados y difícil acceso en nuestro país. Nuestro objetivo es describir la respuesta bioquímica en pacientes con testosterona baja o límite normal bajo en terapia con citrato de clomifeno.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 54 pacientes con consulta espontánea en policlínico de andrología por disfunciones sexuales con testosterona límite o baja para su edad a los cuales se les indicó uso de Citrato de Clomifeno 25 mg al día por 4 meses en preparación magistral. Se registraron variables demográficas, hormonales pre y post tratamiento y la respuesta clínica a los síntomas descritos. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

En esta cohorte la mediana de edad fue de 41 años (IQR 36–49). Un 61.5% de los pacientes consultaron por disfunción eréctil, seguido de baja líbido en un 59.6% y por infertilidad en 19.2%. La mediana de testosterona previo a la intervención fue de 9.75 nmol/L (IQR 8.6–12.75). La mediana de testosterona al seguimiento al 1, 3 y 6 meses fue de 18.5, 23.55 y 20.45 nmol/L respectivamente, siendo la diferencia con la testosterona pre tratamiento estadísticamente significativa ($p<0.02$). Hubo mejoría de la DE y baja líbido en 86.4% y 66.6% respectivamente.

Discusión:

El citrato de clomifeno es una terapia efectiva para la estimulación de la producción endógena de testosterona en hombres jóvenes con testosterona bajo niveles esperados para su edad y es una alternativa eficaz a la terapia de reemplazo hormonal con testosterona.

P006) MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES.

Reyes Sánchez, A.(1); Sánchez, C.(2); Ebensperger, M.(3); Fuentes, G.(3); Castillo, A.(4); Mercado, A.(2); Chiang, H.(2);
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile., SANTIAGO, Chile (2): Clínica MEDS, SANTIAGO, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Mutual de Seguridad., SANTIAGO, Chile (4): Mutual de Seguridad, SANTIAGO, Chile

Introducción:

La vejiga neurogénica (VN) es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones recurrentes del tracto urinario(ITUr). Las ITUr conllevan descompensación de comorbilidades, aumento de los costos en salud y disminución de la calidad de vida.

Los avances en la secuenciación de DNA ribosomal bacteriano han permitido caracterizar el microbioma humano y su influencia en el desarrollo de ITUr. En pacientes con VN la evidencia

es limitada, sin embargo, existen diferencias significativas en el microbioma genitourinario con predominio de las Enterobacterias. La modificación de estas bacterias tendría un rol en la generación de ITUr.

Dentro de las estrategias en desarrollo de prevención de ITUr se encuentran las vacunas estimulantes del sistema inmune principalmente en población femenina sana. No existen estudios que describan el impacto de estas en pacientes con VN.

Nuestro objetivo es evaluar el efecto de la vacuna inmunoestimulante Uromune en el microbioma de pacientes con VN con ITUr.

Métodos:

Estudio clínico prospectivo de cohorte longitudinal. Con aprobación del comité de ética-científico, se reclutaron pacientes masculinos con diagnóstico de VN en cateterismo intermitente limpio(CIL) e ITUr. Se excluyeron aquellos con inmunosuprimidos, hematuria y quienes hubieran recibido antibióticos en los últimos 30 días. Se obtuvieron datos clínico-demográficos mediante una encuesta. Se recolectaron muestras de orina y de deposiciones para realizar estudios genéticos para describir la abundancia relativa de las cepas bacterianas. Luego, se aplicó una vacuna sublingual con cepas de E. coli, K pneumoniae, E faecalis y Proteus vulgaris (UROMUNE, Inmunotek) de forma diaria por 3 meses. Se realizará muestreo de seguimiento a los 6 y 12 meses después del inicio del tratamiento.

Resultados:

Se reclutaron 9 hombres entre 41-60 años con VN en CIL por lesión medular con sondas autolubricadas. Mediana de ITUr en el último año de 8 episodios. 6 pacientes con antecedente de microorganismos multirresistentes. Un paciente utilizaba profilaxis antibiótica, suspendida al ser incluido en el estudio. Se realizó descripción de las cepas bacterianas intestinales y genitourinarias pretratamiento. La mediana de ITU post-tratamiento fue de 0 en 6 meses.

Conclusiones:

Las vacunas inmunoestimulantes puede ser una alternativa preventiva de ITUr en hombres con VN.

P007) PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Brito, F.(1); Cifuentes, M.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Hospital Sótero del Rio, Pelvisalud, Viña del Mar, Chile

Las disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria (IU), fecal (IF) y de gases, han sido reportadas en atletas y podrían estar influenciadas por factores como sexo, intensidad del entrenamiento y años de práctica. Sin embargo, la relación entre la actividad deportiva y estos síntomas sigue siendo controvertida: algunos estudios señalan mayor riesgo en deportes de alto impacto, mientras que otros no encuentran asociación clara.

Objetivo
Determinar la prevalencia de síntomas de disfunción del suelo pélvico en atletas y explorar asociaciones con variables demográficas (sexo, edad) y deportivas (horas de entrenamiento, años de experiencia, práctica competitiva o recreativa).

Métodos
Se realizó un estudio transversal en 296 atletas, quienes respondieron un cuestionario estructurado sobre datos demográficos, entrenamiento y síntomas. Se calcularon estadísticas descriptivas y se aplicaron correlaciones de Pearson y Spearman, además de chi-cuadrado para variables categóricas, con significancia $p<0,05$.

Resultados
La muestra fue mayoritariamente femenina (70,9%) y recreativa (76,4%). El promedio de años de práctica fue de 9,2 (DE=9,8), con una mediana de 6. Las horas de entrenamiento semanal oscilaron entre 1 y 90, con un promedio de 6,87 (DE=6,34). Se observó una correlación significativa entre sexo y años de práctica ($p=2,99\times10>>$), indicando que los hombres tenían mayor experiencia. No hubo asociación entre años de práctica e intensidad ($p=0,80$). En cuanto a síntomas, el 70,9% nunca presentó IU, un 23,9% reportó episodios ocasionales y un 4,7% escapes frecuentes. La IF fue poco prevalente (>93% nunca presentó síntomas), mientras que la incontinencia de gases fue más común (23,9% ocasional, 4,7% frecuente). Un 23,9% reportó sensación ocasional de presión o pesadez vaginal durante el ejercicio y menos del 5% refirió impacto en la calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas en síntomas según sexo o edad.

Conclusiones
La IU fue el síntoma más frecuente, aunque la prevalencia global de disfunciones del suelo pélvico fue baja. No se hallaron diferencias relevantes por sexo o edad, pero sí mayor experiencia deportiva en hombres. Se requieren estudios que consideren disciplinas específicas, intensidad de entrenamiento y factores fisiológicos individuales.

P008) MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Lyng, R.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La enucleación prostática con láser, mediante HoLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate) o ThuLEP (Thulium Laser Enucleation of the Prostate), se ha consolidado como una alternativa quirúrgica segura y efectiva para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB). Este estudio describe la experiencia de la Clínica Alemana de Santiago.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo de 337 pacientes sometidos a HoLEP (65,6%) y ThuLEP (34,4%). Se recolectaron datos clínicos, quirúrgicos y de seguimiento mediante revisión de ficha electrónica. El análisis estadístico se efectuó con SPSS versión 26, utilizando la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar variables continuas pre y postoperatorias.

Resultados:

La mediana de edad fue de 67 años (RIC 62–73), con una alta carga de comorbilidades no urológicas (80,4%), destacando hipertensión (42,1%), dislipidemia (28,5%) y diabetes (17,5%). Sólo 1,5% tenía cirugía prostática previa, 30% usaba alfa bloqueadores y un 25,8% terapia combinada.

El volumen prostático mediano fue de 81 cc (rango 20–363) y el PSA de 3,79 ng/dL. El flujo máximo (Qmax) preoperatorio fue de 10,8 ml/s (RIC 7,8–15) y RPM de 105 cc (RIC 56,5-193)

Las principales indicaciones quirúrgicas fueron síntomas del tracto urinario inferior (STUI) refractarios al tratamiento médico (58,5%) y complicaciones derivadas de uropatía obstructiva baja (46,6%). La mediana de tiempo operatorio fue de 124 minutos y la estancia hospitalaria y uso de sonda de 2 días. La mediana del tejido resecado fue del 47,1% del volumen glandular. La anatomía patológica evidenció HPB en el 96,1% y cáncer incidental en el 7,4%.

Con una mediana de seguimiento de 4,5 meses, se observó una mejoría significativa en Qmax y RPM ($p<0,001$). La tasa global de complicaciones fue del 26,9%, siendo la mayoría Clavien-

Dindo IIIa de manejo mínimamente invasivo. Solo un 1,8% requirió retratamiento quirúrgico de STUI.

Conclusión

La enucleación prostática con láser es una técnica segura y eficaz para el manejo de la HPB en próstatas de cualquier tamaño, con buenos resultados funcionales y baja tasa de retratamiento, posicionándose como una alternativa sólida en centros con experiencia.

P009) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES?

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Lyng, R.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser es una técnica quirúrgica consolidada para tratar la hiperplasia prostática benigna (HPB) de gran volumen. No obstante, existen dudas sobre su perfil de seguridad y las diferencias en complicaciones entre sus dos modalidades principales. Este estudio compara las complicaciones postoperatorias de HoLEP y ThuLEP en un centro chileno.

Métodos

Se analizaron 337 pacientes operados en la Clínica Alemana de Santiago: 221 con HoLEP (65,6%) y 116 con ThuLEP (34,4%). Se recopilaron datos desde fichas electrónicas y se compararon las complicaciones entre grupos utilizando Chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondiera (SPSS v26).

Resultados

La tasa global de complicaciones fue 26,9%. Según Clavien-Dindo, la mayoría fueron grado IIIa (60,2%), principalmente por cateterización urinaria, seguidas por Clavien I (18,2%), II (13,6%), IIIb (4,5%) y IV (3,4%). Todas las Clavien IV fueron complicaciones médicas. Las

principales complicaciones fueron estrechez uretral (6,5%), retención aguda de orina (RAO) por detrusor insuficiente (4,7%) y hematuria (4,2%).

ThuLEP presentó una mayor incidencia global de complicaciones comparado con HoLEP (p<0,001). Se observaron más casos de hematuria (7,8% vs 2,3%; p=0,016), infección urinaria febril (8,6% vs 0,9%; p=0,001), RAO por coágulos (7,8% vs 1,8%; p=0,010) y RAO por detrusor insuficiente (9,5% vs 2,3%; p=0,005) en el grupo ThuLEP. No hubo diferencias significativas en estrechez uretral (p=0,843), estrechez de meato (p=0,118), incontinencia urinaria de esfuerzo (p=0,555) ni urgencia urinaria (p=1,000).

Hubo estrechez uretral en 8.6% de los casos operados con camisa 26 Fr y en 4.3% con 24 Fr, sin diferencia significativa (p = 0.082). De los 22 casos, 17 fueron tratados con dilataciones, 2 con balón medicado tras uretrotomía interna y 4 no recibieron tratamiento. La mediana de aparición fue de 3.5 meses.

Conclusión

ThuLEP se asoció a una mayor tasa de complicaciones postoperatorias, especialmente hematuria, ITU febril y RAO. La incidencia de estrechez uretral fue similar en ambas técnicas. La mayoría de los eventos adversos fueron tratables con medidas mínimamente invasivas. Aunque HoLEP mostró un perfil de seguridad más favorable, esto podría estar influido por la curva de aprendizaje, ya que ThuLEP fue la técnica inicial en la institución.

P010) MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA

Piñats Diaz, N.(1); Acuña Madrid, J.(2);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital Dipreca, Hospital Felix Bulnes Cerda., Santiago, Chile

Introducción:

El crecimiento prostático constituye una de las patologías más prevalentes en la población masculina de Chile, con una incidencia creciente a partir de los 50 años. Entre las alternativas quirúrgicas disponibles, la enucleación endoscópica de la próstata (EEP), ha experimentado una creciente aceptación. Esto por su carácter mínimamente invasivo, perfil de seguridad favorable y resultados funcionales comparables o incluso superiores a obtenidos con técnicas tradicionales (adenomectomía abierta o la resección transuretral de la próstata). Además, la EEP ofrece la ventaja de poder abordar próstatas de cualquier tamaño, lo que amplía su aplicabilidad clínica. El objetivo del presente estudio es describir el estado actual de la EEP en Chile, así como explorar sus perspectivas y proyecciones futuras.

Materiales y métodos:

Se realiza encuesta dirigida a urólogos de todo el país; esta fue distribuida vía plataformas digitales, con el objetivo de identificar el grado de adopción de la técnica, modalidades de implementación, tecnologías empleadas y principales desafíos en cada centro.

Resultados:

Se obtienen 34 respuestas de todas las regiones del país, provenientes en mayor proporción de centros públicos, seguido por privados y hospitales de fuerzas armadas. El 94,1% de los centros que respondieron la encuesta reportó realizar enucleación endoscópica de la próstata (EEP), con una consolidación progresiva desde el año 2021; 64,7% de los centros con curva establecida. El láser de holmio fue la energía predominante (82,3%), y el morcelador más utilizado fue HAWK (88,2%). Respecto al recurso humano, 32,3% de los centros contaban con 2 urólogos con curva completa y 26,4% con ≥3. En 73,5% se realizan entre 1–5 casos semanales y 38,2% no utiliza un punto de corte por volumen prostático. El 32,3% de los centros dispone de programa de formación en urología, permitiendo participación progresiva de residentes. Entre las principales ventajas destacadas se mencionan menor estancia hospitalaria, menor tasa de complicaciones y reducción del tiempo de sonda vesical.

Conclusiones:

La EEP se encuentra altamente expandida en Chile, presente en más del 90% de los centros encuestados y dos tercios de ellos con curva de aprendizaje consolidada posicionándose progresivamente como el gold-standard para el manejo quirúrgico de HPB.

P011) FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE

Silva, C.(1); Fernández Wenzel, J.(1); Márquez, I.(1); Castillo, P.(1); Horn, C.(2); Sáez, I.(2);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La retención urinaria aguda (RAO) tras el retiro de la sonda Foley en el postoperatorio de la enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es una complicación infrecuente pero relevante, con una incidencia entre 5 y 15% en distintas series. Ésta puede prolongar la hospitalización, aumentar el malestar del paciente y condicionar la necesidad de re-instalación de sonda. Aunque diversas series han buscado predictores de RAO, no se han demostrado asociaciones estadísticamente significativas. El objetivo de este trabajo fue determinar la incidencia y posibles factores predictores de RAO tras el retiro de sonda en pacientes sometidos a HoLEP en dos centros de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con 170 pacientes sometidos a HoLEP por dos operadores entre 2019 y 2025 en el Hospital Militar de Santiago y la Clínica Universidad de los Andes. Se definió RAO como la imposibilidad de micción espontánea tras el retiro de sonda, con necesidad de re-cateterización para su manejo. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y postquirúrgicas para comparar entre los grupos con RAO (n= 12) y sin RAO (n=158).

RESULTADOS: Del total de 10 pacientes, 12 (7,6%) presentaron RAO, con edad media de 71 años. El volumen prostático ecográfico preoperatorio fue de 70,8 mL en el grupo con RAO y 77,7 mL en el grupo sin RAO. La cantidad de tejido resecado fue de 31,6 g y 33,6 g, y el tiempo de sonda fue de 50 hrs y 57 hrs, respectivamente. El 17% de los pacientes con RAO presentaba antecedente de RAO preoperatoria, versus 19% en el otro grupo. En el análisis multivariado, no se observaron asociaciones significativas ($p< 0,05$) entre RAO post retiro, y las variables evaluadas.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados fueron similares a lo reportado internacionalmente (7,6%). Ninguna variable mostró ser un factor de riesgo significativo ($p > 0,05$). Aunque sin significación estadística, los tiempos de sonda fueron ligeramente mayores en los pacientes que no presentaron RAO (57 vs 50 hrs). En este contexto, proponemos un retiro de sonda guiado por criterios clínicos, priorizando evitar re-cateterizaciones innecesarias antes que retiros demasiado precoces.

P012) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH

Mardonez Contreras, P.(1); Lyon Errázuriz, J.(2); Salazar Campos, V.(2); Durruty Bostelmann, J.(3); Ayala Castro, C.(3); Oyanedel Muñoz, P.(3); Durán García, L.(3); Hartmann Arnouts, J.(3); (1): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Residente Urologia, Hospital clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (3): Urólogo, Hospital clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) se ha consolidado como el tratamiento quirúrgico de elección para la hiperplasia prostática benigna (HPB), debido a su eficacia en la desobstrucción del tracto urinario inferior y su favorable perfil de recuperación. Sin embargo, pese a sus beneficios reconocidos, no está exenta de complicaciones perioperatorias que pueden afectar la evolución clínica del paciente. El conocimiento y análisis de estos eventos adversos, tanto intraoperatorios como postoperatorios tempranos, resulta fundamental para mejorar los resultados quirúrgicos y optimizar el manejo perioperatorio. El presente estudio evalúa la incidencia y características de las complicaciones asociadas a HoLEP en nuestra institución, comparando los resultados entre próstatas menores y mayores de 80 gramos.

Material y Métodos
Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos con HoLEP entre 2022 y 2025 por diagnóstico de HPB. Se analizaron variables clínicas, eventos intraoperatorios y complicaciones postoperatorias tempranas (<30 días) y tardías, estratificando según el tamaño prostático.

Resultados
Se incluyeron 88 pacientes. Entre las complicaciones intraoperatorias se identificaron: perforación capsular (n=9; 10,2%), subtrigonización (n=4; 4,5%) y perforación vesical (n=1; 1,1%). No se registraron lesiones ureterales, falsas vías uretrales ni conversiones a RTU o cirugía abierta. En el postoperatorio temprano se observaron 6 infecciones urinarias (una con sepsis), 4 episodios de hematuria con retención urinaria por coágulos (uno con requerimiento de transfusión) y 1 estenosis de meato uretral. La tasa de reingreso fue del 4,5% (n=4), todos por hematuria; y la de reoperación, del 2,3% (n=2), también por sangrado persistente. No se encontraron diferencias significativas al estratificar por tamaño prostático.

Conclusión
HoLEP presenta un perfil de seguridad favorable, con una baja incidencia de complicaciones perioperatorias, incluso en próstatas de gran volumen. La mayoría de los eventos reportados fueron manejados de forma conservadora, sin necesidad de procedimientos mayores. Estos resultados respaldan su uso como una técnica segura y eficaz, con resultados reproducibles en distintos contextos clínicos.

P013) SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP

Schalper, M.(1); Camhi, I.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Rojas, J.(3); Morales, C.(3); Testa, I.(3); Guerrero, P.(3); Rojas, V.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:
El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia más frecuente en hombres y su detección temprana continúa siendo un desafío. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP), además de su rol terapéutico en hiperplasia prostática benigna (HPB), proporciona tejido quirúrgico para análisis histopatológico. Este estudio permite caracterizar el CaP en contexto de HoLEP, incluyendo hallazgos incidentales.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo en un centro único, incluyendo a pacientes sometidos a HoLEP entre enero de 2023 y mayo de 2025. Se recopilaron variables demográficas y perioperatorias de los pacientes: antígeno prostático específico (APE) preoperatorio, volumen prostático, tejido resecado, tiempo de morcelación y velocidad de morcelación. Se analizaron los datos en tres subgrupos: pacientes con HPB, con hallazgo incidental de CaP y con diagnóstico conocido de CaP previo.

Resultados:
Durante el período analizado se realizaron 77 procedimientos de HoLEP, de los cuales 12 (15,6%) presentaron biopsia quirúrgica positiva para CaP. En este subgrupo, 7 pacientes tenían diagnóstico previo de CaP y 5 pacientes corresponden a hallazgos incidentales. Los pacientes tenían una media de PSA de 4,65 ng/mL en el grupo de HPB, 3,1 ng/ml en el grupo de CaP incidental y 45,9 ng/ml en el grupo con diagnóstico de CaP previo. El volumen prostático promedio fue de 77.7 cc, 82.8 cc y 81 cc respectivamente. El tejido resecado promedio fue de 57.1 gr, 48.4 gr y 64.5 gr respectivamente. El tiempo de morcelación promedio fue de 16.5 min, 14 min y 19.3 min respectivamente. La velocidad de morcelación promedio fue de 3.46 gr/min, 3.46 gr/min y 3.34 gr/min respectivamente.

Conclusiones:
El análisis histopatológico tras cirugía de HoLEP permitió identificar CaP en una proporción relevante de pacientes, similar a lo reportado en la literatura. En los casos con diagnóstico previo de CaP se observaron niveles más altos de PSA pre-operatorios y tiempos más prolongados de morcelación, sin diferencias significativas en relación a la velocidad de morcelación. Este estudio propociona la base para identificar posibles predictores de cáncer de próstata en cirugía de HoLEP.

P014) INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP

Salazar Campos, V.(1); Lyon, J.(1); Mardonez, P.(2); Frías, S.(3); Hartmann, J.(4); Ayala, C.(4); Oyanedel, P.(4); Durán, L.(4);
(1): Residente de Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (2): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Interno de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile (4): Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La incontinencia urinaria(IO) es una complicación relativamente frecuente posterior a la enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP), especialmente durante los primeros meses. Se estima que entre un 20–40% de los pacientes pueden presentar incontinencia

transitoria en el postoperatorio inmediato. Esta cifra disminuye al 5–15% a los 3 meses, con una incidencia menor al 2% al año en centros de alta experiencia. Aunque suele ser autolimitada, su persistencia más allá de los 3 meses puede afectar significativamente la calidad de vida y requerir intervenciones adicionales. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y evolución de la incontinencia urinaria persistente (>3 meses) en pacientes sometidos a HoLEP y comparar los resultados con los reportados en la literatura.

Materiales y Métodos

Estudio observacional de pacientes intervenidos con HoLEP entre 2024 y 2025. Se evaluó la presencia y tipo de incontinencia urinaria al 1°, 3°, 6° mes y al año postoperatorio. Se registraron variables como: prevalencia, tratamiento y resultados.

Resultados

Se analizaron 72 pacientes en total. La edad y tamaño promedio fue de 72 años y 85gr(30-228). 29(40%) pacientes eran mayor de 80gr. Al control del 1er mes: 37% tuvieron incontinencia urinaria de esfuerzo(IOE) y 19% incontinencia urinaria de urgencia(IOU). 12 pacientes usaban PADS con promedio de 2, los cuales se enviaron a kinesioterapia.

41/58 pacientes acudieron al control del 3er mes. 13(31%) tuvieron IOE y 5(12%) IOU. En 13 pacientes hubo resolución de IO desde el primer mes de control, 6 usando antimuscarínicos y 8 con terapia kinésica(KNT).

23/43 pacientes acudieron al control del 6to mes. 2(8%) tenían IOE y 2(8%) IOU, pero solo 1 paciente usaba 1 PAD. 11 pacientes habían recibido KNT. 10/19 acudieron al control anual y ninguno tenía incontinencia.

Conclusión

Nuestros resultados muestran una tasa de incontinencia al 3° mes superior a lo descrito en la literatura, posiblemente relacionada con la curva de aprendizaje quirúrgica. Así mismo con KNT especializada la recuperación de la continencia a los 6 meses resultó equivalente a lo presentado a otros grupos.

P015) ¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP?

Schalper, M.(1); Camhi, I.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Rojas, J.(3); Morales, C.(3); Testa, I.(3); Guerrero, P.(3); Calderón, D.(1); Rojas, V.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:
La enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) permite el tratamiento efectivo de pacientes con crecimiento prostático obstructivo y permite el análisis histopatológico del tejido resecado. Esto ha llevado a la identificación incidental de cáncer de próstata (iCaP) con una incidencia reportada entre el 5% y el 23%, y hasta un 7.6>% de casos de cáncer de próstata clínicamente significativos. Teóricamente, la presencia de tejido maligno podría influir en la densidad de la glándula, dificultando la morcelación y asociándose con tiempos operatorios más prolongados. Este estudio evalúa el tiempo de morcelación como predictor de cáncer en pacientes sometidos a HoLEP.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a HoLEP entre 2023 y 2025 en un centro único. Se extrajeron datos de protocolos operatorios y reportes histopatológicos. Se analizaron tres variables: presencia de cáncer en la biopsia quirúrgica, tiempo de morcelación y tamaño prostático. Se utilizó regresión logística binaria para evaluar la asociación entre tiempo de morcelación y cáncer, ajustado por tamaño prostático.

Resultados:
Se incluyeron 77 pacientes, con detección de cáncer de próstata en 12 casos (15.6>%). El tejido resecado prostático promedio fue de 57.08 g en pacientes con hiperplasia prostática benigna y 57.18 g en aquellos con cáncer. El tiempo promedio de morcelación fue de 16.54 minutos en el grupo con hiperplasia y 17.08 minutos en el grupo con cáncer. En el análisis multivariado, el tiempo de morcelación no se asoció significativamente con la presencia de cáncer incidental (OR: 1.008; p = 0.714), ajustando por tamaño prostático.

Conclusión:
A pesar de una base teórica que sugiere que tejido prostático maligno podría dificultar la morcelación, este estudio no encontró asociación significativa entre el tiempo de morcelación y el hallazgo de cáncer. La alta variabilidad técnica e interoperatoria, junto con la multifactorialidad del procedimiento, podría implicar su limitación como herramienta predictiva, especialmente para iPC. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y control de factores perioperatorios para validar esta hipótesis.

P016) CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES

Morales, I.(1); Fasce, R.(1); Avaca, F.(1); Fernández, J.(1); Iacobelli, A.(1); Castillo, P.(1); Morales, C.(1);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES

INTRODUCCIÓN
Los stents ureterales son una práctica común en Urología para manejar diversas condiciones obstructivas de la vía urinaria. Sin embargo, su uso con frecuencia impacta negativamente la calidad de vida, lo que ha impulsado la evaluación de este impacto más allá de los desenlaces clínicos o quirúrgicos. Buscamos caracterizar dicho efecto mediante cuestionarios multidimensionales, analizando la calidad de vida durante la permanencia del stent y después de su retiro, considerando la edad, el diámetro del stent y su duración.

MATERIALES Y MÉTODOS
El estudio incluyó una cohorte de 128 pacientes. Realizamos un análisis descriptivo e inferencial. Para comparaciones, se usaron pruebas T de Student o Mann-Whitney. Para antes y después del retiro, empleamos la prueba T de Student para muestras pareadas o Wilcoxon si no se cumplían los supuestos paramétricos, y la Prueba Exacta de Fisher para variables cualitativas. El análisis se realizó con el software STATA.

RESULTADOS
Tras el retiro del stent, se observa una mejoría marcada en síntomas urinarios y dolor, con puntajes globales consistentemente más favorables. En mayores de 65 años aumenta la probabilidad de reconsulta y la necesidad de reposo, pese a la mejoría general. Stents de menor calibre (<6 Fr) se asocian a mejor percepción global in situ y mayor actividad sexual; estas diferencias se atenúan tras el retiro. El uso >30 días muestra un patrón mixto: mayor dolor localizado in situ, pero mayor satisfacción futura; post-retiro, el dolor residual y el desempeño laboral favorecen a <30 días.

CONCLUSIONES
La utilización de stents ureterales afecta sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. La edad, el diámetro y el tiempo de uso del stent son factores clave que influyen en esta experiencia. Se sugiere favorecer stents de menor diámetro por un mejor perfil global, y anticipar un mayor riesgo de molestias y reconsultas en pacientes mayores o con uso prolongado.

P017) HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Navarro Capone, R.(1); Moreno, N.(1); Castiglioni, E.(1); Eyzaguirre, M.(2);
(1): , SANTIAGO, Chile (2): Escuela de Medicina, Pontificia universidad catolica de Chile, SANTIAGO, Chile

Introducción:
El rol de los andrógenos en la litiasis urinaria continúa siendo motivo de debate. Mientras los estudios experimentales sugieren un efecto litogénico de la testosterona, la evidencia clínica muestra resultados dispares. Además, algunas teorías plantean que el hipogonadismo podría favorecer la resorción ósea, aumentando la carga de calcio disponible y, con ello, el riesgo de cálculos. Realizamos una revisión sistemática para evaluar la asociación entre

hipogonadismo, terapia de reemplazo con testosterona (TRT) y litiasis en hombres, así como la calidad metodológica de los estudios disponibles.

Métodos:
Se buscó en PubMed, Embase, Scopus y Google Scholar estudios que abordaran testosterona y litiasis. Se extrajeron datos de diseño, población, exposición, desenlaces y medidas de efecto. El riesgo de sesgo se evaluó con la escala Newcastle–Ottawa (NOS). Odds ratio (OR) y hazard ratio (HR) fueron transformados a log-estimaciones y errores estándar para síntesis cuantitativa.

Resultados:
Se incluyeron 15 estudios (cohortes, casos–control y transversales). Cinco mostraron asociación positiva entre testosterona baja o TRT y litiasis (OR/HR 1,3–1,7); dos no evidenciaron relación significativa (OR ≈ 1,0). El meta-análisis inicial con todos los trabajos analizables mostró una tendencia positiva sin significancia estadística y con heterogeneidad moderada (I^2≈48%). Al restringir el análisis a los estudios solamente de bajo riesgo de sesgo, el efecto se tornó significativo, con un incremento de riesgo relativo de 19% (RR 1,19; IC95% 1,16–1,21; p<0,0001) y heterogeneidad nula (I^2=0%). Varios estudios mecanísticos ayudan a entender el vínculo entre hormonas y cálculos. Se ha visto que los hombres con litiasis presentan niveles más altos de dihidrotestosterona y muestran una mayor presencia de receptores androgénicos en el riñón, además la exposición a testosterona exógena aumentaría el oxalato en la orina . Estos hallazgos apoyan la idea de que los andrógenos participan directamente en la formación de cálculos.

Conclusiones:
La evidencia sugiere una asociación modesta entre alteraciones androgénicas y litiasis, que se confirma estadísticamente al considerar únicamente estudios de bajo sesgo. Los hallazgos mecanísticos refuerzan la plausibilidad biológica. Hasta la fecha no existen revisiones sistemáticas en inglés o español sobre este tema; esta constituye la primera.

P018) RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Fernandez, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Barroso, J.(1); Catalan, G.(1); Osorio, F.(1); Bustamante, A.(1); Krebs, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Antecedentes: La nefrolitotomía percutánea es el tratamiento de primera línea para litiasis renal >2 cm, siendo el acceso percutáneo un paso crítico. La cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS) ofrece ventajas potenciales en el manejo de litiasis complejas o coraliformes, al integrar acceso retrógrado y percutáneo en un solo tiempo quirúrgico.

Objetivo: Describir las variables perioperatorias y los resultados quirúrgicos de una cohorte contemporánea de pacientes sometidos a ECIRS en un centro terciario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 44 procedimientos consecutivos de ECIRS en 40 pacientes. Se registraron variables quirúrgicas (tipo de vaina percutánea, visión endoscópica para la punción, número de punciones, necesidad de nefrostomía, tiempo operatorio y días de hospitalización) y de seguimiento. El desenlace primario fue la tasa libre de cálculos (TLC). Secundariamente se evaluaron complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo) y necesidad de procedimientos adicionales.

Resultados: La mediana de tiempo operatorio fue 160 minutos (RIC 127,5–190) y la de hospitalización 2 días (RIC 1–3). Se utilizó vaina miniaturizada en 75% de los casos, punción bajo visión endoscópica en 72,7% y se dejó nefrostomía en 20,5%. El número de punciones fue generalmente único (mediana 1; RIC 1–1). La TLC global alcanzó 52,3%, con mejores resultados en litiasis de menor complejidad (Guy Score I–II: 100–75%) y en ausencia de litiasis coraliforme (74%). Las complicaciones ocurrieron en 15,9%, mayoritariamente de bajo grado. Durante el seguimiento, el 28% requirió procedimientos secundarios (ECIRS 11,4%, RIRS 15,9%), mientras que 72.7% no presentó reintervenciones. En el análisis univariado, la miniaturización se asoció a mayor TLC (p=0,023) y a menor tiempo operatorio (p=0,013).

Conclusiones: La ECIRS en esta serie mostró un perfil quirúrgico favorable, con alta adopción de técnicas de miniaturización y de punción bajo visión endoscópica, asociadas a mejores tasas de éxito y eficiencia operatoria. Aunque las complicaciones fueron poco frecuentes y de baja severidad, la complejidad litiásica hace que aun el 28% de los pacientes pueda requerir un segundo tratamiento.

P019) CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO

Blackburn, S.(1); Espinoza, C.(1); Saldivia, D.(1); Diaz, G.(1); Philipp, S.(2); Reyes, A.(1); Guglielmi, J.(3); Riveros, J.(3); Larenas, F.(4); Martinez, C.(4); Fulla, J.(5); Campos, D.(6);
(1): Universidad de Chile - HCSBA, Santiago, Chile (2): Facultad de medicina - Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): HCSBA - H del Profesor, Santiago, Chile (4): HCSBA - Clinica MEDS, Santiago, Chile (5): HCSBA- Clinica MEDS, Santiago, Chile (6): HCSBA - Clinica Indisa, Santiago, Chile

Introducción

La urolitiasis es una condición prevalente y recurrente a nivel mundial. La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) ha expandido sus indicaciones, pasando del 60% en 2010 al 95% en 2020. Las complicaciones infecciosas, en especial la sepsis, representan un riesgo clínicamente relevante. Las guías EAU 2025 recomiendan con evidencia 1a el cultivo intraoperatorio de

litiasis en nefrolitotomía percutánea (PCNL) como predictor de sepsis, sin embargo, la evidencia específica en RIRS es escasa.

Material y Métodos
Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en pacientes ≥18 años sometidos a RIRS por litiasis renal, todos con urocultivo (UC) preoperatorio negativo. Se registraron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. Se obtuvo cultivo de litiasis (CL). Se evaluaron complicaciones infecciosas postoperatorias (fiebre, ITU, sepsis).

Resultados
Se incluyeron 14 pacientes (edad media 57,9 años; 62% hombres). Historia de ITU previa 40%, Charlson promedio 3.0 y el 62% portaba catéter ureteral previo. Todos recibieron profilaxis antibiótica. El tiempo operatorio mediano fue 90 minutos y en todos se utilizó vaina de acceso.
El UC preoperatorio fue negativo en el 100%. El CL fue positivo en 4 pacientes (28.5%). Se observaron complicaciones infecciosas en 2 pacientes (14%): fiebre en 2, ITU en 2 y sepsis en 1 (7,1%). En el 50% de los pacientes con CL positivo se presentaron complicaciones, incluyendo el único caso de sepsis.

Conclusiones
En esta cohorte con UC negativo, el 28% presentó CL positivo, identificando gérmenes no detectados previamente. El CL mostró asociación con complicaciones infecciosas, sugiriendo un mayor valor predictivo que el UC en pacientes sometidos a RIRS. Estos hallazgos apoyan la incorporación rutinaria del CL intraoperatorio como herramienta para optimizar la antibioticoterapia dirigida, en concordancia con las recomendaciones actuales para el manejo precoz de sepsis, fortaleciendo la toma de decisiones en caso de complicaciones de RIRS. Este estudio preliminar abre la puerta a investigaciones con mayor poder estadístico que confirmen estos resultados.

P020) PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE?

Vega Sepulveda, F.(1); Moya Villalobos, B.(1); Bascur Moenen-locoz, L.(1); Carrasco Sanchez, F.(1); Rivera Reyes, F.(1); Umaña Rodriguez, J.(1); Pieressa Pizarro, N.(2); Affeld Perez, M.(2); Urrutia Varela, S.(2); Chodowiecki Gebauer, A.(2); Lobos Sepulveda, C.(2); Valenzuela Viale, R.(2); Rodriguez Troncoso, J.(2); Orio Alvarez, M.(2); Gorena Palominos, M.(2);
(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (2): Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: La pionefrosis es una urgencia urológica potencialmente letal, caracterizada por infección del sistema colector secundaria a obstrucción. Su diagnóstico y manejo oportuno son fundamentales para evitar sepsis grave y muerte. La resolución definitiva de la

litiasis es clave para prevenir complicaciones y preservar función renal. La literatura nacional sobre epidemiología y resultados quirúrgicos es escasa, especialmente en centros regionales. MATERIALES Y MÉTODOS: Objetivos: describir características clínicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes con pionefrosis en un centro de referencia regional; identificar complicaciones urológicas; cuantificar consultas a urgencias y tiempos de espera hasta la litotricia definitiva. Estudio retrospectivo. Cohorte de pacientes diagnosticados entre enero 2023 y abril 2025. Se registraron variables demográficas, etiología, parámetros de laboratorio, resolución de urgencia, evolución clínica, complicaciones, consultas a urgencias y tiempos de espera a cirugía definitiva. RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes. Edad promedio al diagnóstico 51 años; sexo femenino 61%. Etiología: litiásica 94%, neoplásica 4%, inflamatoria 1%. Obstrucción predominante en uréter proximal (45%). Proteína C reactiva promedio: 160,4 mg/L. Admisión en Unidad Paciente Crítico: 11%. Procedimiento de urgencia: stent doble J 87,5%, ureterolitectomía distal 7,5%, nefrostomía 4%, nefrectomía primaria 1%. Complicaciones globales: 64%. Las precoces más frecuentes: sepsis, hematuria, shock séptico. Tardías más frecuentes: dolor refractario, infección urinaria, hematuria y nefrectomía por atrofia. Tiempo promedio entre cirugía de urgencia y litotripsia definitiva: 178 días. El 52,5% asistió a servicios de urgencias durante la espera, con promedio de 2,2 consultas, y con una máxima de hasta 8 consultas. CONCLUSIONES: La pionefrosis en nuestro centro afecta principalmente a mujeres de mediana edad, casi exclusivamente de etiología litiásica. La instalación del stent doble J fue la estrategia más utilizada. Existe una alta tasa de complicaciones y consultas a urgencia en relación al stent. El intervalo hasta la resolución definitiva de la litiasis es prolongado, fuera de las recomendaciones basadas en la evidencia, lo que podría optimizarse para reducir complicaciones.

P021) IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA

Gomez Lopez, I.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Acuña, J.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Santiago de Chile, Chile

Introducción:Globalmente se ha evidenciado un aumento de la incidencia de urolitiasis de un 48% en los últimos 30 años, posicionándose actualmente en un 13% con variaciones regionales, asociado a esto el 50% de los pacientes presentaran recidiva a 5 años, riesgo que se intensifica en presencia de factores metabólicos o genéticos predisponentes, sin embargo, este riesgo puede reducirse en un 46% si tales factores son identificados y tratados preventivamente.En Chile es un problema altamente frecuente, con una prevalencia de hasta 14%. Por este motivo se creó un policlínico para estudio de formadores de litiasis en nuestro centro,siendo el objetivo de este estudio describir los hallazgos iniciales del estudio metabólico de nuestra población.

Materiales y métodos:Estudio prospectivo descriptivo tipo serie casos, de pacientes con estudio metabólico de urolitiasis en Hospital Dipreca, controlados en policlínico de urolitiasis entre 07/2024 y 08/2025.Se incluyeron pacientes con criterios de ingreso: Recurrencia de episodios litiásicos, alta carga litiásica, compromiso litiásico bilateral, primer episodio a temprana edad, antecedentes familiares de urolitiasis, formadores de litiasis no cálcicas o pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales/trastornos de malabsorción. El estudio incluyó laboratorio general, PTH, y estudio de orina 24 horas.

Resultados:Se incluyeron un total de 28 pacientes. Con edad promedio de 54,3 años (43-73 años), el motivo de derivación principal fue episodios litiásicos recurrentes (60%), seguido por debut con litiasis múltiple/bilateral (30%).En 86% de los pacientes se evidenció alguna alteración, siendo la más frecuente bajo volumen urinario en 46%. El 28% de los pacientes presentaron hipercalciuria, 25% hipocitraturia, 17,8% hiperuricosuria y 10% hipernatriuria.El manejo incluyó evaluación y tratamiento nutricional, diúreticos tiazídicos, suplementación con citrato y derivación a endocrinología o nefrología según los hallazgos.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes con indicación de estudio metabólico presentan alguna alteración metabólica,siendo la más importante el bajo volumen urinario y en la mitad de la población estudiada asociada a hipercalciuria o hipocitraturia.La pesquisa de estas alteraciones nos permite realizar modificaciones de estilo de vida, manejo nutricional y específico para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes.Los resultados de estas intervenciones serán parte de un estudio futuro.

P022) LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE.

Ruiz Espinosa, T.(1); Herrera Sepúlveda, D.(2); Oporto Uribe, S.(3); Navarrete C., D.(3); Vicherat M., C.(3);
(1): Residente Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Los stents ureterales doble J (pigtails) son ampliamente utilizados en Urología para asegurar la permeabilidad ureteral en tratamiento de urolitiasis, estenosis ureterales u otros procedimientos endourológicos. Su permanencia prolongada tiene riesgo de calcificarse, pudiendo necesitar cirugías complejas para su retiro. Si bien la Norma Técnica Nº226 del MINSAL (2023) establece la trazabilidad obligatoria de dispositivos médicos implantables, no existen registros nacionales publicados sobre el seguimiento de estos pacientes. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en la creación de un registro hospitalario de pigtails, caracterizar la población y evaluar tiempos de permanencia y retiro. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las instalaciones de pigtail entre 2023–2025 identificados en registro MINSAL y quirúrgico. Se evaluaron variables sociodemográficas y tiempos de retiro. RESULTADOS: Se identificaron 627 pacientes que egresaron con pigtail, donde 431 fueron retirados (69,3%), 162 permanecían con el

dispositivo (26,0%) y 29 fallecieron con pigtail (4,7%). La principal indicación se relacionó al tratamiento de urolitiasis (47,3%), seguida de pielonefritis obstructiva (36,4%) y estrecheces ureterales (15,4%). La mediana de permanencia fue de 39 días (RIC 25-62) con reducción progresiva y significativa entre 2023 y 2025 (p = 0,043). En los casos pendientes la mediana fue de 247 días (24-884), donde un 36,4% lleva menos de 6 meses. Sobre el riesgo de permanecer con drenaje, se encontraron diferencias entre la población extranjera vs chilena (96,9% vs 25,0%; p < 0,000000001, RR 3,9 y OR 93,0) y en el contexto de urgencias vs programados (35,2% vs 23,9%; p = 0,005, RR 1,46, OR 1,72). Además, se evidenció una menor edad de la población extranjera (45,7 vs 57,3 años; p = 0,0026) y mayor tendencia a pabellones de urgencia (p = 0,021). CONCLUSIONES: Este estudio consolidó un registro hospitalario, permitiendo caracterizar la población y evidenciar brechas en nuestra trazabilidad, especialmente en pacientes extranjeros y contextos de urgencias. La estrategia utilizada es replicable en otros centros, constituyendo una herramienta para optimizar la gestión institucional y orientar decisiones clínicas y administrativas a nivel local y nacional.

P023) RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Parada, F.(1); Calvo, I.(1); Loyola, M.(1); Ramírez, G.(1); Luz, D.(1); Radtke, V.(1); Acuña, J.(1); Telayna, F.(1); Arzeno, L.(1); Vergara, G.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La infección urinaria es una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en urología. Aunque la mayoría son leves, algunas evolucionan a cuadros graves. El urocultivo preoperatorio se utiliza de forma rutinaria para detectar gérmenes antes de cirugía, pero se han descrito discrepancias con el cultivo intraoperatorio de pelvis renal, lo que limita su valor como predictor del riesgo infeccioso real. El objetivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico del urocultivo preoperatorio, caracterizar los microorganismos de cultivos intraoperatorios de pelvis renal y analizar su asociación con complicaciones postoperatorias en cirugía endoscópica de la vía urinaria superior.

Material y métodos:

Estudio observacional, analítico y retrospectivo en un hospital público chileno, que incluyó 54 pacientes operados entre marzo y agosto de 2025. Se obtuvo un cultivo intraoperatorio de pelvis renal y se analizaron variables demográficas, comorbilidades, parámetros intraoperatorios y resultados de ambos cultivos. Se evaluó rendimiento diagnóstico,

concordancia microbiológica y asociación con complicaciones postoperatorias. Se aplicó test exacto de Fisher para variables categóricas, considerando p<0,05. Se excluyeron portadores de catéter urinario permanente.

Resultados:

Se incluyeron 54 pacientes con una mediana de edad de 54 años, la mayoría intervenidos por litiasis obstructiva mediante ureteroscopía o nefrolitotomía. No hubo complicaciones Clavien-Dindo ≥III. El 37% de los cultivos preoperatorios fue positivo frente a 15% de los intraoperatorios. Se observó discordancia microbiológica en 80%, y en todos los casos con complicaciones no existió concordancia. El cultivo intraoperatorio permitió identificar gérmenes clínicamente relevantes no detectados en el preoperatorio, incluyendo aislamientos polimicrobianos y de mayor resistencia. El valor predictivo negativo del urocultivo preoperatorio fue alto (89%), respaldando su utilidad como herramienta de exclusión. Sin embargo, la asociación con complicaciones fue más evidente en los cultivos intraoperatorios positivos (p=0,069), sugiriendo su valor clínico en la evaluación del riesgo infeccioso.

Conclusión:

El cultivo intraoperatorio de pelvis renal entrega información más representativa del foco quirúrgico que el urocultivo preoperatorio. Su uso complementario podría optimizar decisiones terapéuticas y anticipar complicaciones infecciosas en pacientes de riesgo. Ampliar la muestra permitirá confirmar su utilidad clínica e impulsar su incorporación en la práctica urológica.

P024) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Opazo Márquez, V.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Márquez Correa, I.(3); Baeza Figueroa, C.(4); (1): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: A pesar del envejecimiento de la población, a la fecha existe escasa evidencia sobre las características y el manejo quirúrgico de la estrechez de uretra en mayores de 70 años. Los pacientes adultos mayores además pueden presentar más comorbilidades, por lo que se tiende a utilizar métodos mínimamente invasivos, que no siempre tienen los resultados óptimos. Material y métodos: Revisión retrospectiva de un centro hospitalario. Criterios de inclusión: pacientes de sexo masculino, mayores de 70 años, que se sometieron a cirugía por estrechez de uretra y estrechez bulbomembranosa, entre los años 2021 y 2025. Se excluyeron pacientes con estenosis de uretra y con seguimiento incompleto. Se analizaron variables pre operatorias, intra operatorias y seguimiento. Resultados: Se identificaron 27 pacientes, de los cuales 25 cumplían con los criterios de inclusión. Mediana de edad 77.9 años (70-88). Las zonas más frecuentemente comprometidas fueron unión

bulbomembranosa (25%), fosa + uretra peniana (20.83%), y uretra bulbar (16.67%). Mediana longitud de estrechez de 48 milímetros (1-12). En 84% se identificó etiología iatrogénica. El 58% de los pacientes tiene tratamientos previos fallidos. Clasificación anestésica ASA II en 62.5% y ASA III en 33%. La cirugías más frecuentemente realizadas fueron 25% uretrotomía interna con balón medicado, 33.3% uretrostomia perineal y 33% uretroplastía con injerto de mucosa oral, con tamaño medio de injerto de 7 centímetros. Los paciente sometidos a uretrostomia perineal presentaron estrechez significativamente más larga. Hubo 8 complicaciones postoperatorias, 3 Clavien Dindo I y 5 Clavien Dindo II. Días de hospitalización 1.0 (1-3). Días de sonda foley 12 (0-34). Con una mediana de seguimiento 325 días (3-1077), se identificaron 3 pacientes con recidiva. No hubo mortalidad peri operatoria. Conclusiones: Los pacientes presentaron estrecheces largas y con múltiples tratamientos previos fallidos. La uretroplastia y uretrostomia son opciones seguras y definitivas en pacientes con estreches recidivantes o largas, con bajo porcentaje de complicaciones, por lo que debieran considerarse dentro de las opciones de tratamiento independiente de la edad. La hiperplasia prostática benigna y el síndrome de vejiga hiperactiva deben ser considerados en el seguimiento.

P025) DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO

Baeza Figueroa, C.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Santis Lobos, J.(2); Opazo Márquez, V.(1);
(1): Clínica Dávila, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo uretral femenino (DUF) es una patología poco frecuente, que representa menos del 0,02% de las cirugías pélvicas. Su diagnóstico suele retrasarse, generando múltiples consultas sin identificación de la lesión. El origen más aceptado es adquirido, secundario a inflamación crónica y obstrucción de las glándulas periuretrales, asociadas a infecciones urinarias recurrentes, partos y cirugías uretrales o vaginales. Los DUF se clasifican como simples o complejos, según su morfología, tamaño, tabiques, proximidad al cuello vesical y antecedentes quirúrgicos pélvicos. La presentación es variable; la triada clásica de disuria, dispareunia y goteo postmiccional se observa en menos de un tercio de los casos. Material y métodos: Revisión retrospectiva, entre los años 2019 y 2025, de una serie de pacientes con DUF. Se analizó presentación clínica, imágenes preoperatorias, técnica quirúrgica, hallazgos histológicos y seguimiento postoperatorio. Se excluyeron quistes de Skene y de Gartner. Resultados: Se identificaron 31 mujeres con lesiones quísticas parauretrales; 12 correspondieron a DUF, de los cuales 11 fueron complejos y de ellos, 5 circunferenciales. Mediana de edad 45 años (28-73 años). Síntomas: masa uretral (6/12), infecciones urinarias recurrentes (6/12), síntomas obstructivos bajos (4/12; tres con retención completa de orina) y urgencia miccional (5/12). De la triada clásica: disuria en 6/12, dispareunia en 4/12 y goteo postmiccional en 1/12. El intervalo entre inicio de síntomas y diagnóstico varió entre 1 y 132 meses (mediana: 3,5). Todas fueron multíparas. La resonancia

magnética mostró mediana de tamaño de lesión de 25 milímetros (15–47). Se efectuó resección quirúrgica vía vaginal, requiriendo además uretrorrafia en 10/12, catéteres ureterales en 4/12 y colgajo de Martius en 5/12. Mediana de tiempo operatorio 110 minutos (30–240). Hubo complicaciones en 3/12: dos Clavien-Dindo I y una Clavien-Dindo II. La histología mostró origen urotelial en 10/12. Al seguimiento a 3 meses, 7/12 presentaron incontinencia de esfuerzo, 1 severa que requirió cirugía, y 6/12 urgeincontinencia transitoria. No se observaron estenosis uretrales. **Conclusión:** Los DUF son entidades poco frecuentes y de difícil diagnóstico. Su cirugía es técnicamente demandante, particularmente en los circunferenciales, con riesgo de complicaciones, aunque en la mayoría de éstas se resolvieron a mediano plazo.

P026) URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS

Baeza Figueroa, C.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Santis Lobos, J.(2); Márquez Correa, I.(3); Opazo Márquez, V.(1);
(1): Clínica Dávila, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La uretrostomía perineal (UP) constituye una alternativa quirúrgica indicada en pacientes con alto riesgo de recidiva tras reconstrucción, tales como pan-estrechez uretral, cirugías previas fallidas, liquen escleroso o múltiples comorbilidades. Este procedimiento permite restituir una micción funcional sin comprometer la continencia. Pese a su eficacia y recuperación relativamente rápida, suele considerarse como último recurso. Existen distintas técnicas descritas, inicialmente propuestas por Johanson y Blandy, pudiendo requerir injertos de mucosa oral o confección de colgajos, según los hallazgos intraoperatorios. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidos a UP entre 2018 y 2025, excluyendo aquellos con penectomía radical. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias (con énfasis en la técnica empleada) y de seguimiento. **Resultados**: Se identificaron 35 pacientes, de los cuales 28 cumplieron criterios de inclusión. La mediana de edad fue 69 años (26–87). La sobrevida estimada a 10 años según el índice de Charlson fue 53% (0–98%). Las principales indicaciones fueron: cáncer vesical y estrechez uretral (6), estrechez uretral compleja (13), uretroplastias previas fallidas (4), antecedente de gangrena de Fournier con estrechez uretral concomitante (3) y estrechez de uretrostomía perineal (2). Once pacientes portaban cistostomía. En cuanto a la técnica, se utilizó colgajo de Blandy en 22 pacientes, incisión media tipo Johanson en 3 y combinaciones de colgajos en 2. Siete requirieron injerto de mucosa oral, con tamaño medio de 48 mm. En seis casos se realizó transección uretral. Se registraron complicaciones en 10 pacientes (7 Clavien-Dindo I y 3 Clavien-Dindo II). La mediana de días de sonda fue 14 (5–146). Dos pacientes presentaron recidiva que requirió reintervención. Todos mantienen

micción a través de la UP. Conclusiones: La UP representa una opción segura y eficaz en pacientes seleccionados como estrechez uretral compleja, fallas reconstructivas previas o cáncer vesical concomitante. Permite restaurar una micción satisfactoria, con baja tasa de complicaciones mayores. El dominio de distintas técnicas quirúrgicas, incluyendo colgajos e injertos, resulta fundamental para optimizar resultados según el escenario intraoperatorio.

P027) USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES

García, M.(1); Quilodran, F.(2); Salgado, C.(3); Cuesta, N.(2); Espinoza, C.(2); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, viña del mar, Chile (3): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción

La estrechez uretral es una patología caracterizada por la reducción del calibre de la uretra anterior, comprometiendo significativamente la calidad de vida de los pacientes. Cuando afecta la uretra posterior se denomina estenosis uretral. Su manejo constituye un desafío clínico, especialmente cuando es recurrente, donde opciones endoscópicas tradicionales como dilatación y uretrotomía interna presentan recurrencias superiores al 50% al año, mientras que la uretroplastia alcanza cerca del 90% de éxito, aunque con, mayor invasivilidad. En este contexto, el balón medicado con placlitaxel surge como alternativa mínimamente invasiva, combinando dilatación mecánica con liberación local de un fármaco antimitótico capaz de reducir la cicatrización patológica y recurrencia. El objetivo de este estudio fue evaluar eficacia y seguridad de este dispositivo en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, que incluyó pacientes con estrechez/estenosis uretral <5cm, confirmadas por cistoscopia y uretrocistografia, tratados con balón medicado entre abril 2024 y mayo 2025. El seguimiento fue de 3 meses. Se evaluaron características clínicas y endoscópicas de la lesión, mejoría en la calidad de vida, resultados anatómicos definidos por franqueabilidad con cistoscopio flexible 16-Fr y complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes con mediana de edad de 69 años (RIC:66-73). El (2,4% había recibido tratamientos endoscópicos previos, y 38,4% presentaba ≥2 reintervenciones. la

localización más frecuente fue de uretra anterior, en su porción bulbar (64,7%). En el 88,2% de los casos la longitud de la lesión fue ≤2cm. A los 3 meses, el 76,5% reportó mejoría clínica en la calidad de vida, mientras que un 70,6% alcanzó un resultado anatómico exitoso. En cuanto a seguridad, se registró una complicación Clavien-Dindo II (pielonefritis aguda).

Conclusión

Este trabajo representa el primer reporte nacional en un hospital público sobre el uso del balón medicado con paclitaxel. Nuestros resultados muestran su eficacia y seguridad iniciales, en concordancia con reportes internacionales, respaldando su rol como alternativa válida de tratamiento en estrechez/estenosis uretral. Las limitaciones del estudio fueron: tamaño muestral reducido, carácter retrospectivo y corto seguimiento, lo que subraya la necesidad de investigaciones prospectivas con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para validar su eficacia a largo plazo.

P028) COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO.

López, V.(1); Benítez, A.(1); Ávila, C.(1); Cortéz, C.(2); Gil, A.(1); Gjuranovic, M.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción.

La radioterapia (RT) tiene múltiples beneficios oncológicos, sin embargo no está exenta de complicaciones por el daño actínico producido al tejido sano circundante. Las principales complicaciones urológicas incluyen cistitis, ureteritis actínica y fístulas. En la literatura se describe que entre 5-10% de los pacientes con RT pélvica desarrollarán cistitis actínica, sin embargo no hay evidencia nacional sobre la incidencia y la carga que representan estas complicaciones. El manejo de estos pacientes puede ser complejo y significa un alto costo al sistema.

Materiales y métodos.

Estudio retrospectivo de interconsultas realizadas al Servicio de Urología de un Hospital Universitario entre julio de 2023 y julio de 2025 por pacientes con complicaciones urológicas de RT, incluyendo cistitis, uretritis actínica y fístulas obteniendo datos demográficos, tipo de complicación, manejo realizado y número de días-cama

Resultados

En el periodo estudiado, se identificaron 74 interconsultas, correspondientes a 30 pacientes. La mediana de edad es de 66 años, 84% eran de sexo femenino. Los primarios más frecuentes fueron: cervicouterino (69%) y próstata (19%), el resto corresponde a vejiga y colorrectal. El tiempo medio desde la radioterapia fue de 12 años. Las complicaciones urológicas más frecuentes fueron ureteritis actínica (60.3%), cistitis actínica (49.3%) y fístula colovesical (31.5%). Complicaciones combinadas se observaron en 31,5% de los casos. Un 57% de los pacientes requirió manejo quirúrgico. La mediana de días de hospitalización fue de 11 días (1–89). Respecto a la complejidad de cama, 38% requirió cuidados intermedios y un 22% UCI.

Discusión

Las complicaciones urológicas por RT representan una carga importante para los servicios de urología y el sistema de salud, dado la prolongada estadía, la necesidad de camas críticas y la cantidad de procedimientos que requieren estos pacientes. Están subestimadas dado que en su mayoría se presentan años después del periodo de seguimiento de los estudios. Los resultados presentados destacan la alta carga asistencial, de morbilidad y de recursos que representan estos pacientes y remarcan la necesidad de mayores estudios para profundizar en modelos que permitan predecir la aparición de complicaciones y realizar abordajes precoces.

P029) QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS

Ball Tzichinovsky, J.(1); Gana G., R.(2); Serrano, L.(3); Rodriguez H., J.(4); Hidalgo, D.(5); Bustamante, P.(6); Acuña, C.(7); Correa, R.(4); Reed López-güereña, F.(8);
(1): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana y Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (3): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (4): Clinica Alemana, Santiago, Chile (5): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillan, Chile (6): Hospital Provincial de Ovalle, Ovalle, Chile (7): Clinica Alemana y Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (8): Hospital Exequiel González Cortes & Clinica Alemana, Santiago, Chile

Introducción:
Los quistes de uraco son una anomalía infrecuente en la edad pediátrica, con manifestaciones clínicas variables que van desde hallazgos incidentales hasta cuadros infecciosos. El objetivo de esta serie es describir la presentación clínica, el manejo y los hallazgos histológicos en pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste de uraco.

Material y Métodos:
Revisión retrospectiva de 8 pacientes entre 1 mes y 11 años con diagnóstico de quiste de uraco. Se analizaron edad, forma de presentación, tratamiento y resultados histológicos.

Resultados:
La edad promedio fue 7,6 años (rango 1 mes – 11 años). La forma clínica más frecuente fue la infección del quiste en 4 pacientes (50%), seguida de hallazgos incidentales en 2 pacientes (25%), asociación con litiasis en 1 paciente (12,5%) y dolor abdominal en 1 paciente (12,5%). El manejo quirúrgico se realizó como estrategia primaria en 4 casos (50%), mientras que 3 pacientes (37,5%) requirieron tratamiento antibiótico inicial seguido de cirugía diferida. Solo 1 lactante (17%) se resolvió con manejo médico exclusivo y seguimiento ecográfico. En el estudio histológico, 4 pacientes (50%) presentaron quiste de uraco sin signos de neoplasia, 1 paciente (17%) uraco parcialmente permeable, 2 pacientes (25%) inflamación crónica con necrosis y abscedación, y en el caso resuelto médicamente no se obtuvo tejido (12,5%). En ningún caso se evidenció transformación maligna.

Conclusiones:
La presentación clínica de los quistes de uraco en pediatría es heterogénea, predominando la forma infecciosa. El tratamiento quirúrgico constituye la estrategia definitiva en la mayoría de los casos, aunque algunos lactantes pueden resolverse con manejo médico exclusivo y vigilancia. En nuestra serie no se documentó transformación maligna.

Tabla Resumen de casos

Paciente	Edad	Quiste infectado	Síntomas papales	Manejo	Histología
1	6a	NO	Dolor abdominal, hallazgo ecográfico	Quirúrgfico	Urano parcialmente permeable y quiste
2	11a	NO	Hallazgo en síndrome nefrítico	Quirúrgico	Quiste sin neoplasia

3	8a	SI	Dolor abdominal, fiebre, TC	Antibióticos/cirugia	Quiste sin neoplasia
4	9a	Litiasis	ECO	Quirùrgico	NA
5	1 m	SI	Secresión	Antibióticos	NA
6	5a	SI	Dolor, fiebre, LUTS	Antibióticos/cirugìa	Inflamación sin neoplasia
7	11a	SI	Dolor, fiebre, LUTS	Antibiíoticos/cirugia	inflamación
8	11a	NO	Dolor	Quirúrgico	Quiste sin neoplasia

P030) EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

Meriño Donoso, I.(1); Epifani Villalobos, C.(1); Delgado Valdivia, J.(1); Castillo Cárdenas, A.(1); Doll Garay, C.(1); Rodriguez Castillo, R.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Alarcón Ríos, J.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodríguez Concha, C.(1); Loyola Maturana, J.(1); Lancellotti Giganti, D.(2);
(1): HOSPITAL DE COQUIMBO, COQUIMBO, Chile (2): UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, COQUIMBO, Chile

Introducción:
La cirugía mínimamente invasiva constituye actualmente un estándar de calidad en urología. La laparoscopía se ha consolidado como una alternativa válida y ampliamente utilizada en el tratamiento de múltiples patologías urogenitales, especialmente en centros donde la cirugía robótica aún no se encuentra disponible.

Objetivo:
Describir los resultados de la cirugía laparoscópica uro-oncológica realizada en el Hospital

San Pablo de Coquimbo, considerando parámetros perioperatorios, así como resultados oncológicos y funcionales

Material y métodos:
Se recopilaron datos clínicos desde fichas físicas y electrónicas, registrándose en base de datos "Urodata". Se incluyeron los procedimientos laparoscópicos con diagnóstico oncológico preoperatorio realizados en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre Enero 2019 y mayo de 2025.

Resultados:
Se realizaron 229 procedimientos, 174 nefrectomías, 52.3% radical (NRL) y 47.7% parcial (NPL), predominando el abordaje laparoscópico transperitoneal; 11 suprarrenalectomías; 26 prostatectomías; y 16 nefroureterectomías y recientemente 2 cistectomías. La duración media fue de 152 minutos para nefrectomías, comparable para ambas técnicas con estadías hospitalarias de aproximadamente 2.8 días. La tasa de conversión fue 6.5% en NRL y 4.8% en NPL, 1.5% requirió reintervención. El 85% del total presentó márgenes negativos. En las suprarrenalectomías el tiempo operatorio promedio fue de 138 minutos y estancia de 3.7 días. Se convirtió a cirugía abierta en un caso por lesión hepática; se obtuvo márgenes negativos en todos los casos.
Para las prostatectomías el tiempo medio fue de 294 minutos y la estancia 2.5 días. Hubo 2 complicaciones intraoperatorias y una conversión. Tiempo sonda promedio de 15.6 días. Se obtuvo márgenes positivos en 26%.
Con respecto a las Nefroureterectomías, presentaron una duración media de 230 minutos y estadía de 2.8 días, necesitando una reintervención por evisceración. El 12,5% presentaron márgenes positivos.
Finalmente ambas Cistectomías presentaron complicaciones Clavien-Dindo ≥3. Los márgenes patológicos fueron negativos.

Conclusión:
Aunque se trata de una serie con volumen limitado, la implementación de cirugía laparoscópica avanzada en nuestro centro ha permitido expandir sus indicaciones e incorporar opciones quirúrgicas. La progresiva optimización de la técnica durante la curva de aprendizaje se ha traducido en buenos resultados, comparables con lo reportado en la literatura internacional.

P031) MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL

Ascorra Hormaechea, S.(1); Rivera Santos, B.(2); Salvado Besnier, J.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile (3): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción
El entrenamiento quirúrgico mediante simulación clínica ha demostrado ser una herramienta

efectiva para desarrollar destrezas técnicas y acortar la curva de aprendizaje sin comprometer la seguridad del paciente. Esta metodología permite un aprendizaje progresivo en un ambiente controlado y supervisado, adaptado a las necesidades individuales. La punción renal es una habilidad esencial en urología, aplicada en nefrostomía o nefrolitotomía percutánea. La literatura señala que la competencia técnica se alcanza tras 24 procedimientos de nefrostomía y entre 25-50 de nefrolitotomía percutánea, destacando la utilidad de los modelos simulados en etapas formativas. El objetivo de este trabajo es presentar un modelo factible, económico y replicable para entrenar la punción renal bajo guía ecográfica.

Materiales y método

Se diseñó un modelo ex vivo utilizando la carcasa de pollo eviscerado en el que se introdujo un riñón porcino. Para dilatar la vía urinaria se empleó polietilenglicol con azul de metileno, inyectado por vía ureteral y sellado distalmente. Posteriormente, el riñón se posicionó dentro de la carcasa. La visualización ecográfica permitió identificar la vía urinaria y efectuar la punción con aguja Chiba Nº18, verificando el éxito mediante la aspiración de azul de metileno. El modelo fue utilizado durante el curso "IV Endourology Summit 2024" en Santiago de Chile, siendo probado por urólogos y residentes en la sección "Hands on".

Discusión

La simulación clínica constituye una estrategia clave en el aprendizaje quirúrgico, especialmente en técnicas de difícil acceso en pabellón. Existen múltiples modelos descritos para punción renal, aunque suelen presentar costos elevados y limitada disponibilidad. Ejemplos incluyen el uso de gelatina balística con sistema colector radiodenso, el montaje de riñones porcinos en pared toracoabdominal de cerdo ex vivo, o el modelo "sandwich" con riñones entre capas de piel porcina. Frente a estos, el modelo aquí presentado ofrece una alternativa de bajo costo, fácil elaboración y adecuada similitud anatómica.

Conclusión

El modelo ex vivo descrito constituye una herramienta accesible, reproducible y de bajo costo para el entrenamiento en punción renal guiada por ecografía. Su implementación favorece la adquisición de habilidades en un entorno seguro, optimizando el aprendizaje y contribuyendo a mejorar la formación en urología intervencional.

P032) SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS.

Mejias Briceño, A.(1); Mario, C.(1); Ramirez Quintero, J.(2); Henriquez, P.(1); Marquez, R.(1); Hohf, P.(1); Volosky, M.(1); Mendoza, E.(1); Sobell, R.(1); Muñoz, S.(1); Soto, R.(1); Castro, D.(1);
(1): HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, Chile (2): HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO, Chile

Introducción: La circuncisión es un procedimiento ampliamente utilizado en urología, con una incidencia del 36% en mayores de 15 años. Está indicado en condiciones como fimosis, balanitis, dispareunia y por motivos religiosos. Respecto a técnicas quirúrgicas, está desde la disección tradicional hasta los dispositivos automáticos. Sin embargo, hay evidencia limitada comparando estos abordajes. El objetivo de este estudio fue comparar la satisfacción general y funcional de pacientes sometidos a circuncisión con dispositivo automático versus disección convencional, evaluando además las complicaciones postoperatorias y tiempos quirúrgicos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, con una muestra de 48 hombres mayores a 18 años, indicados por fimosis o balanitis recurrente, atendidos en un hospital chileno entre enero y julio de 2025. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno usando el dispositivo "CIRCCURER™" (20 pacientes), y otro con disección tradicional (28 pacientes). Se evaluó tiempo operatorio, uso de anestesia y complicaciones postoperatorias, además se diseñó una encuesta de satisfacción aplicada a los 7 días y 30 días postoperatorios (incluyendo: dolor postoperatorio, incomodidad en cambio de la mucosa, al tener relaciones sexuales o percepción del tamaño del pene, satisfacción de cirugía y si recomendaría la técnica usada). Para la estadística se utilizó: Shapiro–Wilk (normalidad); Skewness (asimetría en tiempos quirúrgicos), Mann–Whitney y test exacto de Fisher (para grupos independientes y complicaciones).

Resultados: El tiempo quirúrgico fue menor en CIRCCURER ($p < 0,001$), con promedio de 26min y en el otro grupo 41min. No se observaron diferencias significativas en complicaciones postoperatorias (dolor y sangrado, $p=0,711$). No hubo diferencias en satisfacción general, incomodidad en el cambio de la mucosa, relaciones sexuales o percepción del tamaño del pene. Hubo 2 dehiscencias de sutura hacia ventral, 1 para cada grupo (Clavien-Dindo<2), las cuales no ameritaron reintervención y cicatrizaron satisfactoriamente al segundo control.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el uso de dispositivos automáticos permite reducir el tiempo quirúrgico sin incrementar las complicaciones ni afectar la satisfacción del paciente, apuntando a una mayor eficiencia quirúrgica, permitiendo resolver más pacientes, optimizando el recurso más limitante de un hospital público como es el pabellón.

P033) DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA.

Hohf, P.(1); Henriquez, P.(1); Mejías, A.(1); Márquez, R.(1); Mendoza, E.(1); Volosky, M.(1); Iturriaga, C.(2);
(1): Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El absceso prostático (AP) es una entidad infrecuente que puede requerir reintervención. El Prostate Abscess Complexity Score (PACS) fue desarrollado recientemente para predecir este desenlace, mostrando buen rendimiento en su cohorte original. La validación externa es necesaria para confirmar su aplicabilidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó 51 pacientes con AP confirmado por imágenes entre julio de 2019 y mayo de 2025. El desenlace primario fue la necesidad de intervención adicional tras el manejo antibiótico inicial. El PACS se calculó en todos los casos y se evaluó su rendimiento con el punto de corte ≥6. Se estimaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC (AUC) con IC95%. La calibración se analizó mediante intercepto, pendiente y Brier score, explorando la necesidad de recalibración.

RESULTADOS: De los 51 pacientes, 24 (47%) requirieron reintervención. Con un corte PACS ≥6, la sensibilidad fue 91,7% (IC95%: 74,2–97,7), especificidad 66,7% (IC95%: 47,8–81,4), valor predictivo positivo 71,0% (IC95%: 53,4–83,9) y valor predictivo negativo 90,0% (IC95%: 69,9–97,2). El AUC fue 0,83 (IC95%: 0,72–0,94), confirmando adecuada capacidad discriminativa, comparable al estudio original (AUC 0,81). En la calibración, el intercepto fue 0,004, la pendiente 0,99 y el Brier score 0,159, evidenciando excelente concordancia entre lo predicho y lo observado. La recalibración no modificó los resultados, indicando estabilidad del modelo.

CONCLUSIÓN: El PACS mostró buen desempeño diagnóstico para predecir la necesidad de intervención adicional en AP, con alta sensibilidad y valor predictivo negativo, siendo útil para identificar pacientes de bajo riesgo candidatos a manejo conservador. El AUC y la adecuada calibración confirman la reproducibilidad del modelo en esta población. Se requieren estudios multicéntricos y con mayor tamaño muestral para consolidar su validez externa.

P034) BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Objetivo: El estudio actual tiene como objetivo comparar los resultados perioperatorios y postoperatorios entre la nefrectomía parcial asistida por robot (NPR) y la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) tradicional. Múltiples revisiones de la literatura actual han detallado la falta de estudios realizados por un solo cirujano en este ámbito.

Métodos y Materiales: Comparamos retrospectivamente las características demográficas de los pacientes, las características del tumor, los resultados perioperatorios y postoperatorios de todas las nefrectomías parciales realizadas por un solo cirujano, con experiencia en cirugía laparoscópica y asistida por robot, entre 2014 y 2024. Se utilizó el sistema quirúrgico Da Vinci. Para limitar el sesgo entre operadores, utilizamos a un solo cirujano con experiencia en ambos enfoques para reducir el sesgo observado en otros estudios multicéntricos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software GraphPad Prism versión 7.03, San Diego, CA, EE. UU.

Resultados: Se compararon 100 paciente operados de NPL vs 105 pacientes operados de NPR. Para una misma complejidad del tumor renal, el tiempo de isquemia caliente se redujo en 5.5 minutos, la duración de la estancia hospitalaria se redujo en 1.3 días y el deterioro agudo de la función renal se redujo en un 55%, siendo estos resultados significativos mejores con la nefrectomía parcial asistida por robot en comparación con la nefrectomía parcial laparoscópica.

Conclusión: En este estudio comparativo de un solo cirujano con experiencia en ambas técnicas, la NPR demuestra ser segura y efectiva, siendo superior en parámetros peri operatorios y funcionales.

P035) RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS

Westenenk, K.(1); Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Ramírez, G.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad de Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: La resección transuretral de tumores de vejiga (RTU-V) constituye el paso crítico en el manejo de esta enfermedad y requiere mejorías cualitativas, considerando que el manejo depende de la información obtenida de este procedimiento. La resección transuretral en-bloc (RTUVeB) tiene como objetivo mejorar la calidad al optimizar las condiciones del espécimen para análisis patológico, disminuir recurrencia tumoral al minimizar la dispersión tumoral así como reducir la ocurrencia de complicaciones

postoperatorias. Analizamos los resultados de la introducción de RTUVeB en nuestra serie, comparándolos con resección transuretral convencional (RTUVc).

Material y método: Se incluyeron pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) Ta de bajo grado tratados entre 2022 y 2025 en nuestro centro. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, evaluando como desenlace primario la ocurrencia de recurrencia tumoral y como desenlaces secundarios la presencia de músculo detrusor (MD), ocurrencia de complicaciones postoperatorias, tiempo operatorio y estadía hospitalaria.

Resultados: De 282 RTU-V realizadas, 47 (16,7%) fueron RTUVeB y 235 (83,3%) RTUVc. Si bien no hubo diferencia significativa en tamaño tumoral entre ambos grupos (mediana 15 vs. 10 mm; p=0,15), el tiempo operatorio fue significativamente menor para la RTUVeB (mediana 30 vs. 45 min; p<0,01). Desde el punto de vista oncológico, si bien se identificaron diferencias a favor de la RTUVc, no fueron estadísticamente significativas (recurrencia intravesical 22 vs. 34%; p=0,14 y presencia de MD 82 vs. 71%; p=0,11). En cuanto a complicaciones postoperatorias, las diferencias tampoco fueron significativas a pesar de una menor ocurrencia en RTUVeB (2,1 vs 9,4%; p=0,14). No hubo diferencias en la necesidad de alta con sonda Foley (8,7 vs 8,7%; p=1,0). La estadía hospitalaria fue significativamente menor para las RTUVeB (1 vs. 2 días; p<0,001).

Conclusiones: La RTUVeB no mostró diferencias clínicamente relevantes con la RTUVc en muestra serie. Esto concuerda con series internacionales, reforzando que las medidas más relevantes para mejorar desenlaces oncológicos en CVNMI probablemente son otras, entre ellas una adecuada y prolija cistoscopía y la realización de una instilación inmediata con Quimioterapia. Finalmente, estudios con un mayor tamaño de muestra de RTUVeB son absolutamente necesarios para obtener conclusiones estadísticamente más significativas.

P036) CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO.

Verdugo, C.(1); Mellado, J.(2); Alfaro, A.(1); Alarcón, L.(1); Borgna, V.(1);
(1): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

La inmunoterapia intravesical con BCG constituye el estándar de tratamiento adyuvante para disminuir la recidiva tumoral en el CVNMI. En nuestro centro se incluyó recientemente la nueva cepa Moscow 361-I, Existen limitados reportes sobre la seguridad y eficacia de esta nueva sepa. El objetivo de este estudio fue comparar a corto plazo la seguridad y efectividad de esta cepa.

Metodología: Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivo (comparativo no aleatorizado) Se incluyeron 53 pacientes con el diagnóstico de CVNMI tratados en un centro terciario entre 2020-2025. Se incluyeron aquellos que completaron inducción y al menos 3 meses de mantención con una sola cepa (Danish 1331 o Moscow 361-I). La asignación de la cepa fue aleatoria, determinada por la disponibilidad en el centro Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), oncológicas (resultado biopsia), efectos adversos (EA) clasificados como: G1 (autolimitados <48 h), G2 (≥48 h o requieren tratamiento farmacológico) y G3 (compromiso sistémico) y outcomes oncológicos como recidiva o progresión a 6 meses de seguimiento. Se aplicaron chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher, considerando significativo $p<0.05$.

Resultados: De los 53 pacientes, 30 recibieron BCG Danish (56%) y 23 Moscow (43%). La media de edad fue 64.9 [47 - 84] años en grupo Danish y 70.6 [60 - 85] años en Moscow. 21 Hombres(70%) y 9 Mujeres(30%) Danish, 17 Hombres (73.9 %) y 6 Mujeres (26%) con cepa Moscow (p=1).Las características oncológicas de cada grupo eran comparables (p = 0.125). EA con Danish: 43% G1, 23% G2, sin G3. EA con Moscow: 9% G1, 21% G2 y un paciente (4.3%) con G3 por infección sistémica por *M. bovis*. No hubo diferencias significativas en incidencia de EA: G1 (p=0.786), G2 (p=1) y G3 (p=1). Recidiva tumoral: 4 pacientes (13.3%) con Danish y 1 (4.3%) con Moscow (p=1). No se evidenciaron progresiones ni mortalidad en ambos grupos.

Conclusión:En nuestro estudio no se observaron diferencias significativas en seguridad ni eficacia entre ambas cepas de BCG a corto plazo como tratamiento adyuvante en CVNMI. Sin embargo faltan estudios prospectivos y randomizados a corto y largo plazo para determinar el real valor de esta nueva cepa.

P037) CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción

El carcinoma urotelial del tracto urinario superior es una neoplasia infrecuente, representa el 5% de los tumores uroteliales y tiene una incidencia estimada de 2/100.000 habitantes. Debido a su diagnóstico habitualmente tardío y en estadios avanzados, presenta un pronóstico desfavorable. El 80% de los casos (alto grado), presenta una sobrevida de 50 - 60% a 5 años. La nefroureterectomía radical (NUR) se mantiene como pilar de tratamimento.

Material y Métodos
Estudio descriptivo de una cohorte restrospectiva, monocéntrico; que incluyó a pacientes sometidos a NUR con diagnóstico imagenológico previo, en el período de enero 2017- agosto 2025. Se excluyeron aquellos con enfermedad metastásica (para el análisis estadístico). Se revisaron fichas clínicas, estudios de imagen y biopsias. El objetivo primario es la caracterización de complicaciones quirúrgicas y secundarios: resultados oncológicos y sobrevida global (SVG). Se realizó estadística descriptiva, análisis univariado (regresión de Cox) y análisis de sobrevida Kaplan Meier (SPSS).

Resultados
Se incluyeron 21 pacientes, con una mediana de 69 años, 15 hombresy 6 mujeres, 9 (42,8%) con antecedente de tabaquismo y 5 (23,8%) con cancer vesical concomitante, 16 (76,1%) presentó hematuria. Del total, 33,2% se encontraban en etapa ≤T2 y 66,6% en >T2, el 28,5% presentó compromiso ganglionar (N+) y 9,5% enfermedad metastásica (M+). El 80% de las NUR fue laparoscópico, 4 pacientes presentaron complicaciones post operatorias menores, 8 (42,1%) requirió quimioterapia, 3 (15,7%) recidivaron y todos ellos fallecieron (mortalidad global 15,7%). Los pacientes N+ presentaron un aumento de riesgo de mortalidad de 11 veces y los M+ de 22 veces. La mediana estimda de seguimiento fue de 72,6 meses, con una SVG de 80% a 5 años, siendo menor en el grupo >T2.

Conclusiones
La nefroureterectomía radical demostró ser una cirugía segura, con una baja incidencia de complicaciones. La recidiva demostró ser un evento de alta letalidad. Los factores N+ y M+ se establecieron como predictores independientes de mortalidad. La tendencia de sobrevida observada fue concordante con lo reportado en series internacionales. Nuestros resultados refuerzan la necesidad de un diagnóstico precoz y de considerar estrategias multimodales en pacientes de alto riesgo.

P038) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción
El cáncer testicular es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes y presenta una sobrevida global de 95% a 5 años. En pacientes con tumores de celulas germinales (TCG) no seminamatosos (NS) en estadíos iniciales (IA/IIA), la linfadenectomía lumboaórtica primaria (LALA) constituye una alternativa terapéutica y diagnóstica, permitiendo la resección de

enfermedad metastásica subclínica y eventual reducción de quimioterapia. Si bien presenta una alta sobrevida, su indicación continúa siendo tema de debate.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva, monocéntrico; incluye pacientes con TCG NS de estadío IA y IIA, no apto o con rechazo a quimioterapia, en el período de enero 2019-agosto 2025. Se excluyeron pacientes metastásicos y seminomas puros (S). Se revisaron fichas clínicas, estudios de imagen y biopsias. El objetivo primario es la caracterización de resultados quirúrgicos y secundarios: resultados oncológicos y sobrevida global (SVG). Se realizó estadística descriptiva y análisis de sobrevida con Kaplan Meier (SPSS).

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes, con una mediana de edad de 25 años, 7 etapa IA y 5 IIA. El 91,6% fue de abordaje laparoscópico, 2 (16,7%) pacientes presentaron sagrado intraoperatorio <100 cc, sin otra complcación intra o peri operatoria y sólo 1 paciente presentó eyaculación retrógrada.
Se resecaron 10 ganglios promedio por paciente; el 33,3% tuvo compromiso ganglionar (2 NS, 1 S, 1 Sertoli) y todos evolucionaron con recidiva, configurando una tasa de recidiva del 33,3%; 2 pacientes (16,6%) fallecieron.
La media de sobrevida estimada fue de 68,9 meses, la SVG 83% a 6 años (IC 95%: 54,9–82,9).

Conclusiones

En nuestra cohorte se evidenció una baja morbilidad intra y post operatoria, aunque una tasa mayor de recidiva respeto a la evidencia (33,3% vs 2-10%).
Los resultados de SVG, muestran una tendencia similar a la descrita en la literatura (98% a 5 años), pero se requiere un mayor n muestral para ser estadísticamente significativo.
La LALA primaria es una cirugía compleja que requiere experiencia quirúrgica y debe realizarse en centros especializados.

P039) APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Ruíz, S.(2); Lara, D.(1); Espinoza, C.(1); Cuesta, N.(1); Sapiain, I.(1); Lira, N.(3); Mülchi, C.(3); Kramer, F.(3); Nápole, H.(3); Ondarza, C.(3); Lozano, C.(3); Oliveiro, P.(1); Venegas, J.(3);
(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital regional de Rancagua, Rancagua, Chile (3): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: El carcinoma urotelial de la vejiga (CUV) se caracteriza por una marcada heterogeneidad biológica y una elevada tasa de recurrencia y progresión, lo que complica su manejo clínico. La incorporación de marcadores inmunohistoquímicos (IHQ) ha permitido

clasificar los tumores no músculo invasores (NMIBC) y músculo invasores (MIBC) en distintos subtipos. En particular, el uso de GATA3 y CK5/6 permite identificar los subtipos luminal, basal, doble positivo y doble negativo. Hasta la fecha, no se dispone de evidencia publicada en Chile que explore esta clasificación. El objetivo de este estudio fue caracterizar la expresión IHQ en CUV, evaluar la factibilidad de su implementación en nuestro centro y explorar su reproducibilidad en un entorno con recursos limitados.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con CUV diagnosticado por resección transuretral de vejiga entre 2024 y 2025. Se revisaron biopsias y protocolos operatorios, realizando las IHQ mediante Tissue Microarray (TMA). Se excluyeron los casos con muestras insuficientes para TMA. Las variables analizadas fueron subtipo inmunohistoquímico, estadio tumoral, grado histológico y grupo de riesgo según la European Association of Urology (EAU) para NMIBC. Se utilizó Stata 15 para el análisis descriptivo e inferencial.

Resultados: Se recopilaron 47 casos: 30 NMIBC y 17 MIBC, con edad media de 73,2 ± 9,8 y 71,9 ± 8,7 años, respectivamente. Entre los NMIBC, el 78% correspondió a Ta y el 22% a T1. El 90% fueron subtipo luminal y 10% doble positivo, sin casos basales ni doble negativo. En los MIBC, 70,5% correspondió a subtipo luminal, 5% basal, 11,7% doble negativo y 11,7% doble positivo. No se encontraron asociaciones significativas entre subtipos IHQ y grado histológico, estadio tumoral ni clasificación de riesgo EAU.

Conclusiones: La implementación de IHQ en CUV mediante un panel básico de GATA3 y CK5/6 es factible, accesible y reproducible en biopsias estándar, lo que la convierte en una alternativa de bajo costo adecuada para entornos con recursos limitados. Dada la escasa evidencia nacional e internacional, este estudio constituye un aporte preliminar y abre la posibilidad de futuras investigaciones que correlacionen los subtipos IHQ con desenlaces clínicos relevantes.

P040) BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS.

Hurtado, J.(1); Alfaro, A.(1); Alarcón, L.(1); Borgna, V.(1); Morales, J.(2);
(1): Servicio Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, santiago, Chile (2): Unidad de Anestesia, Hospital Barros Luco Trudeau, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El manejo del dolor postoperatorio en la nefrectomía laparoscópica es un pilar de la recuperación mejorada, siendo la analgesia multimodal una estrategia clave. El bloqueo del músculo cuadrado lumbar (BQL), es tradicionalmente realizado por anestesista de forma ecoguiada. Su aplicación por el cirujano bajo visión directa laparoscópica representa una innovación técnica que podría optimizar los tiempos operatorios. El objetivo de este estudio es describir la técnica del BQL bajo visión directa laparoscópica, evaluando su eficacia analgésica, seguridad y tiempo quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de 14 pacientes sometidos a nefrectomía radical o total laparoscópica (abril y agosto de 2025) en un centro único. La técnica consistió en la inyección en el plano fascial superficial del músculo cuadrado lumbar de bupivacaína al 0.25% en dosis de 0.4 ml/kg, Mediante una aguja de Williams a través de un trócar de 5mm. Las variables analizadas incluyeron tiempo quirúrgico, tiempo del bloqueo, dosis y volumen del anestésico, puntuación de dolor (Escala Visual Análoga -EVA- a las 4, 6, 12 y 24 horas), uso de opioides, estancia hospitalaria y eventos adversos.

RESULTADOS:

El 64.3% de los pacientes eran hombres y el 35.7% mujeres, con una mediana de edad de 52 años. Las indicaciones de nefrectomía fueron: tumor renal (n=9), atrofia renal (n=2) y donación renal (n=3). El tiempo quirúrgico total tuvo una mediana de 67.5 minutos, con un tiempo adicional para el bloqueo de menos de 1 minuto. El volumen promedio de anestésico fue de 30.9 cc. Dolor post operatorio: EVA ≤3 a las 4 y 6 horas, y ≤1 a las 24 horas. No se registraron complicaciones relacionadas con el anestésico o la técnica. Media de estadía hospitalaria:1 día, 100% de los pacientes no requirió opioides.

CONCLUSIÓN:

El BQL bajo visión laparoscópica es seguro, reproducible y favorece un control efectivo del dolor sin necesidad de opioides mejorando los tiempos quirúrgicos totales. Esta técnica aporta integración entre anestesia y equipo quirúrgico, adaptable a hospitales de la red pública. Estudios con mayor muestra y seguimiento podrán esclarecer impacto en calidad de vida, costes y eventos tardíos.

P041) CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA

Luz, D.(1); Cid, A.(2); Ramírez, G.(1); Parada, F.(1); Radtke, V.(1); Calvo, I.(1); Loyola, M.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1); Soto, G.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical es el décimo cáncer más común en el mundo. En Chile existe escasa información epidemiológica. El estadio inicial es un determinante fundamental del pronóstico. Internacionalmente, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios no músculo-invasores(NMIBC), aunque existe heterogeneidad según acceso a salud y características poblacionales. Presentamos un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con cáncer vesical en un hospital público, enfocándonos en la epidemiología al diagnóstico, factores histopatológicos adversos y evolución oncológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 127 pacientes con diagnóstico de cáncer vesical registrados en la base institucional UroData entre 2011 y 2025. Se recopilaron variables demográficas y clínicas, incluyendo estadio inicial, subtipo histológico, grado, invasión linfovascular(ILV), tamaño y número de lesiones, comorbilidades y tratamiento inicial. Se evaluó progresión a enfermedad músculo-invasora o metastásica durante el seguimiento. Se aplicaron estadísticas descriptivas y comparaciones mediante χ^2 o Fisher.

RESULTADOS

Se incluyeron 127 pacientes, con edad al diagnóstico de 72 años(RIQ 65–78); el 78,7% fueron hombres. Al diagnóstico, 63%(n=80) correspondió a NMIBC, 32%(n=41) a MIBC y 3,9%(n=5) a enfermedad metastásica(M1). Predominaron los estadios T1(43,3%) y T2(28,3%). El tamaño tumoral de los MIBC fue significativamente mayor que los NMIBC (mediana 4,0 vs 2,0cm; $p<0,01$). La multifocalidad se observó en 29,9% y fue más frecuente en NMIBC. La ILV se consignó en el 10% de los pacientes, siendo 61%MIBC y 39%NMIBC. Metástasis a distancia se observaron en 5 pacientes (3,9%) al diagnóstico; otros 12(9,4%) progresaron a N+M+ en el seguimiento, concentrándose en tumores de alto grado, clasificación EAU alto o muy alto riesgo e ILV positiva. La resección transuretral fue el tratamiento inicial más frecuente; en NMIBC predominó la BCG, mientras que en MIBC solo un 2,4% recibió cistectomía radical como primer tratamiento. La elevada carga de comorbilidades probablemente condicionó la selección terapéutica.

CONCLUSIONES

En nuestra población el estadío diagnóstico emerge como principal determinante pronóstico. Factores adversos como ILV y tamaño tumoral refuerzan la necesidad de diagnóstico precoz y acceso oportuno a terapias curativas, especialmente en contextos de salud pública, donde la carga de enfermedad avanzada supera lo reportado internacionalmente.

P042) “CISTECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON CONDUCTO ILEAL INTRACORPÓREO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO”

Juri, D.(1); Loyola, M.(1); Cid, A.(1); Martinez, M.(1); Radtke, V.(1); Calvo, I.(1); Luz, D.(1); Ramirez, G.(1); Parada, F.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1); Orellana, S.(1); Soto, G.(1); (1): Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de vejiga constituye la segunda neoplasia urológica más frecuente y una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial. La cistectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección para la enfermedad músculo-invasora, pese a la alta morbilidad asociada a esta técnica. En este contexto, la cirugía robótica han surgido como una alternativa que busca reducir complicaciones y optimizar la recuperación, permitiendo además la realización de derivaciones urinarias intracorpóreas. Entre estas, el conducto ileal se ha mantenido como la modalidad más utilizada por su seguridad y resultados funcionales a largo plazo. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de un centro nacional en cistectomía radical asistida por robot con conducto ileal intracorpóreo (CRAR-CII).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a CRAR- CII en un hospital público, desde la implementación del programa robótico en noviembre de 2024 hasta agosto de 2025. La información se obtuvo de la base de datos Urodata. Se analizaron variables demográficas, clínicas y perioperatorias, además de evolución oncológica a corto plazo.

Resultados

Se incluyeron nueve pacientes con cáncer de vejiga sometidos a CRAR- CII. El 55,6% recibió quimioterapia neoadyuvante. El tiempo quirúrgico promedio fue de 407.0 min (DS 62.7; 95% IC 362.6–451.4) y la pérdida sanguínea con mediana 200 mL (RIC 100–500 mL). La estancia hospitalaria tuvo una mediana de siete días(RIC 7-12).

Respecto a las complicaciones Clavien-Dindo a 90 días, dos pacientes no presentaron eventos adversos, cinco tuvieron complicaciones grado II (Pielonefritis aguda con manejo antibiótico ambulatorio) y dos grado IIIb (Hernia umbilical atascada y filtración anastomosis ureteroileal). No se observaron complicaciones mayores (grado IV–V). Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en todos los casos disponibles. La estadificación final fue pT0N0 en dos casos, pT2bN0 en uno, pT3aN0 en uno y pT1N0 en otro, con cuatro informes pendientes.

Conclusión

Estos resultados preliminares sugieren que la CRAR- CII es factible y segura en un hospital público nacional, con resultados perioperatorios y oncológicos comparables a los reportados en la literatura internacional, aportando evidencia local para la consolidación de esta técnica en Chile.

P043) MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO.

García, M.(1); Quilodran, F.(2); Salgado, C.(3); Cuesta, N.(2); Espinoza, C.(2); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, viña del mar, Chile (3): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción

El carcinoma renal (CCR) representa entre el 2-3% de todas las neoplasias malignas y puede presentar manifestaciones conocidas como síndromes paraneoplásicos (SPN), definidos como signos, síntomas y hallazgos de laboratorio secundarios a una neoplasia maligna, que no se deben al efecto directo de la invasión tumoral ni a sus metástasis. Aunque hasta un 40% de pacientes presentan SPN, las manifestaciones neuromusculares son infrecuentes (menor al 1%) y, por ello, altamente sugestivas en el contexto de una neoplasia. Un ejemplo de esto es la miositis necrotizante inmunomediada (MNIM), una miopatía inflamatoria severa caracterizada por debilidad muscular proximal de rápida progresión.

Material y métodos

Revisión de literatura disponible, estrategias actuales de diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 61 años, hipertensa y dislipidémica. Consultó por seis semanas de tetraparesia progresiva, cefaloparesia, mialgias y pérdida de peso. Al examen físico presentaba fuerza muscular M1 en extremidades inferiores, reflejos conservados. Los laboratorios iniciales evidenciaron CK (22.000U/L), LDH (1.470U/L), transaminasas elevadas y anti-HMGCR positivo. La imagenología reveló una lesión renal derecha sólida, exofítica, de 1,4cm, descartando otras lesiones sospechosas. Por el rápido deterioro motor, con compromiso bulbar y respiratorio, requirió traqueostomía y gastrostomía. Recibió metilprednisolona y rituximab, mejorando parcialmente. Ante la sospecha de SPN, se realizó enucleación tumoral, confirmando CCR de células claras grado 3. Posteriormente, presentó recuperación motora y retiro de dispositivos de soporte.

Conclusiones

La MNIM como SPN de un CCR de células claras es infrecuente. En este caso, se originó por una respuesta inmune cruzada: las células tumorales expresaron antígenos similares a proteínas musculares, provocando necrosis de fibras musculares con escasa inflamación. La remisión ocurrió tras la resección tumoral, eliminando el estímulo autoinmune. La MNIM como SPN tiene alto valor clínico porque: puede preceder al diagnóstico del tumor, su evolución refleja la actividad neoplásica y su reconocimiento precoz mejora el pronóstico. La reaparición de síntomas durante el seguimiento debe alertar sobre persistencia o progresión tumoral, convirtiéndose en un marcador clínico dinámico del comportamiento oncológico. La enucleación actúa como intervención terapéutica y diagnóstica, confirmando la naturaleza paraneoplásica y ofreciendo una oportunidad de mejoría funcional significativa.

P044) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Blackburn, S.(1); Reyes, A.(1); Saldivia, D.(1); Diaz, G.(1); Philipp, S.(2); Mellado, J.(2); Rioseco, B.(2); Larenas, F.(3); Martinez, C.(3); Fulla, J.(3); Narvaez, P.(4);
(1): Universidad de Chile - HCSBA, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina - UCH, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile - HCSBA - Clinica MEDS, Santiago, Chile (4): HCSBA - Clinica Davila, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI) se caracteriza por altas tasas de recurrencia y progresión. La inmunoterapia intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es el tratamiento estándar para pacientes de alto riesgo. La escasez global de BCG ha impulsado el uso de dosis reducidas (DR). El objetivo de este estudio es describir los resultados oncológicos de pacientes tratados con DR versus dosis completa (DC) en un hospital público.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con CVNMI tratados con BCG entre 2018 y 2024. Se clasificó el riesgo tumoral según guías EAU 2021. Se compararon características clínicas y desenlaces oncológicos entre pacientes tratados con DR (30 mg) y DC (120 mg), utilizando estadística descriptiva.

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes: 52 en DR y 14 en DC. La mediana de edad fue 68,2 y 66,2 años, respectivamente, con predominio masculino en ambos grupos. La recurrencia total fue mayor en la DR (62% vs 0%; p<0,001), al igual que la recurrencia de alto grado (27% vs 0%; p=0,030). La progresión y mortalidad fueron más frecuentes en la DR (14% cada una), sin eventos en la DC. La pérdida de seguimiento alcanzó cerca del 70%, con baja adherencia a los esquemas completos de instilaciones.

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes tratados en el sistema público chileno, se observaron peores resultados oncológicos en el grupo que recibió BCG en dosis de 30>mg, en un contexto de escaso seguimiento y pérdida significativa de pacientes durante el control. Estos hallazgos enfatizan la urgente necesidad de reforzar los sistemas de trazabilidad y asegurar tanto la administración completa del tratamiento como el cumplimiento de los esquemas de vigilancia recomendados.

La implementación de **policlínicos exclusivos para cáncer de vejiga**, con equipos dedicados y protocolos estandarizados, podría mejorar significativamente la calidad asistencial, garantizando no solo la correcta aplicación de BCG, sino también el seguimiento.

Para establecer asociaciones más sólidas entre dosis, seguimiento y desenlaces clínicos, es imprescindible realizar estudios prospectivos con mejores sistemas de registro y control.

P045) EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Radtke López, V.(1); Parada Bahamondes, F.(1); Bacarrezza Cantarellas, R.(2); Juri Yamal, D.(1); Loyola Muñoz, M.(1); Calvo Bernasconi, I.(1); Ramirez Rocha, G.(1); Luz Montecinos, D.(1); Hassi Román, M.(3); Domínguez Argomedo, R.(3);
(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile (3): Hospital Félix Bulnes - Hospital Dipreca, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer renal representa el 2,2% de las neoplasias a nivel mundial y el 3,7% en Chile. La cirugía laparoscópica es el abordaje mínimamente invasivo más difundido, con buenos resultados oncológicos y funcionales, aunque limitada en tumores de alta complejidad. La cirugía robótica ha permitido superar algunas barreras técnicas ampliando las indicaciones, sin embargo, la experiencia nacional publicada sigue siendo escasa. El

objetivo de este estudio es describir la serie institucional de nefrectomías parciales mínimamente invasivas.

Materiales y métodos.
Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en un hospital público chileno. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) y robótica (RAPN) entre abril del 2022 y agosto del 2025. Se analizaron variables clínicas y perioperatorias. La complejidad tumoral se clasificó con RENAL score. Trifecta se definió como la presencia de márgenes negativos (MQN), ausencia de complicaciones Clavien-Dindo (CCD) ≥3 y tiempo de isquemia (TI) caliente ≤25 min.

Resultados.
Se incluyeron 87 pacientes, de los cuales, 60 fueron sometidos a NPL y 27 a RAPN. La mediana de edad fue de 65,1 [58,3–69,9] años. La mediana de tiempo operatorio fue 192 minutos (RIC 160-223). Respecto al estadio pT, el 88,5% fue pT1 y 5,8% ≥pT2. Según renal score, el 23% corresponde a alta complejidad y el 48.3% a complejidad intermedia. Se realizó isquemia caliente en 73,8% de los casos, de ellos, el 74.6% tuvo una duración ≤25 minutos. La mediana de TI fue 23.7 minutos (RIC 16–30). Se obtuvieron MQN en 90,8%. Ningún paciente presentó CCD ≥3. Se logró trifecta en 74.1% de NPL y en 60% RAPN, con una tasa global de 69.9%.

Conclusión.
En nuestra serie, la nefrectomía parcial mínimamente invasiva demostró ser una técnica segura y reproducible, con resultados oncológicos y funcionales similares a lo descrito en la literatura. Si bien ambas técnicas son comparables, se requiere ampliar la casuística para precisar el impacto de la asistencia robótica en tumores complejos y confirmar tendencias hacia mejor preservación renal y menor morbilidad.

P046) NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO

Verdugo, C.(1); Mellado, J.(2); Alfaro, A.(1); Rochefort, A.(1); Borgna, V.(1); Alarcón, L.(1); (1): Servicio de Urología Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:
La nefrectomía parcial (NP) es el tratamiento de elección para tumores renales ≤7 cm, dado su beneficio en preservación de función renal y control oncológico. Tradicionalmente, el procedimiento se realiza con clampeo del pedículo renal, lo que implica isquemia transitoria con potencial daño renal. La técnica sin clampeo (off-clamp) busca evitarlo, aunque podría

asociarse a mayor sangrado. La evidencia internacional respalda su factibilidad, pero en Chile la experiencia documentada es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados quirúrgicos, funcionales y oncológicos a mediano- largo plazo de la NP sin isquemia en un centro terciario de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio tipo cohorte retrospectiva, se incluyeron pacientes sometidos a NP sin isquemia entre 2020–2025, con seguimiento mínimo de 3 meses. Se excluyeron tumores múltiples, cirugías concomitantes o falta de seguimiento. Se analizaron variables demográficas, Nefrometria según puntuación R.E.N.A.L, quirúrgicas (tiempo operatorio, sangrado, complicaciones, conversión, reintervención, días de hospitalización), funcionales (Velocidad Filtración Glomerular (VFG) basal y la mejor en 12 meses) y oncológicas (histología, márgenes, recidiva, sobrevida libre de enfermedad [SLE]).

RESULTADOS:
Se incluyeron 66 pacientes, 60% hombres, 40% mujeres, con una edad media de 62 años (38–85). Media de Charlson: 2,5. Lateralidad: Izquierdo en 52%. R.E.N.A.L score: 63% baja, 33% moderada y 3% alta complejidad. Abordaje laparoscópico en 57%. Tiempo operatorio medio: 59 min (30–120). Sangrado promedio: 144 mL (10–1000). Tasa de conversión a nefrectomía radical: 4,5%. No hubo complicaciones intraoperatorias; 97% sin complicaciones postoperatorias ni reintervenciones. Margen quirúrgico negativo en 86%. Histología: 72% carcinoma de células renales. Estancia media: 3 días (1–8). Función renal: 43% mejoró VFG (+9,9%), 56% disminuyó VFG (–8,7%). Recidiva tumoral en 3 pacientes (4,6%). SLE a 24 meses: 98%.

CONCLUSIONES:
La NP sin isquemia demostró ser segura y factible en nuestro hospital, con baja tasa de complicaciones, adecuada preservación funcional y buenos resultados oncológicos a mediano-largo plazo. Estos hallazgos, concordantes con guías internacionales, refuerzan su aplicación como alternativa válida en pacientes seleccionados.

P047) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO

Villanueva, M.(1); Gurovich, J.(1); Benitez, A.(1); Gil, A.(1); Roman, J.(2); Aliaga, A.(2); Henriquez, D.(2); Vega, A.(2); Walton, A.(2); Vilches, R.(2);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile

Introducción:
La cistectomía radical continúa siendo el tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo-invasor. El abordaje laparoscópico busca reducir la morbimortalidad perioperatoria

y favorecer la recuperación sin comprometer los resultados oncológicos. La derivación urinaria puede realizarse de forma intracorpórea (ICUD) o extracorpórea (ECUD), técnicas que difieren en dificultad, tiempos operatorios y complicaciones. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial de un centro uro-oncológico de referencia en Santiago de Chile en la implementación de ambas modalidades.

Material y método:
Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cistectomía radical laparoscópica entre enero de 2024 y agosto de 2025 en un hospital oncológico de Santiago. Todas las cirugías fueron efectuadas por el mismo equipo quirúrgico, por cáncer vesical músculo-invasor. Se analizaron variables perioperatorias, además de complicaciones a 30 días.

Resultados:
Se incluyeron 10 pacientes (9 hombres y 1 mujer), con mediana de edad de 72 años (70–76), todos con buen nivel funcional (ECOG 0–1). Un paciente tenía compromiso ganglionar clínico (cN1) y 4 recibieron quimioterapia neoadyuvante. Todas las derivaciones urinarias fueron conducto ileal: intracorpóreo en 8 pacientes y extracorpóreo en 2. La mediana de tiempo operatorio fue de 300 minutos (282–330), con sangrado estimado de 200 ml (163–288); ninguno requirió transfusión. La mediana de estadía hospitalaria fue 5 días (4–6) y la de UTI 2 días (2–3). El análisis anatomopatológico mostró 4 pacientes ypT0. Nueve pacientes tuvieron histología urotelial y 1 neuroendocrino. Un paciente fue pN1 y todos presentaron márgenes quirúrgicos negativos. Se registraron 4 complicaciones Clavien-Dindo >2 en 3 pacientes: una dehiscencia de anastomosis urétero-ileal seguido de una evisceración contenida post reoperación (ICUD), otra evisceración contenida (ECUD) y una hidroureteronefrosis por desplazamiento de catéter que requirió reposicionamiento (ICUD).

Conclusiones:
La implementación de la cistectomía radical laparoscópica con derivación urinaria intracorpórea y extracorpórea en nuestro centro fue factible y segura, con resultados perioperatorios y oncológicos iniciales satisfactorios. Aunque se observaron complicaciones mayores, su incidencia fue comparable a lo reportado internacionalmente. Estos hallazgos respaldan la consolidación de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento del cáncer vesical avanzado en Chile.

P048) ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR

Larrañaga, M.(1); Parrao, D.(2); Guerrero, R.(2); Lay, R.(2); Aguirre, J.(1); Bravo, J.(1);
(1): Hosital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O´Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: el cáncer de vejiga (CV) es el tumor más frecuente del sistema urinario y en su mayoría es no músculo invasor (NMI) (75–85%) aunque presenta un riesgo de progresión hasta un 15% a enfermedad invasora. Según la clasificación de riesgos de la EORTC, los casos de riesgo intermedio y alto requieren tratamiento intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) para disminuir la recurrencia y progresión.

Aunque el BCG es altamente eficaz, su uso se asocia con diversos efectos adversos. La mayoría de los estudios que evalúan eventos adversos se han realizado con la cepa Danish 1331, mientras que la información sobre otras cepas es limitada.

Este estudio nace dado que CENABAST ha introducido la cepa Moscow-I en distintos servicios públicos del país, la cual no cuenta con estudios comparativos en la tasa de eventos adversos.

Metodología: se está llevando a cabo un estudio clínico prospectivo y aleatorizado con el objetivo de comparar la tasa de efectos adversos entre dos cepas de BCG en pacientes con CV NMI de riesgo intermedio y alto. Los participantes serán asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos: cepa Danish 1331 o Moscow-I, ambas utilizando la dosis completa de 120mg

Resultados: hasta el momento, 9 pacientes han sido incluidos en el estudio: 3 en el grupo Moscow-I y 6 en el grupo Danish 1331, realizando un total de 15 instilaciones con la cepa Moscow-I y 23 instilaciones con la cepa Danish 1331 ($p < 0,01$). En cuanto a los efectos adversos, la cepa Danish 1331 no ha presentado eventos adversos hasta la fecha, mientras que la cepa Moscow-I ha mostrado una tasa de eventos adversos locales de un 53,3% ($p < 0,01$) y eventos sistémicos de un 13,3% ($p = 0,29$).

Conclusión: a pesar de la limitación del bajo número de pacientes reclutados hasta ahora, se observa una tendencia hacia una mayor tasa de eventos adversos para la cepa Moscow-1. Por otro lado, la realización de estudios de este tipo resulta fundamental para generar evidencia quepermita diseñar políticas públicas orientadas a la seguridad y al adecuado tratamiento de nuestros pacientes.

P049) ¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A?

Santis, J.(1); Peredo, L.(2); Neman, A.(2); Sánchez, A.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Vivallo, N.(1); Guerrero, P.(3); Morales, C.(3); Rojas, J.(3); Rojas, V.(3); Calderón, D.(3); Testa, I.(3);
(1): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer renal representa la séptima neoplasia más frecuente en Chile, con una incidencia de 7.6/100.000 habitantes. Su potencial metastásico depende del tamaño y características histológicas tumorales, siendo el pulmón su sitio más común de diseminación.

En tumores T1a, definidos como tumores renales <4 cm, la probabilidad de metástasis a distancia es baja (<1%). La guía de la EAU propone como recomendación débil que el TC de tórax podría ser omitido en estos pacientes. Sin embargo, la NCCN y AUA indican realizar imagen torácica para evaluación inicial de estos casos. Esta discordancia genera heterogeneidad en la práctica clínica, donde la decisión de solicitar imágenes depende en gran parte del criterio individual del tratante.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de metástasis pulmonar al momento del diagnóstico en nuestro hospital.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en pacientes con tumores renales cT1a con imágen de tórax al diagnóstico, que fueron sometidos a nefrectomía entre enero de 2023 y julio de 2025 en nuestro centro. Se excluyeron todos los pacientes que no tenían imagen pulmonar previo a la cirugía.

Resultados

Se identificaron un total de 49 pacientes (mediana de edad 61 años, rango 34-93, 51% mujeres). Un 4% se realizó un PET (2/49, un paciente PET-CT y otro PET-TC) y 96% con TAC de tórax (47/49).

En ningún paciente se evidenciaron metástasis pulmonares al momento del diagnóstico. De todos los pacientes, tres TC de tórax informaron nódulos pulmonares inespecíficos menores a 1cm. Estos pacientes fueron presentados al comité oncológico, determinando seguimiento de las lesiones por la baja probabilidad de potencial maligno. Por tanto, la tasa de metástasis pulmonares confirmadas en tumores cT1a en esta cohorte fue del 0%

Conclusión

En pacientes con tumores renales cT1a, la probabilidad de encontrar metástasis pulmonares al momento del diagnóstico es baja. Nuestra cohorte es concordante con la literatura internacional, la cuál reporta una incidencia <1%.

Los resultados de este estudio resaltan que el beneficio de realizar una imagen torácica como etapificación inicial en todos los pacientes cT1a podría ser limitado.

P050) BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA

García, M.(1); Salgado, C.(2); Quilodrán, F.(3); Cuesta, N.(3); Espinoza, C.(3); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción:

El cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI) representa cerca del 75% de los diagnósticos de cáncer de vejiga. Tras la resección transuretral (RTU-V), el riesgo de recurrencia y progresión sigue siendo elevado, por lo que la instilación intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) a dosis máxima (DM), constituye el tratamiento adyuvante de elección en pacientes de riesgo intermedio y alto. Sin embargo, se asocia a efectos adversos (EA) locales y sistémicos que pueden llevar a suspensión del esquema. Esta toxicidad percibida podría explicar, en parte, la falta de protocolos estandarizados con DM en el ámbito nacional. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de la profilaxis con fluorquinolonas como estrategia destinada a mejorar la tolerancia y favorecer la adherencia al tratamiento.

Materias y métodos:

Estudio retrospectivo y descriptivo realizado entre el 2023-2025. Se incluyeron pacientes con CVNMI de riesgo intermedio o alto, tratados por al menos 6 meses con BCG intravesical a DM (120mg, cepa danesa-1331) según protocolo SWOG, tras RTU-V. La profilaxis antibiótica se realizó con ciprofloxacino oral (500mg 6 y 12 horas post-instilación). Se evaluaron frecuencia, tipo de EA y necesidad de suspensión de tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 24 pacientes, la mediana de edad fue 77 años (RIC:70-81). El 83.3% correspondió a hombres y el 54.1% clasificó como de alto riesgo. El 62,5% de los pacientes no presentaron EA. Los EA fueron: urgencia miccional (29,2%), disuria (20,8%), hematuria (8.3%) y polaquiuria (4.1%). Ninguno desarrolló síntomas sistémicos ni requirió hospitalización. En el seguimiento endoscópico se observaron cambios inflamatorios en mucosa vesical en 33,3% de los casos. La suspensión definitiva fue 8,3%, atribuida a hematuria persistente y mala tolerancia a instilación de BCG.

Conclusiones

Los resultados muestran que la administración de BCG en DM, asociada a profilaxis con ciprofloxacino, sugieren mejorar la tolerabilidad y reducir la tasa de suspensión del tratamiento, en comparación con lo reportado previamente en la literatura. Estos hallazgos respaldan el uso de quinolonas como estrategia para facilitar la administración de BCG en DM según protocolo SWOG y refuerzan la necesidad de establecer guías estandarizadas a nivel nacional que aseguren su implementación.

P051) IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Ascorra Hormaechea, S.(1); Silva Camus, C.(2); Marchant Bustos, P.(1); Bassa Moyano, C.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
(3): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de vejiga constituye un problema relevante de salud pública, ocupando en Chile el sexto lugar en frecuencia en hombres y el decimoquinto en mujeres, con una mortalidad considerable. La cistectomía radical representa el tratamiento estándar para la enfermedad músculo invasora (T2-T4a,N0M0) y para casos seleccionados de enfermedad no músculo invasora de alto riesgo. Sin embargo, esta cirugía se asocia a una alta tasa de complicaciones, que puede alcanzar un 64%, prolongando la hospitalización. En este contexto, los programas de recuperación mejorada tras cirugía (ERAS) han demostrado reducir complicaciones y estancia hospitalaria, existiendo guías específicas en urología desde 2013. No obstante, la implementación integral enfrenta barreras estructurales; en consecuencia, intervenciones simples como la realimentación precoz podrían ser factibles y aportar beneficios clínicos.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo que incluyó 32 pacientes sometidos a cistectomía radical entre enero 2020 y junio 2024. Se analizó la asociación entre el momento de la realimentación y los desenlaces postoperatorios, incluyendo transfusiones, íleo, complicaciones (Clavien-Dindo), días de hospitalización, reintervenciones, reingresos y mortalidad a 30 días. Se registraron también variables clínicas y demográficas.

Resultados

La cohorte estuvo compuesta en un78% por hombres, media de edad de 69 años (41-84). El52% tenía antecedente de tabaquismo y solo un caso presentaba irradiación pélvica previa. Un22% requirió reintervención en los 30 días (principalmente secundario obstrucción

intestinal), mientras que un37% fue readmitido, principalmente por infecciones que necesitaron antibióticos endovenosos. La mortalidad global fue del10%, atribuida a shock séptico de origen respiratorio y hemorragia digestiva masiva.

Comparando pacientes con realimentación precoz (<24horas) y tardía, no se observaron diferencias clínicamente significativas en cuanto a necesidad transfusional, íleo, complicaciones severas (Clavien-Dindo>3) o reingreso hospitalario . Sin embargo, sí se evidenció una reducción significativa en la estancia hospitalaria en aquellos que iniciaron la alimentación tempranamente.

Conclusión

En esta serie de pacientes sometidos a cistectomía radical, la realimentación precoz se mostró segura, sin incrementar el riesgo de complicaciones graves, y se asoció a una menor duración de la hospitalización. Estos hallazgos sugieren que su implementación podría representar una estrategia útil y costo-efectiva en sistemas de salud con recursos limitados.

P052) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO

Barrios Muñoz, G.(1); Arias Orellana, E.(2); Herrera Canales, L.(2); Quintana Lacoste, E.(2); Bustamante Basso, C.(2); Sáez Galaz, G.(2); Torrado Rico, K.(2); Manzanares Sánchez, V.(2); Bezama Urriola, P.(2); Ramírez Espinoza, J.(2); Lobos Fredes, R.(1); López Moya, P.(1);
(1): Universidad de Concepción, CONCEPCION, Chile (2): Hospital Guillermo Grant Benavente, CONCEPCION, Chile

Introducción

La cistectomía radical es el tratamiento estándar en cáncer músculo invasor, aunque implica alta morbilidad y recuperación prolongada. El desarrollo de la laparoscopia ha permitido una alternativa menos invasiva con los beneficios que esto podría conllevar. Este trabajo compara la cistectomía radical laparoscópica con la abierta para evaluar sus resultados perioperatorios y rendimiento oncológico en nuestro centro.

Material y métodos

Se efectuó un estudio retrospectivo de 29 pacientes intervenidos en un período de treinta meses: 13 vía laparoscópica y 16 mediante laparotomía. Se analizaron variables perioperatorias como edad, tiempo quirúrgico, sangrado, estancia hospitalaria, necesidad de transfusión y complicaciones. Asimismo, se analizaron variables con implicancia en el

pronóstico oncológico como número de ganglios y positividad de los márgenes quirúrgicos de la muestra.

Resultados

La edad media no difirió entre grupos (68.6 ± 10.5 vs 69.3 ± 6.3 años; p=0.85). El tiempo quirúrgico fue mayor en la vía laparoscópica (335 ± 63 min) que en la abierta (297 ± 46 min), alcanzando significación (p=0.004). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en sangrado intraoperatorio (mediana 270 ml vs 500 ml; p=0.43), estancia hospitalaria, días en unidad de paciente crítico, número de ganglios resecados (14 vs 16; p=0.29) ni positividad de los márgenes quirúrgicos de la pieza quirúrgica. Las tasas de transfusión (46 % vs 44 %; p=1.00), reoperación (7.7 % vs 18.8 %; p=0.61) y complicaciones Clavien Dindo I-III (23 % vs 6 %; p=0.30) fueron similares entre abordajes.

Conclusiones

La cistectomía laparoscópica ofrece resultados perioperatorios comparables a la técnica abierta, con la desventaja de un incremento moderado del tiempo operatorio. Se observaron tendencias a menor sangrado y número de reoperaciones en el grupo laparoscópico, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos respaldan la viabilidad de la laparoscopia como alternativa mínimamente invasiva, si bien se requieren series mayores y análisis multivariables para confirmar estos resultados.

Palabras clave: cistectomía radical, laparoscopía, resultados perioperatorios

P053) EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS

Arce Olave, C.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Villanueva Figueroa, M.(2); Canales Rojas, R.(3);
(1): Medico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli, Chile (2): Residente de Urología Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Hospital El Carmen, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical (CR) corresponde a una intervención quirúrgica agresiva, siendo el tratamiento estándar para el cáncer de vejiga músculoinvasor. Pese a los avances quirúrgicos y de los cuidados postoperatorios, se asocia a una elevada morbimortalidad perioperatoria. Los Protocolos de Recuperación Mejorada después de la Cirugía (ERAS) han demostrado beneficios respecto a estos resultados en cirugías urológicas, aunque su implementación es heterogénea. Presentamos resultados locales de una cohorte sometida a CR en un hospital público. Nuestro objetivo es proponer un protocolo local adaptado creado a partir de series internacionales y experiencias locales para reducir la morbimortalidad perioperatoria en nuestra población. Materiales y Métodos. Estudio retrospectivo de CR realizadas en el Hospital El Carmen entre 2014 y 2025. Se analizaron variables sociodemográficas, características clínicas, detalles quirúrgicos, complicaciones

según Clavien–Dindo, hallazgos anatomopatológicos y sobrevida. Se compararon los resultados con revisiones sistemáticas internacionales recientes. Resultados. Se incluyeron 54 pacientes (79,6% hombres, 20,4% mujeres), edad promedio de 72 años, con un 73% calificado con ECOG ≤1. El 35,2% tuvo una albumina adecuada preoperatoria.. El abordaje fue abierto en 88,9% y laparoscópico en 7,4%, con un tiempo operatorio promedio de 292 minutos (293 min abierto y 287 min en laparoscópico). Se realizaron 54 derivaciones urinarias (conductos ileales 55,9%, neovejiga 11,3% y ureterostomias cutáneas 24,5%). Las complicaciones Clavien–Dindo ≥ III y IV ocurrieron en el 45% y 29,6% de los casos, incluyendo una tasa de reoperación del 25%. La mortalidad registrada fue de 9,3% a 30 días, 22,2% a 90 días y 65% a 1 año. Discusión y Conclusión: Nuestras cifras locales sobre complicaciones y mortalidad se encuentran por sobre lo descrito en revisiones internacionales. Esto refleja la necesidad de estandarizar los cuidados perioperatorios de las CR. Los puntos críticos identificados incluyeron la preparación preoperatoria, apoyo nutricional, manejo del dolor e íleo, infecciones y manejo intensivo. Proponemos un protocolo ERAS adaptado a la realidad local dirigido a las complicaciones descritas en nuestra población. La implementación y auditoría prospectiva de este protocolo podría alinear nuestros resultados a los estándares internacionales

P054) NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES

Otaola Arca, H.(1); Eltit, I.(2); Souper, R.(3); Orvieto, M.(3); Krebs, A.(1); Ramírez, G.(4); Fernández, M.(1); Bermúdez, H.(3);
(1): Clínica Alemana; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana, Santiago, Chile (4): Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La nefroureterectomía radical (NUR) abierta ha sido el estándar para el tratamiento de tumores del tracto urinario superior (TUS). La NUR laparoscópica (NUR-L) y la asistida por robot (NUR-R) constituyen alternativas mínimamente invasivas que ofrecen beneficios perioperatorios, como menor morbilidad y estancia hospitalaria reducida. Aunque los resultados oncológicos reportados son comparables, algunos estudios sugieren un mayor riesgo de recurrencia intravesical tras NUR-R.

Nuestro objetivo fue evaluar factibilidad, seguridad y resultados oncológicos iniciales de la NUR-R en pacientes con tumores del TUS.

Material y métodos

Se incluyeron pacientes con TUS clínicamente localizado sometidos a NUR-R con DaVinci Xi en un centro de tercer nivel. Todos recibieron linfadenectomía regional e instilación intravesical postoperatoria de gemcitabina. Los datos clínicos, patológicos y de seguimiento se obtuvieron de una base de datos prospectiva aprobada por el comité de ética institucional.

Resultados

Se analizaron 16 pacientes, con una mediana de edad de 73,5 años (AIC:15,5) y un 81,2% (13 pacientes) ASA II. La mediana de tiempo operatorio fue de 187,5 min (AIC: 60) y de sangrado 100 mL (AIC: 125). No se registraron complicaciones intraoperatorias. Dos pacientes (12,5%) presentaron complicaciones menores (íleo paralítico y dolor postoperatorio) y un paciente (6,25%) presentó TEP segmentario (Clavien III), resultando una tasa de reingreso del 12,5% (2 pacientes).

La anatomía patológica reveló carcinoma urotelial en todos los pacientes, de alto grado en el 81,25% (13 pacientes), diferenciación escamosa en 3 pacientes (18,75%), variante sarcomatoide y plasmocitoide en un paciente cada una (6,25%). Siete pacientes (43,75%) presentaron pT3-pT4.

Durante una mediana de seguimiento de 14,1 meses (AIC: 18,9), tres pacientes (18,75%) presentaron recidiva tumoral (un paciente recidiva vesical, dos pacientes metástasis). Un paciente falleció por progresión tumoral a los 10,3 meses, resultando en una tasa de mortalidad cáncer específica del 6,25%

Conclusiones

La NUR-R es un abordaje seguro y factible, con una baja tasa de complicaciones. Los resultados oncológicos iniciales son alentadores, aunque se requiere seguimiento más prolongado para validar su eficacia a largo plazo.

P055) APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO

Infante, I.(1); Soublett, Ó.(1); Piñats, N.(1); Gómez, I.(1); De Oliveira, A.(1); Acuña, J.(2); García, V.(2); Rozental, M.(2); Kerkebe, M.(2); Orellana, N.(2);
(1): Universidad Santiago de Chile, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer vesical se diagnostica mediante cistoscopía y confirmación histológica tras resección transuretral de vejiga (RTU-V). El rol de las imágenes sigue siendo limitado, especialmente para diferenciar enfermedad músculo-invasora (MIBC) de no músculo-invasora (NMIBC), fundamental para la planificación terapéutica. La resonancia magnética multiparamétrica de vejiga (RMmpV) y el sistema VI-RADS ha demostrado alta capacidad diagnóstica, detectando invasión muscular con sensibilidad 91.9%, especificidad 91.1%, valor predictivo positivo (VPP) 77.5% y negativo (VPN) 97.1%, siendo mayormente útil para descartar invasión muscular. No obstante, su aplicación clínica en Chile es incipiente. El objetivo es escribir la experiencia inicial de un hospital terciario aplicando RMmpV y VI-RADS para diferenciar NMIBC de MIBC, evaluando además su utilidad en la selección de pacientes con NMIBC de alto riesgo que podrían evitar una segunda RTU-V (ReRTUv), optimizando el inicio de terapias intravesicales.

Material y Métodos: Se incluyeron 19 pacientes con sospecha de tumor vesical con RMmpV previa a RTU-V desde enero 2024 a mayo 2025, comparando concordancia entre VI-RADS y el resultado histopatológico de RTUv como estándar de referencia. En pacientes con NMIBC de alto riesgo sometidos a Re-RTU-V se analizó la concordancia entre VI-RADS preoperatorio e histología.

Resultados: Con punto de corte VI-RADS ≥3 para detectar invasión muscular, la sensibilidad fue 50% y especificidad 82,4%, con VPP 25% y VPN 93,3%. Con VI-RADS ≥4, se mantuvo la sensibilidad en 50% y la especificidad aumentó a 94,1%, con VPP 50% y VPN 94,1%. Ningún paciente con NMIBC de alto riesgo y VI-RADS <3 presentó invasión muscular en Re-RTU-V, lo que respalda su valor para seleccionar pacientes que podrían prescindir de ella.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la RMmpV con VI-RADS tiene un rendimiento diagnóstico moderado, con VPN elevado que respalda su utilidad para descartar invasión muscular. Además, podría contribuir a reducir la indicación rutinaria de Re-RTU-V, evitando procedimientos innecesarios y permitiendo un inicio precoz de terapias intravesicales. El número de casos y la baja prevalencia de MIBC obligan a interpretar los resultados con cautela. Se requieren estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño muestral para consolidar su rol en la práctica clínica nacional.

P056) TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN.

Fuentes, A.(1); Del Valle, F.(2); Ramírez, R.(3); Bruzzone, A.(2); Vera, G.(2); Rojas, P.(2); Gallegos, H.(2); Souper, R.(2); Barrera, D.(2); Andrusco, A.(4); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio/ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE

Introducción: El tratamiento curativo del cáncer de células renales (CCR) ha experimentado transformaciones relevantes en la última década impulsadas por los avances tecnológicos, mayor capacidad diagnóstica y a la consolidación de la cirugía mínimamente invasiva. El objetivo de este estudio es comparar la evolución quirúrgica y los resultados oncológicos tras 13 años de experiencia en un centro docente asistencial de alto volumen. Material y método: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron todas las nefrectomías con sospecha oncológica realizadas en el Hospital Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024. Se analizaron dos periodos: 2012-2017 y 2018-2024. Se compararon variables demográficas, características tumorales, técnica quirúrgica y resultados perioperatorios y oncológicos. La media de seguimiento fue 37 meses. El análisis estadístico se efectúo en *RStudio*, aplicando χ 2 para variables categóricas, Wilcoxon Rank para continuas, Kaplan-Meier con log-rank para sobrevida específica (SEC) y regresiones de Poisson y logística binaria. Se consideró significativo $p<0,05$. Resultados: Se realizaron 605 nefrectomías con un promedio de 46,5+15,3 por año (rango 24-74), observando un aumento del 7,3% anual. Fueron 373 (61,7%) hombres, con una edad media 61,2+11,6 años (rango 17-89 años). No hubo diferencias demográficas entre periodos. El primer periodo presentó un mayor tamaño tumoral (55 vs 46mm) y RENAL score más alto. En relación a la técnica, la cirugía abierta (39% vs 26%) disminuyó a expensa de la laparoscópica (60% vs 74%), pero sin cambios en la Nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) (18% vs 21%). La regresión logística mostró un incremento anual del 7% en la odds de realizar NPL. Se observó una reducción del sangrado (200 vs 100cc), estadía hospitalaria (4 vs 3 días), complicaciones intraoperatorias (14% v 8%) y mejor SEC a 36 meses (89% vs 94%). Otras variables no fueron estadísticamente significativas. Conclusiones: La mayor complejidad y tamaño tumoral en el primer periodo probablemente reflejan un diagnóstico más tardío y/o menor disponibilidad de pabellón, limitando el acceso oportuno. El segundo periodo mostró una consolidación de la cirugía mínimamente invasiva, con mejores resultados perioperatorios y oncológicos, reforzando una centralización del manejo del CCR y la tendencia hacia una preservación renal como estrategia prioritaria.

P057) TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL.

Poblete Burgos, V.(1); Sepúlveda Tapia, F.(1); Novoa Brunet, C.(1); Gallegos Valenzuela, I.(1); Esse Pérez, P.(1);
(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción.

El cáncer renal presenta una incidencia creciente en Chile, siendo la mayoría de los casos diagnosticados en estadio localizado y de manera incidental. La nefrectomía parcial (NP) constituye el estándar de tratamiento en la mayoría de los tumores renales actualmente. La NP sin control del pedículo ha surgido como una alternativa en pacientes altamente seleccionados, con el propósito de reducir la agresión quirúrgica, aunque su aplicación sigue siendo controversial.

El objetivo de este estudio es evaluar la factibilidad y seguridad de la tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo renal.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo renal, entre los años 2018 y 2025. Se incluyeron 20 pacientes con tumores renales T1a, con componente exofítico ≥50%, seleccionados tras evaluación imagenológica. La técnica consistió en un abordaje transperitoneal laparoscópico, con exposición directa del tumor, enucleación con tijera fría y hemostasia mediante energía bipolar y sutura del lecho tumoral. Se registraron variables perioperatorias, complicaciones y resultados oncológicos.

Resultados

Se intervinieron 20 pacientes con una edad media de 54 años. El tamaño tumoral promedio fue de 19 mm (rango: 7–37 mm) y la profundidad media de 6 mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 66 minutos, con un sangrado estimado de 75 ml y sin necesidad de transfusión. La estadía hospitalaria media fue de 25 horas. Un paciente presentó sangrado intraoperatorio de 300 ml. No se registraron complicaciones Clavien-Dindo 2 o mayores, ni necesidad de control urgente del pedículo renal. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en 95% de los casos.

Conclusiones

La tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo es una técnica factible y segura en tumores renales pequeños, exofíticos y seleccionados cuidadosamente. Se asocia a bajo sangrado, rápida recuperación y márgenes quirúrgicos negativos en la mayoría de los casos. La preservación de la anatomía renal podría facilitar futuras intervenciones mínimamente invasivas. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos preliminares.

P058) UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA

Fuentes, A.(1); Bruzzone, A.(2); Ramírez, R.(3); Rojas, P.(2); Vera, G.(2); Del Valle, F.(2); Gallegos, H.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio/Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La nefrectomía parcial laparoscópica/robótica es la técnica de elección en el Carcinoma de células renales (CCR) localizado dado su beneficio en preservar función renal con buenos resultados oncológicos. No obstantes, en casos complejos la Nefrectomía radical (NR) continúa siendo el tratamiento estándar. La pérdida de función renal postoperatoria constituye un factor critico al decidir el abordaje quirúrgico. En este contexto, se han desarrollado modelos predictivos para estimar la función renal, entre ellos el Score de Palacios. Nuestro objetivo fue validar externamente dicho score en una cohorte institucional. Material y método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron pacientes operados por sospecha de CCR en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024, excluyendo aquellos sin creatinina pre operatoria. Se registraron creatinina y tasa de filtrado glomerular (TFG) basal y a los 3-6 meses, calculada mediante la fórmula de *Chronic kidney diseaase epidemiology collaboration* (CKD EPI). La TFG estimada (TFGE) se calculo según Score de Palacios: 35+ (TFG preopeartorio x0.65) - 18(si NR) - (edadx0.25) +3(si tumor >7cm) -2(si diabetes). Se definió deterioro significativo como TFG <45ml/min. El análisis estadístico se realizó con *RStudio*, aplicando correlación de Pearson, Bland-Altman para relación lineal y curvas ROC con área bajo la curva (AUC) para discriminar TFG <45ml/min. Resultados: Total 594 pacientes. La TFG preoperaratoria tuvo una mediana 80.1ml/min, la TFGO 62.6ml/min y TFGE 59.3ml/min. La correlación entre TFGE y TFGO fue fuerte (r=0,84; IC95% 0,82-0,87; p<0,001). El error medio absoluto fue de 10.7ml/min y Bland-Altman mostró sesgo de -4,4ml/min con limites de concordancia entre -30.8 a 22ml/min. Para TFG <45ml/min, el AUC fue 0.90 (IC95% 0.88-0.93) con sensibilidad de 88% y especificidad 82%. Conclusiones: El Score de Palacios mostró alta correlación con la TFG observada, con errores aceptables, aunque con variabilidad individual amplia que tiende a sobreestimar la TFG en pacientes con valores bajos y subestimarla en aquellos con valores altos. En el análisis dicotómico, mostró una excelente capacidad de predecir TFG <45ml/min, lo que respalda su utilidad clínica como herramienta de apoyo en la selección de pacientes en quienes la preservación de función renal debe ser prioritaria.

P059) QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO?

Cornejo, V.(1); Peredo Cueva, L.(1); Sanchez Fernandez, A.(1); Neman Cerda, A.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Guerrero, P.(2); Rojas, J.(2); Testa, I.(2);

Morales, C.(2); Calderón, D.(2); Rojas, V.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:

Los quistes renales complejos (QRC) representan una entidad heterogénea que plantea importantes desafíos diagnósticos y terapéuticos. La clasificación de Bosniak, actualizada en 2019, permite estimar el riesgo de malignidad en base a características imagenológicas. Series recientes y metaanálisis reportan tasas de carcinoma renal de 70–85% en QRC Bosniak III y 80–90% en Bosniak IV, evidenciando que gran parte de estas lesiones corresponden en realidad a tumores malignos. Esto ha llevado a plantear si el término "quiste renal complejo" constituye un eufemismo para cáncer renal.

Objetivo:

Describir las características clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas de una cohorte de pacientes con QRC Bosniak III–IV operados en nuestro centro, y estimar su tasa de malignidad.

Material y método:

Estudio retrospectivo de 45 pacientes consecutivos con diagnóstico imagenológico preoperatorio de QRC Bosniak III–IV sometidos a cirugía. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, tamaño tumoral, tipo de abordaje quirúrgico y resultado histológico. Se presentan estadísticas descriptivas.

Resultados:

De los 45 casos, 14 (31,1%) fueron Bosniak III y 31 (68,9%) Bosniak IV. La media de edad fue 58,0±12,9 años; 20 (44,4%) correspondieron a hombres. El tamaño tumoral promedio fue 3,9 cm (rango 1,5–10), con 11/45 (24,4%) lesiones <3 cm. El abordaje quirúrgico incluyó principalmente técnicas laparoscópicas y mano asistida, en concordancia con la tendencia hacia la mínima invasión. El análisis anatomopatológico mostró malignidad en 9/14 (64,3%) de los Bosniak III y en 22/31 (71,0%) de los Bosniak IV, alcanzando una tasa global de 31/45 (68,9%). El carcinoma de células claras fue el subtipo más frecuente, seguido por carcinoma papilar. La incidencia de complicaciones perioperatorias fue baja y sin eventos mayores (Clavien ≥III).

Conclusión:

En nuestra cohorte, los QRC Bosniak III–IV presentaron una elevada tasa de malignidad, comparable con lo descrito en la literatura internacional reciente. Estos hallazgos refuerzan la noción de que el diagnóstico de "quiste complejo" en Bosniak III–IV suele corresponder a un carcinoma renal. Por lo tanto, recomendamos un manejo quirúrgico con enfoque oncológico en este grupo de pacientes, individualizando la indicación según edad, comorbilidades y riesgo operatorio, incluso en lesiones de menor tamaño.

P060) EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA.

Menchaca Cruzat, R.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Arce Olave, C.(3); Carafí Laso, A.(2); Gomez-lobo R., C.(4); Gomez-lobo F, M.(1); Elías E, E.(1); Oporto Uribe, S.(1);
(1): Servicio de Urología Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile (2): Residente Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Médico General Servicio de Araucanía Norte, Collipulli, Chile (4): Interna de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La resección transuretral de vejiga (RTUV) constituye el procedimiento diagnóstico y terapéutico inicial en el cáncer vesical. Uno de los factores fundamentales de la calidad quirúrgica corresponde a la presencia de detrusor en la muestra, garantizando un diagnóstico y etapificación oportuna. La ausencia de músculo se ha asociado a mayor riesgo de subdiagnosticar tumores músculo-invasores (CVMI), retrasando el tratamiento y comprometiendo la sobrevida. En hospitales docentes, donde los procedimientos suelen ser realizados por residentes, mantener los estándares internacionales representa un desafío. Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los casos de RTUV diagnóstica en el Hospital El Carmen entre 2023 y 2025. Se evaluaron variables quirúrgicas, estadíos diagnósticos y mortalidad, comparando los desenlaces entre RTUV óptima (detrusor y completa) o subóptima. Resultados: Se analizaron 107 pacientes. En el 83,5% se logró una resección completa y en el 81,5% se obtuvo detrusor, considerando 77,3% de las RTU-V como óptimas. El tamaño, número de lesiones o compromiso ureteral no mostró asociación con mayor riesgo de resección subóptima (p=0,089). De los sometidos a re-RTU-V, un 15,6% presentó upstaging y en el 26,7% se confirmó el diagnóstico inicial. Hubieron 39,3% de CVMI donde 7 debutaron metastásicos. La tasa de recidiva en 3 meses fue 17,9% y la mortalidad global 29,0%. Las RTU subóptimas no se asociaron a mayor frecuencia de upstaging (15,4% vs 11,1%; p=1,0), recidiva precoz (0% vs 62,5%; p=0,91) ni mortalidad (29,6% vs 28,7%; p=1,0). La ausencia de músculo en la primera RTUV no impactó la recidiva precoz (p>0,05) ni en la mortalidad (29,0% vs 28,9%; p=1,0). Discusión y Conclusión: Nuestros resultados demuestran resultados comparables con las series internacionales, con obtención de músculo entre 70-80% (81,5%), RTU óptima entre 70-85% (77,3%), upstaging entre 10-25% (15,6%) y tasa de recidiva a 3 meses entre 15–25% (7,9%). Estos resultado demuestran que es posible alcanzar estándares internacionales de calidad quirúrgica en un entorno docente, sin comprometer la seguridad ni la eficacia de los procedimientos.

P061) FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD?

Sirebrenik Gateño, A.(1); Rojas Salas, A.(2); Soler Andonie, D.(2); De Oliveira Costa, A.(3); Ascanio Rojas, J.(4); Bustamante Valenzuela, P.(4); Acuña Galvez, E.(4); Pinto Martinez, U.(4); Vera Veliz, A.(5);
(1): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (3): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (5): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION:La nefrectomia parcial es el manejo ideal de aquellos tumores organo-confinados. El tiempo de isquemia y los margenes quirurgicos han sido relacionados directamente con los resultados funcionales, preservacion de la funcion renal, y con los resultados oncologicos, recidiva tumoral, respectivamente.

OBJETIVO:Determinar que factores pre-operatorios e intra-operatorios influyen en nuestros resultados oncológicos-funcionales tras una tumorectomia renal laparoscopica.

Materiales- Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron tumorectomias renales laparoscopicas realizadas entre 2019-2025 en un hospital de Provincia. Se analizaron caracteristicas demograficas, tumorales e intraoperatorias.

RESULTADOS: Cohorte 54pacientes, mediana de edad de 63,5 años, mayoritariamente hombres. Hipertensión arterial 48,1%, diabetes mellitus 25,9 % y enfermedad renal crónica 9,2 %. El diámetro tumoral fue de 36,5 mm, el 42% eran >40 mm. El 65,9% RENAL-score intermedio-Alto. Respecto al abordaje quirúrgico, en 10 casos se utilizó la vía retroperitoneal. En relacion a la tecnica de eleccion fue la enucleacion tumoral, con isquemia fria. El 18% fue sin isquemia. El tiempo de isquemia de 26minutos, un tercio supero los 25min. La renorrafia mayoritariamente fue en dos planos. Se registraron márgenes quirúrgicos positivos en 6 pacientes (11 %). A la fecha solo un paciente con recidiva loco/regional. En cuanto a la función renal, la creatinina sérica media preoperatoria fue de 0,89 mg/dL y la postoperatoria de 0,90 mg/dL. El 87% preservo a lo menos el 90% de su funcion renal.

Se analizaron las distintas variables pre e intra operatoria que pudiecen influir tanto en la funcion renal residual como en los margenes quirurgicos positivos o recidiva tumoral, sin encontrar relacion estadisticamente significativa (p-valor <0.05).

CONCLUSION: A pesar que historicamente al tiempo de isquemia durante la tumorectomia o a la presencia de margenes comprometidos han sido considerados los factores mas relevantes al hablar de resultados de la nefrectomia parcial, en nuestra serie no lo son. Son factores a tener en consideracion, pero creemos que una tecnica quirugica minuciosa, no contra el tiempo, como lo es la enucleacion tumoral, influiria mas en los resultados oncologicos/funcionales (presevacion de mayor parenquima renal y mejor visualizacion del borde tumoral) al igual que la funcion renal basal de cada paciente.

P062) PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE.

Rivera Reyes, F.(1); Flores, A.(2); Vega, F.(1); Carrasco, F.(1); Umaña, J.(1); Orio, M.(1); Rodriguez, J.(1); Chodowiecki, A.(1); Urrutia, S.(1); Valenzuela, R.(1); Lobos, C.(1); Pieressa, N.(1); Affeld, M.(3); Goronea, M.(2);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile (2): UFRO, Temuco, Chile (3): Hospital Intercultural Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción

El uraco es un remanente embrionario, que va desde la pared anterior de la vejiga hasta el ombligo. Prevalencia del 2% en población adulta. La relación hombres a mujeres es 2:1. Generalmente hay 2 opciones terapéuticas a la infección: un drenaje inicial, seguido de una escisión electiva o una resección en una sola etapa.

Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados con patología uracal sintomática entre Junio 2022 y Mayo 2025 en 2 hospitales de la Araucanía, Chile. Se elaboró base de datos, recopilando edad, sexo, métodos diagnósticas, tratamiento, cultivos, biopsias, complicaciones y tiempo de hospitalización.

Resultados

Se registraron 7 pacientes, edad media de 40±23 años.
Se diagnosticaron con scanner de abdomen y pelvis, 6 abscesos de quistes uracal y un divertículo de uraco.
6 paciente se sometieron a intervención quirúrgica. 3 fueron drenaje percutáneo. 2 escisión primaria laparoscópica. 1 paciente requirió cirugía abierta. 1 paciente tuvo tratamiento antibiótico conservador.
Un paciente con resección primaria laparoscópica, requirió reoperación a los 5 meses por una fistula vesicoperitoneal.
El promedio de hospitalización fue 9 días. El tratamiento antibiótico del paciente con resección primaria de 11 días, con drenaje percutáneo, en promedio el tratamiento fue de 22 días, en cirugía abierta completo 29 días y en tratamiento conservador fueron 21 días.
Se aislaron en 5 pacientes microorganismos en cultivos, predominando la Escherichia coli en 3 casos.
Se contaba con la histopatología de 3 pacientes: 2 casos con remanente uracal benigno y un adenoma velloso con displasia de bajo grado.
El resto de los pacientes se encuentran en espera de resolución definitiva.

Conclusión

La relación hombres a mujeres fue 1:6.
El drenaje percutáneo, no registro complicaciones, sin variación en los días totales de antibioticoterapia u hospitalización, comparado con las otras alternativas terapéuticas, a

excepción del manejado con cirugía abierta.
Hay 3 pacientes en espera de resección quirúrgica definitiva.
Una escisión primaria laparoscópica es una alternativa, pero se observó una fistula vesicoperitoneal en uno de los casos.
Existe una heterogeneidad en los posibles tratamiento de la patología uracal, por lo que es importante ajustarlo según la presentación clínica de cada paciente.

P063) IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

Inzunza N., J.(1); Inostroza A., C.(2); Valenzuela V,, R.(3); Jara C., C.(4); Umaña, J.(3); Rojas C, E.(1); Thorkelsen, G.(1); Gonzalez B., M.(1);
(1): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (2): CESFAM Villarrica, Villarrica, Chile (3): Hospital Dr. Hernan Henriquez A., Temuco, Chile (4): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Introducción: el cólico ureteral por litiasis es un motivo frecuente de consulta en servicios de urgencia. Su manejo inicial es analgesia y terapia expulsiva, pero en casos complicados requiriere hospitalización, sobrecargándose así al sistema hospitalario. Una forma de conocer este impacto es evaluar el número de hospitalizaciones a través de los egresos hospitalarios, que orientan a la demanda de atención y ocupación del sistema. Nuestro objetivo es caracterizar los egresos hospitalarios por litiasis ureteral en los últimos 5 años. Material y método: estudio observacional, descriptivo. Datos extraídos del registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, evaluando egresos hospitalarios entre años 2000-2024 por diagnóstico de litiasis del uréter (código N 20.1 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10). Cálculo de tasa egreso hospitalario (TEH) según formula (egresos hospitalarios por diagnostico ureterolitiasis/población de riesgo) x 100.000. Análisis con programa SPSS® Resultados: hubo 29704 egresos hospitalarios por ureterolitiasis en el periodo (promedio de 36,09 /100.000 habitantes). Distribución por años: 35.6/100.000 habitantes (año 2020), 36.5/100.000 habitantes (año 2021), 35.46/100.000 habitantes (año 2022), 33.43/100.000 habitantes (año 2023) y 39.64/100.000 habitantes (año 2024). Según género: 59.4% (n=17.652) hombres y 40.6% (n=12052) mujeres, siendo la THE para hombres de 44.46/ 100.000 habitantes y mujeres 28.29/100.000 habitantes en el periodo. En hombres la menor TEH fue el año 2023 (39.81/100.000 habitantes) y la mayor THE el año 2024 (47.66/100.000 habitantes). En mujeres la menor TEH fue el año 2020 (26.03/100.000 habitantes) y la mayor el 2024 (32.15/100.000 habitantes). Según grupo etario, la TEH más alta fue en grupo 40 a 49 años (58.19/100.000 habitantes), luego entre 50 a 59 años (57.77/100.000 habitantes). Estadía hospitalaria promedio del periodo: 2.54 días, más prolongada el 2023 (2.72 días), más breve el 2020 (2.41 días), siendo más prolongada en mujeres (2.77 días) que hombres (2.39 días). Conclusión: evaluar la TEH por ureterolitiasis permite conocer su impacto en el sistema sanitario. Observamos cifras considerables,

convirtiéndose así en una patología relevante asistencialmente. Se requieren detalles para conocer si esa hospitalización es para tratamiento médico o quirúrgico.

P064) BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO

Alarcón Ríos, J.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Moraga Valdes, G.(2); Aquez Chirino, P.(1); Villagrán Cordero, I.(1); Baeza Blanco, S.(1); Bresky Gomez, E.(1); Salinas Valenzuela, Y.(1); Loyola Maturana, J.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodriguez Concha, C.(1);
(1): Hospital San Pablo Coquimbo, Coquimbo, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La radioterapia constituye un pilar esencial en el tratamiento de diversas neoplasias pélvicas, como el cáncer de próstata, cervicouterino y colorrectal. No obstante, su uso puede conllevar efectos adversos significativos, entre los cuales la cistitis actínica destaca por su alta prevalencia e impacto negativo que genera en la calidad de vida de los pacientes.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes con diagnóstico de cistitis actínica tratados con oxigenoterapia hiperbárica (OHB) en la Unidad de Baromedicina del Hospital San Pablo de Coquimbo, durante el periodo de junio 2023 a agosto 2025. Se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de cistitis actínica confirmado mediante cistoscopia. Se realizó revisión de información clínica disponible en registros institucionales, registrando variables clínicas de radioterapia y oxigenoterapia. La OHB se realizó en base a protocolos internacionales, a una presión de 2 - 2,4 ATA por 60-90 minutos. Se realizó una encuesta de síntomas urinarios y calidad de vida (ICSI-ICPI) antes y después del tratamiento hiperbárico.

Resultados: 13 pacientes fueron tratados, 7 hombres y 6 mujeres, entre 50 y 78 años. Todos los pacientes habían recibido radioterapia como parte de tratamiento para cáncer de próstata o cervicouterino. La mediana de sesiones de OHB fue de 40 (11-65). Se registró una mediana de tiempo para la recurrencia de síntomas de 11,3 meses posterior al término de la oxigenoterapia hiperbárica.Se observó una tasa de respuesta clínica de 76%. Se registraron 4 complicaciones; 1 caso de metrorragia, 2 otitis, 1 retención aguda de orina. No hubo abandonos de tratamiento. Las escalas ICSI/ICPI evidenciaron mejoría de 9 puntos de mediana en la escala de síntomas y 6,5 puntos en calidad de vida.

Conclusiones: Este trabajo representa un acercamiento a la realidad local sobre el tratamiento con OHB en cistitis actínica, complicación frecuente de la radioterapia y a menudo refractaria. Los resultados muestran que es una alternativa efectiva y segura. A pesar del bajo número de pacientes y la heterogeneidad en sus tratamientos, se observó una

mejoría consistente en sintomatología urinaria y calidad de vida en los pacientes . Se requiere ampliar la muestra y estandarizar protocolos en futuros estudios.

P065) CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO

Cuevas, P.(1); Flores, F.(2); Troncoso, F.(3); Sabugo, F.(3); Salinas, J.(4); Navarrete, M.(1); Garate, S.(1); Wagner, T.(1); De La Fuente, M.(1); Ebel, L.(2); Foneron B, A.(2); Troncoso, L.(2); Foneron V, A.(2); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2);
(1): Residente Urología Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile, VALDIVIA, Chile
(2): Urólogo Hospital Base Valdivia. Docente Universidad Austral de Chile, VALDIVIA, Chile
(3): Interno de Medicina Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile
(4): Hematólogo Hospital Base Valdivia, Docente Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción:

La cistitis hemorrágica por virus BK (CH-VBK) es frecuente en pacientes trasplantados de médula ósea. Su presentación desde microhematuria hasta hematuria severa, afectando al 8-25%. Debido a la escasez de datos clínicos, no existe un protocolo estandarizado de manejo. El tratamiento incluye enfoques combinados desde medidas conservadores exclusivas (TC), así como el apoyo de procedimientos invasivos (TI) y Manejo quirúrgico (TQ) en casos refractarios o graves

Métodos:

Análisis retrospectivo de 11 pacientes trasplantados de médula ósea en la Región de Los Ríos, desde junio de 2022 hasta junio de 2025. Se incluyeron solo casos con hematuria por virus BK positivo en orina. Se evaluaron variables clínicas, tiempo desde el trasplante, carga viral. Los desenlaces analizados fueron la duración del cuadro de hematuria, necesidad de hospitalización y tipos de manejos, considerando estrategias desde TC (hidratación, reducción de inmunosupresión y manejo sintomático), TI (Irrigación vesical y medicamentos intravesicales), TQ como electrocoagulación y un manejo combinado (TM) de estas.

Resultados:

La mediana de edad fue 20 años, 7 fueron hombres. El tiempo medio desde el trasplante hasta el inicio de síntomas fue de 1,5 meses. Los síntomas más frecuentes fueron hematuria (100%), disuria (67%) y polaquiuria (27%). 4 pacientes (36%) presentaron Macrohematuria con coágulos, solo uno recibió electrofulguración.

El 55% precisó hospitalización. La mayoría (73%) respondió a un TC mientras que 3 (27%) pacientes requirió un TM, Ningún caso recibió TI como única intervención.

La duración de la hematuria fue mayor en el grupo con TM (69 días) en comparación con el aquellos con TC (9 días). Asimismo, la resolución de la disuria fue en promedio de 79 días para el grupo con TM, versus 35 días en el grupo con TC. Ningún paciente falleció durante su seguimiento.

Conclusión:

Si Bien no existe un tratamiento estandarizado, la mayoría de los casos tiende a ser autolimitado donde las TI son suficientes para la mayoría de los casos que cursan con cistitis hemorrágica con coagulos, siendo un porcentaje mínimo las que TQ

P066) EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alfaro, A.(1); Fraga, M.(2); Azua, N.(3); Lladser, A.(2); Borgna, V.(4);
(1): Unidad Oncourología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (3): Escuela Medicina, USACH, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: Los sarcomas primarios de vejiga son neoplasias infrecuentes, heterogeneas y agresivas, con evidencia terapeutica limitada y extrapolada desde sarcomas de partes blandas. El microambiente tumoral, en particular los linfocitos intratumorales (TIL), emerge como determinante pronóstico y potencial predictor de respuesta a terapias sistemicas. Presentamos el caso de un paciente adulto con sarcoma vesical primario. El objetivo de este trabajo es caracerizar la infiltración linfocitaria de un sarcoma vesical primario y compararlos con la literatura.

Métodos: La muestra fresca tumoral fue procesada mediante digestión mecánica y enzimatica para ontener una suspencion unicelular. Mediante citometria de flujo se identificaron las siguientes moleculas: CD3, CD4, CD8, FOXP3 como marcadores de linaje. como marcadores de reactividad: PD-1,CD39 y granzima B. Los resultados se compararon con la literatura publicada en relación a carcinoma urotelial de vejiga (CUV).

Caso Clinico:Paciente femenina de 51 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó en contexto de sepsis urinaria. La tomografía computada evidenció engrosamiento difuso de la pared vesical con masa proliferativa en techo vesical de 6 × 5,2 cm. Se efectuó resección endoscópica transuretral, con resección macroscópica incompleta (R1). A los 25 días de la RTU-V inicial se practicó cistectomía radical de intención paliativa. La pieza quirúrgica mostró tumor de 8 × 15 × 15 cm, compatible con sarcoma anaplásico de alto grado con compromiso transmural de la vejiga. Evoluciona con síndrome de Krukenberg y metastasis pleural. La paciente evolucionó con falla respiratoria progresiva y falleció nueve días posterior a la cistectomía.

Resultados: En la muestra de sarcoma se identifico un 33% de CD3+ vs 20% descrito en CUV. T reguladores: 33,7% vs 15%, CD8+ PD1+ 92% vs 50% en CUV.

Conclusiones: El sarcoma evaluado, a pesar de ser un tumor infiltrado con TILS, los linfocitos CD8+ se encontraban en estado exhausto y con una poblacion reguladora inmunodepresora que duplica lo descrito en carcinomas uroteliales Esto se correlaciona con la agresiva evolución y confirma que el tratamiento de los sarcomas sigue siendo la cirugia como el pilar asociado a quimioterapia adyuvante siendo la inmunoterapia solo una alternativa secundaria.

P067) ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Hurtado, J.(1); Alfaro, A.(1); Borgna, V.(1); Verdugo, C.(1); Alarcón, L.(1); Mellado, J.(2); (1): Servicio de Urología Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile., santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La adrenalectomía laparoscópica (AL) se ha consolidado como técnica estándar en masas suprarrenales, aunque históricamente el tamaño ≥6 cm se ha considerado de mayor complejidad. El objetivo fue evaluar la seguridad y factibilidad de la adrenalectomía laparoscópica, con una serie relevante en un hospital público chileno.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 47 pacientes operados entre 2019-2025. Se dividieron en dos grupos: ≥6 cm (n=4) y <6 cm (n=43). Se analizaron tiempo operatorio, sangrado, complicaciones y conversiones. Variables continuas se expresaron en mediana y RIC, comparándose con Mann-Whitney U. Las categóricas se analizaron con prueba exacta de Fisher, considerando significativo p<0,05.

RESULTADOS: Todos los pacientes fueron abordados por técnica laparoscópica inicialmente; en el 95,7% (n=45) se realizó la cirugía mediante esta técnica y en el 4,3% (n=2) se requirió conversión a cirugía abierta, sin repercusión clínica. El tiempo operatorio global fue 60 min (RIC 50–91). En masas ≥6 cm fue discretamente mayor (65 vs 60 min; p=0,04). El sangrado global fue 50 mL (RIC 10–100); en ≥6 cm alcanzó 120 mL vs 45 mL (p=0,03). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias Clavien-Dindo ≥III.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia confirma que la adrenalectomía laparoscópica es un abordaje seguro y factible para el manejo de masas suprarrenales <6 cms y ≥6 cm. Los resultados demuestran que, a pesar de un mayor sangrado, los tiempos quirúrgicos y la tasa de complicaciones en tumores grandes son comparables a los de lesiones de menor tamaño. Estos hallazgos refuerzan el valor de la experticia quirúrgica y el abordaje laparoscópico en centros con

experiencia, demostrando la capacidad de la red pública para realizar procedimientos de alta complejidad con excelentes resultados.

P068) ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES.

Saavedra, F.(1); Fraga, M.(1); Hidalgo, S.(1); Hernandez, A.(1); Bustamante, C.(1); Alarcón, L.(2); Alfaro, A.(2); Lladser, A.(1); Borgna, V.(3);
(1): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile

El carcinoma de células renales (CCR) es un tipo prevalente y letal de cáncer renal que responde a la inmunoterapia basada en bloqueo de los puntos de control inmunitarios. No obstante, la infiltración tumoral por linfocitos T CD8> muestra asociaciones contrapuestas con la supervivencia. En consecuencia, los linfocitos T CD4> convencionales (Tconv) — incluidos los subgrupos helper tipo 1 (Th1) y citotóxicos (CTL)— podrían desempeñar un papel antitumoral clave en el CCR. Nuestros resultados indican que las células de CCR expresan moléculas HLA-II, cuya presencia se correlaciona con buen pronóstico. Además, los tumores de CCR están infiltrados por linfocitos T CD4> de memoria con un perfil Th1/CTL que reconocen específicamente células autólogas de CCR de manera dependiente de HLA-II, como lo evidencia la sobrerregulación de OX40 y 4-1BB y la secreción de IFN-γ, TNF-α, granzima B y perforina. Asimismo, encontramos que las células Tconv exhiben fenotipos de memoria residente tisular y circulante. El subconjunto residente tisular presenta niveles más altos de PD-1, CD39 y CXCL13 y niveles intermedios de granzima B, sin expresión de perforina ni granulsina, lo que sugiere un fenotipo más exhausto. En contraste, el subconjunto de memoria circulante contiene una subpoblación citotóxica que expresa CX3CR1, perforina y granulisina, con altos niveles de granzima B y niveles intermedios de PD-1, asociándose con una supervivencia global superior en pacientes con CCR. Además, los linfocitos T CD4> de memoria citotóxicos se encontraron enriquecidos en la sangre periférica de pacientes con CCR en comparación con donantes sanos. De forma interesante, los análisis scRNA-seq/TCR-seq muestran que los clonotipos de linfocitos T CD4> de memoria citotóxicos están expandidos y compartidos entre sangre y tumor. En conjunto, nuestros datos indican que las células Tconv infiltrantes del tumor reconocen directamente a las células de CCR y se organizan funcionalmente en compartimentos circulante y residente tisular con perfiles citotóxicos y de agotamiento, respectivamente. Estos hallazgos respaldan el rol antitumoral y el potencial terapéutico de los linfocitos T CD4> en el CCR humano.

P069) EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Lobo, T.(2); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Objetivo: Evaluar la utilización de la intensificación del tratamiento con inhibidores de la vía del receptor de andrógenos (ARPI) y/o docetaxel en pacientes con cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (mCSPC), según la especialidad médica tratante.

Materiales y métodos: Se diseñó una encuesta dirigida a especialistas involucrados en el manejo del cáncer de próstata avanzado. La especialidad médica se categorizó como: urólogo solamente, oncólogo solamente, ambos (urología y oncología) y otras. Se analizaron de forma descriptiva las características de los pacientes y el uso de intensificación del tratamiento.

Resultados: La encuesta fue enviada a 120 especialistas en septiembre de 2024, con una tasa de respuesta del 87,5% (n=105; 90 urólogos, 10 oncólogos médicos y 5 radioterapeutas). El 60% trabajaba en instituciones públicas y privadas, 30% solo en privadas y 10% en públicas. En la atención directa de los pacientes, 16% fueron tratados solo por urólogos, 20% por oncólogos, 63% por ambos y 1,1% por otras especialidades. La mayoría reportó acceso y/o uso de PET-CT con PSMA. La primera línea más frecuente fue la terapia de privación de andrógenos (ADT) ± antiandrógenos de primera generación (>50%). El uso de ADT+docetaxel disminuyó con el tiempo, mientras que ADT+ARPI mostró un aumento progresivo. Los pacientes atendidos por oncólogos o equipos mixtos eran más jóvenes, con menos comorbilidades y mayor probabilidad de recibir intensificación, en comparación con aquellos tratados solo por urólogos. No obstante, en 2024 la intensificación se mantuvo baja: <40% en oncólogos o equipos mixtos y <15% en urólogos. En segunda y tercera línea, ADT+ARPI fue el régimen más prescrito (>50% en todas las especialidades).

Conclusiones: La intensificación en primera línea continúa infrautilizada en urología y oncología, pese a la evidencia de beneficio en supervivencia. En líneas posteriores, ADT+ARPI se consolidó como la estrategia predominante. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover una intensificación más temprana y homogénea, independiente de la especialidad tratante.

P070) MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT.

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: Los clips de polímero no absorbible (Hem-o-lok, Weck®), son una herramienta hemostática de uso rutinario en cirugía robótica y laparoscópica. En nuestra institución, se ha utilizado este tipo de clips para la hemostasia de los paquetes vasculares durante la prostatectomía robótica. En este estudio, presentamos una serie de casos de extrusión intravesical de clips Weck que se presentan como cálculos vesicales.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de nuestra serie institucional prospectiva entre el periodo 2013-2023. Los pacientes incluidos en el estudio requirieron intervención endoscópica para la extracción de clips Weck incrustados o impactados. Los datos primarios incluyeron el tipo de intervención requerida, el tiempo hasta la presentación y el número de presentaciones. También se investigaron la fuga anastomótica postoperatoria, la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria y el tiempo inicial de la operación.

Resultados: De los 570 hombres que se sometieron a prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (RALRP), 5 requirieron regresar al quirófano para la extracción de clips (1.2%). Los métodos de extracción incluyeron litotricia con láser y extracción con pinzas. Ninguno de los pacientes con migración de los clips, había presentado fuga de la anastomosis o mayor duración de la hospitalización. El sitio más común para la intrusión del clip fue el cuello de la vejiga. El numero promedio de clips migrados fue 5 (3-9)El tiempo promedio hasta la presentación fue de 1.75 años.

Discusión: La migración del clip Weck es una complicación reconocida de la prostatectomía radical asistida por robot. Los hombres con infecciones recurrentes del tracto urinario, síntomas molestos de micción o hematuria tras RALRP deben ser considerados para una evaluación cistoscópica.

P071) RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Nicolai, H.(1); Vargas, C.(2); Campos, M.(1); Fulla, J.(1); Larenas, F.(1); Pinto, F.(1); Ebensperger, M.(1); Seguel, O.(1); Cruz, P.(1); Navarro, L.(1); Vargas, F.(1);
(1): HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN, Santiago, CL (2): HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA, Santiago, CL

Introducción

La vigencia de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el 2004, generó un aumento del flujo de pacientes de cáncer de próstata (CP) en el Servicio de Urología del Hospital Clínico San Borja Arriaran (HCSBA), alcanzando una incidencia de 167 paciente en un año. Esto originó el proyecto de Registro Electrónico y Base de Datos, MEDLIGHT (Comité de Ética N° 1654/10) y un Policlínico Específico de Cáncer de Próstata para caracterizar determinantes clínicas y de sobrevivencia del CP en la "vida real".

Material y Método

Estudio prospectivo, observacional, de selección natural, con 423 pacientes registrados entre 2010-2016, seleccionando 310 con datos completos y comparables para estudio de sobrevivencia global en su relación con el estadio clínico inicial, variables como antígeno prostático, ISUP y TNM, clasificación de riesgo. El análisis estadístico se realizó estimando curvas de supervivencia con método de Kaplan Meier, docimando las diferencias mediante test de log-rank. Sobrevida a 5 y 10 años (a.) con IC 95%.

Resultados

La mediana de sobrevida global total fue de 12,6 a. En M0 (N=223) fue de 14,1 a.; con 90,1 %[85,4- 93,4] a 5 a. y 73% [66,7-78.4] a 10a. En estadio M1 (N=49) fue de 5,5 a.; con 51,0 % [36,4 – 63,9] a 5 a. y 20,5% [10,5-32,6] a 10 a. La función de sobrevivencia según terapias iniciales fue significativamente diferente, con sobrevivencia mediana de 17,0 a. en cirugía radical(CR).; 14,0 a. en radioterapia (RT); 6,2 a. en terapia deprivación androgénica (ADT). Las variables de condición de riesgo entre CR y RT fueron significativamente diferentes. La sobrevida a 5a. en ADT según ISUP, agrupados en (1,2 y 3) y (4,5) se diferencia significativamente, 73,9%[61,8-82,7] vs 43,8%[29,6-57,1] respectivamente. La Incidencia acumulada a 5 a. por CP en pacientes ≥75a. (N= 69) fue de 20,3%; mayor que en ≤75a. con 10.9%.

Conclusión

La supervivencia del CP en estadio M0 tratado con CR, es semejante a los buenos resultados de cifras internacionales. La diferencia de sobrevida entre CR y RT obedece a condicionantes clínicos diferentes. En el grupo etario mayor de 75 años habría candidatos que justifican su confirmación diagnóstica y tratamiento.

P072) RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO.

Sirebrenik, A.(1); Sirebrenik, Y.(2); Hassi, M.(1);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) constituye la fase más avanzada de la enfermedad, con limitadas alternativas tras la falla de hormonoterapia y quimioterapia. En este escenario, la terapia dirigida con radioligandos como 177Lu-PSMA-617 ha mostrado eficacia clínica y mejores resultados de supervivencia en estudios recientes.

Caso Clínico:

Se presenta el caso de un paciente masculino de 76 años con adenocarcinoma prostático diagnosticado en 2018, PSA >100 ng/mL y extensa enfermedad ósea. Tras recibir terapia de deprivación androgénica y 6 ciclos de docetaxel, alcanzó PSA nadir de 1,4 ng/mL en 2019. Posteriormente, se mantuvo con análogo de LHRH hasta 2022, cuando presentó progresión bioquímica (PSA 4,6 ng/mL) y radiológica. Se inició Abiraterona, sin lograr control de la enfermedad, con PSA en ascenso hasta 19,86 ng/mL en noviembre de 2023 y progresión tumoral en PET/CT PSMA de control.

Ante el fracaso de hormonoterapia y quimioterapia, en marzo de 2024 se inició 177Lu-PSMA-617, manteniendo Decapeptyl® y ácido zoledrónico. El paciente recibió 4 ciclos, con rápida y sostenida respuesta: PSA pretratamiento 19,86 ng/mL, 8,68 ng/mL posterior a primer ciclo, y 0,19 ng/mL tras el cuarto ciclo. El PET/CT PSMA de control (febrero 2025) informó desaparición completa de las lesiones metastásicas, obteniendo una respuesta metabólica y radiológica completa, sin toxicidades significativas.

Discusión y Conclusión:

La terapia con 177Lu-PSMA-617 se fundamenta en la sobreexpresión del PSMA en células tumorales, permitiendo la entrega selectiva de radiación beta. En el estudio VISION, se observó beneficio significativo en supervivencia global y libre de progresión, mientras que el estudio REALITY reportó respuestas completas en un subgrupo de pacientes. La selección adecuada de candidatos mediante PET/PSMA, la carga tumoral y el estado funcional previo del paciente son factores críticos de éxito del tratamiento.

Este caso ilustra el potencial de 177Lu-PSMA-617 para inducir respuestas completas incluso en pacientes con enfermedad refractaria, reforzando su valor como alternativa terapéutica en mCRPC. Futuras investigaciones deben estandarizar el número de ciclos, definir biomarcadores predictivos y explorar su uso en fases más tempranas de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de próstata, mCRPC, PSMA, lutecio, radioligando, supervivencia global.

P073) BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

Del Valle, F.(1); Fuentes Espinoza, A.(2); Vera Varela, G.(1); Gallegos Moran, H.(1); Arenas Kalil, J.(1); Alvarado Vázquez, P.(3); Rojas Ruz, P.(1); Bruzzone Correa, A.(4);
(1): Hospital Sotero Del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Sotero Del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital Sotero Del Rio, ,

Introducción: La biopsia prostática fusión (BpF) guiada por resonancia ha demostrado mejorar la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPCS), reduciendo el sobrediagnóstico de cáncer no significativo. En 2022 presentamos los resultados iniciales de su implementación en un hospital público. El presente trabajo amplía la serie, evaluando tres años de experiencia y su evolución en períodos consecutivos de seis meses. Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes sometidos a biopsia prostática entre octubre de 2021 y julio de 2025. Se analizaron variables demográficas y clínicas (edad, peso, talla, IMC, APE), hallazgos de resonancia (PI-RADS v2.0) y resultados patológicos (ISUP). Se definió CaPCS como ISUP ≥2. Para las comparaciones se utilizaron t-test o Mann-Whitney en variables continuas y chi-cuadrado en variables categóricas, considerando significativos los valores de p <0,05. Resultados: Se incluyeron 377 pacientes, de los cuales 209 correspondieron a biopsia fusión (BpF) y 168 a biopsia sistemática (BpS). Los pacientes de BpF presentaron una edad promedio menor (68,8 vs 71,4 años; p=0,002), mientras que el APE fue significativamente mayor en el grupo BpS (mediana 30 vs 9 ng/mL; p<0,001). La distribución de ISUP mostró diferencias significativas (p=0,0016), con mayor proporción de tumores de alto grado (ISUP 4–5) en el grupo BpS. El rendimiento global de la BpF alcanzó 71,3%, con detección de CaPCS en 51,7% y tasas progresivas según PI-RADS: 18,2% en categoría 3, 38,8% en 4 y 82,1% en 5. En la BpS, la detección global fue 70,8% y CaPCS 59,5%, sin diferencias significativas (p=0,156). No hubo variación durante los semestres evaluados. Conclusiones: Los pacientes derivados a BpS presentaron mayor edad, APE y más frecuencia de tumores de alto grado, lo que refleja un perfil clínico distinto respecto a quienes accedieron a biopsia fusión. Estas diferencias sugieren un sesgo de selección en la indicación de la técnica. La BpF mostró un rendimiento estrechamente asociado a la categoría PI-RADS, alcanzando la mayor utilidad en lesiones PI-RADS 5. Ambas técnicas se consolidan como complementarias en la práctica clínica, siendo factible y beneficiosa la implementación de la BpF en el sistema público de salud chileno.

P074) PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES

López Ponce De León, L.(1); Saldivia Zaror, D.(2); Moya González, F.(3); Larenas Huguet, F.(4); Gárate Paz, R.(3); Gallegos Méndez, I.(5); Acevedo Castillo, C.(6);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2):

Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (4): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (5): Anatomía Patológica, Universidad de Chile. Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (6): Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es clave en el diagnóstico del cáncer de próstata. Las lesiones PI-RADS 5 presentan alta probabilidad de corresponder a cáncer clínicamente significativo, con un valor predictivo positivo estimado entre 73% y 94%. Sin embargo, existen pocos estudios sobre el seguimiento de pacientes con lesiones PI-RADS 5 y biopsia negativa, y aún no hay consenso sobre su manejo. Este trabajo evalúa la evolución clínica de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo (2016–2024), que incluyó 109 pacientes con lesiones PI-RADS 5 en RMmp y biopsia transrectal negativa (sistemática y dirigida). Se revisaron bases clínicas, el registro civil y se realizó seguimiento telefónico para identificar nuevos diagnósticos de cáncer, rebiopsias o nuevas RMmp. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los 109 pacientes, se logró seguimiento clínico en 58 casos (54,7%), con una mediana de 43,8 meses (DE ±23,7). Quince pacientes no tuvieron control posterior con urólogo. Durante el seguimiento, 12 pacientes (20,7%) fueron reevaluados con RMmp y 30 (51,7%) controlados mediante antígeno prostático específico (APE). En 9 se observó APE elevado o en aumento. Se realizaron rebiopsias en 12 pacientes (20,7%), con diagnóstico de cáncer en 9 casos, lo que representa un 15,5% del total con seguimiento y un 75% entre los rebiopsiados. De estos, 8 casos (88,9%) correspondieron a cáncer clínicamente significativo (ISUP ≥ 2). La mortalidad global fue de 6,6%, sin fallecimientos atribuibles a cáncer.

CONCLUSIONES

En esta cohorte con lesiones PI-RADS 5 y biopsia inicial negativa, una proporción relevante fue posteriormente diagnosticada con cáncer, incluyendo casos clínicamente significativos. Sin embargo, la mayoría no evidenció progresión clínica ni fallecimientos relacionados durante un seguimiento prolongado. Estos resultados preliminares respaldan estrategias de seguimiento personalizadas, integrando evolución del APE, nuevas RMmp y rebiopsias dirigidas según criterios clínicos.

P076) BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS

Silva, M.(1); Larranaga, M.(2); Ortiz, F.(1); Valero, G.(1); Vera, N.(1); Silva, S.(3); Silva, T.(4); (1): Hospital FUSAT, Rancagua, Chile (2): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile (3): Interno Medicina Universidad Catolica, Santiago, Chile (4): Alumno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD

COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS

OBJETIVOS: Evaluar las características de 2 grupos de pacientes que se someten a biopsia de próstata en un mismo centro Hospitalario. (pacientes de la consulta privada y pacientes beneficiarios de nuestro hospital con controles rutinarios del PSA)

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de biopsia de próstata transrectal realizadas en Clínica Privada entre el 01 enero 2016 al 28 agosto 2025. Se evalúan en ambos grupos diferencias en edad, PSA previo a biopsia, numero de cilindros tomados ,Diagnóstico (cáncer no cáncer) , ISUP y riesgo del cáncer de próstata diagnosticado en cada grupo. Se realiza análisis de variables continuas con mediana y rango Inter cuadrático y para variables continuas se usó test de Mann Whitney . Para comparar variables categóricas se usó test de chi cuadrado y se fijo valor p menor 0.05 para determinar diferencias estadísticamente significativas

RESULTADOS: En el periodo en estudio se realizaron 1607 biopsias. Se completo recolección de todos los datos en 1494 pacientes, que son los que se consideran para este estudio . 867 son pacientes privados y 627 pacientes Institucionales. Edad mediana y el numero de cilindros similar en ambos grupos. Valor de PSA menor a 10: pacientes privados el 67 % v/s en 84,4 % en los pacientes Institucionales. El PSA mayor a 20 fue de un 13.2% en

los pacientes privados v/s en 2.7 % en los pacientes Institucionales. También encontramos diferencias significativas en el ISUP de la biopsia por punción: Pacientes privados un 24 % tienen ISUP 1 v/s un 35 % de los Pacientes institucionales , finalmente los pacientes presentan un cáncer de bajo riesgo en un grupo mayor en los pacientes Institucionales que los privados 32 v/s 24 %.

CONCLUSIONES: Los pacientes Institucionales, con mayor screening ,tienen al diagnostico una mayor proporción de PSA menor a 10 y una menor proporción de pacientes con PSA mayor a 20, Un ISUP menor, con diferencias estadísticamente significativas, por esto presentan una mayor proporción de canceres de bajo riesgo el momento del diagnóstico.

P077) IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA

Silva, M.(1); Ortiz, F.(1); Larranaga, M.(2); Vera, N.(1); Valero, G.(1); Silva, S.(3); Silva, T.(4); (1): Hospital FUSAT, Rancagua, Chile (2): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile (3): Interno Medicina Universidad Catolica, Santiago, Chile (4): Alumno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

IMPACTO DEL SCREENING PROSTÁTICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA

OBJETIVO: Evaluar las características de los canceres de próstata y tasas de mortalidad en una población cerrada, sometida a screening prostático mediante medicina laboral de los 45 a los 65 años y luego a controles anuales en medicina familiar y/ o urología.

MATERIAL Y MÉTODO: Se determinan tasas de mortalidad por cáncer de próstata en población masculina mayor de 50 años de Hospital Privado, según registros y se comparan con tasas de mortalidad nacional . Se evalúan las características de los canceres diagnosticados en los últimos 10 años en nuestro hospital. Se realiza análisis de variables continuas con mediana y rango Inter cuadrático y para variables continuas se usó test de Mann Whitney . Para comparar variables categóricas se usó test de chi cuadrado y se fijo valor p menor 0.05 para determinar diferencias estadísticamente significativas

RESULTADOS: En nuestro hospital fallecieron 12 pacientes por cáncer de próstata en los últimos 10 años . Las tasas de mortalidad de cáncer de próstata, ajustada en población mayor de 50 años fue de 30.3 x100.000 en el año 2015, 45.4 en el 2016, 30.3 el 2017, 15.2 el año 2018, 30.6 el años 2019, 0 los años 2020,2021 y 2022 y los años 2023 y 2024 fue cercana a un 15 %. Estos valores son menores que los nacionales, entre los años 2000 y 2020 vario entre 50 a 60 x 100.000 . En nuestro hospital en los

últimos 10 se han diagnosticado 305 pacientes con cáncer de próstata. Con un PSA previo a biopsia mediana de 6.4 ng/ml . Un 83.4 % tiene un PSA menor a 10 al momento del diagnostico y solo un 2.7% un PSA mayor a 20. En la biopsia por punción un 35 % tiene un ISUP 1, un 34.4 % un ISUP 2. Se consideran de bajo riesgo un 32.1 % y de riesgo intermedio un 45.2 % de los pacientes

CONCLUSION: El control y screening nos ha permitido tener canceres con características clínicas favorables para un adecuado tratamiento y tener tasas de mortalidad menores a las nacionales.

P078) LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE.

Piñats Diaz, N.(1); Cacho Olivares, J.(1); Mejías Briceño, A.(2); Marió Guzman, C.(3);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (3): Hospital Dipreca, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción:

La longitud de uretra membranosa (MUL), medida por resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp), se ha consolidado como predictor anatómico importante en la recuperación funcional de pacientes con cáncer de próstata operado, demostrando en diversos estudios que cada milímetro adicional de MUL se asocia a mayor probabilidad de continencia. Sin embargo, existen limitados estudios poblacionales que establezcan valores de referencia locales, en Chile solo estudios en pacientes con diagnóstico de cancer de prostata. El objetivo del trabajo fue caracterizar la MUL mediante RNMmp en cohorte multicéntrica de pacientes chilenos.

Material y métodos:

Se desarrolla estudio observacional, descriptivo, multicéntrico entre enero 2024 y junio 2025 en dos hospitales terciarios de Chile, incluyendo 550 hombres entre 45–75 años sometidos a RNMmp por sospecha o etapificación de cáncer de próstata (criterios PI-RADS-v2.1). Se excluyen estudios con artefactos imagenológicos, antecedente de radioterapia pélvica o cirugías prostáticas previas. La MUL se definió como distancia desde ápex hasta el borde proximal del bulbo uretral en plano sagital-T2, evaluada por radiólogo único. Se realiza cálculo de tamaño muestral para significancia estadística con un N=390 pacientes. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk), estadística descriptiva y correlación de Pearson.

Resultados:

La mediana de volumen prostático fue de 49,1cc; con predominio de categoría PIRADS-2 (46%), seguido por PIRADS-4 (22,2%) y 5 (19,1%). La MUL presentó media de 14,8 ± 4,3mm y mediana de 15mm (rango 4–29). Los percentiles poblacionales fueron: P10=9mm, P25=12mm, P50=15mm, P75=18mm y P90=20mm. En el análisis univariado, el volumen prostático se correlacionó positivamelente con MUL (r=0,26; p<0,001), aunque con fuerza débil. El test de Shapiro-Wilk descartó normalidad estricta (p=0,00088), pero la distribución se aproximó a una curva normal. El 52,7% de los pacientes de la serie presentó MUL≥15mm.

Conclusiones:

Este estudio constituye la serie más grande en Latinoamérica que caracteriza MUL por RNMmp. Los valores obtenidos respaldan aplicabilidad de umbrales internacionales en población chilena, aportando valores de referencia locales y reforzando la necesidad de integración de parámetros anatómicos adicionales para optimizar resultados funcionales. Son necesarios estudios comparativos para lograr determinar valor de corte que disminuye significativamente el riesgo de IO posterior a prostatectomía radical.

P079) RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Rojas, I.(3); Ramirez, G.(4); Bernier, P.(3); Orvieto, M.(3); Souper, R.(3); Otaola, H.(3); Westenenk, K.(3); Pinochet, R.(3); Barahona, D.(3);
(1): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (4): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La recidiva bioquímica (RBQ) del cáncer de próstata (CAP) constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. El PET/CT con PSMA ha demostrado mejorar la detección de recurrencia y orientar estrategias de rescate, aunque la evidencia nacional sobre su impacto sigue siendo limitada.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de una base institucional de pacientes con CAP sometidos a prostatectomía radical entre 2015 y 2022. Se incluyeron aquellos que presentaron RBQ, definida como PSA >0,2 ng/dl, y que fueron estudiados con PET/CT con PSMA. Los pacientes se estratificaron según la nueva clasificación de riesgo EAU: bajo riesgo (Gleason <8 y tiempo de duplicación de PSA [PSADT] >12 meses) y alto riesgo (Gleason ≥8 o PSADT ≤12 meses). Se evaluó el rendimiento global y por subgrupos de riesgo, la distribución anatómica de hallazgos (negativo, recurrencia local, compromiso ganglionar regional y metástasis a

distancia) y las estrategias terapéuticas adoptadas (radioterapia sola, radioterapia más terapia de deprivación androgénica, vigilancia u otros).

Resultados

Se incluyeron 79 pacientes. El PET/CT fue positivo en 50,6%. La distribución anatómica de hallazgos fue: sin lesión 49,4% (39/79), recurrencia local 16,5% (13/79), compromiso ganglionar regional 17,7% (14/79) y metástasis a distancia 16,5% (13/79). La positividad fue significativamente mayor en pacientes de alto riesgo EAU (70,4%) respecto de bajo riesgo (31,2%; p=0,006). En el subgrupo de alto riesgo con PET positivo predominó la intensificación mediante RT+TDA y tratamiento sistémico, mientras que en alto riesgo con PET negativo se indicó RT sola o seguimiento. En bajo riesgo, la RT sola fue la estrategia más frecuente, independiente del resultado del PET. Se observó tendencia hacia mayor intensificación en PET positivos (OR=2,79; p=0,136) y menor vigilancia (OR=0,24; p=0,092).

Conclusiones

El PET/CT con PSMA presentó un rendimiento global cercano al 50%, con mayor detección en pacientes de alto riesgo EAU. La distribución anatómica evidenció un predominio de compromiso local y ganglionar regional, aunque un 16,5% presentó metástasis a distancia. Los hallazgos influyeron en la decisión terapéutica, respaldando la implementación del PET/CT con PSMA en la práctica clínica nacional para el manejo de la RBQ

P080) INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

Arias, M.(1); Radic, N.(1); Gonzalez, F.(1); Schiappacasse, G.(1); Otaola, H.(1); Eltit, I.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La detección del cáncer de próstata clínicamente significativo mediante resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) sigue siendo un reto para el radiólogo. Recientemente, se han incorporado herramientas de inteligencia artificial (IA) para apoyar la interpretación de imágenes y mejorar la precisión diagnóstica. En nuestro centro, se implementó un software de IA como apoyo en la identificación de lesiones sospechosas y estimación del volumen prostático (VP). En este contexto, setuvo como objetivo evaluar sensibilidad y concordancia del puntaje PI-RADS asignado por el radiólogo y la IA en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, confirmado por histopatología.

Material y Métodos:
Estudio retrospectivo de 115 casos de pacientes sometidos a prostatectomía radical con

confirmación histológica de cáncer clínicamente significativo (Gleason ≥7, ISUP ≥2) entre enero de 2024 y abril de 2025. Se analizaron los puntajes PI-RADS asignados por el radiólogo y por el software de IA en la RMmp prequirúrgica, evaluando su sensibilidad para puntos de corte PI-RADS ≥3 y ≥4. Además, se analizó la concordancia de los puntajes PI-RADS de ambos métodos, así como también del VPestimado.

Resultados:
La edad promedio fue de 65 años, con un APE promedio de 6,43 ng/mL. El VP estimado por la IA fue de 46,7 mL, mientras que el informado por el radiólogo fue de 47,1 mL. Al considerar una puntuación PI-RADS ≥4 como indicativa de cáncer clínicamente significativo, la sensibilidad fue de 85.22% (IC 95%: 77.1%-91.0%) para el radiólogo y 86.09% (IC 95%: 78.1%-91.6%) para la IA; con PI-RADS ≥3, fue de 97.39% y 87.83%, respectivamente. Al considerar la puntuación más alta entre ambos métodos, la sensibilidad aumentó a 96.52% (PI-RADS ≥4) y a un 100% (PI-RADS ≥3). La concordancia entre ambos métodos fue moderada, con un valor kappa no ponderado de 0.3169. En cuanto a la correlación de Pearson para el VP fue alta y estadísticamente significativa (r= 0.94, p<0.001).

Conclusión:
El software de IA mostró un rendimiento diagnóstico comparable al del radiólogo, con una concordancia moderada. La combinación de ambos métodos aumentó la sensibilidad para detectar cáncer clínicamente significativo, especialmente en el umbral de PI-RADS ≥3.

P081) CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO

Rojas, A.(1); Westermeier, D.(2); Llaguel, M.(2); Walbaum, J.(1); Trucco, C.(1);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de próstata incidental (iPCa) diagnosticado tras cirugía de enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP). La literatura describe incidencias entre 5.6% y 23%, mayoritariamente de bajo grado (ISUP 1), aunque un subgrupo requiere tratamiento oncológico activo. En Latinoamérica la evidencia es limitada. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia y manejo de iPCa en pacientes post operados de HOLEP .

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a HoLEP en la Pontificia Universidad Católica de Chile (2010–2025). Se excluyeron casos con diagnóstico

previo de cáncer prostático. Se recopilaron variables clínicas, histológicas y terapéuticas. El análisis se efectuó con Stata 18 BE, aplicando regresión multinomial y curvas de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia según tratamiento.

Resultados:

De los 1061 pacientes operados, 56 (4.8%) presentaron iPCa en la biopsia operatoria, 100% fue adenocarcinoma, no se observaron diferencias significativas en volumen resecado entre HBP e iPCa (48 vs 52 g). Del grupo iPCa, la edad media fue 70.8 años, APE promedio 10 ng/dL (0.85 – 81 ng/dL) y tacto rectal sospechoso sólo en 8.9%. En cuanto a ISUP, 50% correspondió a grado 1, 28.6% a grado 2, 3.6% a grado 3 y 4, y 14.3% a grado 5. El 75% se presentó con enfermedad localizada, 8% localmente avanzada (N1) y 17% metastásica (M1). La edad avanzada se asoció con mayor probabilidad de ISUP alto, en particular ISUP 5 ($p=0.007$). Se evidenció asociación significativa entre ISUP y tipo de tratamiento (Chi^2 $p=0.005$, Fisher $p<0.001$). En el análisis de supervivencia, los pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia o prostatectomía radical mostraron una mejor sobrevida libre de enfermedad comparados a los manejados con vigilancia activa ($p<0.05$).

Conclusiones:

En esta cohorte, la incidencia de iPCa fue de 4.8%, inferior a la descrita internacionalmente. Aunque predominó ISUP 1–2, un 18% correspondió a ISUP ≥3 y un 17% presentó metástasis al diagnóstico, confirmando la relevancia clínica del hallazgo. La edad y el grado histológico influyeron significativamente en la elección terapéutica y el pronóstico. Los tratamientos con intención curativa demostraron mejores resultados en sobrevida libre de eventos en comparación con la vigilancia activa.

P082) INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Bravo, J.(1); Lay, R.(2); Parrao, D.(2); Guerrero, R.(2); Saavedra, C.(2); Larrañaga, M.(1); Valero, G.(1);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción

La resonancia magnética (RNM) ha mostrado mayor precisión que el tacto rectal (TR) en la estadificación T del cáncer de próstata (80% vs 60%), aunque no está establecido si esta diferencia se traduce en mejores resultados oncológicos. Pese a ello, las guías internacionales continúan recomendando el TR para la determinación del estadio T en el

sistema TNM. Este estudio compara la precisión diagnóstica de TR y RNM en la estadificación del cáncer de próstata, evaluando su concordancia con la pieza quirúrgica y su impacto en los resultados oncológicos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a 67 pacientes sometidos a prostatectomía radical. Se examinaron variables demográficas y clínicas como la edad, el antígeno prostático específico (APE), el volumen de la próstata y el tamaño tumoral. Se evaluaron estas variables, con la concordancia y la recidiva bioquímica (RBQ), metástasis y mortalidad. Los datos se analizaron mediante pruebas estadísticas como Chi-cuadrado, Mann-Whitney U, con una significancia de $p<0.05$.

Resultados

La edad promedio fue de 62.1 años, APE preoperatorio 8.8 ng/ml, un volumen de 43.1 cc y una lesión de 18.5 mm. En cuanto a la clasificación, la RNM mostró alta concordancia con los hallazgos patológicos, alcanzando 94% para tumores de etapa T2 o mayor, en comparación con solo un 6% para el TR. No se encontró una relación estadística entre la discordancia en la clasificación y metástasis o mortalidad. Sin embargo, la RNM sí mostró relación significativa con la RBQ: cuando no coincidía con la patologica, el riesgo de recidiva aumentaba (42.4% frente a 14.8%; $p=0.020$). Además, se observó que el 21.42% de los pacientes subestimados como

Conclusión

El estudio concluye que, si bien no existe buena concordancia entre el estadio T por TR, no se traduce en peores resultados oncológicos. Si se vio que la concordancia entre RNM y biopsia se refleja en RBQ, y se vio que la sub-etapificación podría influir en los resultados oncológicos. Por estos resultados creemos que la etapificación T debería usar RNM en vez del TR.

P083) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL

Gallardo, I.(1); Navarrete, M.(2); Oyanedel, F.(3); Cañoles, R.(4); Olmos, C.(5); Carpio, J.(6); Ebel, L.(3); Toledo, H.(3);
(1): Médica EDF, CESFAM Máfil, SSLR, Valdivia, Chile (2): Residente Urología, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (3): Clínica Costanera Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (4): Clínica Costanera Valdivia, Valdivia, Chile (5): Radiólogo, Clínica Costanera Valdivia, Valdivia, Chile (6): Anatomopatólogo, HISTOVALD - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción:

La biopsia dirigida con resonancia multiparamétrica (RNMmp) mejora la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs) y reduce el hallazgo de tumores indolentes frente a la biopsia sistemática. Presentamos la experiencia inicial de esta técnica utilizando la plataforma KOELIS Trinity ®.

Material y Métodos:

Serie descriptiva retrospectiva de 82 biopsias realizadas entre agosto 2024 y agosto 2025. Todas fueron transrectales. La RNMmp fue revisada por un radiólogo especializado, las biopsias efectuadas por dos operadores y la histología evaluada por un único patólogo. Se analizaron edad, PSA, volumen prostático, PI-RADS v2.1, cilindros dirigidos, resultados histopatológicos (ISUP) y complicaciones (Clavien–Dindo). CPcs se definió como ISUP ≥2.

Resultados:

La edad promedio fue 65,8 años (DE ±9,0). El PSA tuvo una mediana de 7,6 ng/mL (RIC 5,4–10,8) y el volumen prostático una mediana de 59 mL (RIC 42–73). Distribución PI-RADS: 2 (n=1), 3 (n=5), 4 (n=56) y 5 (n=20). Se obtuvieron en promedio 4 cilindros dirigidos por lesión (RIC 4–5).

Se diagnosticó cáncer en 54/82 pacientes (65,9%). El CPcs se identificó en 31/82 (37,8%): 8 casos detectados solo por la dirigida, 6 solo por la sistemática y 17 por ambas.

En cuanto a seguridad, se registró una complicación (1,2%), correspondiente a prostatitis aguda tratada ambulatoriamente (Clavien–Dindo II), sin hospitalización.

Conclusiones:

La biopsia prostática por fusión resultó factible y segura, con un buen rendimiento diagnóstico y una baja tasa de complicaciones. En esta experiencia inicial, la biopsia dirigida aportó la mayoría de los diagnósticos exclusivos, aunque la combinación con la sistemática permitió maximizar la detección. Estos resultados, concordantes con la evidencia internacional, respaldan la viabilidad de la técnica en un centro regional y su potencial para optimizar el diagnóstico de cáncer de próstata clínicamente significativo.

Palabras clave: cáncer de próstata; biopsia por fusión; PI-RADS; ISUP; complicaciones.

P084) IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA.

Rojas Aravena, M.(1); Venegas, J.(2);
(1): Hospital Naval Almirante Nef / Clínica Bupa Reñaca, Viña del Mar, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren / Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia maligna más frecuente en hombres y una causa importante de mortalidad. La terapia de deprivación androgénica (TDA) es el tratamiento estándar en enfermedad avanzada, pero su uso se asocia a alteraciones metabólicas, como dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), además de un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Objetivo: Analizar la relación entre la TDA y la aparición de alteraciones metabólicas y eventos cardiovasculares en pacientes con CaP. Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en el Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso, Chile). Se incluyeron pacientes con CaP tratados con TDA entre enero de 2022 y diciembre de 2024, sin antecedentes de dislipidemia ni DM2, y con al menos dos controles de perfil lipídico y glucemia durante el seguimiento. Se evaluaron cambios en glucemia, perfil lipídico e incidencia de infarto agudo al miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV). Resultados: Se analizaron 265 pacientes (edad promedio 72 años). La incidencia acumulada de dislipidemia fue 10,9% a los 3 meses, 12,1% a los 6 meses y 12,8% a los 12 meses (p=0,629). La glucemia alterada en ayunas se observó en 18,1% a los 3 meses, 24,5% a los 6 meses y 26,8% a los 12 meses (p<0,05). La incidencia acumulada de DM2 fue 1,9% a los 3 meses, 4,2% a los 6 meses y 7,2% a los 12 meses. La incidencia acumulada de eventos cardiovasculares mayores (IAM/ACV) a 12 meses fue 2,2%, sin diferencias significativas entre agonistas (2,0%) y antagonistas (8,3%) de GnRH (p=0,25). Conclusiones: La TDA en CaP se asocia con un incremento progresivo de alteraciones metabólicas y con un riesgo cardiovascular no despreciable en el primer año de seguimiento. Aunque sigue siendo un tratamiento esencial en la enfermedad avanzada, su impacto requiere monitoreo riguroso desde etapas tempranas e implementación de estrategias preventivas. Modificaciones en el estilo de vida y apoyo farmacológico pueden mitigar estos riesgos. Se requieren estudios prospectivos y con mayor poder estadístico para optimizar el equilibrio entre eficacia oncológica y seguridad metabólica.

P085) FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS

Carafi Laso, A.(1); Ruiz Espinosa, T.(1); Vilches Páez, R.(2);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Abstract:

Introducción:

El cáncer de próstata ISUP 2 representa un grupo heterogéneo, donde la evaluación inicial de riesgo puede ser subestimada. Dado su buen pronóstico oncológico, un subgrupo de estos pacientes (cT2) son buenos candidatos para tratamientos no radicales: vigilancia activa y/o terapia focal. La identificación de factores predictivos de características patológicas adversas (upgrading y upstaging) es fundamental para optimizar las decisiones terapéuticas y consejería del paciente.

Objetivo:

Identificar factores clínicos y bioquímicos asociados a upgrading y/o upstaging en pacientes T2/ISUP 2 sometidos a prostatectomía radical.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo multicéntrico de 168 pacientes con adenocarcinoma prostático ISUP2/T2, sometidos a prostatectomía radical entre 2017-2024. Se analizaron variables preoperatorias: edad, PSA, D-PSA, volumen prostático, porcentaje de cilindros comprometidos y % mayor de compromiso de cilindro, PIRADS y estadío clínico por resonancia magnética (rmT). El upgrading se definió como aumento a ISUP ≥3 y el upstaging como estadio patológico ≥pT3. Se realizó análisis uni y multivariado. Se utilizó para el análisis el programa estadístico IA Perplexity.

Resultados:

De 168 pacientes (edad 49-77 años), 46 (27,4%) presentaron upgrading a ISUP ≥3 y 45 (26,8%) upstaging a ≥pT3. En 24 casos (14,3%) ocurrieron ambos eventos simultáneamente. El análisis uni y multivariado mostró asociación significativa entre densidad de PSA elevada, mayor porcentaje de cilindros comprometidos, PIRADS ≥4 y ambos desenlaces adversos.

Conclusiones:

Una proporción significativa de pacientes con ISUP 2 experimenta upgrading o upstaging tras la prostatectomía radical. La densidad de PSA, el porcentaje de cilindros comprometidos y el PIRADS ≥4 emergen como predictores fiables que deben considerarse en la estratificación del riesgo y selección terapéutica.

Palabras clave: Cáncer de próstata, ISUP grade group 2, upgrading, upstaging, D-PSA.

P086) METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Islas, N.(2); Testa, I.(2); Rojas, V.(2); Guerrero, P.(2); Calderón, D.(2); Morales, C.(2); Rojas, J.(2);
(1): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) es el tumor maligno más frecuente en hombres adultos a nivel mundial. Frecuentemente metastatizan a ganglios pélvicos, hueso, pulmón e hígado, siendo infrecuente diseminación hacia genitales.

Se presentan dos casos de CaP con metástasis en testículos, escroto y pene.

Casos clínicos

Primer caso: Hombre de 81 años, CaP ISUP 3, tratado con prostatectomía radical en 2001. Recidiva bioquímica el 2016 recibiendo radioterapia. Controles irregulares, PET-PSMA 2020 mostró nódulo en rama isquiática izquierda sugerente con metástasis asociado PSA 7.2ng/mL, indicándose TDA permanente.

Durante seguimiento presenta progresión de PSA 0.3ng/ml (2022) a 2.77ng/ml (2024). Además refiere lesiones escrotales y aumento de consistencia testicular. Ecografía mostró nódulos escrotales y ambos testículos heterogéneos, con áreas hipoecogénicas e hipervascularización, sugerente de linfoma.

Se realiza orquiectomía bilateral y nodulectomía escrotal. Biopsia confirma infiltración CaP. PET-PSMA posterior, sin recidiva local, con lesión ósea en húmero sugerente de metástasis, iniciándose ARPI.

Segundo caso: Hombre de 91 años, CaP ISUP 5 diagnosticado el 2016, no metastásico, PSA inicial 64ng/ml. Al diagnóstico recibe radioterapia y posteriormente TDA hasta el 2020.

Controles irregulares, retoma en 2024 con PSA 24ng/ml. Refiere lesión en pene. Al examen, lesión pétrea que impresiona comprometer desde glande hasta base peneana derecha.

Se realiza biopsia de glande, prepucio y cuerpos cavernosos, informa tejido infiltrado por adenocarcinoma, compatible con metástasis prostática. Se realiza TAC AP, sin diseminación. Se decide TDA permanente, cuidados paliativos y radioterapia local según en caso de síntomas.

Discusión

Las metástasis de CaP a pene son <0.3%, con cerca de 300 casos publicados. Por su lado, las testiculares, alcanzarían un 2.5% en estudios de autopsia, siendo rara su presentación clínica y excepcionalmente bilateral. Su diseminación se explicaría por diferentes teorías, entre ellas vía hematógena o linfática retrógrada.

Ambos casos hablan de estadío avanzado y plantean un desafío diagnóstico por su baja prevalencia y similitud del cuadro clínico con neoplasias primarias. En la literatura nacional existen escasos reportes.

La descripción de estos casos contribuye a pensar en este diagnóstico diferencial en la evaluación de pacientes con sospecha de neoplasia primaria genital en presencia de CaP.

P087) CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA

Gárate, S.(1); Merino, M.(1); Claro, A.(1); Ebel, L.(2); Foneron, A.(2); Foneron, A.(2); Troncoso, L.(2); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2); Flores, F.(2); Navarrete, M.(1); Cuevas, P.(1); Olmos, C.(2); (1): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (2): Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata incidental (CPI) se define como el hallazgo de cáncer de próstata en cirugías por crecimiento prostático con estudios previos negativos. El objetivo de este estudio es comparar el diagnóstico de CPI en la biopsia operatoria de pacientes con patología benigna desde la introducción de la resonancia magnética multiparamétrica de próstata (mpMRI) hasta la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó 1.331 pacientes que se realizaron cirugías por crecimiento prostático del 2015 al 2025. Para ello los grupos estudiados se dividieron en dos períodos: 2015 – 2019 (n=844) y 2020 – 2025 (n=487). Se confeccionó una base de datos en SPSS Statistics® y se compararon los grupos según la realización de mpMRI. También se evaluaron variables secundarias como: biopsias preoperatorias, antígeno prostático (PSA) y clasificación de riesgo basada en ISUP.

RESULTADOS

Se identificaron 69 pacientes con CPI (5,1%). Por períodos: 37 (4,4%) en 2015-2019 y 32 (6,6%) en 2020-2025. El PSA promedio en pacientes con CPI fue de 17,1 ng/mL en el primer período y de 6,0 ng/mL en el segundo. En cuanto al uso de mpMRI encontramos que aumentó de 7 pacientes en el primer período a 56 en el segundo. Al enfocarlo al CPI había 1

y 6 pacientes con mpMRI en el primer y segundo período. El promedio de biopsias preoperatorias fue de 2 (rango 0-3) en 2015-2019 y 1 (rango 0-1) en 2020-2025. En cuanto a ISUP > 2, en el primer período hay 19 pacientes y 14 pacientes en el segundo, de ellos, corresponden a 7 (21,2%) y 2 (7,1%) pacientes con ISUP 5.

CONCLUSIONES

La incidencia del CPI no ha variado con la introducción de la mpMRI en el estudio preoperatorio. Sin embargo, se observó una disminución en el hallazgo del cáncer clínicamente significativo (ISUP > 2), encontrando una prevalencia mayor de cáncer de alto y muy alto riesgo en el período previo al uso rutinario de la mpMRI.

P088) LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO

Gil, A.(1); Henríquez, D.(2);
(1): Universidad de Chile - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile - Urofusión, Santiago, Chile

Introducción

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp), mediante la clasificación PI-RADS, permite identificar qué pacientes con lesiones prostáticas requieren biopsia. Las lesiones PI-RADS 3 presentan una tasa de cáncer clínicamente significativo (CaCS) cercana al 10–17%, lo que puede conducir a biopsias innecesarias. Se han propuesto como principal factor predictor de CaCS la densidad del antígeno prostático (PSAD ≥0,15).

Objetivo

Evaluar la utilidad del antígeno prostático (PSA), densidad de antígeno prostático (PSAD) y volumen prostático como predictores de cáncer clínicamente significativo en lesiones PI-RADS 3.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a 327 pacientes con lesiones PI-RADS 3 sometidos a biopsia por fusión entre febrero 2022 y julio 2025. Se recopilaron variables clínicas e imagenológicas: Edad, antígeno prostático (PSA), densidad de antígeno prostático

(PSAD), volumen prostático y tamaño de la lesión. Los resultados se clasificaron según ISUP, definiendo CaCS como ISUP ≥2. Se aplicó regresión logística binaria y curvas ROC con software Jamovi v2.7.6.0.

Resultados

La mediana de edad fue 66 años (RIQ 60–71), PSA 7,3 ng/mL (RIQ 5,41–11,02), volumen prostático 58 cc (RIQ 43–76) y PSAD 0,14 ng/mL/cc (RIQ 0,09–0,19). Se diagnosticó cáncer en 80 pacientes (24,4%), siendo 46 (14,0%) clínicamente significativos. La PSAD se asoció significativamente con CaCS (OR 1,28 por cada 0,1; IC95% 1,04–1,56; p=0,018), mientras que el PSA y el tamaño de la lesión no mostraron asociación. En el análisis ROC, la PSAD tuvo un AUC de 0,67 (IC95% 0,59–0,74; p<0,001). El punto de corte óptimo fue PSAD ≥0,12 (sensibilidad 80%, especificidad 47%); PSAD ≥0,15 mostró sensibilidad del 61% y especificidad del 62%. Un volumen prostático <60 cc se asoció significativamente con mayor riesgo de cáncer clínicamente significativo (OR 0,22; IC95% 0,10–0,48; p<0,001).

Conclusión

Las lesiones PI-RADS 3 presentan una baja pero relevante tasa de CaCS. La PSAD ≥0,12 y un volumen prostático <60 cc fueron predictores significativos, respaldando su utilidad para optimizar la indicación de biopsia en estos casos.

P089) PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Fernandez, M.(1); Bustamante, A.(1); Labra, A.(1); Barahona, D.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La indicación de linfadenectomía en pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio–alto y PET PSMA negativo sigue siendo tema de debate. Tradicionalmente se ha guiado por nomogramas clínicos, aunque actualmente existe una tendencia a considerar la etapificación con PET PSMA. Conocer su valor predictivo negativo (VPN) es fundamental para estimar el riesgo de enfermedad oculta.

Materiales y métodos:
Se analizaron 167 pacientes consecutivos sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía extendida entre 2019 y 2024, todos con PET PSMA preoperatorio. Se recopilaron variables clínicas y patológicas. El estado ganglionar definitivo (pN) se determinó por histopatología, utilizada como referencia. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y VPN del PET PSMA. La mediana de ganglios extraídos se reportó como indicador de calidad quirúrgica.

Resultados:
El PSA mediano fue 6,6 ng/mL, el volumen prostático 44,5 cc y la densidad de PSA 0,15 ng/mL/cc. El 46,1% de la cohorte presentó compromiso ganglionar (pN1). El PET PSMA fue negativo en 145 pacientes (86,8%) y positivo en 22 (13,2%). Entre los negativos, 111 fueron verdaderos negativos y 34 falsos negativos, con un VPN de 76,6%. Entre los positivos, 12 fueron verdaderos positivos y 10 falsos positivos, con un VPP de 54,5%. La sensibilidad fue 26,1% y la especificidad 91,7%. La mediana de ganglios resecados fue 24 (RIC 19–32), asegurando una adecuada extensión de la linfadenectomía y reduciendo la posibilidad de subestadificación.

Conclusión:
El PET PSMA mostró alta especificidad y un VPN aceptable para descartar compromiso ganglionar. Sensibilidad y VPP no pueden analizarse en forma concluyente debido al sesgo de selección, ya que muchos pacientes con PET positivo no son sometidos a cirugía. En consecuencia, el VPN se posiciona como el principal aporte del examen en este escenario, aunque un resultado negativo no excluye enfermedad y la linfadenectomía extendida sigue siendo obligatoria cuando está indicada por nomogramas clínicos.

P090) EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Garcia Becerra, C.(1); Arias Gallardo, M.(1); Juarez Garcia, J.(1); Soltero Molinar, V.(2); Parra Camaño, L.(1); El Rassi, A.(3); Garcia Gutierrez, C.(1);
(1): Urovallarta, Puerto Vallarta, México (2): Universidad Autonoma de Guadalajara, Guadalajara, México (3): Universidad Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) representa la segunda neoplasia maligna más diagnosticada en hombres. Su elevada morbi>mortalidad y la importancia de un diagnóstico temprano y preciso para implementar tratamientos focales o mejorar los resultados quirúrgicos justifican la continua búsqueda de nuevas herramientas diagnósticas. En ese contexto, el microultrasonido (microUSG) ha emergido como una alternativa o complemento

prometedor a la resonancia magnética multiparamétrica (RMMp) para el cribado de CaP sospechoso. Este estudio se propone evaluar la precisión diagnóstica del microUSG en cáncer de próstata clínicamente significativo mediante modelos bivariados.

Material y Métodos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo PRISMA y PICOTT en PubMed, Cochrane Central y ClinicalTrials.gov, incluyendo estudios prospectivos (2012>2025, en inglés) que evaluaran CaP clínicamente significativo con referencia histopatológica. Se descartaron trabajos sin seguimiento o incompletos, y se evaluó el riesgo de sesgo con QUADAS>2. Se aplicaron dos metaanálisis: uno bivariado (modelo de efectos aleatorios según Reitsma et al., varianza inversa y estimación de τ^2 por REML) para estimar sensibilidad, especificidad, AUC y curva sROC; otro univariado (efectos aleatorios con DerSimonian>Laird) para estimar cocientes de verosimilitud positivo y negativo, y la razón de momios diagnóstica. Se evaluó heterogeneidad con I^2 (> 50>% como significativa), se utilizó RStudio con el paquete "mada", y se consideró significativo un valor p <>0.05.

Resultados

De 479 estudios iniciales, tras aplicación rigurosa de criterios, se incluyeron 8 estudios con un total de 2>626 pacientes. El modelo bivariado, obtuvo una sensibilidad de 0.86 (IC>95>%:>0.78–0.92; I^2>=>65.7%), especificidad de 0.24 (IC>95>%:>0.16–0.35) y AUC de 0.60. El análisis univariado, obtuvo un cociente de verosimilitud positivo de 1.15 (IC>95>%:>1.02–1.29), negativo de 0.54 (IC>95>%:>0.29–1.02) y la razón de momios diagnóstica de 2.19 (IC>95>%:>1.01–4.77).

Conclusiones

El microUSG demostró una sensibilidad para CaP clínicamente significativo (≈0.86) comparable a la reportada para RMMp en la literatura, y sus valores de cocientes de verosimilitud lo posicionan como una herramienta útil para cribado más que para confirmación diagnóstica.

P091) CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA?

Salazar Campos, V.(1); Lyon, J.(1); Mardonez, P.(2); Testa, I.(3); Oyanedel, P.(3); Durán, L.(3); (1): Residente Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (2): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Urólogo,Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Actualmente, la sospecha Cáncer de Próstata(CP) clínicamente significativo (ISUP ≥2) exige confirmación histológica. Dado los riesgos y retraso en tiempos de diagnóstico que implica la biopsia, se está evaluando la combinación de PET-CT-PSMA y RNM con la finalidad de evitar la realización de la biopsia de próstata en este grupo de pacientes. El PET-CT-PSMA por sí solo muestra buena sensibilidad (0,89), su especificidad es limitada (0,56). La combinación con RMN aumenta significativamente la sensibilidad diagnóstica (97% vs. 83%). En este contexto, se presenta la experiencia en pacientes sometidos a biopsia, RNM y PET-CT-PSMA, y su correlación con ella frente al PET y la RNM en CP de riesgo intermedio desfavorable/alto riesgo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes que se realizaron PET-CT-PSMA y RNM por sospecha de CP con biopsia(+) de CP riesgo desfavorable(RID) y alto riesgo(AR). Se consideró positivo las RNM con PIRADS ≥ 3 y PET-CT-PSMA con SUVmax ≥ 5.7

Resultados: Total de 41 pacientes. La RNM fue positiva el 98% y el PET-CT-PSMA en 90%. Se analizaron en 4 grupos:

RNM(+) y PET-CT-PSMA(+)= 36 (87%) pacientes tuvieron CP intermedio/desfavorable o superior. El APE total y SUVMax promedio fueron 14.4 y 13.3 respectivamente.

RNM(-) y PET-CT-PSMA(-): No hubo ningún paciente con biopsia CP intermedio/desfavorable o alto riesgo.

RNM(-) y PET-CT-PSMA(+): Solo hubo 1(2%) paciente. Tenía un APE total de 9 y fue de alto riesgo. Tenía un SUVmax de 41.

RNM(+) y PET-CT-PSMA(-): Fueron 4(9%) pacientes. El APE total y SUVMax promedio fueron 6.4 y 3.8 respectivamente. 3(75%) de ellos tuvieron ISUP ≥ 4 en la biopsia CP.

Conclusión:

En nuestra casuística, no se encontraron pacientes con CP intermedio/desfavorable o alto riesgo si ambos exámenes fueron negativos, esto permite plantear la necesidad de la biopsia en aquellos pacientes con sospecha de CaP que tengan RNM o PET-CT-PSMA (+), reservando el poder prescindir de la biopsia exclusivamente en pacientes que cumplan con RNM no sospechosa y PET-CT-PSMA (-).

P092) CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Campos, D.(1); Mogollon, J.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción
Para definir el tratamiento del cáncer de próstata es esencial que el resultado de la biopsia coincida con el hallazgo definitivo de la prostatectomía radical. Sin embargo, es frecuente que exista una diferencia en la clasificación del Gleason Grade Group (ISUP), lo que puede implicar un subdiagnóstico o sobrediagnóstico. La resonancia multiparamétrica y la biopsia por fusión se han propuesto como métodos más precisos para detectar cáncer clínicamente significativo (csPCa, ISUP ≥2). El objetivo fue comparar la concordancia de estas técnicas con la histología definitiva y evaluar la relación entre PIRADS y la presencia de csPCa.

Material y métodos
Se analizaron pacientes operados entre 2019 y 2025 con prostatectomía radical. Se incluyeron 157 con biopsia sistemática y 153 con biopsia por fusión previa. Se calculó la concordancia entre el ISUP de la biopsia y el de la pieza quirúrgica, además de la frecuencia en que la biopsia subestimó (upgrading) o sobrestimó (downgrading) el tumor. También se analizó la relación entre PIRADS y csPCa.

Resultados
La biopsia sistemática coincidió con la histología definitiva en poco más de la mitad de los casos (51,6%). En uno de cada tres pacientes (31,2%) subestimó la agresividad del tumor, y en casi uno de cada cinco (17,2%) la sobrestimó.
La biopsia por fusión mostró resultados muy similares: coincidió en el 52,9%, redujo levemente el subdiagnóstico (27,5% vs. 31,2%) y aumentó ligeramente el sobrediagnóstico (19,6% vs. 17,2%).
El puntaje PIRADS se relacionó estrechamente con la presencia de csPCa: desde 7 de cada 100 pacientes en PIRADS 2, hasta casi 27 de cada 100 en PIRADS 5.

Conclusiones
Ambas técnicas mostraron concordancia moderada con la histología definitiva. La biopsia por

fusión redujo discretamente el subdiagnóstico, aunque sus resultados se parecen a los de la sistemática, en parte porque muchas muestras se superponen entre ambas técnicas. Esto explica que las diferencias no sean mayores. Por otra parte, PIRADS se confirmó como un predictor robusto de cáncer clínicamente significativo y una herramienta clave en la estratificación diagnóstica.

P093) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA.

Ávila, C.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Vilches, R.(2); Miranda, M.(3); Olmedo, T.(4);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Servicio de Radiología, Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:
La incontinencia urinaria (IU) es la principal complicación tras una prostatectomía radical (PR), independientemente al abordaje utilizado. Entre los factores asociados con IU post PR, se ha descrito la longitud de la uretra membranosa (LUM). La masificación de la resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp) ha permitido evaluar mejor el riesgo de desarrollar IU tras la intervención quirúrgica.

Objetivo:
Establecer una asociación entre LUM por RNMmp e IU en pacientes sometidos a PR en 3 centros de Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:
Estudio multicéntrico, analítico, retrospectivo, en pacientes con cáncer de próstata (CaP) sometidos a PR con RNMmp preoperatoria entre Julio 2020 y Junio 2024. Se registraron características clínicas basales. Se registró la LUM medida por un único radiólogo experto y se comparó la asociación con IU en el seguimiento postquirúrgico.

Resultados:
Se analizaron 46 pacientes sometidos a PR, 20 laparoscópicos y 26 abiertos. La mediana de LUM fue de 15 mm (rango 7-20mm). Se >>realizó una curva ROC que mostró que la LUM medida por RNMmp predice continencia a un año con un AUC de 0.645. El punto de corte óptimo fue de 12.5 mm, con sensibilidad del 82.6% y especificidad del 53.8%. El análisis de tablas de contingencia mostró una asociación significativa entre una LUM≥12.5 mm y la continencia a un año (χ^2=4.19, p=0.041). El 76% de los pacientes con LUM ≥12.5 mm fueron continentes, en comparación con el 41.7% de aquellos con LUM <12.5 mm. No se encontró

asociación entre la LUM y la continencia a los 3 y 6 meses. Al comparar continencia según vía de abordaje, no se encontró diferencia entre cirugía abierta versus laparoscópica (p=0.2).

Discusión:
Según nuestra experiencia, la medición de LUM previo a PR se relaciona con la incidencia de IU postoperatoria, siendo un predictor de la continencia a los 12 meses independiente de la vía de abordaje quirúrgico. La medición de esta variable previo a la cirugía puede ser una herramienta relevante al momento de la toma de decisión del tipo de manejo del CaP localizado.

P094) SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES

Garcia Becerra, C.(1); Arias Gallardo, M.(1); Juarez Garcia, J.(1); Soltero Molinar, V.(2); Parra Camaño, L.(1); Garcia Gutierrez, C.(1);
(1): Urovallarta, Puerto Vallarta, México (2): Universidad Autonoma de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción y objetivos

El cáncer de próstata (CaP) es la segunda neoplasia más diagnosticada en hombres. La biopsia transperineal ha ganado relevancia actual como alternativa, principalmente por su mayor seguridad. Este estudio busca evaluar el porcentaje de complicaciones asociado a la biopsia transperineal con fusión cognitiva (BTP) y buscar posibles factores predictores de dichas complicaciones.

Métodos:

Se condujo un estudio transversal en un único centro, siguiendo la guía STROBE. Se incluyó pacientes biopsiados entre 2024 y 2025, identificados por antigeno prostatico especifico y resonancia multiparamétrica. Todas las BTP se realizaron sin profilaxis antibiótica, utilizando equipo Toshiba Noblus con transductor transrectal biplanar, aguja coaxial, pistola Magnum y guías SurFire o Perino Flex. Los pacientes llegaron en ayuno y previa dosis de laxante; fueron colocados en posición de litotomía bajo sedación y anestesia local.

El análisis estadístico incluyó: correlación de Pearson o Chi-cuadrada según variable; regresión logística simple y multivariante, ajustadas por máxima verosimilitud (corte en 0,5). La comparación de modelos se basó en curvas ROC, AUC, AIC y BIC. Se definió significación estadística para $p < 0,05$. El software empleado fue RStudio y Jamovi.

Resultados

Se incluyo a 84 pacientes, de los cuales se registraron 15 (17.8%) con hemospermia, 5 (5.9%) con dolor postoperatorio, 2 (2.3%) con retención urinaria aguda (RAO), mientras que se registraron 0 (0%) con infecciones postquirúrgicas.

En el análisis bivariado, se encontró correlación significativa entre hipertensión arterial sistémica (HAS) y hemospermia ($p < 0,001$), HAS y dolor ($p < 0,001$), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y RAO ($p = 0,005$), y HAS con RAO ($p < 0,001$). La correlación de Pearson mostró asociación entre volumen prostático y RAO ($r = 0,34$; $p = 0,009$).

Los modelos logísticos más ajustados presentaron AUC superiores a 0,80. El modelo con mayor AUC (0.98), fue para RAO, incluyendo volumen prostático, DM2 y edad, con un Odds Ratio de 1,08 (IC 95%: 0,96–1,22).

Conclusiones

La BTP mostró una baja incidencia de complicaciones, siendo hemospermia (17,8%) la mas frcuente y sin infecciones. Aunque el volumen prostático se asoció con mayor riesgo de RAO, el Odds ratio no fue estadísticamente significativo como factor predictor.

P095) APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL.

Salazar, V.(1); Lyon, J.(1); Salinas, C.(2); Oyanedel, P.(3); Durán, L.(3);
(1): Residente Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (2): Oncologo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (3): Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile

Introducción: El 10% de los pacientes con Cáncer de Próstata (CP) se diagnostican en etapa metastásica (mHSPC) sincrónicos, y un 20% progresan a etapa metastásica(metacrónicos). La Apalutamida es un fármaco de segunda línea, validado para el tratamiento de CP, tanto en debut de alta/baja carga, tanto en sincrónico o metacrónico. Se presentan a continuación los resultados oncológicos y funcionales de los pacientes con Apalutamida.

Materiales y Métodos: Análisis observacional de pacientes diagnosticados con mHSPC que han sido manejados con Apalutamida desde 01/2024 a 05/2025. Se consideró como criterio el inicio de Apalutamida dentro de 6 meses de inicio de TDA.

Resultados: Se analizaron 8 pacientes en total. El promedio de edad al diagnóstico es de 73(66-87) años. 3 pacientes fueron debut oligometastásico. 3 pacientes tuvieron además RT a lesiones óseas, 5 metacrónicos, 5 RT a foco prostático.

El APE al inicio de la terapia fue de 5.8 (0.1-30)ng/ml. Nadir promedio 0.03, siendo 5 de ellos excelentes respondedores a los 6 meses de terapia, y todos en menos de 1 año. Ninguno ha progresado con necesidad de pasar a terapia de 3ra línea, sin reportes de toxicidad sistémica, sin eventos adversos relacionados con Apalutamida. No han fallecido pacientes..

Conclusión: En nuestra experiencia local la Apalutamida es una droga segura y con buena respuesta oncológica, sin mayores efectos adversos, comparable con la casuística internacional. La gran mayoría de nuestros pacientes han recibido además radioterapia al foco prostático, lo cual mejoraría la respuesta sistémica.

P096) EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES

Rodríguez-carlin, A.(1); Campos, D.(1); Mogollón, J.(1); Herquiñigo, D.(2); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, chile (2): Servicio de Radiología, Clínica INDISA, Santiago, Chile

Introducción

Este estudio amplía una cohorte previamente reportada para evaluar la técnica de biopsia prostática transperineal con fusión de resonancia magnética multiparamétrica (RM) y ecografía (US). El objetivo es actualizar las tasas de detección e identificar predictores de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs).

Material y métodos

Se incluyeron 700 pacientes sometidos a biopsia transperineal con fusión RM/US entre julio de 2019 y junio de 2025, utilizando el sistema bk3000 MRI/US fusión. Se aplicó PI-RADS v2 para describir los hallazgos de RM. Se realizaron biopsias dirigidas (3–5) en lesiones sospechosas y sistemáticas con grilla de 5 mm según el protocolo de Ginsburg. Se excluyeron pacientes con PI-RADS 1 o 2 y PSA >30 ng/mL.

Resultados

La edad promedio fue 65,0 años (DE 7,9), mediana de PSA 6,41 ng/mL (RIC 4,7–9,14), densidad de PSA 0,13 (RIC 0,09–0,20) y volumen prostático 54,4 mL (RIC 40,0–74,0). Se detectó cáncer de próstata en 62,6% y CaPcs en 45,0%. Las tasas de detección de CaPcs según PI-RADS fueron: 21,1% para PI-RADS 3, 48,3% para PI-RADS 4 y 75,8% para PI-RADS 5. En el análisis univariado, PI-RADS 4 o 5, edad, densidad de PSA y volumen prostático se

asociaron significativamente con CaPcs, este último con relación inversa (p<0,01). En el análisis multivariado, PI-RADS 4 y 5, la edad y el volumen prostático (asociación inversa) se mantuvieron como predictores independientes (p<0,01).

Conclusiones

La biopsia transperineal con fusión RM/US es una herramienta valiosa para la detección de CaPcs. En esta cohorte ampliada de 700 pacientes, los factores que se identificaron como predictores independientes fueron la edad, el volumen prostático (con asociación inversa), la densidad de PSA y los hallazgos de PI-RADS 4 y 5. Estos resultados refuerzan la utilidad clínica de la técnica y la necesidad de considerar estos factores en la indicación de biopsia, especialmente en pacientes con lesiones PI-RADS 4 y 5.

P097) TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Majerson, A.(1); Rojas, A.(1); Villagran, F.(2); Huidobro, J.(2); Roessler, E.(2);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento Nefrología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El riñón en herradura es una malformación congénita con una prevalencia aproximada de 1:500 personas. Su empleo en trasplante renal ha sido escasamente reportado, debido a los retos anatómicos derivados de múltiples vasos, fusión del parénquima y variaciones del sistema pielocalicial. No obstante, ante la escasez de órganos, representa una alternativa válida. Se presenta un caso de trasplante exitoso de un riñón en herradura proveniente de donante fallecido, junto a la revisión de la experiencia institucional.

Material y Métodos

La donante fue una mujer de 41 años con muerte encefálica secundaria a hematoma subdural agudo, creatinina 0,6 mg/dl. El TAC abdominal pre-extracción permitió identificar variantes vasculares. La nefrectomía se realizó en bloque con aorta y cava. En cirugía de banco se constató fusión a nivel de polos inferiores, con un istmo parenquimatoso. Ambos riñones presentaban una arteria principal, observándose una rama polar cruzada. El derecho tenía dos venas y el izquierdo una vena, con sistemas colectores independientes y un uréter por unidad. Se dividió el istmo con renorrafia y se reconstruyó la arteria polar mediante anastomosis término-lateral.

Resultados

Se trasplantaron ambos riñones en receptores distintos. El primero, mujer de 36 años en diálisis peritoneal, recibió la unidad derecha (isquemia fría 12 h; anastomosis 32 min). El segundo, hombre de 53 años con nefropatía diabética en hemodiálisis, recibió la unidad

izquierda (isquemia fría 21 h; anastomosis 34 min). Ambos recibieron inducción con timoglobulina y metilprednisolona, seguidos de tacrolimus, micofenolato y esteroides. Evolucionaron favorablemente sin disfunción inicial ni complicaciones quirúrgicas, con alta hospitalaria al 5.º y 7.º día. La creatinina al alta fue de 0,9 mg/dl y 1,5 mg/dl respectivamente.

Conclusiones

El trasplante renal a partir de riñones en herradura, aunque técnicamente complejo, es factible en centros con experiencia. La clave radica en una evaluación preoperatoria exhaustiva, adecuada cirugía de banco y cuidadosa selección del injerto. Esta experiencia demuestra que dicha anomalía congénita no debe considerarse una contraindicación absoluta, contribuyendo a ampliar los criterios de utilización de órganos y optimizar la oferta en contextos de escasez.

P098) DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE

Ascorra Hormaechea, S.(1); Guerrero Carmona, M.(1); Chade Vergara, J.(1); Silva Camus, C.(2); Kompatzki Gaete, Á.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
(3): Clínica Santa María, SANTIAGO, Chile

Introducción

El trasplante renal es la terapia más costo-efectiva para la enfermedad renal crónica terminal. En Chile se han realizado más de 10.000 trasplantes, mayoritariamente de donante cadavérico, con una tasa aún inferior a los países líderes. Este estudio presenta 15 años de experiencia en un centro privado y sus resultados clínicos.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, incluyó 206 trasplantes renales entre abril 2010 y marzo 2025. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, características del trasplante, evolución de la función renal y eventos asociados. El análisis fue descriptivo con medidas de tendencia central y frecuencias.

Resultados:

Se realizaron 206 trasplantes renales, con un promedio anual de 12,9. El47% fueron de donante vivo (DV) y 53% de donante cadáver (DC), de los cuales un 15% con criterios expandidos. La cohorte incluyó33% mujeres (edad media 47,2 años) y64% hombres (39,8años). Las principales causas de falla renal fueron glomerulopatías (IgA 18,8%, GEFS y GN no especificada 15,5%), seguidas de nefropatía diabética (10,6%) y etiología desconocida en 15%. El tiempo medio en diálisis previo al trasplante fue31,8 meses. Las complicaciones intraoperatorias ocurrieron en8,3%, principalmente sangrado y lesiones vasculares/parénquimatosas. Las complicaciones más prevalentes antes de los 30

días fueron necrosis tubular aguda, retraso en función del injerto e infecciones urinarias, en un 9%; las tardías (> 30 días) corresponden a infecciones (pielonefritis, ITU recurrentes, virales), rechazo y disfunción del injerto (10%), además de complicaciones urológicas/quirúrgicas como estenosis pieloureteral o arterial, fístulas y linfoceles (6%). La estancia media fue5,4 días en unidad monitorizada y 5,4 en cama básica (mediana 4). Un7,2% perdió el injerto en promedio a los5 meses. La sobrevida del injerto a 5 años fue97% en DV y92% en DC.

Conclusión:

Presentamos 206 trasplantes renales, con una sobrevida de injerto comparable a estándares internacionales y superior a registros nacionales previos. La experiencia descrita recalca el impacto en sobrevida y calidad de vida en ERCT. El desafío actual está en optimizar el sistema chileno, ampliar acceso y prolongar injertos mediante protocolos estandarizados, seguimiento prolongado y articulación público-privada.

P099) FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE

Alfaro, A.(1); Benchimol, J.(1); Zamora, D.(1); Borgna, V.(1); Alarcón, L.(1);
(1): Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El trasplante renal es la mejor alternativa terapéutica para la enfermedad renal terminal, al reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida frente a la diálisis. En Chile, la actividad alcanzó un récord de 675 trasplantes en 2024. La sostenibilidad de estos programas depende de múltiples factores, siendo central la formación quirúrgica especializada. La complejidad técnica de la obtención e implante renal requiere cirujanos entrenados y certificados. A nivel internacional, países con alta tasa de trasplantes han desarrollado programas de subespecialización formal, incluyendo abordajes abiertos y robóticos. En este contexto, nuestro objetivo fue analizar la existencia de instancias formales de formación en cirugía de trasplante renal en Chile y explorar las percepciones profesionales sobre esta subespecialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo en dos ejes. Primero, se revisó la oferta académica de 21 centros de trasplante y 13 universidades chilenas con programas de cirugía general y urología, además del portal del Ministerio de Salud, en busca de instancias formales de formación quirúrgica en trasplante renal. Segundo, se revisaron publicaciones sobre percepciones de cirujanos en Chile respecto al interés y barreras para la subespecialización en trasplante. Los hallazgos se integraron en un análisis cualitativo.

RESULTADOS: El análisis confirmó la ausencia total de programas formales de subespecialización en cirugía de trasplante renal en Chile. La formación actual se limita a rotaciones informales y acompañamiento quirúrgico, sin un currículo estandarizado. Además, se evidenció que la falta de programas desincentiva a los residentes, quienes perciben un alto costo personal y una formación desigual.

CONCLUSIONES:
En Chile existe una brecha crítica en la formación de cirujanos de trasplante renal. Mientras la actividad trasplantológica ha crecido sostenidamente, la ausencia de programas formales amenaza la calidad técnica y el relevo generacional. Nuestro hospital, como centro de alto volumen en trasplante renal, destaca la necesidad urgente de un programa nacional con currículo estandarizado, supervisión y evaluación de competencias, respaldado por el Ministerio de Salud, universidades y sociedades científicas. Experiencias internacionales avalan que la subespecialización estructurada asegura continuidad, equidad y mejores resultados clínicos.

P100) FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE

Ebel, L.(1); Foneron B., A.(1); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(2); Cuevas, P.(2); Gárate, S.(2);
(1): Hospital Base Valdivia-Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción. Chile tiene alta incidencia de cáncer testicular (CT),la neoplasia más frecuente del hombre joven en el país.Su incidencia anual aumenta progresivamente,llegando a 822 casos el año 2022.La Región de Los Ríos se caracteriza por tener históricamente la mayor incidencia nacional, 14/100.000 hombres.La mortalidad reportada es 1/100.000 hombres; diferentes publicaciones nacionales cuestionan esas cifras calculando tasas menores.CT es una patología incluida en el programa de garantías explicitas (GES) desde el año 2008.El objetivo es conocer el manejo actual de la enfermedad en Chile. Material y métodos. Estudio transversal mediante encuesta de 7 preguntas enviada por Whatsapp® a urólogos(as) que trabajan en hospitales públicos nacionales (HPN) que cuentan con la especialidad de urología entre el 1-30 de agosto 2025, a un referente por centro.Las respuestas se registran en planilla Excel y los resultados se presentan en forma descriptiva.Resultados. 55 HPN cuentan con urólogo(a) y 55 referentes respondieron la encuesta.En los 55 HPN trabajan 341 urólogos(as),incluidos 2 urólogos infantiles del Hospital Regional de Concepción. 4 HPN tienen 1 urólogo (Ancud,Cañete,Illapel,Linares) y 18 urólogos(as) tiene el centro con mayor número, Hospital San José del SSMN;el promedio de urólogos(as) por HPN es 6.16. Sólo 12.5% (7/55) de los HPN tienen registro epidemiológico de CT, 3 de ellos a través de la plataforma UroData®. Radioterapia se entrega en red nacional de 7 centros.Quimioterapia (QT) es realizada siempre por oncólogos médicos. En 34.5% de los HPN (19/55) no se realiza cirugía retroperitoneal (CR); en los HPN que se realiza, la mayoría es para resecar masas residuales postQT (35/36), en 6 de ellos por vía laparoscópica (VL) en casos seleccionados, en 2 asistido por robot (HSBA,HFB).LALA primaria se realiza en 24 HPN, 16 de ellos por VL

(75%). Sólo 2 centros tienen protocolos propios de vigilancia activa (VA) en CT etapa I y el único HPN que tiene PET-CT es el Instituto Nacional del Cáncer. Conclusiones. Primera encuesta nacional de manejo de CT en HPN. Existe una adecuada disponibilidad de urólogos(as) y terapias adyuvantes a nivel nacional para manejo de CT. Faltan protocolos de VA y registros epidemiológicos propios; plataformas como UroData® aportan en este objetivo.

P101) TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción:

El cáncer testicular constituye entre el 1–2% de las neoplasias masculinas y es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes (15-35 años), con una sobrevida global a 5 años cercana al 95%.
Se clasifican en tumores de celulas germinales (95%) y no germinales (5%); dentro del segundo grupo, el tumor de células de Sertoli (TCS) representa solo el 0,4–1,5% de los tumores testiculares en adultos y hasta un 4% en niños. Generalmente se comporta como una neoplasia benigna, aunque una minoría de casos puede evolucionar con metástasis.

Material y métodos:

Se presenta caso clínico de TCS con evolución atípica (agresiva); revisión de la literatura sobre epidemiología, factores de riesgo de malignidad, pronóstico y manejo terapéutico.

Resultados:

Varón de 62 años sin antecedentes, consulta por aumento de volumen testicular derecho, con ecografía que confirma tumor, marcadores tumorales (MT) y TAC negativos. Se realiza orquiectomía radical derecha, cuya biopsia informa Sertoli sin permeación linfovascular (PLV).
A los 15 meses, TAC evidencia adenopatías intercavo-aórticas (11–12 mm) y MT negativos; se realiza linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica, con biopsia positiva para Sertoli y PLV-.
A los 6 meses se realiza TAC que revela adenopatías supraclavicular izquierda y conglomerado retroperitoneal intercavo aórtico; se realiza tumerectomía abierta + biopsia incisional supraclavicular (por estrecha relación con arteria carótida), ambas biopsias Sertoli

y PLV+.
Posteriormente recibe radioterapia y quimioterapia, falleciendo a los 19 meses post LALA.

Conclusiones:
Se presenta caso de TCS con curso atípico, con progresión metastásica pese al manejo quirúrgico y sistémico, lo que contrasta con la evolución favorable habitual.
Los TCS son neoplasias infrecuentes, en la mayoría de los casos con un buen pronóstico, con sobrevida >90% al año, sin embargo se ha descrito que entre 10-22% pueden evolucionar con metástasis.
Los factores de riesgo descritos incluyen: tamaño >5 cm, necrosis, atipia, PLV, edad >40 años y variante de células grandes calcificadas.
El tratamiento estándar es la orquiectomía radical, complementada con vigilancia prolongada, dado que no existen guías claras de manejo postoperatorio por su baja incidencia.

P102) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023

Jaederlund, S.(1); Gonzalez, J.(1); Fernandez, J.(1); Fuentes, A.(1); Paul, B.(1); Dinamarca, I.(1); Barroso Salvestrini, J.(2); Osorio Martini, F.(2);
(1): Facultad de Medicina Clinica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción. El cáncer testicular (CT) es la neoplasia más frecuente en hombres jóvenes en edad reproductiva. En 2021 fue causa de 200,88 años de vida ajustados por enfermedad (AVISA) por cada 100.000 hombres entre 25 y 29 años en Chile, a diferencia de 34,09 a nivel mundial. El objetivo de este estudio es describir la situación epidemiológica nacional del CT entre 2002 y 2023.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ecológico recopilando información epidemiológica sobre el CT de fuentes nacionales (MINSAL) e internacionales (*GBD, GLOBOCAN* y literatura indexada). Se calcularon tasas crudas y ajustadas por edad para egresos hospitalarios y mortalidad en hombres chilenos; y se analizaron tendencias temporales, geográficas y por edad.

Resultados. En Chile, en 2023 se registró una tasa cruda de mortalidad por CT de 1,13 por 100.000 hombres. La mayor mortalidad se observó entre 25–29 años (2,2 por 100.000 hombres), seguida de 30–34 años (2,1) y la menor en 60–64 años (0,4). La tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó 22,6% entre 2002 y 2023. Por región, entre 2019 y 2023, Maule presentó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) más alta (1,5) y Aysén la más baja (0,35), seguida de Arica y Parinacota (0,44). En egresos hospitalarios, en 2021 la tasa nacional fue de 14,9 por 100.000 hombres; la mayor tasa se concentró en el rango 30–34 años (36,8),

seguido de 25–29 años (29,3). La tasa de egresos disminuyó 10,5% entre 2002 y 2021 y mostró heterogeneidad territorial, con valores superiores al promedio nacional en Maule y Los Lagos. Internacionalmente, Chile figura entre los países con mayor incidencia de CT en Latinoamérica y la incidencia global continúa al alza.

Conclusiones. Aunque la mortalidad por CT en Chile disminuye sostenidamente, probablemente por diagnóstico oportuno, tratamientos efectivos y políticas públicas exitosas, la carga de enfermedad sigue siendo considerable, particularmente entre hombres jóvenes, lo que incrementa los AVISA. A futuro, es necesario seguir implementando sistemas de vigilancia robustos y realizar una asignación equitativa de recursos que permita reducir brechas regionales para así disminuir el impacto del CT a nivel nacional.

P103) LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO

Villanueva Figueroa, M.(1); Gurovich, J.(1); Benitez, A.(1); Gil, A.(1); Ávila, C.(1); Vilches, R.(2); Aliaga, A.(2); Vega, A.(2); Henriquez, D.(2); Walton, A.(2); Roman, J.(2);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile

Introducción

La linfadenectomía lumboaórtica (LALA) es el tratamiento de elección en cáncer testicular metastásico, especialmente en pacientes con masas residuales postquimioterapia. En Chile, la técnica abierta ha sido históricamente el estándar; sin embargo, el abordaje laparoscópico ha demostrado resultados comparables en seguridad y eficacia, con beneficios en sangrado y recuperación postoperatoria. Este trabajo describe la experiencia inicial en la implementación de la LALA laparoscópica en un hospital oncológico de referencia en Santiago.

Materiales y método

Estudio retrospectivo, descriptivo, que incluyó a todos los pacientes sometidos a LALA laparoscópica entre julio de 2023 y julio de 2025. Se analizaron variables clínicas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias, incluyendo complicaciones y desenlaces oncológicos. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico.

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes, con mediana de edad de 28 años (25–38), IMC 25 (23–30) y ECOG 0 en todos los casos. Todos presentaban tumor de células germinales no seminoma (11 mixtos, 4 puros). Cinco pacientes tenían invasión linfovascular. Según estadio clínico preoperatorio, 2 estaban en estadio I (2 IIA), 9 en estadio II (4 IIA, 3 IIB, 2 IIC) y 4 en estadio III (4 IIIB). Once recibieron quimioterapia previa con respuesta imagenológica parcial en 9 y

progresión en 2. La indicación de LALA fue primaria en 4 casos y postquimioterapia en 11. La mediana de tiempo operatorio fue 240 minutos (180–250), con sangrado estimado de 200 ml (100–400). Ningún paciente requirió transfusiones. En 7 se realizó preservación nerviosa y en 1 se convirtió a cirugía abierta. La mediana de ganglios resecados fue de 32 (21–36). El tiempo de hospitalización fue 3 días (2–4), con estadía en UTI de 1 (1–2). Se registró solo una complicación mayor (quilotórax). Hasta la fecha no se han registrado recidivas en ninguno de los pacientes.

Conclusiones

La implementación de la LALA laparoscópica en nuestro centro fue factible y segura, con adecuada preservación de resultados oncológicos y baja morbilidad perioperatoria. Estos hallazgos respaldan la transición hacia un abordaje mínimamente invasivo en cáncer testicular metastásico, comparable con la literatura internacional, y sientan bases para consolidar esta técnica en la práctica uro-oncológica nacional.

P104) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Díaz Bravo, G.(1); Rojas Molina, E.(2); Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Velásquez Larraín, L.(1); Fuentes Flores, G.(3); Larenas Huguet, F.(4); Martínez Osorio, C.(4); Fulla Ortiz, J.(4);
(1): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán / Mutual de seguridad, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El tumor testicular (TT) corresponde al 1% de todas las neoplasias en adultos. El manejo inicial es la orquiectomía radical. Según las características del paciente y la etapificación, se puede ofrecer vigilancia activa (VA), radioterapia, quimioterapia o linfadenectomía lumboaórtica (LALA). Chile presenta una incidencia sobre la media internacional. Es fundamental conocer nuestra población y el cómo estamos manejando estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir las características de pacientes con diagnóstico de TT en un hospital público chileno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 254 pacientes con diagnóstico de TT en un hospital público chileno entre enero-2015 a julio-2025. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile. Se excluyeron pacientes sin registro completo en ficha.

RESULTADOS

Se incluyeron 226 pacientes con edad media de 35.4 años (16-78 años). Un 7.1% tenía antecedente de criptorquidia y 15.5% reportó consumo de marihuana. Fueron seminoma un 43.4% (98 casos), no seminoma 46% (104 casos) y tumores no germinales un 10.6% (24 casos). Al diagnóstico 126 (55.8%) pacientes se presentaron en estadío I, 37 (16.4%) en estadío II y 39 (17.3%) en estadio III. Un 47.8% presentó marcadores tumorales prequirúrgicos elevados, persistiendo elevados en un 19.5% posterior a la orquiectomía radical. Se decidió VA en el 21.7% (49 casos). El 70.8% recibió quimioterapia adyuvante y 2,2% radioterapia. Un 4% requirió LALA posterior a quimioterapia adyuvante. La tasa de recaída fue de 15.2% (23 pacientes). La mortalidad global fue de 4% (6 pacientes), todos relacionados con causas atribuibles a complicaciones por TT. El promedio de seguimiento fue de 32.6 ± 14.4 meses.

CONCLUSIONES

Nuestra serie refleja la realidad local del tumor sólido más frecuente en el adulto joven. Existe un déficit en el seguimiento de los pacientes, siendo menor a los 60 meses recomendados en guías internacionales. Un porcentaje elevado debutó en estadíos tardíos. Resulta esencial generar estrategias públicas tanto de educación para una consulta precoz, como medidas que permitan asegurar un seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Tumor testicular, Vigilancia Activa, Epidemiología

P105) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Díaz Bravo, G.(1); Rojas Molina, E.(2); Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Velásquez Larraín, L.(1); Fuentes Flores, G.(3); Larenas Huguet, F.(4); Martínez Osorio, C.(5); Fulla Ortiz, J.(4);
(1): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán / Mutual de seguridad, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chile (5): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chille

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular (CT) tiene una incidencia de 3-10/100.000 personas. El manejo inicial es la orquiectomía radical. Posteriormente, según las características y estadío se puede ofrecer vigilancia activa (VA), radioterapia, quimioterapia (QT) o linfadenectomía lumboaórtica (LALA). La VA presenta una sobrevida libre de recurrencia (SLR) a 5 años entre 12-20%,

variando según la presencia o ausencia de Factores de Riesgo de Recurrencia (FRR). El objetivo es describir resultados de VA en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte retrospectiva de 254 pacientes con diagnóstico de CT en un hospital público chileno entre enero-2015 a julio-2025. Se seleccionaron los pacientes manejados con VA. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile. Se definieron como FRR la invasión de rete testis y/o tamaño tumoral >4cm para los seminoma y la invasión linfovascular y/o histología carcinoma embrionario en no seminomas.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes. La edad promedio fue de 34.7 ± 12.1 años. Fueron seminoma 28 (57.1%) y no seminoma 21 (42.9%). Presentaron al menos un FRR 62% y 81.3% respectivamente. La SLR fue de 14.3%, con una mediana de seguimiento de 26 meses (8-44). La recaída en seminoma fue de 17% y de 9% en no seminoma. La recaída de pacientes con ≥1 FRR fue de 14% en el grupo seminoma y 4% en el no seminoma. El riesgo relativo de recurrencia al presentar dos FRR fue de 3 en seminoma. La recurrencia se presentó a los 21 ± 10.7 meses en promedio. 6 (12%) pacientes recibieron QT de rescate y en un caso se realizó LALA. La mortalidad fue de 2 (4%) casos, ambos con pérdida de seguimiento prolongada.

CONCLUSIONES

La vigilancia activa sigue siendo el tratamiento de elección en un subgrupo determinado de pacientes y el seguimiento es esencial en estos casos. Los FRR juegan un rol importante en la selección de pacientes para VA. Nuestra cohorte se condice con los valores de SLR en VA, no obstante a nivel institucional hay una gran pérdida de seguimiento, aumentando el riesgo de recurrencias avanzadas.

PALABRAS CLAVE: Cáncer Testicular, Vigilancia Activa, Recurrencia

P106) DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES.

Ávila, C.(1); Phillip, S.(2); Benítez-filselcker, A.(1); Gurovich, J.(3); Alfaro, D.(4); Vega, A.(5); Roman, J.(5);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Fellowship Uro-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (4): Servicio de Anatomía patológica, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (5): Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

La desdiferenciación maligna es un fenómeno poco frecuente en el contexto de los tumores

de células germinales. Este consiste en que un componente de teratoma puede transformarse en una neoplasia somática como rabdomiosarcoma, adenocarcinoma o tumor neuroectodérmico primitivo. Usualmente esto ocurre en un sitio metastásico, con solo un 4% manifestándose como primario testicular. Estas transformaciones se caracterizan por ser altamente agresivas, resistentes a la quimioterapia convencional y asociadas a un mal pronóstico con recaídas tempranas posterior a las terapias habituales.

Materiales y métodos:
Presentamos una serie de 7 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células germinales, 6 con metástasis retroperitoneal con biopsia compatible con desdiferenciación maligna de teratoma y 1 con primario testicular con desdiferenciación maligna. Se recopilaron datos retrospectivos que incluyeron la histología del tumor primario, los tratamientos administrados, el intervalo hasta la desdiferenciación, los sitios de transformación y los resultados clínicos.

Resultados:
Los 7 pacientes presentaron una edad mediana de 29 años con un rango intercuartílico (IQR) de 27,5 a 33,0 años y un tiempo de seguimiento mediano desde el diagnóstico de 84 meses (rango: 5–242 meses). Todos los pacientes tenían tumores de células germinales testiculares o retroperitoneales con componentes teratomatosos. En 1 paciente el primario testicular contenía sarcoma embrionario. En los casos retroperitoneales 3 casos la histología se transformó en adenocarcinoma y en 2 en sarcoma. La desdiferenciación maligna ocurrió tras una latencia mediana de 7,2 años en los pacientes con compromiso retroperitoneal. En todos los casos de desdiferenciación se realizó resección quirúrgica; la quimioterapia se ajustó de acuerdo con la histología. Los resultados oscilaron entre enfermedad estable y tratamiento quimioterápico en curso. Actualmente la sobrevida de esta serie es del 100%.

Discusión:
La desdiferenciación maligna en tumores de células germinales es un evento infrecuente, con predominio en localizaciones retroperitoneales. En nuestra serie, la latencia prolongada hasta la transformación (mediana 7,2 años) refuerza la importancia del seguimiento a largo plazo. Las histologías transformadas fueron heterogéneas, principalmente adenocarcinoma y sarcoma, lo que condiciona el pronóstico y la elección de terapias adyuvantes.

P107) CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS

Walbaum, J.(1); Fuentes, A.(1); Acosta, A.(1); Castiglioni, E.(1); Rojas Cohen, A.(1); Domínguez, J.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivos

El coriocarcinoma testicular es una neoplasia infrecuente y de mal pronóstico, con sobrevida a 5 años reportada <80%. El objetivo de este estudio fue describir la evolución clínica de una cohorte nacional y explorar factores clínicos e histológicos asociados a recidiva y mortalidad.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico. Se revisaron 1338 pacientes con cáncer testicular entre 2000 y 2022 en dos centros de referencia, con 97 pacientes con coriocarcinoma. En el análisis multivariado se vió que los coriocarcinoma se asociaban a peor pronóstico (HR 4.53 (IC95% 1.77–11.6), p=0.002). Se excluyeron casos con información incompleta para etapificación y tratamientos. Se definió recidiva como aparición de enfermedad tras el tratamiento inicial y sobrevida general hasta marzo 2025. Se recopilaron variables clínicas e histológicas. Se aplicó regresión logística para el análisis de recidiva y modelos de Cox para la mortalidad. Se calcularon odds ratios (OR) y hazard ratios (HR) con IC95%.

Resultados

Se observaron 28 recidivas y 15 muertes. En el análisis univariado, la presencia de carcinoma embrionario (OR 0,33; IC95% 0,13–0,82; p=0,017) y de teratoma (OR 0,26; IC95% 0,10–0,65; p=0,0045) se asoció a menor riesgo de recidiva. En el análisis multivariado, la etapa III fue el principal factor de riesgo (OR 3,61; IC95% 1,32–9,8; p=0,012). Para mortalidad, la etapa III se asoció a HR 5,05 (IC95% 1,38–18,5; p=0,015), mientras que la cobertura GES (HR 0,31; IC95% 0,11–0,92; p=0,035) y la presencia de carcinoma embrionario (HR 0,087; IC95% 0,018–0,41; p=0,002) se relacionaron con menor riesgo.

Conclusiones

La etapa avanzada se confirma como factor pronóstico adverso en recidiva y mortalidad. La asociación protectora de carcinoma embrionario y teratoma podría reflejar una menor agresividad relativa de tumores mixtos frente a aquellos con mayor predominio de coriocarcinoma. Se requieren mayores estudios para definir el rol de estas variables.

Índice por Título

¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP? 124
¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO. 106
¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A? 160
¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B. 90
¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO 68
¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US 37
ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 179
ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA 235
ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA 240
ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS. 71
APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL. 209
APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL. 149
APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO 167
APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS 91
ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA) .. 42
ASOCIACIÓN ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y DESARROLLO DE ITU POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES PREDISPONENTES 105
AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO? 97
BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE. 44

BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA..... 161
BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO..... 144
BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO..... 176
BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL. 250
BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO..... 27
BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN..... 185
BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL..... 195
BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL..... 251
BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING..... 28
BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS..... 187
BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO..... 108
BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS. 150
CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES..... 125
CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO..... 192
CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 32
CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA..... 77
CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA..... 199
CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA..... 151
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS..... 217
CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS..... 133

CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO 147
CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA 223
CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO. 146
CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA? 204
CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX 259
CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO 163
CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 158
CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO 177
COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH 121
COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO..... 136
COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR..... 87
CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... 205
CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO 128
CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE LA BIOPSIA POR FUSIÓN GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: SERIE CHILENA DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO 107
COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS. 63
CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS 221
CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 38
CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN MRI/TRUS: EXPERIENCIA EN 700 PACIENTES..... 84
DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3..... 34
DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO..... 222

DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA. 49
DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE 211
DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025 104
DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023 215
DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES. 220
DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA. 143
DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO 228
DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS 95
DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO 134
ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE 111
EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE 65
EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS. 99
EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN 181
EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE? 36
ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN 53
ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA. 224
ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO. 241
ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD. 43
ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES? 117
ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO 55
ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO . 100

ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR 159
ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA 61
ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS. 98
ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES. 26
EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA. 172
EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025 65
EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 178
EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS 203
EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC. 47
EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 156
EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO 140
EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA. 57
EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES 209
EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE 76
EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA 254
EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO 85
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO 48
EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS 164
FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS 197

FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE 120
FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD? 173
FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS. 243
FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE 212
FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 213
GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS? 102
GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE. 225
HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA 126
HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA 227
IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS 175
IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO 78
IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS 56
IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO 162
IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA. 196
IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 73
IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA 188
IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL 58
IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO 96
IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA. 41
IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO. 67
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO 93

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA 80
IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO 92
IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA 130
INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP 123
INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS 194
INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA 35
INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN? 62
INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. 191
LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE. 131
LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS. 39
LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA 248
LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO 200
LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO..... 216
LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA 148
LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA..... 245
LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE 252
LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO 50
LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE. 189
LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA. 206
MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD 116
MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA 119
MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD 249
MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA 81

MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA..... 45
MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO 237
MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO..... 255
METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 198
MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT..... 182
MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO. 153
MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL 141
MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 33
MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES. 114
MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA..... 260
NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS 236
NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO 157
NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES..... 165
NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT..... 229
NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT..... 30
OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL 70
PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE..... 174
PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE..... 232
PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL 202

PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE? 129
PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES 186
PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA..... 29
PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE 51
PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL 115
PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE. 88
PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE. 46
PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS... 83
PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS 253
PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS..... 25
QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS..... 138
QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO?..... 171
REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON..... 230
REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS 86
RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES..... 69
RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS 190
RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO 132
RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO..... 239
RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO. 72
RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO 244
RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES..... 234

RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 145
RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA..... 82
RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL. 113
RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO. 184
RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL 89
RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 183
RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO 155
RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA 127
RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE 258
ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. 180
SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS. 142
SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM 40
SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES..... 207
SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS..... 54
SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO 257
SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE. 60
SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA 226
SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP 122
TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO..... 238
TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE..... 110

TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT) 247
TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 210
TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE 103
TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN. 168
TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO 214
TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA 246
TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL. 169
TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL 74
URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS 134
USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO 101
USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA. 79
USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES. 135
UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA 170
VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA 75
VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO. 231
VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 219

OA1) TRABAJOS LIBRES ORAL 1

O01) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Hanna, J.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clinica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

El uso de clips quirúrgicos para la disección atérmica de los pedículos prostáticos laterales durante la prostatectomía radical asistida por robot (PRR) ha sido considerado el estándar de oro durante muchos años. Sin embargo, la reducción en el número de clips podría simplificar la técnica y disminuir costos, sin comprometer los resultados. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados oncológicos, funcionales y de seguridad de una técnica de reducción de clips (PRR-re), utilizando energia bipolar, frente a la técnica estándar (PRR-es).

Materiales y Métodos:

Entre julio de 2022 y marzo de 2024 se recolectaron prospectivamente los datos de pacientes sometidos a PRR con ambas técnicas. Se analizaron retrospectivamente las características demográficas, clínico-patológicas y funcionales. La función urinaria y sexual se evaluó mediante escalas validadas (EPIC e IIEF-5), y las complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo. El número de clips utilizados se cuantificó a partir de la hoja de gasto quirúrgico, el protocolo operatorio y la revisión de video. Se aplicó un modelo de regresión multivariable para determinar la asociación entre la técnica empleada y los márgenes quirúrgicos positivos, así como la función sexual y urinaria postoperatoria.

Resultados:

Se incluyeron 90 pacientes: 40 en el grupo PRR-es y 50 en el grupo PRR-re. El promedio de clips utilizados fue de 6 (rango 4–8) en PRR-es y de 2 (rango 2–3) en PRR-re. No se observaron diferencias significativas en los resultados oncológicos entre ambos grupos. En el análisis multivariable, la técnica PRR-re no mostró asociación con mayor riesgo de márgenes positivos (OR=1,04; IC95%: 0,6–1,8; p=0,9), alteración de la función sexual (OR=0,4; IC95%: 0,1–1,5; p=0,8) ni disfunción urinaria (OR=0,5; IC95%: 0,2–1,4; p=0,2). Las tasas de complicaciones a 30 días fueron similares (12% en PRR-es vs 16% en PRR-re; p=0,5), todas clasificadas como Clavien-Dindo I–II.

Conclusiones:

La técnica de reducción de clips en la PRR se asoció con resultados oncológicos y funcionales equivalentes a la técnica estándar, sin incremento en complicaciones postoperatorias. Estos

hallazgos respaldan la seguridad y viabilidad de limitar el uso de clips en la disección de los pedículos prostáticos, sin comprometer la eficacia quirúrgica ni los desenlaces funcionales.

O02) ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES.

Fernandez, R.(1); Nicolai, H.(2); Kramer, V.(3); Soza-ried, C.(4); Müller, C.(5); Krieger, K.(5); Ritt, P.(6); Zhernosekov, K.(6); Estay, R.(7); Amaral, H.(8);
(1): Positronmed, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Positronpharma SA, Santiago, Chile (4): InIstituto de Ciencias Naturales, Universidad de las Américas,, Santiago, Chile (5): Center for Radiopharmaceutical Sciences, Paul Scherrer Institut, Villingen, Switzerland (6): ITM Oncologics GmbH, Munich, Germany (7): Departamento de Medicina Interna, Servicio de Oncología, Hospital Salvador,, Santiago, Chile (8): Positronmed, Positronpharma SA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La terapia con radioligandos (RLT) de 177Lu-PSMA-617 (PluvictoTM; Estudio VISION), mejora la sobrevida global y progresión libre de enfermedad en pacientes con cáncer prostático castración resistente (mCRPC). Investigaciones buscan optimizar la farmacocinética, biodistribución y efectos terapéuticos de radioligandos. Nosotros estudiamos la biodistribución y efectos clínicos de un nuevo radioligando dirigido a PSMA [177Lu]Lu-SibuDAB, que por su unión a albumina, demostró mayor acumulación tumoral en estudios preclínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, traslacional de biodistribución, seguridad y eficacia de [177Lu]Lu-SibuDAB, en pacientes mCRPC con progresión a terapias convencionales. Se enrolaron 16 pacientes (07/2021 y 01/2023) para recibir hasta 4 ciclos de 120-150 mCi (4.5-5.6 GBq) por ciclo cada 8-10 semanas.

La dosis exacta de radiación absorbida, distribución en órganos sanos y tejido tumoral, se realizó mediante estudio dosimétrico de imagen SPECT/CT los días 0, 1, 2 y 7 posterior a la primera dosis. Las curvas de tiempo-actividad y los coeficientes de actividad tiempo-integradas para riñón, bazo, glándulas salivales cuerpo entero y lesiones tumorales se obtuvieron con la aplicación Hermes Hybrid Dosimetry. Su seguridad se determinó con biomarcadores y registro de efectos adversos (CTCAE v5.0), 1, 4-5 y 8-10 semanas posterior a cada dosis. La eficacia se evaluó mediante antígeno prostático(PSA) y PET/CT [18F]PSMA-1007 (criterios RECIP 1.0) al inicio y posterior al último ciclo.

RESULTADOS

Los coeficientes de dosis absorbida demostraron mayor actividad de [177Lu]Lu-SibuDAB en tejido tumoral y menor concentración en glándulas salivales. Siete pacientes recibieron 4 ciclos, 3 completaron 3 ciclos y 6 recibieron ≤ 2 ciclos por progresión. En 4 pacientes disminuyó el PSA ≥50% y 5 presentaron estabilidad. Evaluación con PSMA-PET/CT (N=10): 5 pacientes presentaron respuesta parcial, 2, enfermedad estable y 3, progresión. Dos participantes experimentaron anemia G3, uno de ellos también trombocitopenia G4. Dos presentaron trombocitopenia G3. No se observaron alteraciones de función renal ni hepática y ninguno reportó xerostomía. La sobrevida global fue 13,9 m.

CONCLUSIÓN

En pacientes con mCRPC, [177Lu]Lu-SibuDAB, aumenta la dosis absorbida por el tumor y es menor en glándulas salivales. Demostró efectos clínicos semejantes a los tratamientos establecidos, tanto en los órganos en riesgo, como en los efectos secundarios y sobrevida.

O03) BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO

Sanhueza, J.(1); Schaub, A.(1); Gurovich, J.(1); Philipp, S.(1); Ledezma, R.(1); Marchant, F.(1); Olmedo, T.(1); Acevedo, C.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El sistema de puntuación PRIMUS ha sido validado para estratificar el riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo mediante micro-ultrasonido. Si bien el estándar de oro actual para la evaluación pre-biopsia es el sistema PIRADS v2.1 en resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI), estudios comparativos han demostrado un rendimiento diagnóstico similar o incluso superior del PRIMUS en la detección de CaPcs en biopsias dirigidas. El objetivo de este estudio fue presentar nuestra experiencia inicial con el ecógrafo ExactVu™ en un centro terciario de Chile.

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo observacional y unicéntrico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se incluyeron 139 pacientes sometidos a biopsia de próstata entre junio de 2024 y junio de 2025. De un total de 132 lesiones reportadas, se comparó el score PRIMUS (asignado por cuatro urólogos) con el score PIRADS v2.1 (≥2) de la mpMRI pre-biopsia. El análisis

estadístico evaluó la concordancia entre ambos sistemas y su correlación con el resultado histopatológico.

Resultados

El análisis reveló una fuerte correlación (Spearman ρ=0.87) y una concordancia sustancial (coeficiente kappa=0.62; concordancia exacta 71.97%) entre PRI-MUS y PIRADS. La tendencia mostró que PRI-MUS categorizó las lesiones con valores iguales o inferiores a PIRADS. Las tasas de detección de CaPcs para scores PIRADS 2, 3, 4 y 5 fueron de 0%, 8%, 53% y 82%, respectivamente, frente al 4%, 11%, 55% y 95% para los scores PRI-MUS 1-2, 3, 4 y 5. PIRADS demostró una mayor sensibilidad (95% vs. 73%), mientras que PRI-MUS mostró una mayor especificidad (67% vs. 45%) para CaPcs. En el análisis multivariado, un score PRI-MUS 5 fue el predictor más fuerte de CaPcs (OR: 98,3; p<0,001). La combinación de ambos sistemas en un modelo integrado mostró un mejor desempeño predictivo (AUC: 0,92; p<0,001) que cada score por separado.

Conclusión

El sistema PRI-MUS demostró una alta concordancia con PIRADS. Aunque presenta una menor sensibilidad, su mayor especificidad lo convierte en una herramienta valiosa. La combinación de mpMRI (PIRADS) y microUS (PRI-MUS) puede contribuir a mejorar la predicción de CaPcs, posicionando al microUS no como un reemplazo, sino como complemento para optimizar las biopsias prostáticas.

O04) BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING

Schaub, A.(1); Sanhueza, J.(1); Gurovich, J.(1); Philipp, S.(2); Ledezma, R.(3); Marchant, F.(3); Olmedo, T.(3); Acevedo, C.(3);
(1): Residente Urología Universidad de Chile- HCUCH, Santiago, Chile (2): Interno Facultad de Medicina Universidad De Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción
La biopsia prostática por fusión con resonancia multiparamétrica (RMmp) ha mejorado la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs). El micro-ultrasonido (MicroUS), con resolución tres veces mayor y capacidad de dirigir la biopsia en tiempo real, podría optimizar la detección de CaPcs y reducir el hallazgo de cánceres de bajo grado. Estudios previos han mostrado resultados comparables entre biopsia guiada con MicroUS y fusión RMmp/MicroUS frente a la fusión RMmp/US convencional. El objetivo de este estudio fue comparar ambos métodos en la detección de CaPcs.

Material y Métodos
Se analizaron prospectivamente 111 pacientes sometidos a biopsia RMmp–US convencional (enero 2022–junio 2023) y 139 a RMmp–MicroUS (junio 2024–junio 2025). Se aplicó Propensity Score Matching (PSM) 1:1 en R considerando edad, PSA, volumen prostático, densidad de PSA, tacto rectal y PIRADS, obteniéndose dos cohortes balanceadas (99 vs 99, SMD<0.1). Los desenlaces primarios fueron detección de CaP global (ISUP ≥1) y CaPcs (ISUP ≥2). Secundarios: detección de ISUP 1, rendimiento en lesiones TARGET y área bajo la curva (AUC) de PIRADS para CaPcs. Comparaciones se realizaron con χ^2 o Fisher, con significancia $p<0.05$.

Resultados
Tras el PSM, la detección de CaP global fue 62.6% en MicroUS vs 60.6% en US convencional (p=0.88). La tasa de CaPcs fue 52.5% vs 49.5% (p=0.78). La detección de ISUP 1 fue baja y similar (10.1% vs 11.1%, p=1.00). En lesiones TARGET, las tasas de CaPcs fueron comparables (41.4% vs 47.5%, p=0.47). En el análisis por PIRADS, MicroUS mostró tendencia a menor detección de ISUP 1, en especial en PIRADS 5 (0% vs 4%). El AUC de PIRADS para CaPcs fue 0.71 (IC95%: 0.62–0.80) en el grupo convencional y 0.60 (IC95%: 0.50–0.69) en MicroUS.

Conclusión
La biopsia por fusión con MicroUS presentó un rendimiento diagnóstico global y en lesiones sospechosas comparable al de la fusión convencional para la detección de CaPcs, sin aumentar la tasa de ISUP 1.

O05) PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA

López Ponce De León, L.(1); Saldivia Zaror, D.(2); Larenas Huguet, F.(3); Moya González, F.(4); Acevedo Castillo, C.(5);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (4): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (5): Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

Introducción

El manejo de pacientes con biopsia prostática negativa y sospecha persistente de cáncer de próstata (CaP) continúa siendo un desafío clínico. Este estudio evaluó predictores clínicos e

imagenológicos asociados al diagnóstico de CaP en la segunda biopsia transrectal, con énfasis en la detección de cáncer clínicamente significativo (CPcs, ISUP ≥2).

Material y métodos

Se analizó una cohorte retrospectiva de 484 pacientes con primera biopsia transrectal negativa (2010–2025), rebiopsiados por sospecha persistente (PSA elevado, tacto rectal anormal o hallazgos en resonancia multiparamétrica [RMmp]). Se registraron edad, PSA, densidad de PSA (PSAD), volumen prostático, tacto rectal y PI-RADS. Se aplicaron modelos de regresión logística y de Cox, además de curvas de Kaplan–Meier, para estimar el riesgo de CaP global y de CPcs.

Resultados

El intervalo mediano entre biopsias fue de 39,4 meses (RIC 23,2–63,7). Se diagnosticó CaP en 172 pacientes (35,5 %), de los cuales 107 (62,2 %) presentaron CPcs. En el análisis multivariado, PSAD >0,20 (OR 3,38; IC95 % 1,31–8,73), PI-RADS 4–5 (OR 2,38; IC95 % 1,09–5,22) y un mayor intervalo entre biopsias se asociaron significativamente con mayor riesgo de CaP. La combinación de PSAD >0,20 y PI-RADS ≥4 incrementó de forma marcada el riesgo de CPcs (HR 20,4; IC95 % 2,79–149,8). En contraste, pacientes con PSAD ≤0,20 y PI-RADS 2–3 mostraron un valor predictivo negativo (VPN) de 97 % para CPcs.

Conclusiones

La PSAD y la RMmp permiten estratificar eficazmente el riesgo tras una biopsia inicial negativa. La combinación de valores elevados en ambos parámetros identifica un subgrupo con alto riesgo de CPcs, mientras que la concordancia de valores bajos confiere un alto VPN. Estos hallazgos respaldan un enfoque más personalizado para decidir la necesidad de repetir o evitar la biopsia en pacientes con sospecha persistente de CaP.

O06) NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Ramirez, G.(3); Rojas, I.(4); Pinochet, R.(4); Bernier, P.(4); Otaola, H.(4); Souper, R.(4); Orvieto, M.(5);

(1): Clinica alemana de Santiago, Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (4): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (5): Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La linfadenectomía pélvica extendida (LPE) es el estándar para la estadificación ganglionar en cáncer de próstata (CaP), aunque asociada a morbilidad relevante. Las guías clínicas actuales la recomiendan en pacientes con riesgo significativo de invasión ganglionar (LNI), estimado mediante nomogramas validados. Recientemente, el nomograma Amsterdam–Brisbane–Sydney (ABS), que integra clínica, biopsia, resonancia multiparamétrica (RMmp) y PET PSMA, se ha propuesto como alternativa a modelos previos como Briganti 2018. El objetivo de este estudio fue validar y comparar ambos nomogramas en una cohorte chilena y explorar ajustes de corte para optimizar su rendimiento.

Material y métodos:

Análisis retrospectivo de una base prospectiva institucional de pacientes con CaP sometidos a prostatectomía radical (PRR) + LPE entre 2015–2025. Los criterios de inclusión exigieron evaluación preoperatoria con RMmp y PET PSMA. Se calcularon probabilidades de LNI con ambos nomogramas. El desempeño se evaluó con AUC, sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) e índice de Youden. Se modeló el impacto clínico de distintos umbrales en términos de LPE evitadas y pacientes pN1 omitidos.

Resultados:

Se identificaron 195 pacientes cumplian los criterios inclusion. La prevalencia de compromiso ganglionar fue 12%. El AUC fue 0.73 para Briganti 2018 y 0.76 para ABS. Con los puntos de corte originales (7% Briganti; 10% ABS), Briganti mostró S 94.5%, E 20%, VPP 90.3% y VPN 31.7%, mientras que ABS alcanzó S 98.2%, E 9.3%, VPP 92.9% y VPN 29.8%. Al ajustar puntos de corte con el índice de Youden, Briganti mostró mejor balance en 8.3% (S 91%, E 36.4%), evitando 15% de LPE (25 pacientes) con pérdida de 2 pN1 (3.8%). ABS tuvo mejor desempeño en 23.9% (S 89.1%, E 47.9%), reduciendo 32.6% de LPE (59 pacientes) a costa de omitir 5 pN1 (9.3%).

Conclusiones:

Ambos nomogramas demostraron adecuada capacidad discriminativa. ABS presentó AUC levemente superior, mientras que Briganti, con punto de corte ajustado, ofreció mejor equilibrio entre reducción de LPE y seguridad oncológica. Nuestro estudio valida el ABS como herramienta de estratificación en nuestra población, nuestro ajuste con índice de Youden sugiere la posibilidad de ajustar los puntos de corte internacionalmente recomendados a nuestra población.

O07) CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS

Eltit, I.(1); Aliaga, A.(2); Orvieto, M.(3); Rojas, I.(4); Ramirez, G.(5); Bernier, P.(3); Otaola, H.(3); Souper, R.(3); Westenenk, K.(3); Pinochet, R.(4);
(1): Clinica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (4): Clinica alemana de Santiago, Santiago, Chile (5): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La presencia de invasión ganglionar (pN1) tras la prostatectomía radical (PRR) y la linfadenectomía pélvica extendida (LPE) en paciente con cáncer de próstata (CAP), se asocia a peor pronóstico oncológicos. A pesar de esto, el manejo óptimo de esta población continúa siendo controversial, sin un consenso claro en la literatura. En este contexto, resulta fundamental describir la incidencia de pN1 y caracterizar su comportamiento en cohortes contemporáneas para orientar estrategias terapéuticas y definir el rol de la terapia adyuvante o de rescate.

Material y métodos:

Análisis retrospectivo de una base institucional prospectiva de pacientes con CAP cN0 sometidos a PRR + LPE entre 2012–2025. Se analizaron características demográficas, clínicas y patológicas, persistencia de PSA (>0,1ng/dl), RBQ (PSA >0,2), uso de tratamiento adyuvante o rescate. Se realizó análisis exploratorio de factores asociados a RBQ.

Resultados:

Se identificaron 524 pacientes sometidos a PRR+LPE . 107 (20,4%) pacientes resultaron pN1. De los cuales 74 tenían al menos 1 año de seguimiento, La mediana de ganglios resecados fue 23 (7–49) y de ganglios positivos 1 (1–13). La persistencia de PSA se observó en 21% de los pN1. Durante el seguimiento, 41% desarrolló RBQ, con mediana a la RBQ de 42 meses; a 5 años, la sobrevida libre de RBQ fue 35%. El tratamiento adyuvante inmediato se indicó en 11 pacientes (14,9%), mientras que 63 (84,1%) fueron manejados con observación y eventual

rescate. Los pacientes con ISUP alto (4–5) presentaron un significativo mayor riesgo de RBQ (OR 8,0;p=0,019), la presencia > 2 linfonodos comprometidos mostro un OR de **1.618 (p=0.533) evidenciando una tendencia clínicamente relevante pero no estadísticamente significativa.**

Conclusiones:
En esta cohorte chilena, la incidencia de pN1 en pacientes cN0 sometidos a PRR + LPE fue 20,4%. La persistencia de PSA ocurrió en 1 de cada 5 pacientes. Aunque pN1 implica alto riesgo de terapias adicionales, un 35% permaneció libre de RBQ a 5 años, concordante con series internacionales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de identificar predictores de RBQ que permitan un manejo individualizado y racionalizar la indicación de terapia adicionales en esta población de alto riesgo

O08) MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Arias, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La predicción preoperatoria de extensión extracapsular (ECE) en cáncer de próstata es clave para planificar la cirugía y definir la preservación neurovascular. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es el estándar diagnóstico, pero con rendimiento limitado. La inteligencia artificial (IA) permite calcular volumen tumoral y derivar nuevas variables que podrían mejorar la predicción. El objetivo fue desarrollar un modelo basado en IA y compararlo con la RM convencional.

Material y métodos:
Se incluyeron 102 pacientes sometidos a prostatectomía radical con RMmp preoperatoria y análisis automatizado de volumen tumoral por IA. Se recopilaron PSA total, densidad PSA, estadio clínico por RM, ISUP de biopsia y variables derivadas de IA: densidad tumoral (volumen prostático/volumen tumoral IA) y densidad tumoral-antígeno (PSA/volumen tumoral). Se aplicó regresión logística binaria para identificar predictores de ECE. El rendimiento se evaluó con área bajo la curva (AUC), calibración de Hosmer-Lemeshow y métricas diagnósticas. Se simuló el impacto en la decisión quirúrgica (preservación vs ampliación) frente a la RM.

Resultados:
El 48% presentó ECE en histología definitiva. De ellos, 34 fueron clasificados como cT3 por RM y 14 subestimados como ≤cT2, con sensibilidad de 70.8% y especificidad de 80.8%. En el

análisis multivariado, la densidad tumoral IA (OR 1.5×10^17, p=0.020), el estadio T por RM (OR 4.9–49.5, p<0.01), el PSA total (OR 1.12, p=0.040) y el volumen de lesión (OR 0.47, p=0.034) fueron predictores independientes de ECE. El modelo mostró buena calibración (Hosmer-Lemeshow p=0.333), R^2 de Nagelkerke=0.522 y un AUC de 0.823 (IC95%: 0.734–0.911), superior al de la RM sola (0.761; IC95%: 0.662–0.860). Con punto de corte 0.50, la sensibilidad fue 78.3% y la especificidad 86.3%. El umbral óptimo (0.43) alcanzó sensibilidad 80.4% y especificidad 86.3%. En la simulación, el modelo redujo falsos negativos (29.2% a 21.7%) y falsos positivos (19.2% a 13.7%), mejorando la decisión en ≈7% de los casos.

Conclusión:

El modelo basado en IA y variables clínicas mejora la predicción de ECE frente a la RM sola, con mayor discriminación y exactitud. Al optimizar el punto de corte, aporta un beneficio clínico directo al reducir preservaciones inadecuadas y ampliaciones innecesarias, favoreciendo una planificación quirúrgica más personalizada.

O09) DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) con sistema PIRADS es esencial en la detección de cáncer de próstata. Sin embargo, la categoría PIRADS 3 constituye un grupo indeterminado, con riesgo de biopsias innecesarias y subdiagnóstico. La inteligencia artificial (IA) aplicada a la interpretación de imágenes podría mejorar la estratificación de riesgo. El objetivo fue evaluar el impacto de la reclasificación de PIRADS 3 mediante IA sobre la toma de decisiones clínicas.

Material y métodos:

Se incluyeron 129 pacientes con lesiones PIRADS 3 informadas por radiólogo en nuestro centro, todos sometidos a biopsia por fusión y/o prostatectomía radical. Se registraron PSA, densidad de PSA y hallazgos histológicos (ISUP). Posteriormente, las imágenes fueron reevaluadas mediante un software de IA que asignó un nuevo puntaje PIRADS. Se analizaron cambios de categoría (upgrade, downgrade, mantención) y su correlación con cáncer clínicamente significativo (CPCS, ISUP ≥2). El impacto clínico se evaluó en términos de biopsias potencialmente evitadas, detección de CPCS, índice de utilidad clínica y métricas diagnósticas.

Resultados:

La mediana de PSA fue 5.64 ng/mL y la densidad de PSA 0.13 ng/mL/cc. La reclasificación por

IA mostró 58.1% de downgrade, 34.9% de upgrade y 7.0% de mantención. Con esta estrategia se podrían evitar hasta 62.7% de biopsias en PIRADS 3, aunque con pérdida de CPCS en 37.3% de los downgrades. En contraste, los pacientes reclasificados como upgrade presentaron 71.1% de CPCS, con una probabilidad cercana al 70% de enfermedad clínicamente significativa en este subgrupo. El índice de utilidad clínica global fue 0.658. Con un punto de corte PIRADS ≥4, la sensibilidad fue 48.5%, especificidad 79.4%, VPP 71.1% y VPN 59.5%, con una exactitud global de 63.6%. El área bajo la curva fue 0.667 (IC95%: 0.573–0.761).

Conclusión:
La IA apoya la decisión de biopsiar pacientes PIRADS 3, reduciendo procedimientos innecesarios y aumentando la certeza en la identificación de CPCS en los reclasificados como upgrade. En los downgrades, su uso debe interpretarse en el contexto clínico del paciente. Globalmente, la IA muestra un rendimiento diagnóstico moderado, con alta especificidad y VPP. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos para validar su implementación clínica.

O10) INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA

Bravo, J.(1); Parrao, D.(2); Saavedra, C.(2); Lay, R.(2); Guerreo, R.(2); Larrañaga, M.(1); Valero, G.(1);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) presenta la segunda tasa de incidencia más alta a nivel mundial. La región de O'Higgins se distingue por tener las tasas de mortalidad más elevadas del país, sin evidencia de una causa genética que explique este fenómeno. Además, no está claro si factores ambientales podrían ser responsables. Varios estudios han explorado la asociación entre la mayor incidencia y agresividad del cáncer y la exposición a pesticidas. Dado que la agricultura es la principal actividad económica de esta región, decidimos investigar la relación entre la mortalidad y agresividad del CaP y la exposición a estos compuestos, así como secuenciar las mutaciones germinales más frecuentes asociadas a esta enfermedad.

Metodología: Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados y tratados por CaP en nuestro hospital. Se incluyeron 479 pacientes entre 2015 y 2025, cumpliendo con criterios de inclusión y con fichas clínicas completas. Se evaluó la exposición a pesticidas mediante una encuesta validada, aplicada de forma aleatoria a este mismo grupo. Se reclutaron 34 pacientes para la secuenciación de BRCA 1 y 2. Evaluamos la relación entre la agresividad de la enfermedad al momento de la presentación (metastásico/no metastásico; en caso de ser localizado, se consideró el grupo de riesgo; para metástasis, se analizaron

volumen, Gleason, APE, tamaño del tumor, edad de presentación y extensión extra prostática) y los resultados oncológicos, incluyendo recidiva bioquímica (RBQ), metástasis a distancia (MTT), sobrevida específica y global.

Resultados: En los 479 pacientes, encontramos relación significativa entre el porcentaje de hectáreas plantadas y Gleason >7 (p=0.031), debut metastásico (p=0.001) y mortalidad (p=0.024). De los 88 encuestados, 43 (48.8%) estaban expuestos a pesticidas. Al comparar la exposición, se observaron asociaciones significativas con compromiso extra prostático (p=0.048), mortalidad (p=0.029), aparición de MTT (p=0.05) y RBQ (p=0.05). De los pacienttes con criterio de heredabilidad, ninguno de los pacientes secuenciados presentó mutaciones.

Conclusión: En nuestra población, no se identificó una causa genética que explique la mortalidad asociada al CaP en la región. Sin embargo, se encontró una relación entre la exposición a pesticidas y factores que podrían aumentar la agresividad y mortalidad del cáncer

O11) EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE?

Toro, D.(1); Román, P.(2); Briceño, F.(1); Verdugo, C.(1); Chavez, C.(3); Mellado, J.(4); Borgna, V.(5);
(1): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Servicio Oncología, Hospital Barros Luco-Trudeau; Fundación Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile (3): Centro de Investigación e Innovación del Cáncer. Fundación Arturo López Pérez;Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile, Santiago, Chile (4): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Unidad Oncourología, Hospital Barroso Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción:El manejo del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) ha cambiado con la incorporación de nuevas terapias como inhibidores de la vía del receptor de andrógeno (ARPI) y PARP (iPARP), Lutecio-177-PSMA, etc. Sin embargo, su uso está condicionado al acceso económico, cobrando gran relevancia en Hospitales y viendo como alternativa viable la reexposición a Docetaxel (Rechallenge), aún con escasa evidencia. Objetivo: evaluar resultados clínicos oncológicos usando rechallenge de Docetaxel en mCRPC

Métodos:Se realizó una cohorte retrospectivas, de pacientes con mCRPC tratados en nuestro centro entre 2015 y 2025. Se incluyeron como “rechallenge”: pacientes que recibieron >1 ciclo inicial de docetaxel, con suspensión ≥3 meses, seguido de reintroducción de la droga. Se analizaron características basales, respuesta bioquímica (PSA50), respuesta clínica/radiológica, toxicidad (CTCAE v5.0). Se realizó un análisis estadístico bivariado para

relacionar las variables basales y de respuesta al primer ciclo con respuesta al rechallenge (PSA50 o clínico-radiológico) con pruebas no paramétricas(chi2 y Mann-Whitney).

Resultados: De un total de 118 pacientes que recibieron Docetaxel por mCRPC, en 15 se realizó rechallenge. La media de edad:65 años (51–84), Biopsia ISUP ≥4 en 46,7%. La mediana de PSA inicial 72ng/mL (RIQ 24.5–145). La mediana en el nadir de PSA posterior a Docetaxel fue de 2,45ng/mL (RIQ 0,52-11). La media de ciclos fue de 13(5-30), 7(46%) pacientes recibieron RT paliativa. Durante el rechallenge, el PSA50 fue de un 45%, y la respuesta clínica/radiológica se alcanzó en el 40%. La mediana de tiempo a progresión tras el rechallenge fue de 8 meses. La toxicidad grado ≥3 ocurrió en un 15%, sin muertes atribuibles al tratamiento. La sobrevida global fue de 18 meses en respondedores vs 9 en no respondedores (p<0,05). Se vio una relación positiva entre nadir de PSA bajo y RT (p.0,03 y 0,05) con PSA50 al rechallenge. No se encontró relación significativa para respuesta clínico-radiológico.

Conclusiones: Rechallenge de docetaxel en mCRPC constituye una opción segura, eficaz y bien tolerada en pacientes seleccionados. La identificación de factores predictores, como un nadir de PSA bajo podría ayudar a optimizar la selección de candidatos.

O12) ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US

Rodriguez, A.(1); Campos, D.(1); Mogollón, J.(1); Van Cauwelart, R.(1); Castillo, O.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción

La biopsia sistemática (BS) se realiza de manera rutinaria junto a la biopsia dirigida (BD) en hombres con hallazgos sospechosos en resonancia multiparamétrica (RM), incluidas las lesiones PI-RADS 5. Sin embargo, su valor agregado en este grupo de alto riesgo es motivo de debate. Este estudio evaluó el aporte diagnóstico de la BS en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa) en pacientes con lesiones PI-RADS 5 sometidos a biopsia transperineal con fusión RM/US.

Material y Métodos

Entre julio de 2019 y junio de 2025, se realizaron 700 biopsias prostáticas transperineales con fusión RM/US. Los hallazgos de la RM se categorizaron según PI-RADS v2. Se efectuaron BD (3–5 cilindros por lesión) y BS con un template de 5 mm. Este análisis retrospectivo incluyó a 130 pacientes con lesiones PI-RADS 5 que recibieron ambas técnicas. Se definió csPCa como Gleason ≥3+4 y se evaluó la detección por tipo de biopsia y el beneficio incremental de la BS.

Resultados
La edad media fue 67,2 años (DE 7,8). La mediana de PSA fue 7,7 ng/mL (RIC 5,6–11,3), volumen prostático 50 mL (RIC 38–69,8) y densidad de PSA 0,2 (RIC 0,1–0,3). El tacto rectal sospechoso estuvo presente en 36,9%. Se diagnosticó cáncer en 113 de 130 pacientes (86,9%), confirmándose csPCa en 97 casos (74,6%). La BD detectó csPCa en 72,3% y la BS en 69,2%. La concordancia entre ambas técnicas se observó en el 89,7% de todos los csPCa. De los casos detectados por BD, el 92,6% también fueron identificados por BS. Solo 3 pacientes (3,1% de csPCa) fueron diagnosticados exclusivamente por BS.

Conclusiones
En pacientes con lesiones PI-RADS 5, la BD por sí sola detectó la mayoría de los cánceres clínicamente significativos. La BS aportó escaso valor adicional, con detección exclusiva en apenas un 3,1% de los casos. La alta concordancia refleja más redundancia que complementariedad. Estos resultados apoyan considerar la omisión selectiva de la BS en pacientes con PI-RADS 5 cuando se dispone de RM de calidad y BD guiada por fusión. Se requiere validación prospectiva antes de implementar esta estrategia en la práctica clínica.

OA2) TRABAJOS LIBRES ORAL 2

O13) CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS

Ferriere-steinert, S.(1); Heskia, S.(1); Marquez, M.(2); Valenzuela, J.(1); Acevedo, C.(3); Olea, M.(3); Mercado-campero, A.(3); Valdevenito, J.(3);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La relación entre el volumen prostático y la obstrucción a la salida de la vejiga (OSV) sigue siendo un tema controvertido. Se sabe que el crecimiento prostático benigno (CPB) contribuye a la OSV, pero el grado en que el volumen prostático por sí solo se correlaciona con una obstrucción urodinámica es motivo de debate.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en Scopus, PubMed y una revisión manual de la literatura relevante para identificar estudios que evaluaran la correlación entre el volumen prostático y la OSV, incluyendo estudios que utilizaron la clasificación de Schäfer y el índice de obstrucción a la salida de la vejiga (BOOI) como estándares de referencia. Se extrajeron los coeficientes de correlación y se sintetizaron mediante un metaanálisis de efectos aleatorios. También se revisaron estimaciones ajustadas de modelos lineales multivariantes.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 14 estudios que comprendieron 5.350 pacientes. La correlación univariada combinada entre el volumen prostático y el grado de obstrucción según Schäfer fue de $r^2 = 0.16$ (IC 95%: 0.13–0.29), lo que sugiere una asociación positiva moderada—aproximadamente un aumento de un grado en la clasificación de Schäfer por cada incremento de 35 mL en el volumen prostático. De forma similar, la correlación combinada entre el volumen prostático y el BOOI fue de $r^2 = 0.14$ (IC 95%: 0.06–0.24), correspondiente a un aumento estimado de 10 puntos en el BOOI por cada incremento de 30 mL en el volumen prostático. Sin embargo, en un modelo multivariado que incluyó dos cohortes y se ajustó por posibles factores de confusión, el valor predictivo del volumen prostático se redujo considerablemente, con un tamaño de efecto de $\beta = 0.03$ (IC 95%: 0.01–0.04), acercándose a una asociación insignificante.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el volumen prostático tiene una correlación moderada con la OSV y puede ser un parámetro útil para una evaluación inicial. No obstante, su valor predictivo se debilita al considerar variables mediadoras como la morfología prostática, lo que reafirma la impresión clínica de que el volumen prostático por sí solo es insuficiente para confirmar la presencia de OSV.

O14) LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS.

Acevedo Miranda, E.(1); Ledezma, C.(2); Arevalo-vega, D.(2); Lopez-ponce-de-leon, L.(2); Gallegos, H.(2); Dell'oro, A.(2); Calvo, C.(2);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Ñuñoa, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, ,

Introducción

El objetivo de este estudio fue comparar los parámetros de uroflujometría libre e invasiva en mujeres con distintos diagnósticos clínicos, para determinar si las diferencias entre ambas mediciones de flujo máximo varían según el contexto clínico.

Materiales y métodos

Estudio transversal. Se extrajeron los datos de las urodinamias entre 2015-2021 en un hospital universitario, estas fueron realizadas siguiendo las guías de la ICS. Se incluyeron pacientes adultas que lograran orinar al menos 150 ml en ambas pruebas. Se excluyeron pacientes con prolapsos de alto grado. Las pacientes se clasificaron en cinco grupos según su diagnóstico: disfunción de vaciado (DV), incontinencia de orina mixta (IOM), incontinencia de orina de esfuerzo (IOE), vejiga hiperactiva (VH) y cirugía antiincontinencia previa. El flujo máximo libre (fQmax) se midió en condiciones similares a la micción habitual y el flujo máximo invasivo (iQmax) mediante un estudio flujo-presión estándar. La correlación entre

ambas mediciones se evaluó utilizando coeficiente de Spearman y coeficiente de correlación intraclase (CCI). Se analizó la diferencia de flujos entre los grupos usando U de Mann-Whitney. Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartil. Se utilizó SPSS v.23, la significancia de estableció con un valor p< 0.05.

Resultados

De 891 urodinamias, 407 cumplieron criterios de inclusión. La media de edad fue 53,9 ± 12 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron IOM (61,7%) e IOE (24,6%). El 12,8% reportó bulto vaginal. La mediana de fQmax fue mayor (30 ml/seg) que la de iQmax (17 ml/seg), con baja correlación (r=0,271; p<0,001). El análisis de fiabilidad mostró predominio de error sistemático entre ambos métodos. La diferencia global entre ambos Qmax fue de una mediana de 12 ml/seg. Esta diferencia varió entre los subgrupos, fue menor en DV (5 ml/seg) y mayor en IOE (17 ml/seg).

Conclusiones

El flujo máximo libre e invasivo no son intercambiables; iQmax es aproximadamente 12 ml/seg menor que fQmax. Esta diferencia es más profunda en pacientes con IOE y menos sustancial en pacientes con disfunción de vaciado.

O15) SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM

Cañas, R.(1); Ledezma, R.(1);
(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es el tratamiento de elección para próstatas de gran volumen (>80 cc). Este requiere el uso de grandes volúmenes de solución de irrigación, siendo la solución salina fisiológica la más usada. Sin embargo, pese a que el suero Ringer Lactato (SRL) presenta una composición hidroelectrolítica más similar al plasma humano, a la fecha no existen estudios que evalúen su uso en el HoLEP. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad del uso de SRL como medio de irrigación en la cirugía HoLEP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico entre enero y agosto de 2025. Se incluyeron pacientes con crecimiento prostático complicado, sometidos a HoLEP con irrigación exclusiva mediante SRL. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. Todas las cirugías fueron realizadas por un único urólogo. Se

evaluaron parámetros hidroelectrolíticos y gases venosos antes y después de la cirugía, además de registrar complicaciones intra y postoperatorias inmediatas.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes. La edad media fue de 67,6 años (DE ±8,4), con una mediana de antígeno prostático específico de 2 ng/ml (RIQ 2,4) y un volumen prostático medio de 93 ml (DE ±42,3). El tiempo quirúrgico promedio fue de 40,1 minutos para la enucleación (DE ±15,3) y 14,8 minutos para la morcelación (DE ±8,9). Se utilizaron en promedio 28 litros (DE ±13) de SRL como solución de irrigación. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo I, todas por obstrucción transitoria de la sonda por coágulos. En el análisis de parámetros bioquímicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del cloro y pH pre y post operatorios, pero ambos parámetros estuvieron dentro de los rangos normales.

Conclusiones: El uso de SRL como medio de irrigación durante el HoLEP demostró ser seguro, sin evidencias de complicaciones intraoperatorias significativas ni alteraciones hidroelectrolíticas clínicamente relevantes. Los resultados sugieren que la SRL es una alternativa segura y fisiológicamente adecuada para la irrigación durante el HoLEP, sin comprometer la seguridad del paciente ni la eficacia del procedimiento.

O16) IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA

Rodriguez, C.(1); Cofre, A.(2); Sandoval, F.(2); Pino, M.(2); Sanchez, R.(1); Salvador, N.(1); Affeld, F.(1);
(1): HOSPITAL INTERCULTURAL DE NUEVA IMPERIAL, TEMUCO, CHILE (2): UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE

Introducción: La enucleación prostática con láser holmio (HoLEP) es una técnica mínimamente invasiva que ha demostrado su efectividad. Su adopción en centros de mediana complejidad implica un desafío importante. Presentaremos nuestra experiencia inicial en el Hospital de Nueva Imperial utilizando HoLEP técnica en bloque con liberación apical precoz, escalando progresivamente en volumen prostático y presentando resultados clínicos incluyendo análisis de costos versus adenomectomía abierta (AA).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, centro único entre enero 2024 y agosto 2025. Cohorte HoLEP (n=57; seguimiento 3 meses n=48) y cohorte contemporánea AA (n=48). Costos directos en CLP (año base 2025) desde perspectiva hospitalaria con referencia al peso GRD. Se evaluaron Qmax y residuo postmiccional (RPM) a 3 meses en HoLEP. Normalidad por Shapiro; t o U y χ^2/Fisher; IC95% y α=0,05. Análisis ajustado por edad, volumen

prostático, Qmax basal, anticoagulación y sondaje preoperatorio mediante regresión con errores robustos/PSM 1:1 (caliper 0,2).

Resultados: En HoLEP, a 3 meses Qmax aumentó de 16,8 a 30,0 ml/s (Δ +12,6 ml/s; IC95% 8,0–17,2; p<0,001) y RPM disminuyó de 86,0 a 26,5 ml (Δ −51,7 ml; IC95% −72,0 a −31,3; p<0,001). Complicaciones relevantes: Incontinencia transitoria: 9,6%, estrechez meato/uretra 9,6%, retención aguda 2,7%, ITU 1,4%. Presencia de cáncer prostático incidental: 8,2%. La estancia media fue de 3,4 vs 9,5 días (−64%) y costo de cama por caso CLP 606.478 vs 1.683.436 (−64%); costo total CLP 29.110.950 vs 80.804.940. La curva de aprendizaje mostró quiebres en el caso ≈12 para tiempo quirúrgico (mediana 106,5 a 85,0 min; p=0,26) y en el caso ≈20 para tiempo enucleación (mediana 45,0 a 41,0 min; p=0,86).

Conclusión: La implementación de HoLEP en centros de mediana complejidad es factible, ofreciendo una mejoría funcional temprana y baja incidencia de complicaciones. Además asociado a reducción en la duración de la estancia hospitalaria y costos, en comparación con AA. No obstante, es crucial realizar un seguimiento a largo plazo y validar estos hallazgos mediante estudios multicéntricos.

O17) ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA)

Mohr Oelckers, E.(1); Trucco, C.(2); Cañas, R.(3); Olemdo, T.(4); Astroza, G.(5); Marchetti, P.(3); Gómez-sancha, F.(6); Gilling, P.(7); Ledezma, R.(8);
(1): Hospital Alto Hospicio, Iquique, Chile (2): Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Hospital Clínico de la Universidad Católica, Santiago, Chile (6): ICUA-Clínica CEMTRO, Madrid, España (7): Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelanda (8): Hospital Clínico Universidad Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna sintomática (HPB), independiente del tamaño prostático. A pesar de sus ventajas, HoLEP es conocido por su pronunciada curva de aprendizaje. El desarrollo de un robot quirúrgico para asistir esta cirugía podría permitir una mayor disponibilidad de HoLEP al ayudar al urólogo en la superación de la curva de aprendizaje mediante navegación quirúrgica, orientación especial y reconocimiento de puntos de referencia durante la cirugía. El objetivo del estudio es demostrar la seguridad y rendimiento del HoLEP utilizando la Plataforma Beacon. Presentamos los datos de los primeros casos de RoLEP en humanos.

Métodos:

Estudio piloto internacional, multicéntrico, abierto, de un solo brazo, que analiza resultados intraoperatorios y postoperatorios de HoLEP utilizando Plataforma Beacon. Esta corresponde a una novedosa plataforma robótica de asistencia, controlada por urólogo mediante consola, desarrollada con modelos de hidrogel y cadavéricos. Se incluyó dos cohorts: roll-in (A) y por intención de tratamiento (B). Se incluyó pacientes con síntomas del tracto urinario inferior moderado a severos y/o retención urinaria aguda secundario a HPB, con un volumen prostático entre 40-120cc. El principal criterio de valoración de seguridad fue la incidencia de eventos adversos definido por una complicación Clavien-Dindo mayor o igual a 3a durante los primeros 30 días posteriores al tratamiento. El principal criterio de valoración de rendimiento fua la finalización exitosa de la enucleación y morcelación sin necesidad de convertir a HoLEP convencional u otro procedimiento quirúrgico.

Resultados:

Fueron enrolados 15 pacientes. Edad media 66.9 años (DE 7.02), rango 59-78 años. Nivel promedio de antígeno prostático especifico 2.52 ng/ml (DE 1.88, rango 0.4-8.0 ng/ml). Duración media de uso de Sonda Foley post operatoria 2.53 días (n:9) (DE: 2.92). Ningún paciente presentó complicaciones igual o superior a grado 3 Clavien-Dindo, perforación capsular, lesión vesical o lesión de orificio ureterales. Ningún paciente requirió reintervención ni transfusión sanguínea. A la fecha no se han reportado casos de incontinencia urinaria.

Conclusión:

El estudio ASTRA logró demostrar la seguridad y viabilidad del HoLEP asistido por robot (RoLEP) utilizando la Plataforma Beacon.

O18) ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD.

Segura Díaz, F.(1); Gavilan Leñam, D.(1);
(1): Hospital Dr. Juan Morey La Unión, La Unión, Chile

Enucleación Láser en pacientes con próstatas muy grandes >150 ml: Seguridad y Efectividad.

Introducción. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica quirúrgica efectiva para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB), independientemente del tamaño de la próstata. Sin embargo, en próstatas mayores a 150 cc presenta desafíos técnicos únicos. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad en este grupo de pacientes.

Material y métodos. Realizamos análisis retrospectivo pacientes sometidos a HoLEP entre marzo 2022 y agosto 2025 en un centro de alto volumen quirúrgico (6-10 cirugías por semana). Datos perioperatorios, demográficos, quirúrgicos y resultados funcionales fueron registrados. El volumen prostático (VP) fue medido (ml) por ultrasonografía o resonancia magnética.

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes con VP mayor 150 ml (150-375 cc). Edad media fue 71,2. Retención urinaria preoperatoria se presentó en 50% de los pacientes. 9 pacientes se realizó Holep de urgencia por hemovejiga. Antígeno prostático (APE) medio 17,6 ng/ml. El tiempo de enucleación fue de 65 minutos (47-105) . Tiempo de morcelación 27 min (19 - 62 minutos). En 52 pacientes (89%) se realizó técnica en bloque. Se identificaron beach balls en el 50% de los casos. La estadía hospitalaria fue 2 días promedio (1- 7 días). Uso de sonda promedio 4 días (2-7 días). El tejido removido fue de 89 gramos (80-346). El porcentaje de incontinencia de orina transitoria fue de 11.8 % (7 casos) al 1 mes y 1.63 % (1 caso) a los 3 meses postoperatorio. No se registraron casos de conversión a cirugía abierta ni complicaciones mayores.

Conclusiones. Nuestra serie demuestra que Holep en manos experimentadas es un procedimiento eficaz y seguro para próstatas muy grandes.

Palabras clave (3) Hiperplasia próstata - enucleación - holmium.

O19) BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE.

Benítez-filselcker, A.(1); Ávila, C.(1); Águila, F.(2); Marchant, F.(2);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Urólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) en sus distintas modalidades (Estándar, Mini, Supermini) y posiciones (prono o supino) no están exentas de complicaciones. La elevación de la presión intrarrenal (IRP) >30 mmHg se ha asociado al aumento de complicaciones infecciosas y daño renal. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la IRP en NLPC según la modalidad quirúrgica y posición del paciente.

Materiales y Métodos:

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico con 40 pacientes sometidos a NLPC en modalidades estándar (24Fr), Mini-Perc (18Fr) y Supermini-Perc (13Fr). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según la posición quirúrgica: prono o supino. Durante el intraoperatorio se midió la IRP basal, media y máxima. Además, se evaluaron la función renal

y parámetros inflamatorios a las 24 horas postoperatorias. Se documentaron las complicaciones durante la hospitalización. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

Ambos grupos presentaron características clínicas comparables. Se realizaron 27 procedimientos en prono (9 estándar, 14 mini, 4 supermini) y 13 en supino (4 estándar, 6 mini, 3 supermini). La mediana de IRP basal fue significativamente menor en supino comparado con prono (5 vs. 10 mmHg, p = 0.02), sin diferencias significativas en la mediana de IRPmax entre ambas posiciones, siendo estas <30 mmHg (25 vs 27 mmHg). No se observaron diferencias significativas entre modalidades quirúrgicas estándar, mini y supermini (9 vs. 9.5 vs. 8 mmHg, p=0.804). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la IRP >30 mmHg y el deterioro de la función renal (χ^2=1.62, p=0.204), ni con la elevación de parámetros inflamatorios post operatorios (χ^2=0.003, p=0.954).

Discusión:

La IRP basal está determinada por la posición en la que se realiza la NLPC, siendo mayor en prono que en supino y es independiente de la modalidad quirúrgica que se utilice. Sin embargo, esta diferencia no se extiende a la IRPmax, lo que es consistente con la ausencia de diferencias en complicaciones infecciosas o deterioro de la función renal descritas. A nuestro conocimiento, este es el primer estudio realizado in vivo que compara la presión entre las distintas modalidades y posiciones en NLPC.

O20) MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA.

Benítez-filselcker, A.(1); Gil, A.(1); Andriola, M.(1); Ávila, C.(1); Heskia, S.(2); Punte, T.(3); Barahona, J.(4); Consigliere, L.(4); De La Llera, J.(4); Vizuete, E.(4); Marchant, F.(5); Águila, F.(4);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Fellow de Endourología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Urólogo, Subunidad de Litiasis Urinaria, Hospital San José, Santiago, Chile (5): Urólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Tradicionalmente, el tamaño litiásico se mide por el diámetro máximo, medida lineal que puede subestimar la verdadera carga litiásica. El objetivo de nuestro trabajo es determinar un punto de corte de volumen litiásico en ureteroscopia flexible (URS-f) con vaina de acceso convencional y evaluar el rol adicional de la densidad.

Materiales y Métodos:
Estudio retrospectivo, observacional, analítico de URS-f realizadas entre 2018 y 2025 con equipo descartable y láser de Holmio de baja potencia. Todos los pacientes contaron con tomografía pre y posoperatoria. El volumen litiásico se estimó mediante la fórmula del elipsoide (0.167 x π x Largo x Ancho x Alto). La tasa de stone free (SFR) se evaluó con 2 definiciones (i)convencional (<4mm) y (ii)volumétrica equivalente a litiasis de 4 mm en todos sus ejes (33.28mm3). Se construyeron curvas ROC y se obtuvo el punto de corte óptimo del volumen mediante índice de Youden. Se realizó un modelo de regresión logística binaria incluyendo el volumen y la densidad como predictores. Los análisis se realizaron en SPSS v29.

Resultados:
Se analizaron 321 procedimientos. El volumen litiásico preoperatorio mostró una discriminación moderada para predecir SFR convencional con AUC 0,754 (IC95% 0,697–0,811; p<0,001). Para SFR volumétrico, el AUC fue muy similar (0,748; IC95% 0,690–0,806). El punto de corte se ubicó en 824mm³, con sensibilidad 0,74 y especificidad 0,66 (Youden ≈0,40). En el modelo multivariado, el volumen se asoció de forma independiente con menor probabilidad de SFR a mayor volumen (OR 0,339; IC95% 0,247–0,465; p<0,001). La densidad no mostró asociación significativa (OR 1,035; IC95% 0,960–1,115; p=0,374). La discriminación del modelo no mejoró al añadir densidad (AUC 0,754 solo volumen versus 0,753 volumen+densidad).

Discusión:
La volumetría es un factor capaz de predecir la SFR en forma significativa con un punto de corte umbral de 824mm³. La densidad no aportaría capacidad predictiva del SFR en URS-f. Estos hallazgos apoyarían el uso del volumen como un predictor útil en la planificación quirúrgica en litiasis urinaria.

O21) PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE.

Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Díaz Bravo, G.(1); Larenas Huguet, F.(1); Heskia Araya, S.(1); Martínez Osorio, C.(1); Salvadó Besnier, J.(2); Ibañez, H.(2); Fullá Ortiz, J.(1);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La ureteroscopía flexible (fURS) se ha convertido en el estándar de oro para el manejo de litiasis renales y ureterales. Uno de los puntos críticos es el control de la presión intrarrenal (PIR) durante el procedimiento. Hay consenso que PIR mayor a 40 cmH>O se asocian a riesgo de reflujo pielovenoso y con ello de sepsis y fiebre postoperatoria. Se ha desarrollado un sistema de irrigación automatizado (Asurys) regulado según la PIR que el mismo ureteroscopio sensa en tiempo real. El objetivo es evaluar seguridad y rendimiento clínico de Asurys durante fURS en pacientes con litiasis renales o ureterales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, entre abril y junio de 2025 en dos centros de Santiago, Chile. Se incluyeron pacientes adultos (≥18 años) con diagnóstico de litiasis ureteral o renal, sometidos a ureteroscopía flexible (n=14). Se excluyeron pacientes con infección urinaria activa, malformaciones anatómicas relevantes, embarazo o lactancia. En todos los casos se empleó un ureteroscopio desechable LithoVue Elite acoplado al sistema Asurys. Se registró de manera continua las presiones intrarrenales, parámetros intraoperatorios (duración del procedimiento, tiempo de uso del láser y utilización de vainas de acceso). Las complicaciones postoperatorias se clasificaron según Clavien-Dindo, y se tomaron muestras de laboratorio (proteína C reactiva, fibrinógeno, creatinina) antes de la cirugía y entre 2 y 3 horas después.

RESULTADOS: La media de edad fue de 51 años y el 78,6% correspondió a pacientes masculinos. La mediana de diámetro de los cálculos fue de 8 mm y su volumen de 189,9 mm^3. La mediana de duración de la cirugía fue de 60 minutos (rango 50,0–90,5) y la presión intrarrenal promedio alcanzó 29,4 ± 13,1 cmH>O. Un caso (7,1%) presentó infección urinaria grado II de Clavien-Dindo y otro (7,1%) dolor leve grado I.
CONCLUSIONES: El uso de Asurys permitió mantener de forma estable la presión intrarrenal por debajo de los 40 cmH>O, con baja incidencia de complicaciones y alta aceptación por parte del cirujano, lo que respalda su seguridad y eficacia en procedimientos de ureteroscopía flexible.

PALABRAS CLAVE: Endourología; Seguridad; Ureteroscopía; Urolitiasis.

O22) EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC.

Punte Menendez, T.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Aguila, F.(1); Marchant, F.(2); De La Llera, J.(1); Barahona Chomali, J.(1); Avila, C.(1); Consiglieri, L.(1); Vizuete, E.(1);
(1): Hospital San Jose, Santiago, Chile (2): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La Nefrolitotomía percutánea miniaturizada (MiniPerc) es una modalidad de la cirugía percutánea que utiliza tractos de dilatación <20Fr. Esta técnica mínimamente invasiva ha demostrado una tasa de efectividad y stone free (SFR) similares a técnica estándar, disminuyendo la tasa de complicaciones. La gran limitante de la masificación de la MiniPerc es el elevado costo de acceso y mantención del mini-nefroscopio. El objetivo del trabajo es describir la experiencia clínica en la realización de Nefrolitotomía Percutánea Miniaturizada con equipo descartable en 3 centros (público, privado y universitario) en Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 26 pacientes sometidos a nefrolitotomía percutánea miniaturizada. Se utilizó el equipo descartable REDPINE (Guangzhou REDPINE Medical Equipment Co.) de 15Fr, con un Amplatz de 18Fr con aspiración de la misma empresa. Se utilizó un láser Ho:YAG de alta potencia. Se registraron variables demográficas, características litiásicas, variables intraoperatorias y postoperatorias. Se realizó una tomografía de control a las 24 hrs postoperatorias como estándar.

Resultados:

Se analizó un total de 26 pacientes. La mediana de edad fue 53.5 años. Un 80.6% de los pacientes fue ASA 2. La media de tamaño mayor fue 23 mm (IQR 20.5-28.5) con una mediana de volumen litiásico de 2516.8 mm3 (IQR 2260.5 - 3605.5) y densidad mediana de 1020 UH. La mediana de tiempo quirúrgico fue 121 min. Se realizó cirugía tubeless en 24 de 26 pacientes (92.3%). La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días. La SFR estimada fue de 73.1%, con una mediana de reducción del volumen litiásico de 99.6%. La tasa de complicaciones fue de 7.6% (2 casos) siendo todas complicaciones de bajo grado (Clavien-Dindo I-II).

Discusión:

La MiniPerc es una técnica segura y eficaz para el manejo de la litiasis renal. El uso de equipos descartables, como el sistema REDPINE, permite mantener resultados clínicos favorables con baja tasa de complicaciones, reduciendo costos y facilitando su implementación en centros con recursos limitados.

O23) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO

Andriola, M.(1); Benítez, A.(1); Gil, A.(1); Heskia, S.(1); Punte, T.(1); Barahona, J.(1); Consigliere, L.(1); Vizuete, E.(1); De La Llera, J.(1); Marchant, F.(1); Aguila, F.(1);
(1): Hospital San José, Independecia, Chile

Introducción:

La ureteroscopía flexible (URSf) actualmente corresponde a una técnica quirúrgica habitual y extendida en el quehacer del Urólogo a nivel nacional. Uno de los hitos que permitió el acercamiento de este procedimiento a la práctica habitual fue la llegada de equipos flexibles descartables. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica de 743 casos consecutivos de URSf descartable en un centro de salud público de referencia nacional.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de pacientes con litiasis renal sometidos a URSf entre junio 2018 y junio 2025. Se analizaron variables demográficas, perioperatorias y de volumetría litiásica, esta última calculada mediante la fórmula del elipsoide. Se definió como criterio de *stone free* un diámetro <4 mm y por volumen equivalente (33,28 mm^3). Los pacientes se agruparon según volumen preoperatorio: <500 mm^3, 500–1000 mm^3, 1000–2000 mm^3 y >2000 mm^3.

Resultados:

La cohorte incluyó 743 pacientes, mediana de edad 53 años (RIQ: 41–62), 55% mujeres. La lateralidad fue izquierda en un 50%, derecha en un 45,7% y bilateral en un 4,3%. El tamaño mediano fue 15 mm (RIQ: 10–22), densidad 1000 UH (RIQ: 617–1215) y volumen preoperatorio 560 mm^3 (RIQ: 277–1142). El tiempo quirúrgico mediano fue de 70 min (RIQ: 51–95). La tasa global de *stone free* (SFR) fue de 72,3% y según volumen preoperatorio (SFR):

- <500 mm^3:convencional (C) 81,1%, volumétrico (V) 82,7%, media reducción 94,1%.
- 500–1000 mm^3: C: 68,3%, V: 67,0%, media de reducción 90,1%.
- 1000–2000 mm^3: C:57,6%, V:61,0%, media de reducción 87,7%.
- 2000 mm^3: C: 18,9%, V: 24,3%, media de reducción 77,8%.

Conclusiones:

La URSf es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de litiasis renal, consolidándose como la más utilizada por urólogos generales en el país. El volumen litiásico se identifica como un factor pronóstico relevante: a mayor carga, menor tasa de éxito *stone free*. No obstante, incluso en litiasis de gran volumen, la URSf permite una reducción significativa de la carga litiásica.

O24) DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA.

Marconi, M.(1); Gonzalez, A.(1); Fuentes, P.(1); Garcia, X.(1); Campillo, M.(1); Quintanilla, L.(1);
(1): Laboratorio de Medicina y Diseño -MEDLAB-, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El examen de Uroflujometría (UFM) es ampliamente utilizado en Urología; sin embargo, posee múltiples limitaciones para todos los usuarios involucrados en el proceso. Para el paciente es incómodo y costoso. Para el Urólogo, la medición aislada de un solo registro de flujo, puede ser no representativo de la realidad miccional del paciente. El objetivo de este trabajo es describir como un equipo multidisciplinario conformado por urólogos, diseñadores e ingenieros lograron desarrollar un prototipo funcional de un dispositivo que logra medir las variables tradicionales del examen de UFM utilizando el sonido que emite chorro de orina al caer en el agua del inodoro.

Material y métodos

Se intervino un inodoro estándar para hacerlo funcionar como un UFM tradicional que logra medir las siguientes variables: volumen orinado, tiempo de micción, flujo máximo (Qmax), flujo promedio (Qprom) y la curva flujo. En forma paralela se desarrollaron pequeñas unidades captadoras de audio de 5 x 5 cm que van adosadas por la cara externa del inodoro para captar el sonido que emite la orina al chocar contra el agua del inodoro. Se realizaron pruebas en sujetos reales que orinaron en el inodoro captando las variables de UFM tradicional y en el mismo acto el sonido del chorro de orina impactando el inodoro.

Resultados

Los rangos de frecuencia e intensidad del sonido emitido por el chorro de orina al chocar contra el agua del inodoro junto con la transmisión y amplificación de esas ondas por la materialidad y eco de la porcelana permitieron obtener una correlación estadísticamente significativa ($p<0.05$), que permiten a través del sonido obtener las variables clínicamente más relevantes del examen de UFM: morfología de la curva, Qmax, Qprom y volumen orinado.

Conclusiones

El trabajo multidisciplinario permitió desarrollar un Sono-Uroflujómetro que entrega información equivalente a la UFM tradicional, con la ventaja que este nuevo dispositivo puede ser usado en casa, no toma contacto con la orina, es de bajo costo, y permite el registro de miles de flujos de orina de un mismo paciente, mejorando radicalmente la experiencia del examen junto con la cantidad, calidad y confiabilidad de los datos.

UP) TRABAJOS LIBRES UROLOGÍA PEDIÁTRICA

O25) LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO

Yankovic, F.(1); Recabal, X.(1);
(1): Clinica Santa maría, Santiago De Chile, Chile

Introducción

La balanitis xerótica obliterante (BXO) o liquen escleroso es una condición inflamatoria crónica poco frecuente en pediatría. En pacientes sometidos a reparación de hipospadias puede manifestarse con estenosis de la neo uretra tanto precoz como tardía, comprometiendo los resultados funcionales.

Caso clínico

Paciente masculino incia controles a los 6 meses de vida por hipospadias penoscrotal. Se planificó corrección en dos tiempos: a los 8 meses se realizó corrección de la curvatura e injerto prepucial libre; 7 meses después se efectuó el segundo tiempo con uretroplastía del injerto prepucial libre y colgajo de dartos. Evolucionó favorablemente, manteniendo controles periódicos hasta el año 2023, a los 8 años, encontrándose asintomático.

En marzo de 2025 consultó por retención aguda de orina, precedida por disuria progresiva y anuria de 12 horas. En otro centro se intentó sondaje en forma infructuosa y fue trasladado a nuestra institución. Evolucionó transitoriamente con diuresis espontánea, pero a los 6 días reconsultó, requiriendo cistostomía por punción. Se constata con fluoroscopía estenosis crítica de la neourtera. Se planifica exploración quirúrgica donde se constató estenosis crítica de la neouretra con compromiso completo del injerto. Se realizó excisión total del injerto uretral, uretrostomía perineal e injerto de mucosa oral de labio inferior. La biopsia confirmó liquen escleroso con marcada actividad inflamatoria. Evolucionó con buena recuperación, chorro miccional normal y sin recurrencia clínica, en espera de segundo tiempo quirúrgico.

Conclusión

La balanitis xerótica obliterante debe considerarse como complicación tardía en pacientes con hipospadias. El seguimiento prolongado permite la detección precoz y una adecuada planificación quirúrgica para preservar la función urinaria.

O26) PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE

Reed López-güereña, F.(1); Acuña Muijica, C.(1);
(1): Clinica Alemana, Santiago, Chile

Introducción

El siringocele corresponde a una dilatación quística del conducto de las glándulas de Cowper. Su incidencia en edad pediátrica es baja y suele presentarse con síntomas obstructivos inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico. La endoscopía puede no ser concluyente y confundirlo con una estenosis uretral, por lo que la uretrografía retrógrada y la reevaluación cuidadosa resultan fundamentales.

Caso clínico

Paciente masculino de 8 años, con antecedente de cirugía por malformación de Arnold-Chiari tipo I realizada 10 meses antes, en la cual habría presentado un traumatismo uretral secundario a sondaje. Posteriormente requirió cistostomía por imposibilidad de orinar. Los intentos de pinzamiento de la sonda no lograron micción por uretra, además de dolor localizado en la región peneana media. Se realizaron dos cistoscopías que no evidenciaron zona clara de estenosis. La uretrografía retrógrada mostró una estrechez no crítica en la unión de uretra bulbar con la pendular. En una nueva evaluación endoscópica se identificó un siringocele obstructivo, el cual fue tratado mediante resección con láser. La evolución fue favorable, con micción espontánea, desaparición del dolor y sin recurrencia durante el seguimiento.

Discusión

El diagnóstico de siringocele en pediatría puede ser desafiante, especialmente en pacientes con antecedentes de instrumentación o cirugía, donde la sospecha inicial se orienta a una estenosis uretral. La asociación de síntomas persistentes, estudios endoscópicos poco concluyentes y hallazgos sugestivos en la uretrografía retrógrada deben alertar sobre esta entidad. El tratamiento endourológico con láser permite una resolución rápida, mínimamente invasiva y con bajo riesgo de recurrencia, representando una opción terapéutica eficaz y segura.

Conclusión

El siringocele debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de obstrucción uretral en niños. La uretrografía retrógrada y la reevaluación endoscópica son claves para su identificación. La resección endoscópica con láser constituye un abordaje efectivo que ofrece buena evolución clínica y preservación de la función miccional.

Palabras clave: siringocele, pediatría, obstrucción uretral, endourología, láser.

O27) ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN

Reed López-güereña, F.(1); Recabal, X.(1); Finsterbusch, C.(1); Mainguyague, R.(1); Letelier, N.(1); Yankovic, F.(1);
(1): Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile

Introducción:

El diagnóstico antenatal de hidronefrosis permite la pesquisa temprana de malformaciones del tracto urinario y la planificación de un manejo oportuno. Dentro de estas entidades, el megauréter obstructivo constituye una causa poco frecuente de dilatación ureteral congénita, que puede comprometer la función renal si no se corrige. El tratamiento endoscópico mínimamente invasivo representa una alternativa válida en casos seleccionados, especialmente cuando es posible evitar la exposición a radiación.

Caso clínico:

Se presenta un lactante masculino con diagnóstico antenatal de hidroureteronefrosis derecha. A la edad de un mes, la ecografía postnatal evidenció marcada dilatación y tortuosidad ureteral, con adelgazamiento del parénquima renal. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de megauréter obstructivo. Se decidió manejo endoscópico mediante dilatación neumática con balón semicomplaciente. Durante la cistoscopia diagnóstica se identificó un uréter ectópico con desembocadura en la uretra posterior, inmediatamente bajo el cuello vesical, generando la obstrucción. Se procedió a la dilatación del segmento afectado bajo control ecográfico, sin incidentes, y se instaló un catéter pig tail para asegurar el drenaje ureteral y prevenir reestenosis. Todo el procedimiento se realizó sin fluoroscopia, utilizando exclusivamente guía ecográfica para el posicionamiento del balón y del catéter.

Conclusión:

El caso ilustra la relevancia del diagnóstico prenatal y el seguimiento ecográfico precoz en malformaciones urológicas congénitas. La dilatación neumática endoscópica se muestra como una opción terapéutica segura y eficaz para el megauréter obstructivo, incluso en escenarios de implantación ectópica. La realización del procedimiento bajo guía ecográfica

exclusiva permite evitar radiación ionizante, lo que constituye una ventaja significativa en la población pediátrica.

O28) SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS

Reed López-güereña, F.(1); Páez Cortes, J.(2); López Egañaq, P.(2);
(1): Hospital Exequiel González Cortes & Clinica Alemana, Santiago, Chile (2): Rainbow Babies and Children Hospital, Cleveland, USA

Introducción

El tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) mediante inyección de material abultante requiere habilidades visuales y táctiles específicas. Si bien existen simuladores sintéticos, su fidelidad anatómica "real" es limitada. Evaluamos un modelo biológico con vejiga porcina como herramienta de simulación práctica.

Objetivo

Evaluar el impacto de un taller hands-on con vejigas porcinas sobre la confianza del operador y la percepción técnica en relación con distintos tipos de agujas y materiales de inyección.

Métodos

Estudio piloto con 30 participantes. Se realizaron inyecciones submucosas en vejigas porcinas utilizando dos tipos de agujas (punta vs. lateral) y tres materiales (Vantris®, gel ecográfico, alcohol gel). Se midió la confianza antes y después del taller (escala Likert 1–5), así como realismo del modelo y preferencias técnicas.

Resultados

Participaron 30 urólogos pediatras. El taller de inyección duró 180 minutos en práctica. La encuesta post-taller fue contestada por 29 participantes. Los resultados mas destacados fueron

- Confianza: la media aumentó de 3,8 (pre) a 4,4 (post); mediana post = 5.
- Realismo (media): resistencia tisular 4,7; ductabilidad Vantris 4,6; visualización del bleb 4,5; coordinación mano-ojo 4,3.
- Preferencias:
    - Aguja más útil: apertura en la punta (59%).

- Material preferido: Vantris® (67%).

- El 100% recomendaría el modelo para otros médicos.

Tabla 1. Evaluación del realismo del modelo

Aspecto evaluado	Media
Resistencia tisular	4.7
Visualización de ampollas	4.5
Ductabilidad (Vantris®)	4.6
Coordinación mano-ojo	4.3

Conclusión

El modelo con vejiga porcina demostró alta fidelidad táctil y visual, generando un aumento significativo en la confianza técnica post-taller. Su bajo costo y accesibilidad lo hacen ideal para programas de formación en urología pediátrica.

Palabras clave

RVU, simulación quirúrgica, vejiga porcina, Vantris, hands-on, educación médica.

O29) ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO .

Concha Grossi, G.(1); Sanhouse, R.(2); Vilchez B, L.(3); Donoso O, V.(4); Zapata, G.(5); Salazar R, D.(6); Donoso R, G.(7); Pichott, A.(8);
(1): Servicio Cirugia pediatrica,Hospital Dr Franco Ravera ZuninP, rancagua, chile (2): Servicio Urologia,hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, chile (3): Servicio Cirugia

pediatrica,hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (4): Servicio Cirugia Pediátrica,Hospital Dr Franco Ravera zunino, Rancagua, Chile (5): Servicio Radiologia,Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (6): Servicio Anatomia PatologicaHospital Franco ravera Zunino, Rancagua, Chile (7): Servicio medicina nuclear,Corporacion Renal Infantil Mater, Santiago, Chile (8): Servicio imagenologia,Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La estenosis pieloureteral congénita es una patología donde la pieloplastía desmembrada es el gold estándar de tratamiento, ya sea abierta, laparoscópica o robótica. Existe un porcentaje bajo de reestenosis, con fibrosis en dicha unión. La forma de reintervención es un desafío terapéutico.

Presentación de caso clínico:

Paciente femenina, 10años, con antecedente de estenosis pieloureteral, intervenida en enero 2024 con pieloplastía Anderson Hynes abierta, evoluciona con filtración de la anastomosis. En el estudio de control, la ecografía muestra una persistencia de la severa hidronefrosis con dilatación de calices, 20mm diámetro ap en imagen renal trans al estudio ecográfico, el cintigrama dinámico mag3 presenta una curva con escasa eliminación, y la función renal en 38%. Uroresonancia, confirma la presencia de la severa hidronefrosis, con escasa eliminación del contraste al ureter distal.

Se planifica y efectúa una dilatación endoscópica, con balón medicado. Se aborda vía cistoscopia, pielografía ascendente, se identifica el área estenótica, se asciende un balón 3,5cm ancho, 12 mm de longitud se aplica presión de 8 atm, para luego, subir un balón medicado de 4mm, 12 mm longitud, dilatando con 12 atm y s e mantiene por 90 segundos. Finalmente se deja instalado catéter doble j y sonda Foley, la evolución posterior es adecuada.

Conclusiones: el manejo de la redo estenosis pieloureteral con dilatación endoscópica, es una opción terapéutica dentro de las alternativas terapéuticas.

El seguimiento clínico e imagenológico en el tiempo es fundamental en el manejo postoperatorio.

O30) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS

Sorrentino, G.(1); Gana, R.(1); Acuña, C.(1); Klinowski, M.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

La extensión de la edad pediátrica hasta los 18 años en Chile, en el marco de la Ley N°21.430 y el Decreto N°604, ha tenido un efecto directo en las diferentes especialidades médicas. El objetivo de este estudio fue evaluar dicho impacto en las intervenciones urológicas realizadas en adolescentes de 15 a 18 años en el Hospital Padre Hurtado entre 2021 y 2024.

Se realizó una revisión retrospectiva de los registros clínicos que incluyó a los pacientes intervenidos por el equipo de urología pediátrica en este rango etario. Se analizaron variables como año, diagnóstico, procedimiento realizado.

Se identificaron 630 intervenciones urológicas, de las cuales 63 son adolescentes entre 15 y 18 años , lo que corresponde al 10% del total con un aumento progresivo desde 3,7% en 2021 hasta 14,7% en 2024. Los procedimientos más frecuentes fueron circuncisiones (50,8%) y cistoscopias (14,3%), seguidas de cirugías de mayor complejidad como ureterolitotomías (4,8%), pieloplastias (3,2%), una ureterostomía (1,6%) y una ampliación vesical (1,6%). Se realizaron además intervenciones menos frecuentes como instalación de prótesis testiculares (3,2%) y corrección de la curvatura del pene (1,6%). El 6,4 % fueron descensos testiculares y orquiectomias. Finalmente se incluyó una laparotomías exploratoria, una cistostomía, una orquidopexia por torsión testicular, una quistectomía, una hidrocelectomia, una uretrocistografía en pabellón, una uretroplastia y una varicocelectomía que en su totalidad sumaron el 17,5%.

Estos hallazgos reflejan que la extensión de la edad pediátrica no solo incrementa el volumen de pacientes, sino que también amplía la diversidad y complejidad de los procedimientos realizados. La atención de adolescentes incluye el seguimiento de patologías crónicas, como malformaciones urogenitales pero a su vez aumenta el volumen de patologías menos frecuentes en pediatría como las litiasis. Esto reafirma la necesidad de que los urólogos pediátricos se preparen para garantizar los cuidados más allá de la infancia.

O31) EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA.

Lira G., J.(1); Figueroa D., M.(2); Muñoz M., O.(3); Reed López-güereña, F.(4);
(1): Hospital Exequiel González Cortes & Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (4): Hospital Exequiel González Cortes, Clinica Alemana& Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La litiasis urinaria ha aumentado en las últimas décadas, impulsando el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas que se adapten a las nuevas necesidades de manejo. La

ureteroscopía flexible se ha consolidado como una alternativa eficaz y segura, especialmente con el uso de vainas de acceso ureteral. En adultos, el empleo de vainas con aspiración (FANS) ha demostrado beneficios al disminuir la presión intrarrenal, mejorar la visibilidad y facilitar la eliminación de fragmentos. En pediatría, la experiencia aún es limitada y la evidencia escasa.

Objetivo:

Describir la experiencia multicéntrica chilena inicial en el uso de FANS para el manejo de litiasis renal en pacientes pediátricos.

Métodos:

Se revisaron retrospectivamente los registros de 10 pacientes menores de 18 años tratados con ureteroscopía flexible y litotricia láser utilizando FANS en distintos centros nacionales entre 2024 y 2025. Se analizaron edad, sexo, localización de la litiasis, calibre de la vaina, uso de prestenting y resultados postoperatorios. La tasa libre de cálculos (SFR) se definió como ausencia de fragmentos >2 mm en imágenes de control.

Resultados:

La edad media fue de 11,7 años (rango: 6–18), con predominio femenino (60%). La localización más frecuente fue el cáliz inferior (60%), seguida de pelvis renal (30%). En el 90% de los pacientes se realizó prestenting previo. Se utilizó FANS 10/12 Fr en 70% de los casos y 11/13 Fr en 30%. Todos los procedimientos se efectuaron mediante ureteroscopía flexible y litotricia láser Holmio. La tasa de SFR fue del 60%, tanto para la definición de fragmentos >2 mm como para la ausencia absoluta de fragmentos residuales. No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias.

Conclusión:

El uso de FANS en población pediátrica es factible y seguro, con ausencia de complicaciones en esta serie inicial. La tasa de SFR del 60% refleja las dificultades inherentes a la litiasis compleja, en particular en cáliz inferior, así como la curva de aprendizaje de esta técnica en niños. Se requieren series multicéntricas más amplias para establecer el rol definitivo del FANS en el tratamiento de la litiasis renal pediátrica.

O32) IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL

Acuña Mujica, C.(1); Rodríguez H., J.(2); Gana G., R.(3); Correa T., R.(4); Reed López-güereña, F.(5);
(1): Clinica Alemana & Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana & Hospial Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (3): Clinica Alemana 6 Hospital Padre Hurtado,

Santiago, Chile (4): Clinica Alemana y Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (5): Clínica Alemana & Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile

Introducción

La uretroplastia es una cirugía compleja, con curva de aprendizaje prolongada y tasas de complicaciones relevantes incluso en manos expertas. La simulación en modelos animales ofrece una alternativa segura para acelerar el entrenamiento y reforzar habilidades quirúrgicas.

Objetivo

Evaluar el impacto de un taller de simulación de uretroplastias distales en modelos animales sobre la confianza del operador y la percepción de fidelidad del modelo.

Métodos

Se desarrolló un taller práctico de 180 minutos con 10 participantes (8 urólogos pediátricos y 2 cirujanos pediátricos). Se utilizaron dos modelos animales (cerdo y pollo). Los asistentes realizaron uretroplastíadistal según técnicas de Snodgrass y Mathieu. Al término, completaron una encuesta estructurada respecto a confianza, habilidades adquiridas y fidelidad de los modelos.

Resultados

Todos los participantes respondieron la encuesta. La mayoría calificó la actividad como altamente útil y bien diseñada. Destacaron:

• “Mejoró mi conocimiento” (8/10 “Muy de acuerdo”).

• “Mejoró mi confianza” (9/10 “Muy de acuerdo”).

• “Mejoró mi habilidad en la técnica de Snodgrass” y en “deglobamiento” (≥60% “Muy de acuerdo”).

Estos hallazgos reflejan un impacto positivo en aprendizaje, confianza y destrezas técnicas.

En cuanto a fidelidad, un 30–40% de respuestas se ubicaron en categorías intermedias para la simulación de la placa incidida y deglobamiento, sugiriendo espacio de mejora en realismo. Asimismo, la evaluación del ambiente del taller mostró cierta dispersión, lo que podría optimizarse con mayor apoyo logístico y recursos complementarios.

Conclusión

El taller de simulación en modelos animales para uretroplastía distal fue altamente valorado por los participantes, quienes reportaron mejoras significativas en conocimientos, confianza y habilidades quirúrgicas. Los principales desafíos se centran en perfeccionar la fidelidad de los modelos y fortalecer las condiciones del entorno de enseñanza.

Palabras clave: Uretroplastía, hipospadias, simulación quirúrgica, entrenamiento, habilidades técnicas.

O33) SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE.

Nome Farbinger, C.(1); Echeverria Saavedra, P.(1); Perez Lavandero, A.(1); Bello, A.(1);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena Temuco, temuco, Chile

Introducción

Las variaciones del desarrollo sexual (VDS) son un grupo heterogéneo de condiciones congénitas caracterizadas por discordancia entre el sexo cromosómico, gonadal o fenotípico Dentro de las VDS, el síndrome de persistencia de conductos de Müller (PMDS) corresponde a una de las formas menos frecuentes en individuos con cariotipo 46,XY. En Sudamérica, y particularmente en Chile, no existen registros epidemiológicos robustos. La información proviene de reportes aislados, lo que dificulta estimar su incidencia real.

Presentación del Caso

Paciente de 1 año, con 2 hermanos portador de VDS, ecografía compatible con testículos intrabdominales e imagen sugerente de útero. Cariotipo: 46,XY.Estudio genético molecular: Dos variantes de significado incierto (VUS) en gen AMHR2 Laparoscopia exploradora: se identifican ambos testículos intraabdominales con vasos cortos y presencia de restos müllerianos.

Discusión

El caso descrito corresponde a un síndrome de persistencia de conductos de Müller (PMDS). La presencia de dos hermanos varones con VDS de características similares sugiere un patrón de herencia autosómico recesivo, concordante con lo descrito en la literatura internacional, donde la mayoría de los casos familiares se relacionan con mutaciones en AMH o AMHR2. El diagnóstico definitivo se establece mediante la combinación de clínica, hallazgos de imagen (presencia de útero y testículos intraabdominales) y confirmación genética. El PMDS se asocia a diversas complicaciones a largo plazo. Infertilidad y riesgo tumoral.

Conclusión

Los casos de VDS pueden asociarse a estigma social y dificultades en la comunicación con las familias. Es importante destacar que el diagnóstico molecular no es requisito para realizar un abordaje quirúrgico. En la mayoría de los reportes, el diagnóstico inicial se realiza con ecografía o laparoscopia exploradora, que permiten identificar las estructuras persistentes y planificar la cirugía. La literatura enfatiza que la preservación gonadal debe ser prioritaria, buscando un equilibrio entre reducción de riesgo tumoral y preservación de fertilidad.

OA3) TRABAJOS LIBRES ORAL 3

O34) ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA

Castiglioni Del Rio, E.(1); Gaete Dañobeitía, M.(1); Varas Cohen, J.(1); Astroza Eulufi, G.(2); (1): Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La nefrectomía parcial y la pieloplastia laparoscópica son procedimientos avanzados en urología con curvas de aprendizaje prolongadas y oportunidades limitadas de entrenamiento clínico. La simulación ofrece un entorno seguro y repetible, sin embargo, existe poca

evidencia en cirugías urológicas. Este estudio piloto evaluó la factibilidad y el impacto en las habilidades de un programa simulado.

Métodos

Se realizó un programa con 10 sesiones de nefrectomía parcial y 10 de pieloplastia laparoscópica, desarrolladas en un centro de simulación. En cada sesión se registraron tiempos operatorios por subtareas (eficiencia operatoria), puntajes OSATS pre y post (competencia técnica) y ocurrencia de errores críticos de filtración y permeabilidad (seguridad). Para el análisis se aplicaron modelos lineales mixtos, prueba de Wilcoxon y modelos lineales generalizados.

Resultados

Participaron 10 urólogos. Las medianas de tiempos iniciales fueron mayores en pieloplastia (34,5 min) que en nefrectomía (25,5 min). Al final del programa, ambos procedimientos redujeron sus tiempos de manera significativa, 21,0 y 15,5 min, respectivamente ($p<0,001$; $p<0,01$). Los tiempos operatorios disminuyeron progresivamente en cada sesión (nefrectomía –3,6% y pieloplastia –5,8% por sesión; $p<0,01$), alcanzando caídas globales cercanas al 39%.

La filtración, presente en aproximadamente 70–75% de los intentos iniciales, se redujo significativamente por sesión, con una disminución cercana a un tercio en cada intento ($\beta = –0,41$; OR 0,66; $p < 0,001$). En cambio, la permeabilidad se mantuvo estable a lo largo del programa ($\beta = –0.05$; OR 0,95; $p = 0,42$).

Los puntajes OSATS aumentaron de 15 a 25 puntos ($p \approx 0,01$), con un tamaño de efecto alto ($r = 0,87$), reflejando una progresión marcada en la adquisición de habilidades técnicas.

Conclusión

Un programa estructurado de simulación laparoscópica en cirugía urológica de 10 sesiones demostró ser factible para la adquisición de habilidades en nefrectomía y pieloplastia, asociándose a mejoras significativas en eficiencia operatoria, competencia técnica y reducción de errores críticos en ambas cirugías. Estos resultados respaldan el valor de la simulación como una herramienta para fortalecer la formación en habilidades quirúrgicas. Se requiere investigación adicional y seguimiento clínico para determinar su verdadera traducción a resultados operatorios en el ámbito urológico.

O35) INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN?

Sepulveda, F.(1); Poblete, V.(1); Gallegos, I.(1); Novoa, C.(1); Astete, A.(1); Vargas, A.(1); Lagos, M.(1); Martinez, N.(1); Esse, P.(1);
(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción
La instalación de catéteres ureterales es una técnica habitual en urología para el manejo de obstrucciones urinarias. En pacientes críticos, el traslado a pabellón puede ser riesgoso o logísticamente complejo, retrasando la desobstrucción y aumentando la mortalidad en cuadros como la pionefrosis / Shock séptico. La instalación de catéteres JJ con anestesia local en unidades de paciente crítico surge como alternativa factible y segura

Material y métodos
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de alta complejidad, incluyendo todos los pacientes a quienes se instaló catéter ureteral doble Jota en la UPC entre enero de 2022 y julio de 2025. El procedimiento en UPC fue avalado por unidad de Calidad. El procedimiento fue efectuado bajo anestesia local endouretral, utilizando cistoscopia flexible y técnica de Seldinger. Ocho pacientes (57%) estaban sedados producto de la intubación. Se registraron datos demográficos, indicaciones, comorbilidades, éxito técnico y complicaciones.

Resultados
Se incluyeron 12 pacientes (14 unidades renales), 8 mujeres (64%) y 4 hombres (36%), con edad promedio de 64 años (rango: 44–78). Las principales indicaciones fueron pionefrosis (57%), pielonefritis/cistitis enfisematosa (22%) y otras causas (21%). En los casos de pionefrosis, todos estuvieron asociados a litiasis ureteral, con gérmenes predominantes Escherichia coli (71%) y Proteus mirabilis o Klebsiella oxytoca en menor proporción. La tasa de éxito en la instalación fue de 92.8% (13/14 procedimientos). En un paciente el ascenso de la guía fue fallido, requiriéndose instalación posterior en pabellón. No se observaron complicaciones atribuibles al procedimiento ni necesidad de reintervención durante la hospitalización ni tras el alta. Un paciente falleció al 7mo día por shock séptico refractario, a pesar de la correcta posición del catéter. La tolerancia fue satisfactoria en todos los casos.

Conclusiones
La instalación de catéteres ureterales JJ en la UPC es una alternativa factible, segura y bien tolerada, que evita retrasos asociados a la disponibilidad de pabellón y reduce riesgos del traslado y anestesia general. Nuestros resultados refuerzan la utilidad de esta estrategia en escenarios de urgencia urológica, especialmente en contextos con recursos limitados. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

O36) COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS.

Paredes Escobar, M.(1); Ramírez Pastén, S.(1); Villarroel, J.(2); Alonso, F.(1);
(1): Wmas, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD SON UN PROBLEMA GLOBAL DE GRAN IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS, INCLUYENDO LA PÉRDIDA DE VIDAS. LA INFECCIÓN ASOCIADA AL USO DEL CATÉTER URINARIO PERMANENTE POSEE UNA PREVALENCIA DE HASTA 43% SEGÚN EL TIPO DE PAÍS, GENERANDO UN GASTO ANUAL DIRECTO US$74 B2. HOY NO EXISTE UNA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA, YA QUE EL DISPOSITIVO USADO ACTUALMENTE ES EL CATÉTER DE SILICONA SOLA.

MATERIAL Y MÉTODOS: HEMOS DESARROLLADO COPESIL®, UN MATERIAL DE SILICONA CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE INMOVILIZADAS, ANCLADAS Y ESTABILIZADAS EN SU SUPERFICIE. NUESTRA TECNOLOGÍA POSEE UNA ENORME CAPACIDAD ANTIMICROBIANA Y ANTIBIOPELÍCULA LO QUE HA SIDO DEMOSTRADO EN MODELOS IN VITRO, IN VIDO Y EN UN ENSAYO CLÍNICO. DESARROLLAMOS COPESILCUP ®, UN CATÉTER URINARIO PERMANENTE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS.

RESULTADOS: COPESILCUP®, PROBADO EN UN ENSAYO CLÍNICO FASE III ENMASCARADO EN 4 HOSPITALES PUBLICOS RECLUTANDO 256 PACIENTES. DEMOSTRÓ SER EFECTIVO Y SEGURO, RR AJUSTADO DE 0,49 EN PERSONAS QUE USAN COPESILCUP (REDUCE 49 % EL RIESGO DE INFECTARSE), BAJÓ 10 PUNTOS LA INCIDENCIA HOSPITALARIA LOCAL Y NO PRESENTA REACCIONES ADVERSAS. AQUELLAS PERSONAS QUE REQUIEREN CATÉTER URINARIO POR MÁS DE 4 DÍAS SE BENEFICIARON DE MANERA SIGNIFICATIVA AL USAR COPESILCUP®, INCLUSO, PODRÍA TENER UN EFECTO TERAPÉUTICO EN EL USO PROLONGADO, YA QUE LOGRAMOS IDENTIFICAR ALGUNOS CASOS EN QUE LOS PACIENTES INGRESARON A LA CORTE INFECTADOS Y HUBO REMISIÓN/RECUPERACIÓN DE LA INFECCIÓN UNA VEZ INSTALADA LA SONDA CON NANOPARTÍCULAS.

CONCLUSIONES: LA TECNOLOGÍA ES UNA ALTERNATIVA EFICIENTE PARA ENFRENTAR LAS INFECCIONES SANITARIAS Y LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA A LOS ANTIBIÓTICOS. CONTRIBUIRÁ A LA SALUD DE LAS PERSONAS A NIVEL MUNDIAL, REDUCIENDO LA CARGA DE ENFERMEDADES, COSTOS SANITARIOS, USO DE ANTIBIÓTICOS Y DISMINUYENDO LA BRECHA DE ACCESO A TECNOLOGÍAS SANITARIAS. COLABORA CON LA GENERACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE IMPACTO TRASLACIONAL, AVANZANDO EN LA FRONTERA DEL CONOCIMIENTO Y A LA VANGUARDIA DE LA CIENCIA APLICADA. ES UNA TECNOLOGÍA COSTOEFICIENTE. COPESILCUP® EVITA INFECCIONES, MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y LA EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS. RECONOCIDA CON PREMIOS COMO EL AVONNI 2024.

O37) EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025

Grandi Pincheira, D.(1); Loyola Prado, G.(1); Briceño Muga, F.(1); Mulchi Espíldora, C.(2); (1): Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, CIESAL, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La Revista Urológica Chilena es el principal medio de difusión científica nacional en urología. La generación de evidencia local de calidad resulta clave para respaldar las decisiones clínicas, considerando las características propias de nuestra población. Sin embargo, la utilidad de estos estudios depende directamente de su solidez metodológica. Evaluar la calidad de las investigaciones publicadas permite identificar fortalezas y áreas de mejora, promoviendo así una práctica clínica basada en evidencia.

Material y métodos: Se efectuó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en la Revista Urológica Chilena entre enero 2015 y marzo de 2025. Se realizó una revisión a texto completo para clasificar la metodología de los estudios, considerando únicamente aquellos de tipo cuantitativo. Una vez identificados, se aplicaron las guías recomendadas por la red Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (EQUATOR), con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de cada publicación.

Resultados: Se analizaron 218 artículos, incluyendo 116 estudios observacionales, 58 reportes de casos y 33 revisiones narrativas. El cumplimiento promedio fue de 60.4% para estudios observacionales (guía STROBE), 67.5% para reportes de casos (guía CARE) y 56.25% para revisiones narrativas (guía SANRA). El cumplimiento promedio total fue de 59.6%. La consistencia en la calidad fue más alta en los estudios observacionales (DE 7.64%) y más variable en las revisiones narrativas (DE 17.51%). Los puntos con un cumplimiento inferior al 50% para estudios observacionales incluyeron la declaración del tipo de estudio en el título y la explicación del tamaño de la muestra. Para los reportes de casos, fueron la inclusión de tablas de eventos y el consentimiento informado. En las revisiones, fue la descripción de la búsqueda de literatura y las medidas de efecto.

Conclusión: Los resultados sugieren una oportunidad clave para el desarrollo de la revista. Esta variabilidad en la calidad apunta a la necesidad de fortalecer las competencias metodológicas en la comunidad clínica, promoviendo así prácticas basadas en la evidencia local.

O38) EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE

Rojas, A.(1); Libano, L.(1); Walbaum, J.(1); Majerson, A.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Los errores y eventos adversos en medicina no solo impactan a los pacientes, sino también a los profesionales de la salud que los protagonizan. Este fenómeno, conocido como *Síndrome de la Segunda Víctima* (SVS), descrito por Albert Wu en 2000, constituye una crisis silenciosa que compromete el bienestar profesional, la seguridad del paciente y la confianza en las instituciones. La prevalencia en especialidades medico quirúrgicas de Chile es desconocida hasta ahora. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y las características del SVS en médicos especialistas y residentes de urología y otras disciplinas quirúrgicas, además de evaluar sus consecuencias emocionales, profesionales e institucionales.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional mediante una encuesta en línea previamente validada al español sobre SVS. El cuestionario, de carácter anónimo, voluntario y de libre acceso, fue respondido por médicos especialistas y residentes de diferentes disciplinas quirúrgicas en Chile, entre mayo y agosto de 2025. El análisis estadístico se efectuó con el programa Stata BE versión 18.

Resultados

Respondieron 111 médicos de Arica a Magallanes: 75% eran de Santiago, 54% hombres, 31% cirujanos generales, 20% urólogos, 19% ginecólogos y 11% otorrinolaringólogos. El 54% eran especialistas y 46% residentes.
Un 95% refirió haber enfrentado complicaciones con pacientes y un 72% consideró haber experimentado el SVS, aunque 66% nunca había escuchado previamente el concepto. Al analizar por género, las mujeres reportaron significativamente más sentimientos de incompetencia, miedo y deseos de abandonar su trabajo tras complicaciones ($p<0,05$). En urología, el 60% reportó síntomas físicos o psicológicos desagradables, 80% percibió ausencia de apoyo institucional, 60% cuestionó su calidad profesional, 40% desarrolló miedo a nuevos procedimientos y 20% manifestó intención de dejar su lugar de trabajo o incluso abandonar la atención clínica. No se observaron diferencias significativas entre especialistas y residentes.

Conclusión

El SVS es altamente prevalente en especialidades médico-quirúrgicas en Chile y representa una realidad profundamente invalidante, invisibilizada por la falta de programas de apoyo institucional. Reconocer y abordar este fenómeno es un imperativo ético: cuidar al cuidador es también garantizar la seguridad del paciente y construir sistemas de salud más humanos y resilientes.

O39) IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO.

Epifani Villalobos, C.(1); Delgado Valdivia, J.(1); Rodriguez Castillo, R.(1); Castillo Cárdenas, A.(1); Meriño Donoso, I.(1); Doll Garay, C.(1); Alarcon Rios, J.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Cisternas Pinto, D.(1); Romero S, V.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodriguez Concha, C.(1); Loyola Maturana, J.(1);
(1): Hospital San Pablo Coquimbo, Coquimbo, Chile

Introducción: El manejo de las neoplasias urológicas requiere coordinación multidisciplinaria y protocolos estandarizados que aseguren un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado. En 2020, el Hospital San Pablo de Coquimbo implementó la Unidad de Gestión Oncológica (UGO) para optimizar estos procesos, quien actúa en coordinación con la Enfermera Gestora de Urología (EGU), encargada del proceso de sospecha y seguimiento. Objetivos: Primario: cuantificar pacientes bajo control por neoplasias urológicas en el modelo UGO. Secundario: Describir la organización a través del Modelo de Gestión de la UGO, en coordinación con la EGU. Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con sospecha o diagnóstico de neoplasias urológicas entre 2020–2025. Se analizaron registros electrónicos, fichas clínicas, actas de comités oncológicos y bitácoras de servicio. Resultados: La Unidad de Gestión Oncológica (UGO) supervisa a los pacientes presentados al Comité Oncológico Regional y aquellos en tratamiento. Entre 2020 y 2025, se presentaron 975 casos al comité. 588 pacientes iniciaron tratamiento, de estos 537 con terapia de deprivación androgénica y 51 con BCG intravesical; de los cuales, 16 (31%) continúan en seguimiento activo. Desde 2023, la Enfermera Gestora de Urología (EGU) gestiona los casos en vigilancia activa, sospecha diagnóstica y seguimiento clínico, este último activado por la UGO para indicar inicio. En etapa de sospecha, la EGU ha coordinado 201 resonancias prostáticas, con 94 indicaciones de biopsia y una positividad del 70%. En relación al total de biopsias realizadas (n=205), alcanza una positividad del 79% (n=162). Además, se efectuaron 283 cistoscopias diagnósticas por sospecha de tumor vesical, con una positividad del 64% (n=181). En seguimiento, la EGU mantiene control sobre 547 pacientes, con una tasa de no adherencia del 8,8%; de estos el 67% (368) corresponden a cáncer de próstata, 19% (105) cáncer renal, 9% (49) testicular y 4.5% (25) a cáncer vesical. En vigilancia activa se registraron 51 pacientes (24 próstata, 21 riñón, 8 testiculares). Conclusiones: La implementación de la UGO en coordinación con la EGU, ha mejorado la oportunidad y calidad de la atención del paciente con neoplasia urológica, lo que fortalece la continuidad asistencial desde la sospecha diagnóstica hasta el seguimiento.

O40) ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO

Henríquez Guerrero, P.(1); Mejías Briceño, A.(1); Márquez Cordero, R.(1); Arancibia Ibaceta, A.(2); Navarrete Ponce, F.(2); Hohf Riveros, P.(1); Volosky Medina, M.(1); Mendoza Meléndez, E.(1); Marió Guzmán, C.(1); Iturriaga Villarroel, C.(1);
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Los comités oncológicos multidisciplinarios constituyen el gold standard en atención oncológica, cambiando el plan original en 17,8-32,3%. La inteligencia artificial (IA) en presenta conductas concordantes en estudios internacionales de 60-82,8%. En Chile, el recurso limitado plantea desafíos para la atención óptima, haciendo atractiva la herramientas de IA en asistir la toma de decisiones. Este estudio evaluó la concordancia entre un comité uro-oncológico y recomendaciones generadas por un modelo de IA adaptado al recurso local.

Materiales y métodos:

Estudio analítico retrospectivo de 43 casos de cáncer urológicos presentados en un mes en comité institucional, ingresándolos en un modelo de IA parametrizado para los recursos disponibles, considerando guías internacionales y evidencia actualizada, manteniendo anonimato del paciente. Se determinó la concordancia entre ambos. La IA entregó argumentación específica para casos discrepantes y éstos se clasificaron.

Resultados:

Hubo concordancia en 23 casos (53,5%) y discordancia en 20 (46,5%), con un kappa de 0,070 (acuerdo pobre). Los casos concordantes incluyeron cuidados paliativos, cirugías y tratamientos sistémicos. Las causas de discordancia fueron: inclinación por conductas distintas con el argumento de que presentaría mejor sobrevida (45%, principalmente en el de cáncer de próstata oligometastásico, en los que se priorizó el uso de terapia sistémica vs radioterapia en protocolo STAMPEDE), priorización de conductas con intención curativa sin demora (evitando riesgo de progresión) (30%), utilidad de otros estudios diagnósticos (20%), re-etapificación versus tratamiento (15%), referencia a guías clínicas (estipulando mejores resultados oncológicos que la conducta tomada por el comité) (10%) y preocupación por toxicidad de terapias sistémicas (5%). La IA priorizó adherencia a evidencia internacional y evitar demoras, mientras el comité ponderó el contexto local y la secuencia escalonada de estudios.

Conclusiones:

Éste primer estudio sudamericano que compara recomendaciones de IA ajustada a recursos locales con decisiones de un comité uro-oncológico mostró menor concordancia en relación a otros estudios internacionales, reflejando la importancia del criterio clínico en el contexto de la gestión de recursos limitados. La caracterización de argumentos permite avanzar hacia sistemas híbridos que combinen analítica de IA con juicio clínico local, sugiriendo que la IA puede complementar, pero no sustituir, la deliberación multidisciplinaria en este contexto.

O41) RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Hidalgo, S.(1); Hernandez, A.(1); Fraga, M.(1); Piaggio, E.(2); Saavedra, F.(1); Alarcón, L.(3); Alfaro, A.(4); Barahona, J.(1); Lladser, A.(1); Borgna, V.(5);
(1): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (2): Institute Curie, Paris, Francia (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile (5): Hospital Barros Luco-Trudeau; Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile

El carcinoma renal de células claras (ccRCC) es un subtipo prevalente y agresivo de cáncer de riñón. Las inmunoterapias que potencian la capacidad de los linfocitos T CD8> para eliminar células cancerosas se han convertido en un estándar de tratamiento para el ccRCC. No obstante, la infiltración tumoral por linfocitos T CD8> puede asociarse con desenlaces clínicos contrapuestos, probablemente debido a la heterogeneidad funcional entre los linfocitos T CD8> específicos del tumor. En este estudio observamos que los tumores de ccRCC están infiltrados por linfocitos T CD8> de memoria circulantes (Tcirc) y residentes en tejido (Trm) que reconocen de forma específica células de CCR autólogas en una modalidad dependiente de HLA de clase I. Las células Trm mostraron mayor reactividad tumoral pero menor potencial de célula madre (stemness) y un estado más exhausto, mientras que las Tcirc conservaron mayor potencial de stemness y citotoxicidad. La transcriptómica de célula única reveló una composición marcadamente heterogénea de poblaciones de memoria, que incluye subpoblaciones Tcirc citotóxicas y progenitoras, así como múltiples subpoblaciones Trm, incluidas Trm exhaustas. Los análisis de TCR y de trayectorias indican que los progenitores circulantes pierden su fenotipo circulante, su citotoxicidad y su potencial de stemness dentro del microambiente tumoral, a la vez que adquieren progresivamente un programa de diferenciación residente tisular seguido de un estado de diferenciación terminal. De forma interesante, el enriquecimiento tumoral en células Trm y Tcirc citotóxicas predice mejor supervivencia, mientras que las Trm exhaustas y el total de linfocitos T CD8> predicen peor supervivencia en pacientes con CCR. Nuestros hallazgos aportan nuevos conocimientos sobre las vías de diferenciación y el impacto clínico de los linfocitos T CD8> de memoria específicos del tumor que infiltran los tumores humanos de CCR.

O42) OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL

Castiglioni Del Rio, E.(1); Gaete Dañobeitía, M.(1); Rammsy Serón, F.(1); Astroza Eulufi, G.(2); Varas Cohen, J.(1);
(1): Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La formación en cirugía urológica como en la nefrectomía parcial y/o pieloplastia requiere la adquisición progresiva de habilidades técnicas complejas. Para ello, la retroalimentación oportuna y objetiva es un elemento clave. Por otro lado, la posibilidad de grabar cirugías laparoscópicas y robóticas permite generar evaluaciones más trazables y reproducibles que contribuyen al aprendizaje. Sin embargo, la revisión manual de videos implica una alta carga docente y limita la escalabilidad. La inteligencia artificial (IA), mediante sistemas multi-agente y modelos de lenguaje de gran escala (LLMs), ofrece la posibilidad de optimizar este proceso, automatizando parte de la evaluación y generando retroalimentación inmediata sin sustituir la interacción pedagógica humana.

Material y Métodos

Se desarrolló una herramienta formativa basada en IA multi-agente que combina algoritmos de visión computacional y procesamiento de lenguaje natural. El sistema procesa grabaciones quirúrgicas en entornos de simulación avanzada de nefrectomía parcial y pieloplastia, identificando pasos críticos y evalúando el desempeño técnico. Con ello, se genera una retroalimentación textual inmediata, editable y trazable. Se incorporaron dashboards para seguimiento secuencial de la progresión individual y colectiva de los participantes.

Resultados

La herramienta es capaz de identificar pasos técnicos relevantes y generar retroalimentación estructurada en modelos simulados de cirugía laparoscópica urológica (nefrectomía parcial y pieloplastia). Este enfoque tiene el potencial de acortar los tiempos de análisis frente a la revisión manual, permitiendo entregar retroalimentación de manera más ágil y homogénea. La generación del feedback se basó en cinco criterios de calidad de retroalimentación previamente estudiados y validados por nuestro centro.

Conclusiones

La implementación de una herramienta basada en inteligencia artificial permitió generar retroalimentación estructurada en modelos simulados de cirugía laparoscópica urológica, identificar pasos técnicos relevantes y aplicar a la retroalimentación criterios de calidad

previamente validados para evaluar el desempeño. Estos resultados respaldan la factibilidad de integrar IA para apoyar la evaluación y retroalimentación en entornos de simulación.

O43) ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS.

Benítez-filselcker, A.(1); Carafí, A.(1); Gurovich, J.(2); Aliaga, A.(3); Henríquez, D.(3); Íñiguez, S.(3); Walton-diaz, A.(3); Vega, A.(3); Román, J.(3); Vilches, R.(3);
(1): Residente de Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Fellowship Uro-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Urólogo, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) ofrece beneficios perioperatorios y funcionales con control oncológico comparable a la cirugía abierta, pero exige una curva de aprendizaje para optimizar variables perioperatorias. El objetivo del trabajo es analizar la curva de aprendizaje de una serie consecutiva de PRL.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo-analítico de 180 PRL consecutivas realizadas por un único cirujano. Se evaluaron tiempo operatorio, sangrado, complicaciones y márgenes. Se aplicó CUSUM con referencias predefinidas: 205min, 300ml, 10% y 20%, respectivamente. Se definieron tres fases: (i) inicial: desde el caso 1 al inicio de mejoría, ii) intermedia: desde el peak fase(i) hasta estabilización en la referencia), y iii) tardía (posterior a la estabilización). Se exploró el efecto de linfadenectomía en la curva.

Resultados:
En el tiempo operatorio se observa una fase inicial de 74 casos hasta el inicio de la mejoría, logrando la estabilización alrededor del caso 160. La mediana bajó de 210 a 180 min y los casos <205 min aumentaron de 43,2% a 67,8% entre la fase inicial y la fase intermedia. En sangrado, la fase inicial fue de 43 casos con un aumento en la proporción de sangrado <300 ml de 23,3% a 69,0%. En complicaciones la fase inicial fueron 94 casos, con caída de 21,3% (20/94; IC95% 13,8–31,2) a 2,7% (2/73; IC95% 0,5–10,4). En márgenes positivos la fase inicial fueron 37 casos con una diferencia de 33% en fase inicial a 14.6% en fase intermedia. La

linfadenectomía se asoció a mayores tiempos (medianas 210 vs 180 min, Wilcoxon p<0,001) y a un efecto ajustado de +42 min (p=0,006), sin modificar curva de aprendizaje.

Discusión:

El CUSUM permitió identificar puntos de corte en relación a la curva de aprendizaje con consolidación de tiempos cercano al caso 160, disminución sostenida del sangrado posterior al caso 43 y descenso marcado de complicaciones luego del caso 94. La reducción de márgenes positivos carcano a 15% en la fase intermedia respalda la maduración técnica. La linfadenectomía incrementó el tiempo sin modificar la trayectoria de aprendizaje.

O44) RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO.

Valero Fuentealba, G.(1); Bravo Izurieta, J.(2); Silva Cornejo, M.(3); Ortiz Roldan, F.(3); Larrañaga Riquelme, M.(2); Parrao Ruz, D.(4); Vera Arroyo, N.(3);
(1): HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA, RANCAGUA, CHILE (2): HOSPITAL FRANCO RAVERA-RANCAGUA, RANCAGUA, CHILE (3): HOSPITAL FUSAT, RANCAGUA, CHILE (4): UNIVERSIDAD OHIGGINS, RANCAGUA, CHILE

INTRODUCCIÓN: El cáncer de testículo es la neoplasia más frecuente entre los 20 y 35 años. Con el enfoque multidisciplinario moderno, se ha logrado optimizar y mejorar las tasas de curación. Sin embargo, a pesar de quimioterapia (QT), aproximadamente 30-35% pacientes presentan recidiva tumoral especialmente en retroperitoneo. En estos casos se puede realizar QT de segunda línea o resección quirúrgica, siendo la vía abierta el gold estándar. El acceso laparoscópico es también una alternativa, que ha ido surgiendo con la evolución de la técnica. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de la resección laparoscópica en pacientes con recidiva tumoral post QT.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo con 20 pacientes operados entre 2011 y 2024. Todos habían recibido tres o cuatro ciclos de QT en base a etopósido y tenían marcadores tumorales negativos. Técnica quirúrgica laparoscópica estándar. Se analizan las variables histológicas, perioperatorias y seguimiento de los pacientes.

RESULTADOS: Edad promedio 28 años (20-39). Lado derecho 12 pacientes. Tiempo promedio desde término de QT y cirugía 9,4 meses (4-25). Histología de orquiectomía: 16 (80%) con tumor no seminoma mixto, 2 (10%) seminoma y 2 (10%) teratoma. Tamaño promedio masa 4,3 cms (2-7). En dos pacientes no fue posible completar resección debido a falta de plano

de disección con estructuras vasculares (vasos ilíacos e hilio renal). En ambos se tomó tejido para muestra. En los otros 18 pacientes se logró resección completa por vía laparoscópica sin conversión. Histología definitiva: 10 teratoma, 7 fibrosis, 3 seminoma (incluido biopsia de masa no resecable). Sangramiento promedio 80 cc (10-225). Tiempo hospitalización promedio 1,8 días (1-4). Con seguimiento promedio 96 meses (6-148), 4 pacientes presentaron recidiva tumoral (2 retroperitoneal y 2 tórax). Dos pacientes fallecidos por progresión de enfermedad a los 24 y 30 meses, lo que determina sobrevida global de 90%.

DISCUSION: El análisis de los resultados muestran que es factible ofrecer esta vía quirúrgica. Los resultados son comparables a la cirugía abierta y son acordes a los publicados. Continúa siendo necesario, a nuestro parecer y realidad de trabajo, una selección más fina de las terapias post orquiectomía.

O45) IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE

Walbaum, J.(1); Fuentes, A.(1); Rojas, A.(1); Acosta, A.(1); Antunez, C.(1); Santis, J.(1); Moreno, N.(1); Castiglioni, E.(1); Manterola, C.(1); Domínguez, J.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivos: Chile presenta una de las tasas de mortalidad por cáncer testicular (CT) más altas del mundo (1,1/100.000 personas). En 2010, se implementó el GES de cáncer testicular, que estableció la evaluación urgente de pacientes con sospecha de CT, su tratamiento y seguimiento, en plazos definidos. Revisamos el impacto de la implementación del GES en dos grandes instituciones del sistema público y privado.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de cohorte histórica. Se incluyeron 1571 pacientes sometidos a orquiectomía radical por sospecha de CT entre 2000 y 2022 en dos instituciones. Se compararon dos períodos: pre-GES (2000–2009) y post-GES (2010–2022) como variable principal. Se analizaron histología, etapificación y sobrevida global (SG). Se construyeron curvas de Kaplan–Meier y modelos de regresión de Cox ajustados por edad, estadio, histología y tipo de institución.

Resultados: La SG a 10 años fue 94%. Tras el GES, la SG mejoró significativamente (87,5% vs. 95,8%; p<0,001), con mayor beneficio en tumores no seminoma. En el centro privado, la SG post-GES fue superior (92% vs. 96%; p<0,01). En el análisis de Cox, el GES redujo el riesgo de mortalidad (HR 0,50; IC95% 0,30–0,83; p<0,01), mientras que el estadio avanzado aumentó el riesgo (HR 4,02; IC95% 3,01–5,37; p<0,01). En no seminomas, el tratamiento en centro público se asoció con peor pronóstico (HR 2,38; IC95% 1,01–5,65; p<0,05).

Conclusión: La implementación del GES, orientada a la evaluación y tratamiento temprano del CT ha mejorado significativamente la SG. Sin embargo, persisten inequidades en resultados en el sector público, especialmente en no seminoma, destacando la necesidad de continuar optimizando el acceso y tratamiento.

O46) TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL

Gurovich, J.(1); Gil, A.(2); Benitez, A.(2); Ávila, C.(2); Villanueva, M.(2); Vilches, R.(1); Walton-díaz, A.(1); Aliaga, A.(1); Vega, A.(1); Iñiguez, S.(1); Henríquez, D.(1); Román, J.(1);
(1): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer testicular constituye alrededor del 1% de las neoplasias en hombres, con una alta incidencia en Chile (7,6/100.000). El 95% corresponde a tumores de células germinales (TCG), de los cuales entre un 3–5% se presentan en forma bilateral (TCGB), mayoritariamente de manera metacrónica. Estos suelen diagnosticarse con un intervalo medio prolongado entre ambos tumores, lo que exige seguimiento extendido. La evidencia internacional es limitada a series pequeñas, por lo que resulta relevante caracterizar cohortes locales.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó 39 pacientes con TCGB tratados entre 1990 y 2025. Se analizaron variables clínicas (edad, factores de riesgo), histología, estadificación clínica, marcadores tumorales, intervalo entre primer y segundo tumor, tratamientos recibidos y seguimiento. El análisis se realizó con Jamovi v2.3.28.

Resultados

Se identificaron 39 pacientes: 35 metacrónicos (89,7%) y 4 sincrónicos (10,3%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años (IQR 22–32). Factores de riesgo se documentaron en 6 casos (17,4%): 3 criptorquidias y 3 antecedentes familiares.

En cuanto a histología, 11 pacientes (31,4%) presentaron seminoma bilateral, 8 (22,9%) no seminoma bilateral y 12 (34,3%) histología discordante. Entre los metacrónicos, el intervalo mediano entre ambos tumores fue de 93 meses (67-142).

Respecto al estadío clínico, 19 pacientes (65,5%) fueron diagnosticados en estadio I, 7 (24,1%) en estadio II y 3 (10,4%) en estadio III. En cuanto a marcadores tumorales, 20,5% presentó elevación de alguno de ellos.

Sobre el tratamiento complementario, 65,7% recibió quimioterapia, 40% radioterapia y 34,3% linfadenectomía lumboaórtica, mientras que sólo 2,9% fue manejado con seguimiento exclusivo. La mediana de seguimiento global fue de 10,3 años (IQR 6,0–15,1).

Conclusión

El TCGB es una entidad infrecuente, con predominio de casos metacrónicos y largos intervalos entre ambos tumores, lo que subraya la necesidad de un seguimiento prolongado. La baja frecuencia y la escasa evidencia internacional justifican estudios locales como este, que aportan información relevante para optimizar estrategias de vigilancia y manejo.

OA4) TRABAJOS LIBRES ORAL 4

O47) VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Westenenk, K.(1); Ramírez, G.(1); Miranda, D.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad de Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) de riesgo intermedio (RI) abarca un amplio espectro de la enfermedad con desenlaces extremadamente variables en cuanto a recurrencia intravesical y progresión tumoral. En ese contexto, el International Bladder Cancer Group (IBCG) ha propuesto y validado un sistema de subestratificación basado en factores de riesgo (multifocalidad, tamaño tumoral >3cm, tumor recurrente antes de 1 año, recurrencia previa múltiple antes de 1 año y falla a terapia intravesical previa). El objetivo del estudio fue describir las características y el manejo del CVNMI RI en nuestra institución y realizar una validación clínica de la subclasificación IBCG en nuestra cohorte.

Material y método: Se incluyeron pacientes con CVNMI RI tratados en nuestro centro entre 2017 y 2025. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación de características clínicas, evaluando como desenlaces recurrencia intravesical y progresión tumoral a 1 y 2 años. Los pacientes se subclasificaron en RI-bajo (sin factores de riesgo), RI-intermedio (1 o 2 factores de riesgo) y RI-alto (≥3 factores de riesgo), comparando desenlaces oncológicos entre ellos.

Resultados: De 82 pacientes tratados, 27 (32,9%) presentaron recurrencia intravesical luego de mediana de seguimiento de 36 meses. No se registró ninguna progresión tumoral. Del total, 37 (45,1%) presentaron multifocalidad, 17 (24,3%) fueron tumores >3cm, 10 (12,2%) eran tumores recurrentes antes de 1 año, 5 (6,1%) tumores con recurrencia previa múltiple antes de 1 año y 14 (17,1%) habían sido tratados previamente con terapia intravesical. De acuerdo a la subclasificación IBCG, 16 (19,5%), 62 (75,6%) y 4 (4,9%) pacientes fueron categorizados como RI-bajo, RI-intermedio y RI alto, respectivamente. Se constataron significativas diferencias en cuanto a desenlaces entre los grupos, con sobrevida libre de recurrencia intravesical de 100, 87 y 25% a 1 año y de 100, 69 y 0% a 2 años respectivamente, confirmando de esta manera la capacidad pronóstica de esta clasificación.

Conclusiones: Presentamos una validación clínica de la subclasificación IBCG para CVNMI RI en una cohorte nacional, demostrando su utilidad para definir perfiles de riesgo. Se aporta de esta manera una herramienta para decidir el manejo y seguimiento de este heterogéneo grupo de pacientes.

O48) EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE

Schalper, M.(1); Marchant, F.(2); Toloza, H.(3); Vilches, R.(4); Zambrano, N.(5); Canales, R.(5); Hinrichs, A.(5); Kerkebe, M.(6); Orellana, S.(7);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Clínica Las Condes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile (4): Clínica MEDS, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (5): Clínica Las Condes, Santiago, Chile (6): Clínica MEDS, HOSDIP, Santiago, Chile (7): Clínica Las Condes, Hospital Félix Bulnes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

La cirugía robótica ha transformado el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en urología, ofreciendo mayor precisión y ergonomía, manteniendo los mismos beneficios de la cirugía laparoscópica convencional. La plataforma Omnibot representa una nueva alternativa tecnológica recientemente introducida en Chile. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con la implementación del sistema Omnibot en procedimientos urológicos realizados en el país.

Material y Métodos:

Se realizó un análisis de una serie de 22 pacientes sometidos a cirugías urológicas con el sistema robótico Omnibot entre abril y septiembre de 2025. Los procedimientos incluyeron: 10 nefrectomías parciales (45,5%), 8 prostatectomías radicales (36.3%), 2

nefrectomías radicales (9,1%), 1 cistectomía radical (4,5%) y 1 pieloplastia (4,5%). Se registraron variables demográficas, clínicas, operatorias y postoperatorias.

Resultados:

La media de edad de los pacientes fue de 60.5 años. El tiempo operatorio medio fue de 163 minutos, con un sangrado estimado de 103 ml. No se reportaron conversiones a cirugía abierta ni laparoscópica en ninguno de casos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días. En el seguimiento a 30 días, se reportó 1 complicación Clavien-Dindo grado I (4,5%) y 1 reingreso hospitalario (4,5%). No se reportó mortalidad perioperatoria. En relación al desempeño técnico, se reportó un caso (4,5%) de falla irrecuperable que requirió reiniciar el sistema. En el 95,5% de los casos no se reportaron fallas.

Conclusiones:

La introducción de la plataforma robótica Omnibot en Chile ha demostrado ser factible y segura, con resultados perioperatorios comparables a lo reportado con otras plataformas. Este reporte constituye la primera experiencia nacional publicada con la plataforma robótica Omnibot y sienta las bases para futuros estudios con mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

O49) CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Ramirez, G.(1); Westenenk, K.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: Información epidemiológica ha dado cuenta de un aumento del cáncer genitourinario en pacientes jóvenes en las últimas décadas, demandando de esta manera un nuevo enfoque en términos de estrategias de prevención y tratamiento de estas enfermedades. El objetivo del estudio fue describir tendencias poblacionales de cáncer de vejiga (CV) en pacientes jóvenes en Chile, además de caracterizar clínicamente aquellos casos de nuestra cohorte, comparándolos con pacientes >50 años.

Material y método: Para el análisis poblacional, se utilizaron bases de datos nacionales de egresos hospitalarios. Se calcularon tasas de hospitalización crudas y ajustadas para los años del periodo, por sexo y edad. Para el análisis clínico, se incluyeron pacientes tratados por CV en nuestra institución entre 2017 y 2025. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, evaluando como desenlaces la recurrencia intravesical y la sobrevida cáncer específica.

Resultados: A nivel poblacional, se observó una tendencia estable de egresos hospitalarios en pacientes ≤50 años con CV entre 2001 y 2019. Con respecto a la caracterización clínica en nuestro centro, no se registraron tumores músculo invasores en pacientes jóvenes. De 339 pacientes tratados por cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI), 37 (10,9%) fueron diagnosticados en pacientes ≤50 años. Presentaron un significativo mejor perfil de agresividad de acuerdo a la clasificación IBCG, siendo 13 (35,1%), 12 (32,4%) y 12 (32,4%) de riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente, en comparación con 64 (21,2%), 63 (20,9%) y 175 (57,9%) en pacientes >50 años (p=0.003). La sobrevida libre de recurrencia fue 83,6 y 64,8% a 2 y 3 años en pacientes ≤50 años, mientras que en pacientes >50 años fue 69,2 y 64,5% a 2 y 3 años, respectivamente. Finalmente, la sobrevida cáncer específica fue de un 100% en pacientes jóvenes luego de una mediana de seguimiento de 58 meses.

Conclusiones: El cáncer de vejiga en individuos jóvenes (≤50 años), si bien muestra características menos agresivas, constituye un nuevo desafío en la Urología Oncológica. Aspectos diferentes (sexualidad, fertilidad) con un relevante impacto en calidad de vida obligan a generar nuevas estrategias, tanto de detección como de manejo.

O50) IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO

Fernández, M.(1); Valdebenito, P.(2); Alfaro, K.(3); Marcelain, K.(4); Blanco, A.(1); Abarzua, L.(1); Westenenk, K.(5); Mino, B.(6); Aguilar, P.(3); Maya, A.(2); Bustamante, A.(5); Schultz, M.(6); Armisen, R.(1); Fernández, M.(7);
(1): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Urología, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile (3): Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile (4): Depto. Oncología Básico Clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Chile., Santiago, Chile (5): Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (6): Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (7): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo / Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El arsénico es un tóxico ambiental asociado a mutaciones en el ADN. Si bien la evidencia epidemiológica sugiere que la exposición a arsénico se relaciona con el aumento de casos de cáncer de vejiga (CV), se desconoce si este tóxico causa mutaciones específicas conducentes al desarrollo de CV. Analizamos el efecto de la exposición a arsénico sobre el desarrollo de CV, comparando perfiles mutacionales de pacientes de la región de Antofagasta (expuestos) vs. pacientes con CV de Santiago (no expuestos). Material y Método: Se incluyeron 62 pacientes de Antofagasta y 32 pacientes de Santiago, con características clínicas comparables, todos ellos con tumores uroteliales de alto grado histológico. Todas las muestras fueron revisadas por una uropatóloga. Los perfiles mutacionales fueron obtenidos por análisis de la secuenciación de exoma completo de las muestras tumorales. Para identificar si estas mutaciones tienen consecuencias en el desarrollo de CV, los datos de secuenciación fueron analizados con el software MUTECT2,

que permite la identificación de variantes de origen somático. Posteriormente, se utilizó ANNOVAR para analizar si estas mutaciones están en un gen conocido, evaluar su impacto funcional e identificar si la variante está reportada en bases de datos relevantes, tales como COSMIC, dbSNP o gnomAD. **Resultados:** Se constató un mayor número y diversidad de mutaciones somáticas en los pacientes expuestos a arsénico en comparación con los no expuestos. Sin embargo, no identificamos un grupo de variantes que caracterice al 100% de la población de ninguno de los dos grupos. Interesantemente, un 23% de los expuestos y un 48% de los no expuestos presentan mutaciones en el gen FGFR3, un gen conducente a CV y que puede ser médicamente inhibido con Erdafitinib, aumentando la sobrevida de los pacientes con CV metastásico con el gen mutado. **Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que el efecto del arsénico puede ser local y no general, ya que se concentra en un grupo de variantes no compartidas por todos los pacientes, las cuales podrían incluir mutaciones accionables en FGFR3. El análisis detallado de estas variantes puede resultar en el desarrollo de nuevos biomarcadores y terapias dirigidas según perfil de exposición a arsénico.

O51) USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA.

Bravo, J.(1); Vicuña, A.(2); Parrao, D.(3); Lay, R.(3); Saavedra, C.(3); Guerrero, R.(3);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Prognosticare, Santiago, Chile (3): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: En el Cancer de vejiga un 75% son no musculares invasivos (NMI). Los tumores musculo-invasores y metastásicos son responsables de la mayoría de las muertes cáncer específicas. De los NMI, cerca del 15% progresa a invasión muscular (MI), lo que resalta la necesidad de un diagnóstico preciso sobre la profundidad del tumor, dada la frecuencia de resecciones transuretrales repetidas y las variaciones en la interpretación de muestras. Los tumores desarrollan mecanismos de invasión, como la producción de metaloproteinasas, que degradan la matriz extracelular (MEC), liberan factores angiogénicos y regulan la adhesión y migración celular, siendo cruciales para la progresión. La tinción tricrómica de Masson (TTM) es una técnica que proporciona información valiosa sobre el microambiente tumoral y la MEC. Este estudio utiliza redes neuronales multimodales para analizar biopsias de vejiga y datos clínicos con el fin de predecir la invasión muscular en el cáncer de vejiga.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias tras RTU y cistectomías entre 2022 y 2025. Se analizaron 815 imágenes de tumores de vejiga y se entrenó un modelo de redes neuronales multimodales (RNM) para clasificar entre tumores MI y NMI (T1 y Ta) mediante Transfer Learning con el modelo ConvNExt-Tiny y MLP para el análisis de variables clínicas (peso de la biopsia y grado tumoral). Se creó un reporte automatizado con

representaciones gráficas y mapas de calor de las zonas donde el modelo extrajo mayores datos para la predicción, además de un balance porcentual del peso relativo entre imagen y variables clínicas.

Resultados: El modelo de inteligencia artificial (RNM) logró un 95% de validación, con valores predictivos negativos y positivos de 94.1% y 100%, respectivamente. La sensibilidad fue del 77.3% y la especificidad del 100%. Las regiones con TTM contribuyen a la capacidad de predicción del modelo, el cual ofrece un 92% del total predictivo a partir de las imágenes.

Conclusión: El análisis de biopsias vesicales con TTM y variables clínicas mediante RNM permite determinar con alta precisión el compromiso de invasión muscular, mejorando el diagnóstico y la toma de decisiones, y potencialmente evitando sub o sobretratamiento de la enfermedad

O52) IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA

Calvo Bernasconi, I.(1); Juri, D.(1); Bacarrezza, R.(2); Radtke, V.(1); Ramirez, G.(1); Luz, D.(1); Parada, F.(1); Loyola, M.(1); Soto, G.(1); Orellana, S.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, SANTIAGO, Chile (2): Universidad Mayor, SANTIAGO, Chile

Introducción. La cirugía robótica ha transformado la práctica urológica en el mundo, con beneficios bien descritos en prostatectomía, nefrectomía parcial y cistectomía. En hospitales públicos latinoamericanos, su implementación ha sido limitada, principalmente por restricciones de costos y recursos. En 2024, un hospital público chileno de alta complejidad incorporó un programa de cirugía robótica urológica con el objetivo de optimizar la calidad asistencial y la eficiencia hospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la cirugía robótica en un hospital público chileno, analizando la reducción de días de hospitalización y el aumento de la producción quirúrgica en prostatectomía radical, nefrectomía parcial y cistectomía.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de tipo antes–después (pre–post), unicéntrico. Se compararon 310 días PRE (24-12-2023 a 29-10-2024) versus 310 días POST (29-10-2024 a 04-09-2025), tras la puesta en marcha del programa robótico. Inclusión: diagnósticos uro-oncológicos sometidos a prostatectomía radical, nefrectomía (parcial o radical) y cistectomía. Desenlaces principales: producción (volumen total y casos/mes, mediana) y eficiencia hospitalaria (LOS mediana [IQR] y días-cama/100 cirugías = ΣLOS/n×100). Análisis descriptivo por periodo y procedimiento.

Resultados. Se realizaron 57 cirugías en PRE y 103 en POST (+80,7%). Por procedimiento: prostatectomía 29→59 (+103,4%), nefrectomías 24→35 (+45,8%) y cistectomía 4→9

(+125%). La productividad mensual aumentó de 7,5 a 12,5 casos/mes (medianas). El consumo de camas normalizado descendió globalmente de 299,6 a 205,1 días-cama/100. Por procedimiento: prostatectomía 224,1→108,5 días-cama/100 con LOS mediana 2→1 días; cistectomía 1325→900 con LOS mediana 12→7 días; nefrectomías 220,0→189,1 días-cama/100.

Conclusiones. La implementación del programa robótico se asoció a mayor producción y a una reducción del consumo de camas por cirugía, con descensos marcados de estancia en prostatectomía y cistectomía. Estos resultados respaldan la viabilidad y el beneficio operativo de incorporar cirugía robótica en un hospital público.

O53) MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Arias, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Labra, A.(1); Orvieto, M.(1); Pinochet, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La predicción preoperatoria de compromiso linfonodal (pN+) en cáncer de próstata es clave para definir la necesidad de la linfadenectomía pélvica. Los nomogramas clásicos, como Briganti, se basan principalmente en variables clínicas e histológicas, lo que limita su aplicabilidad en escenarios donde la biopsia inicial no es confiable o no está disponible. El objetivo de este estudio fue desarrollar un nomograma multimodal que integra biomarcadores séricos, imágenes de MRI potenciadas con inteligencia artificial (IA) y parámetros de PET PSMA, evaluando su rendimiento y utilidad clínica.

Material y métodos:
Se analizaron 102 pacientes sometidos a prostatectomía radical con disección linfonodal, todos con riesgo intermedio–alto. Se recopilaron PSA total, estadio clínico por RM, ISUP de biopsia y variables derivadas de IA aplicadas a la MRI (volumen tumoral, densidad tumoral y densidad tumoral-antígeno). Además, se incorporó el valor de SUVmax del PET PSMA. Se aplicó regresión logística binaria para identificar predictores de pN+ y se construyó un nomograma. El desempeño se evaluó mediante área bajo la curva (AUC), calibración de Hosmer-Lemeshow y análisis de escenarios quirúrgicos según distintos puntos de corte.

Resultados:
Treinta pacientes (29%) presentaron compromiso linfonodal en la histología definitiva. El nomograma multimodal mostró un AUC de 0.870 (IC95%: 0.801–0.940) con buena calibración (Hosmer-Lemeshow p>0.05). Con el punto de corte de equilibrio (0.30), el modelo habría indicado linfadenectomía en 38 pacientes, con sensibilidad 76.7%,

especificidad 79.2%, VPP 60.5% y VPN 89.1%. Con un umbral más sensible (0.17), la sensibilidad se elevó a 97%, con especificidad 58.3%, VPP 50% y VPN 97.7%, implicando 58 linfadenectomías. De manera secundaria, al compararlo con el nomograma de Briganti (AUC 0.740), el nuevo modelo evidenció mejor discriminación y, a igual sensibilidad (97%), permitió reducir en ≈3% la indicación de linfadenectomía (58 vs 60 procedimientos).

Conclusión:
El nomograma multimodal basado en PSA, MRI con IA y PET PSMA mostró un desempeño equiparable a modelos clásicos dependientes de la anatomopatología, destacando por su carácter innovador al prescindir de estas variables. Se requieren estudios prospectivos y validación externa para confirmar su aplicabilidad en la práctica clínica rutinaria.

O54) RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Espinoza, C.(1); Córdova, V.(2); Grandi, D.(2); Bacco, B.(3); Villalobos, V.(3); Ruiz, S.(4); Cuesta, N.(1); Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Sapiain, I.(1); Lara, D.(1); Villalobos, T.(5); Escobar, M.(5); Venegas, J.(4);
(1): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile (5): Servicio de Urología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

Introducción: En cáncer de próstata (CP) se ha descrito una discordancia entre los hallazgos de la biopsia transrectal (BTR) y la pieza operatoria definitiva lo que puede impactar en la toma de decisiones terapéuticas. Estudios han reportado la utilidad de la resonancia magnética prostática multiparamétrica (RMNp) en la disminución de esta discordancia al realizar una biopsia cognitiva. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la RMNp previo y posterior a la BTR. Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CP en un centro hospitalario entre 2016 y 2025. Se incluyeron aquellos con RMPp previo a la biopsia y que recibieron tratamiento quirúrgico. Se comparó la variación del score de Gleason (SG) en la BTR con el resultado de la pieza operatoria, además de la variación del grupo de riesgo. Se empleó la prueba de Wilcoxon para evaluar la significancia estadística. Resultados: De un total de 203 pacientes se incluyeron 47. La mediana fue 64 años [RIQ:60-69]. El SG entre la biopsia guiada por RMNp y la pieza operatoria fue discordante en 45% de los pacientes. En un 60% de los casos biopsiados existían otros focos de cáncer no visualizados en la RMNp, dentro de los cuales 75% correspondieron a focos clínicamente significativos (mayor a ISUP 2). En este grupo, 57% tuvo un aumento del SG, sin significancia estadística (mediana [RIQ] pre = 2 [1–3]; post = 2 [2–3]; W = 93, p = 0,403). Se reclasificaron 7 pacientes en su grupo de riesgo, 4 a riesgo intermedio y 3 a alto riesgo, tampoco con diferencia significativa (mediana [RIQ] pre = 2 [2–2]; post = 2 [2–2,5]; W = 26, p = 0,248). Conclusiones: La RMNp previa a la BTR no mostró un impacto estadísticamente significativo en la reducción de la discordancia ni en la reclasificación del riesgo en pacientes con cáncer de próstata. Es un estudio limitado por su índole retrospectiva y tamaño muestral

acotado. Resulta necesario continuar investigando en esta área para aumentar la precisión diagnóstica. **Palabras claves:** Cáncer de próstata, Resonancia magnética de próstata, Prostatectomía radical, Biopsia transrectal prostática, Score de Gleason.

O55) PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS

Eltit, I.(1); Otaola, H.(1); Souper, R.(1); Aliaga, A.(1); Vera, A.(2); Valenzuela, R.(2); Andrusco, A.(2); Orvieto, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile

Introducción.
Se presenta la primera experiencia uro oncológica prospectiva multicéntrica en América utilizando el sistema robótico Toumai®, incluyendo prostatectomías radicales y nefrectomías parciales robóticas, realizadas en 2 centros pioneros, uno de alto volumen y otro en su adopción inicial de cirugía robótica. El estudio describe resultados perioperatorios, anatomopatológicos y complicaciones iniciales

Material y métodos.
Serie prospectiva colaborativa (2024–2025) de 70 cirugías robóticas con Toumai®: 52 prostatectomías radicales (PRR) y 18 nefrectomías parciales (NPR). Se registraron variables clínicas, perioperatorias y anatomopatológicas.

Resultados.
En el total de la serie no hubo conversiones, transfusiones, ni fallas críticas de la plataforma.

En PRR, el 17,2% de los pacientes tenía un ISUP 4 o 5 preoperatorio y el 17,2% presentó tacto rectal sospechoso. Se realizó linfadenectomía extendida en 62,9%, según puntaje de Briganti. Las medianas fueron: tiempo de docking 7 min, tiempo de consola 170 [140–200] min, tiempo operatorio total 200 [170–230] min, sangrado estimado 200 [150–400] mL, estadía hospitalaria 2 [1–2] días y retiro de sonda a los 7 [7–8] días. Hubo complicaciones intraoperatorias en 3,5% y postoperatorias en 6,3%. En la anatomía patológica hubo un 28% pT3, 19.3% márgenes positivos y 9.4% pN1.

En NPR, el 64,3% tenía un RENAL score ≥7, con un tamaño tumoral de 24 [19–32] mm. Las medianas fueron: tiempo de docking 7 min, tiempo de consola 92 [70–129] min, tiempo operatorio total 120 [95–150] min, sangrado estimado 110 [50–200] mL, tiempo de isquemia caliente 18 [10–25] min y estadía hospitalaria 1 [1–2] días. La función renal se mantuvo

estable y solo hubo un caso de margen positivo (11,1%). No se registraron complicaciones ni reintervenciones.

Conclusión.
En ambos centros—uno de alto volumen y otro en etapa inicial proctorizada—la plataforma Toumai® demostró factibilidad y seguridad, con tiempos quirúrgicos adecuados, bajo sangrado y ausencia de conversiones o transfusiones. Los resultados oncológicos iniciales son consistentes con series tempranas y respaldan su incorporación progresiva en Chile, requiriendo seguimiento para evaluar desenlaces funcionales y oncológicos a largo plazo.

O56) CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN MRI/TRUS: EXPERIENCIA EN 700 PACIENTES

Campos, D.(1); Mogollon, J.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción

La biopsia prostática transperineal (TP) con fusión MRI/TRUS se ha consolidado como alternativa a la vía transrectal, al reducir el riesgo de complicaciones infecciosas y mantener alta precisión diagnóstica. Sin embargo, la curva de aprendizaje de esta técnica no ha sido suficientemente caracterizada en Latinoamérica.

Material y Métodos

Se analizaron 700 pacientes consecutivos sometidos a biopsia prostática TP con fusión MRI/TRUS entre 2019 y 2025. Se registraron edad, PSA, densidad de PSA, volumen prostático, tiempo operatorio, complicaciones (Clavien-Dindo) y resultados histológicos (ISUP). La cohorte se dividió en quintiles cronológicos de aproximadamente 140 pacientes. Para evaluar la curva de aprendizaje, se aplicó regresión segmentada con el fin de identificar el punto de inflexión en el tiempo operatorio.

Resultados

La mediana de edad fue 65 años (IQR 59–70), PSA 6.4 ng/ml (IQR 4.7–9.1), densidad de PSA 0.13 ng/ml/cc y volumen prostático 55 cc. El tiempo operatorio disminuyó de 25 minutos en el primer quintil a 13 minutos en el quinto, con un punto de inflexión identificado alrededor del caso número 30. La detección de cáncer clínicamente significativo (ISUP ≥2) fue del 48% en la cohorte total, manteniéndose estable a lo largo de los quintiles (43–56%). Las

complicaciones fueron infrecuentes (≤4.3%), todas leves: Clavien I (3 casos) y Clavien II (4 casos).

Conclusiones

La curva de aprendizaje de la biopsia TP con fusión MRI/TRUS se evidenció principalmente en la reducción progresiva del tiempo operatorio, alcanzando estabilidad tras los primeros 30 casos. La tasa de detección de cáncer clínicamente significativo se mantuvo constante desde el inicio, y las complicaciones fueron escasas y de baja gravedad. Estos hallazgos confirman que la técnica es segura, reproducible y factible de implementar en centros de referencia regionales.

O57) EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO

Rojas Salas, A.(1); Soler Andonie, D.(1); De Oliveira Costa, A.(2); Valenzuela Grau, R.(1); Andrusco Fidalgo, A.(1); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Soler Soler, S.(1); Rojas Varas, J.(1); Araya Salcedo, F.(1); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4);
(1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

Introducción: En aquellos centros en los que aún no es posible contar con la cirugía robótica, la PRLap con sus más de 30 años de desarrollo y excelentes resultados oncológicos en el tratamiento del Cáncer de próstata (CaP), resurge como una alternativa.

Objetivo: Describir los resultados oncológicos a corto plazo de una serie de casos consecutivos de PRLap realizadas durante la curva inicial de dos centros del norte de Chile.

Materiales-métodos: Cohorte de paciente con CaP tratados quirúrgicamente de forma ininterrumpida mediante PRLap en los Hospitales de Ovalle y La Serena. Se incluyeron todos los casos realizados consecutivamente entre Agosto2022– Junio2025. Se describen características oncológicas pre y post-operatorias.

Resultados: Se realizó PRLap a 72 pacientes con un estimativo de edad de 68 ± 7 años. Dentro de los datos clínicos preoperatorios, se informa un PSA promedio de 10,35 ± 5,6 ng/ml. El volumen prostático fue de 47 ± 20,4 cc. En la biopsia prostática pre operatoria se informo >o=ISUP3 en el 50%. El 34,72% era cáncer de próstata de riesgo intermedio favorable. Previo a la cirugía el 95,8% contaba con resonancia prostática multiparamétrica y un 59,7 % con PET-CT PSMA. En 46 casos se realizó linfadenectomía pelviana, de los cuales en el 73.9 % se

informaro >o=20 ganglios resecados (solo 1caso fue informado <10 Ganglios Resecados). La biopsia postoperatoria reportó ISUP 2 en el 50.9% de los pacientes. Un 31,9% presentó márgenes positivos. El porcentaje de Up-Staging y Up-Grading fue de 16.6% Y 26.4%, respectivamente.

Durante el seguimiento postoperatorio, se realizó PSA dentro de las primeras 4-6 semanas, en donde el 91,2% de los pacientes presento PSA indetectable (<0,1ng/ml).

Conclusión: A pesar de corresponder a una experiencia inicial, el bajo volumen de pacientes y el periodo breve de seguimiento, los resultados oncológicos a corto plazo son bastante prometedores y entusiastas, lo que convierte en ambos centros a la Prostatectomía Radical Laparoscópica como el abordaje de elección para el Cáncer de Próstata, a pesar de requerir una mayor curva de aprendizaje y una técnica laparoscópica depurada.

OA5) TRABAJOS LIBRES ORAL 5

O58) REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

Con el aumento de la experiencia en nefrectomía parcial asistida por robot (NPAR), sus indicaciones se han ampliado para incluir pacientes con masas renales recurrentes en riñones previamente operados. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados quirúrgicos, funcionales y oncológicos de la reintervención con NPAR en esta población seleccionada.

Métodos:

Se revisó retrospectivamente la base de datos institucional, identificando 7 pacientes sometidos a NPAR por recurrencia tumoral renal entre 2010 y 2020. Se excluyeron pacientes con carcinoma renal familiar y tumores múltiples. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, tumorales y perioperatorios. Las complicaciones se clasificaron según Clavien-Dindo, considerando mayores aquellas de grado ≥3. La mediana de seguimiento fue de 28,5 meses.

Resultados:

La cohorte incluyó 5 pacientes con nefrectomía parcial laparoscópica previa y 2 con antecedente de cirugía robótica. El puntaje R.E.N.A.L. medio fue de 8; dos casos correspondieron a tumores hilares y uno a riñón solitario. La NPAR se completó en todos los pacientes sin necesidad de conversión a cirugía abierta ni a nefrectomía radical, y sin

transfusiones intraoperatorias. La tasa de complicaciones mayores fue del 8,3%. La estancia hospitalaria media fue de 1,5 días. La preservación de la función renal fue adecuada, con una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) del 78,7% al alta y del 90,8% al año de seguimiento. No se reportaron márgenes quirúrgicos positivos, recurrencia local ni progresión a distancia durante el seguimiento.

Conclusiones:

La NPAR en pacientes con tumores renales recurrentes es factible y segura en manos experimentadas, mostrando resultados perioperatorios favorables, adecuada preservación de la función renal y control oncológico alentador. Si bien se trata de una cohorte limitada, estos hallazgos respaldan la NPAR como alternativa de tratamiento en casos seleccionados, siempre bajo un seguimiento estrecho para detectar recurrencias a distancia.

O59) COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Krebs, A.(3); Lyng, R.(3); Souper, R.(3); Otaola, H.(3); Bermúdez, H.(3); (1): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La nefrectomía parcial robótica (NPR) se ha consolidado como tratamiento de elección en tumores renales técnicamente resecables, al preservar parénquima funcional y reducir la morbilidad de largo plazo frente a la nefrectomía radical (NR). Sin embargo, su complejidad técnica implica un riesgo de complicaciones vasculares (CV) y urinarias (CU), las cuales, aunque infrecuentes, impactan significativamente en la evolución clínica y suelen ser subreportadas en la literatura. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de CV y CU y sus consecuencias clínicas en pacientes sometidos a NPR.

Materiales y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de una base prospectiva de pacientes sometidos a NPR entre 2012–2024. Se recopilaron variables demográficas y clínicas. Las CV y CU se clasificaron en intraoperatorias y posoperatorias mediante la Intraoperative Adverse Incident Classification (EAUiaiC) y la escala de Clavien–Dindo. Se consignaron transfusiones, conversiones a NR, cirugía abierta y reintervenciones. Se aplicó regresión logística multivariada para evaluar factores de riesgo.

Resultados:

562 pacientes fueron sometidos a NPR en el periodo. La tasa global de CV fue 5,7%. Se

registraron 20 CV intraoperatorias (3,6%): 8 sangrados en el lecho renal, 6 lesiones arteriales y 6 venosas; con 4 conversiones a NR y 3 a cirugía abierta. El 23,8% correspondió a EAUiaiC ≥III y 4 pacientes requirieron transfusión. CV posoperatorias ocurrieron en 12 pacientes (2,1%), de los cuales 6 requirieron manejo endovascular; el 50% fueron Clavien ≥III. La tasa global de reintervención fue 1,1%, sin pérdida de unidades renales posquirurgicas. En el análisis multivariado, solo el tamaño tumoral se asoció con CV (OR 1.0143). 6 pacientes (1,1%) presentaron CU: cinco se resolvieron con drenaje percutáneo y/o stent urinario, un caso requirió NR y otro reparación robótica por fuga urinaria refractaria. No se identificaron predictores de riesgo.

Conclusión:

Las CV y CU tras NPR son poco frecuentes y la pérdida de unidades renales constituye un evento excepcional. No obstante, una proporción considerable corresponde a complicaciones Clavien–Dindo ≥III, con impacto clínico relevante. Este estudio aporta información detallada y actualizada sobre su incidencia y manejo, contribuyendo al conocimiento clínico y académico en cirugía renal mínimamente invasiva.

O60) PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE.

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Mullins, M.(2); Salinas, F.(2); Krebs, A.(2); Lyng, R.(2); Souper, R.(2); Otaola, H.(2); Bermudez, H.(2);
(1): Clinica alemana de Santiago, Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile (2): Clinica alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer renal (CR) puede asociarse a síndromes hereditarios en pacientes jóvenes, con enfermedad bilateral/multifocal o antecedente familiar. El estudio genético (EG) ha cobrado relevancia por sus implicancias pronósticas, riesgo de recurrencia, asociación con nuevas neoplasias y repercusiones familiares en consejería genética. Diversas sociedades (NCCN, EAU) recomiendan su realización en población de riesgo. A la fecha, no existen series nacionales que reporten resultados de EG en CR.

Objetivo:

Describir la proporción de pacientes con CR que cumplen criterios para EG, evaluar proporción de pacientes que se realizan el estudio y sus resultados en un centro nacional de referencia.

Métodos:

Análisis retrospectivo de una base prospectiva de pacientes sometidos a cirugía por CR entre enero2023–2025. Se aplicaron criterios NCCN: edad <46 años, antecedente familiar de CR, bilateralidad/multifocalidad, histología compatible con formas hereditarias o manifestaciones sindrómicas. Se evaluó la proporción de pacientes con indicación de EG, cobertura del EG y resultados del EG con panel oncológico extendido.

Resultados:

En el periodo de estudio se identificaron 357 pacientes intervenidos con diagnostico de CR, 65 (18,2%) cumplieron criterios para EG. 52 (80%) por edad <46 años, 13 (20%) por antecedente familiar y 8 (12,3%) por enfermedad bilateral/multifocal. 14 (20%) pacientes con criterios de estudio accedieron a EG mediante panel oncológico extendido. Entre ellos se identificaron 2 mutaciones patogénicas (14%: BRCA1 y MITF), 6 variantes de significado incierto (VUS, 46,1%) y 6 negativos (38,5%).

Conclusión:

En esta primera serie nacional, un 18% de pacientes sometidos a nefrectomía por CR cumplieron criterios de EG, siendo la edad temprana al diagnóstico la principal indicación. Sin embargo, solo el 20% accedió al estudio, con identificación de mutaciones patogénicas en el 14% de los casos estudiados. Estos hallazgos concuerdan con la literatura internacional y refuerzan la necesidad de fortalecer la indicación y cobertura de la asesoría genética para garantizar acceso oportuno a estudios moleculares adecuados en población de riesgo, lo que permiten ajustar seguimientos, realizar screening de segundas neoplasias y realizar consejerías genéticas adecuadas para aso integrar la medicina de precisión en el manejo del CR en Chile.

O61) RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Otaola, H.(1); Bermúdez, H.(1); Krebs, A.(1); Lyng, R.(1); Orvieto, M.(1); Souper, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción
En pacientes con tumores renales clínicamente localizados (cT1–cT3a) que resultan pT3 tras cirugía, la elección entre nefrectomía parcial (NP) y radical (NR) sigue siendo debatida. La NP podría ofrecer un control oncológico similar a la NR, con mejor preservación renal. Este estudio evaluó los desenlaces oncológicos y funcionales de ambas estrategias en nuestro centro.

Materiales y métodos
Estudio retrospectivo en pacientes con tumores cT1–cT3a sometidos a NP o NR, con resultado patológico pT3 y ≥1 año de seguimiento. Se evaluaron: sobrevida global (OS), sobrevida cáncer-específica (CSS) y sobrevida libre de enfermedad renal crónica estadio 3b (CKD-S3b; eGFR < 45 mL/min/1,73 m²). Se excluyeron pacientes con CKD-S3b preoperatoria. Para comparar NP y NR en condiciones equivalentes, se aplicó emparejamiento 1:1 por puntaje de propensión (PSM), considerando variables preoperatorias (edad, sexo, IMC, eGFR, tamaño tumoral, cT y ASA). En la cohorte emparejada se utilizaron curvas de Kaplan–Meier y modelos de Cox.

Resultados
Entre 2004–2025 se realizaron 610 nefrectomías; se incluyeron 100 casos pT3 con ≥12 meses de seguimiento (NP = 32; NR = 68). Antes del PSM, ambos grupos fueron comparables en edad (mediana 58,5 vs 60,5 años) y función renal (78,5 vs 71,4 mL/min/1,73 m²), pero la NR se aplicó a tumores más grandes (7,4 vs 4,9 cm) y avanzados (NR: 35,3% cT1, 27,9% cT2 y 36,8% cT3; NP 78,1% cT1, 6,3% cT2 y 15,6% cT3) (p < 0,001).
En la cohorte completa, OS y CSS fueron similares, con mediana de OS de 80,8 meses (IC95% 34,0–127,6).
Tras el PSM, no se observaron diferencias significativas en OS ni CSS (log-rank p = 0,5108 y p = 0,8489). La NP mostró menor riesgo de progresar a CKD-S3b: HR 0,04 (IC95% 0,00–1,09), con tendencia a significación (p = 0,056), respaldado por las curvas de Kaplan–Meier.

Conclusión
En tumores cT1–cT3a con patología pT3, la NP ofrece control oncológico similar a la NR y mejor preservación renal. Se sugiere considerar NP cuando sea técnicamente viable. Se requieren estudios prospectivos aleatorizados para validar estos hallazgos.

O62) ¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B.

Fuentes, A.(1); Vera, G.(2); Del Valle, F.(2); Ramírez, R.(3); Rojas, P.(2); Bruzzone, A.(2); Gallegos, H.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio / Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) ha mostrado un aumento de su incidencia en las últimas décadas, especialmente en tumores <7cm (T1). El tratamiento estándar del CCR T1 es quirúrgico, y la elección entre nefrectomía parcial (NP) y radical (NR) depende del tamaño tumoral y la complejidad quirúrgica. Nuestro objetivo fue comparar resultados oncológicos entre NP y NR en CCR T1 de nuestra institución y realizar un subanálisis en T1b. Material y método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes operados por CCR T1N0M0 (T1a-T1b) en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024, excluyendo aquellos en diálisis. Se

registraron variables clínicas y patológicas. Se evaluaron recurrencia, sobrevida global (SG) y especifica del cáncer (SEC). El análisis estadístico se realizó con RStudio, aplicando prueba χ 2 o Fisher para variables categóricas, Kaplan-Meier con log-rank para SG y SEC y modelo de Cox multivariado. Se realizó un subanálisis en T1B. Resultados: 370 cirugías, edad promedio 60,9+12,1 años (Rango 17–89), 212 (57,3%) hombres. Hubo 208 (56,2%) T1a y 162 (43,8%) T1b; 300 (81,1%) CCR de células claras. La técnica quirúrgica fue NP 203 (54,9%) y NR 167 (45,1%). La recidiva local/metastásica ocurrió en 19 (11,3%) en NR y 10 (5,0%) en NP (p=0,03). Al seguimiento no hubo diferencias en SG (p=0,07), sin embargo, la SEC fue superior en NP (p=0,003; 2 vs 11 muertes). En el modelo de Cox, ni la técnica ni RENAL score se asociaron a mayor riesgo, mientras que el tamaño tumoral si mostró mayor riesgo de mortalidad. En el subgrupo T1b, NR fue predominante 127 (78,4%). Se observaron 19 (15,0%) recidivas con NR, 3 (8,6%) NP (p=0,4). Al seguimiento, no hubo diferencias en SG (p=0,6) ni SEC (p=0,84). Conclusiones: En nuestra cohorte, la NP mostró mejores resultados oncológicos globales, con menor recidiva y mejor SEC. En cambio, en T1b, la NP fue menos frecuente, pero con resultados comparables a NR, sugiriendo que el tamaño tumoral, y no la técnica se asoció a peor pronóstico, respaldando la NP en pacientes T1a y como alternativa segura en T1b.

O63) APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Carrillo, I.(1); Ramírez, J.(1); Cornejo, V.(1); Schalper, M.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Calderon, D.(1); Bogado, J.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1); Toloza, H.(1); Morales, C.(1); Rubio, G.(1);
(1): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:

El índice Estimated Post-Transplant Survival (EPTS) es una herramienta diseñada para estimar la supervivencia a largo plazo del injerto renal y del receptor, considerando edad, tiempo en diálisis, presencia de diabetes y trasplantes previos. Su aplicación busca optimizar la asignación de órganos, equilibrando la longevidad esperada del injerto con el pronóstico del paciente; a menor puntuación de EPTS, mayor sobrevida. Este estudio evalúa la asociación entre EPTS y la evolución del injerto renal en una cohorte de trasplantados con seguimiento de hasta cinco años.

Material y métodos:

Se desarrolló un estudio observacional retrospectivo en 57 pacientes sometidos a trasplante renal en un hospital público chileno entre 2019 y 2020. Para cada receptor se calculó el EPTS al momento del procedimiento. Se registraron valores de creatinina sérica y eventos clínicos relevantes: pérdida del injerto, reinicio de diálisis y mortalidad. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas, correlación de Spearman entre EPTS y función renal, curvas de Kaplan-Meier según categorías de EPTS y capacidad predictiva mediante curva ROC.

Resultados:

De los 57 receptores, 57% fueron hombres, con edad promedio de 49,7 años. La mediana de EPTS fue 39 y un 29,8% presentó EPTS <20. A los cinco años, 66,6% mantuvo función estable del injerto, 17,5% retornó a diálisis y 15,7% falleció. La creatinina media fue de 1,61 mg/dl. Se observó una baja correlación negativa entre EPTS y supervivencia del injerto ($r = -0,29$; $p = 0,025$). La supervivencia a cinco años en pacientes con EPTS <30 alcanzó 84%, superior al 53% registrado en quienes tenían EPTS >30 ($p = 0,015$). El área bajo la curva ROC del EPTS para predecir pérdida del injerto fue 0,689.

Conclusiones:

El índice EPTS evidenció baja capacidad para predecir la evolución del injerto renal a cinco años en nuestra cohorte; no obstante, el análisis por subgrupos mostró diferencias significativas según el valor inicial del índice. Estos hallazgos sugieren que el EPTS puede constituir una herramienta complementaria en la asignación y seguimiento de pacientes trasplantados, aunque se requieren investigaciones multicéntricas y con mayor número de casos para validar su utilidad en la población chilena.

O64) IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Alfaro, A.(1); Barahona, J.(2); Verdugo, C.(2); Zamora, D.(1); Benchimol, J.(1); Borgna, V.(3); Alarcón, L.(1);
(1): Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante renal cruzado (TRC) es una estrategia vital para superar barreras de incompatibilidad ABO o inmunológica en parejas donante-receptor. En Chile, este programa, permitido por el decreto de 2019, representa una innovación para aumentar la disponibilidad de órganos de donante vivo. Nuestro centro, siendo pionero en la implementación de esta técnica en el país, realizó el primer trasplante renal cruzado en

diciembre de 2023. El objetivo de este estudio es describir la experiencia quirúrgica y los resultados perioperatorios de los primeros TRC realizados en nuestro centro.

Material & Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los primeros seis pacientes receptores de TRC entre 2023 y 2025. Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo), clínicas y quirúrgicas, incluyendo tiempos de isquemia fría y caliente, sangrado intraoperatorio, tiempos de anastomosis, y complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo en los primeros 30 días. También se evaluó la función del injerto a las 24 horas y al alta hospitalaria. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, usando promedios y porcentajes.

Resultados: El 83% de los receptores fueron hombres, con promedio de edad de 37 años; dos tercios tenían antecedente de trasplante renal fallido. En el primer caso participaron cuatro pabellones y equipos simultáneos; en los siguientes, los donantes provenían de otros centros, incluyendo uno desde Concepción, con mayor tiempo de isquemia fría. El 83% de las nefrectomías fueron izquierdas. El tiempo quirúrgico promedio fue 226 min, con isquemia caliente de 39 min e isquemia fría de 210 min. El sangrado intraoperatorio promedio fue 260 mL. Se registró un hemoperitoneo no activo y 50% requirió transfusión. Hubo complicaciones infecciosas en 67% (bacteriuria, síndrome febril, sepsis urinaria, IRA, neumonía), un íleo mecánico y un linfocele drenado percutáneamente; La creatinina promedio descendió de 6,2 mg/dl a 24 h a 1,7 mg/dl al alta, con diuresis inmediata en 50%. El promedio de hospitalización fue 21 días.

Conclusiones: La implementación del TRC en un hospital público chileno de alta complejidad fue segura, sin mortalidad y con adecuada recuperación funcional inicial. Esta experiencia constituye el primer reporte nacional.

TI1) TRABAJOS DE INGRESO 1

TI1) IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO

Andrusco, A.(1); Valenzuela, R.(1); Vera, Á.(1); Rojas, A.(1); Araya, F.(1); Rojas, J.(1); Soler, S.(1); (1): SERVICIO DE UROLOGÍA, HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE

Introducción: La cirugía robótica tiene múltiples beneficios clínicos y operativos. Sin embargo, su incorporación en hospitales públicos latinoamericanos ha sido limitada. Este artículo describe el proceso de diseño e implementación de un programa de cirugía robótica en el Hospital de La Serena, primer centro público regional chileno en adoptar esta tecnología.

Material y Métodos: Se realizó una planificación estratégica y operativa para implementar un pabellón de cirugía robótica que incluyó la elaboración de un informe de proyecto, análisis de sostenibilidad financiera, habilitación de infraestructura, incorporación de tecnológica, capacitación de equipos, y demostración clínica con 23 casos operados mediante cirugía robótica. Se registraron sus resultados desde el punto de vista clínico, institucional y financiero.

Resultados: El informe del proyecto destacó diversos beneficios de la cirugía robótica para el equipo médico, pacientes e institución. El programa demostró viabilidad operativa y sutentabilidad financiera. El ánalisis sugiere que la inversión se justifica por ahorro en hospitalizaciones, mayor productividad quirúrgica y rentabilidad social del acceso equitativo en el sistema público a tecnología de punta. La demostración clínica documentó reducciones del 82% en días cama, ausencia de complicaciones relevantes y alta satisfacción de los pacientes operados.

Conclusiones: La cirugía robótica es factible de implementar en un hospital público regional, con impacto positivo en calidad asistencial, eficiencia institucional y equidad en el acceso a tecnología de vanguardia. Este modelo podría ser replicado en otros centros del sistema público chileno.

Palabras clave: cirugía robótica, salud pública, innovación médica, cirugía mínimamente invasiva, hospital público, hospital regional.

TI2) " ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE INSTILACIÓN DE BCG PARA PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR, EN UN PROTOCOLO CON ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR URÓLOGOS: SEGUIMIENTO A 3 AÑOS."

Cordova Pedreros, J.(1); Kirmayr Zamorano, M.(1); Montiel, I.(2); Davinson, R.(2); Araya, J.(1); Quintana, E.(1); Muñoz, C.(1); Henriquez, C.(1); Hornig, A.(1);
(1): Hospital Base San Jose de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile

Introducción: El cáncer de vejiga es uno de los tumores malignos más comunes del sistema urinario. El 75-80% corresponden a tumores no músculo invasores (CVNMI). La inmunoterapia intravesical con BCG es el principal tratamiento adyuvante para reducir su recurrencia y progresión. Metodología: Evaluamos el impacto de la implementación de un protocolo local de seguimiento y administración de BCG por urólogos en un hospital público entre 2022 y 2025 con el objetivo de mejorar la adherencia y manejo de complicaciones. Resultados: Obtuvimos un 97% de adherencia, del total de la muestra el 90% logró un tratamiento adecuado. Un 60% manifestó eventos adversos (principalmente síntomas irritativos) de los cuales todos fueron manejados de manera oportuna y no hubo cateterismos traumáticos. La satisfacción de los pacientes con el procedimiento fue muy

buena con una media de puntuación de 5 para las tres preguntas. **Discusión y Conclusión:** Por medio de nuestro estudio logramos un impacto significativo en adherencia de los pacientes comparado con la bibliografía, mejor tasa de tratamientos adecuado, sin cateterismos traumáticos y un tratamiento oportuno de los efectos adversos.

TI3) DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Iñiguez, S.(1); Chavez, C.(2); Urrutia, C.(3); Sandoval, C.(1); Vidal, A.(1); Recabal, P.(1); Falcon, C.(1); Diaz, J.(1); Altamirano, J.(1);
(1): Fundación Oncológica Arturo López Pérez, Santiago, Chile (2): Centro de Investigación e Innovación del Cáncer. Fundación Arturo López Pérez Centro Oncológico OECI, Santiago, Chile (3): Fellow Urología Oncológica Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

Introducción: La biopsia de próstata fusión transperineal (BpTP) ha demostrado una adecuada capacidad para detectar cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs) con baja tasa de complicaciones. El desarrollo de esta técnica con anestesia local y sedación superficial ha simplificado el procedimiento. El objetivo de este estudio es reportar la experiencia institucional de dos años realizando BpTP.

Metodología: Estudio descriptivo y analítico de cohorte retrospectiva en pacientes con sospecha de cáncer de próstata (CP) en resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) sometidos a BpTP entre marzo 2023 y diciembre 2024. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y del procedimiento, comparando hallazgos anatomopatológicos de biopsia sistemática (BS) y dirigida (BD).

Resultados: Se incluyeron 431 pacientes consecutivos, 436 procedimientos y 451 lesiones. La mediana de edad fue de 67.5 años (RIC 11) y de PSA 6.7 ng/ml (RIC 6.3). El 60.1% fue clasificado como cT1c y un 29.5% tenía biopsia previa. La distribución de PI-RADS 2, 3, 4 y 5 fue: 4.1%, 12.7%, 49.7% y 33.6%, respectivamente. La tasa global de detección de CP fue de 77.5% y de CPcs 61.5%. En BD se detectó 62.7% de CP y 49.2% CPcs, en BS se detectó 68.8% y 49.5%, respectivamente. La detección de CPcs en BD en PI-RADS 3, 4 y 5 fueron: 13.7%, 52.2% y 69.6%, respectivamente ($p<0.001$). Se encontraron diferencias significativas en la detección de CPcs entre técnicas en PI-RADS 3-5 (48.8% BS vs. 53.7% BD, $p=0.04$). La mediana de tiempo del procedimiento fue de 24 minutos (RIC 8). Todos los pacientes recibieron midazolam y anestesia local, con adecuada tolerancia y una mediana de EVA de 0 (RIC 1). Las complicaciones fueron bajas: 0,5% de infección urinaria, 1,4% hematuria, 0,2% de retención aguda de orina y 0,5% de hospitalizaciones.

Conclusiones: La BpTP con anestesia local es una técnica segura, reproducible y eficaz en la detección de CPcs, que ha logrado ser sistematizada en nuestra institución, presentando baja tasa de complicaciones con un adecuado rendimiento diagnóstico. La comparación entre BS y BD demostró un rendimiento mayor en BD para la detección de CPcs.

TI4) IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO

Aliaga De La Fuente, A.(1); Benitez, A.(2); Gurovich, J.(3); Villanueva, M.(2); Roman, J.(4); Vega, A.(4); Iñiguez, S.(5); Walton, A.(3); Henriquez, D.(6); Vilches, R.(7);
(1): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Alemana de Santiago,, Santiago, Chile (2): Hospital Clinico Universidad de Chile, Facultad medicina Universidad de chile, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (4): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Bupa Santiago, Santiago, Chile (5): Instituto Nacional del Cáncer, Fundacion Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile (6): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica Davila Vespucio, Santiago, Chile (7): Instituto Nacional del Cáncer, Clinica MEDS, Santiago, Chile

Introducción

La cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como una alternativa eficaz en urología oncológica, con beneficios en recuperación funcional, reducción de complicaciones y menor estadía hospitalaria. Estos aspectos son particularmente relevantes en el sistema público chileno, caracterizado por el limitado número de camas hospitalarias y de paciente crítico. Sin embargo, la evidencia local sobre el impacto de cirugías urológicas oncológicas complejas en términos de estadía hospitalaria y complicaciones sigue siendo limitada.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte única en un hospital público chileno, incluyendo pacientes sometidos a PR, cistectomía radical, linfadenectomía lumboaórtica (LALA) y linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) entre 2010 y 2025. Se compararon los abordajes abiertos y mínimamente invasivos mediante emparejamiento por puntuación de propensión 1:1. El desenlace primario fue la duración de hospitalización; secundarios fueron los días en UCI y las complicaciones perioperatorias clasificadas por Clavien-Dindo.

Resultados

Se analizaron 255 pacientes, de los cuales el 67% fue intervenido mediante abordaje mínimamente invasivo. En PR, la vía laparoscópica redujo significativamente la estadía hospitalaria (mediana 1 vs 4 días; $p < 0,001$) y los días en UCI ($p < 0,001$). En cistectomía radical se observó una reducción clínicamente relevante en hospitalización (5 vs 11 días), aunque sin significancia estadística. VEIL y LALA mostraron también menor estadía con abordaje laparoscópico (2 vs 5 días en VEIL; 3 vs 7 días en LALA). Las complicaciones Clavien ≥ II fueron significativamente menores en cistectomía radical (20% vs 77,8%; $p = 0,021$) y mostraron una tendencia favorable en el resto de los procedimientos.

Conclusión

El abordaje mínimamente invasivo en cirugía urológica oncológica compleja se asocia a menor hospitalización y complicaciones perioperatorias, con impacto más consistente en PR

y LALA. En el contexto del sistema público chileno, donde la optimización de recursos es crítica, estos resultados refuerzan el valor estratégico de incorporar cirugía laparoscópica avanzada como una herramienta eficiente y segura

OA6) TRABAJOS LIBRES ORAL 6

O65) AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO?

Sobell, R.(1); Carrasco, J.(2); Palma, C.(3);
(1): Hospital San Juan De Dios, Santiago, Chile (2): Androlab, Santiago, Chile (3): Clínica las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La automatización del análisis seminal mediante inteligencia artificial (IA) ofrece ventajas como reducción del tiempo de análisis (de 20 a 5 minutos), eliminación de variabilidad inter-operador y estandarización de los resultados. El sistema LensHooke X1 PRO utiliza tecnología AIOM (Artificial Intelligence Optical Microscopic) que combina algoritmos de machine learning para reconocimiento automático de espermatozoides, análisis de trayectorias y evaluación morfológica. Sin embargo, la validación local es esencial antes de implementación clínica según estándares OMS 6ª edición.

Material y métodos: Estudio prospectivo comparativo de 50 muestras seminales analizadas simultaneamente por método manual (operador experto) y automatizado con IA. Se evaluaron concentración espermática, motilidad progresiva y morfología. Se aplicaron análisis de correlación de Spearman, coeficiente de correlación intraclase (ICC), análisis de Bland-Altman y precisión diagnóstica. Se calculó sensibilidad, especificidad, valores predictivos para olizoospermia, astenozoospermia y teratozoospermia. Analisis estadístico con SPSS, significancia $p< 0,05$.

Resultados: La concentración espermática mostró correlación muy alta ($\rho=0.933$, $p<0.001$) e ICC excelente (0.905). El sesgo fue no significativo (-4.11, $p=0.387$) con 96% de observaciones dentro de límites de concordancia y una sensibilidad 80%, especificidad 95.6% para olizoospermia. Para motilidad progresiva presentó correlación moderada ($\rho=0.676$, $p<0.001$) e ICC moderado (0.681) y para astenozoospermia una sensibilidad 100%, especificidad 87.2% y un valor predictivo negativo del 100%. La morfología mostró correlación baja ($\rho=0.472$, $p<0.001$) e ICC pobre (0.448). El método automatizado reduce tiempo de procesamiento a 5 minutos (reducción del 75%).

Conclusiones: La IA es una valiosa aliada altamente confiable para concentración espermática y sensibilidad perfecta en determinar astenozoospermia. Aunque la correlación en morfología es baja, esto refleja la alta variabilidad incluso entre expertos; además la mayoría de los casos con morfología < 4% son formas polimórficas, sin relevancia reproductiva reconocida. LA IA permite democratizar el análisis seminal, siendo

especialmente útil en hospitales de bajo volumen donde es imposible mantener biólogos expertos y en grandes centros de producción, creemos que el biólogo tomará un rol de mayor valor en aplicar técnicas de selección espermática, preparación para técnicas de reproducción asistida, el control de calidad y calibración de equipos entre otros.

O66) ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS.

Benítez-filselcker, A.(1); González Pellegrino, D.(2); Ávila, C.(1); Luengo, P.(3); Lardone, C.(4); Diaz-fontdevila,, M.(4); Ebensperger, M.(4); Román, J.(5); Palma, C.(6); Castro, A.(4);
(1): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Urólogo, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Alumno IDIMI, Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI), Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Urólogo, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (6): Andrólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

El tumor testicular de células germinales (TTCG) es la neoplasia maligna más frecuente en hombres fértiles. Su etiología es multifactorial y no completamente dilucidada, aunque se asocia a factores ambientales y genéticos. El componente hereditario de primer grado confiere una susceptibilidad 6-10 veces mayor. Diversos estudios han sugerido la participación de variantes de genes reguladores de la diferenciación germinal y de deleciones del cromosoma Y. Entre ellas, las deleciones parciales de la región AZFc (Delp-AZFc), en especial del tipo gr/gr, se relacionan con mayor riesgo de seminomas en poblaciones europeas, así como deterioro espermatogénico e infertilidad. Sin embargo, pese a que Chile presenta una de las incidencias más altas de TTCG en Sudamérica, no se conoce la prevalencia de Delp-AZFc. Nuestro objetivo es analizar incidencia y rol potencial como biomarcador de riesgo, caracterizando tipo tumoral, lateralidad, historia familiar y antecedentes de criptorquidia o infertilidad. Presentamos resultados preliminares de 92/94 pacientes con TTCG y 145 hombres sanos normozoospérmicos previamente estudiados, todos con consentimiento informado aprobado por comités de ética. La detección de DelP-AZFc se realizó en DNA de sangre periférica mediante amplificación por cadena de polimerasa con partidores diagnósticos validados: sY1291(gr/gr), sY1191(b2/b3) y sY1191, sY1291, sY1161 y sY1197(b1/b3). Los casos presentaban antecedentes de fertilidad (38/92=53%), infertilidad o recuento espermático seminal ≤ 5.106 millones/ml (10/92=11%) sin microdeleciones del cromosoma Y. La histopatología tumoral en el 80% de los casos fue seminoma (n=28), no seminoma (n=26, 13 mixtos), mixto (n=19) o carcinoma intratubular (GCNIS, n=2), y donde 20% (19/94) fue bilateral. La prevalencia de delp-AZFc en casos (3/92=3,3%) y controles (3/145=2,1%) fue similar (P ≥0,05, chi2). En el grupo de neoplasias bilaterales observamos un 5,3% (1/19) de Delp-AZFc, pero tampoco observamos diferencias significativas al comparar con el total de Delp-AZFc del grupo control (2,1% versus 5,3%) o al comparar por tipo de deleción gr/gr (1/19= 5,3% versus 1/143=0,7%) o b2/b3 (0% versus 2/143=1,4%).

O67) EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS

Brito, F.(1); Cifuentes, M.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Hospital Sótero del Rio, Pelvisalud, Viña del Mar, Chile

Introducción:

El consumo recreacional de ketamina se ha expandido en Chile, asociado a la uropatía inducida por ketamina (UIK). Esta condición se manifiesta con síntomas urinarios severos y, en casos avanzados, con compromiso del tracto urinario superior e insuficiencia renal. En Latinoamérica los reportes son escasos.

Objetivo:

Describir características clínicas, hallazgos diagnósticos y tratamientos en una serie chilena de pacientes con UIK.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo multicéntrico. Se recopilaron datos clínicos y urológicos de pacientes diagnosticados con UIK a través de la rama de Urología Funcional, Femenina y Reconstructiva (FUFFER) de la Sociedad Chilena de Urología. Dieciocho urólogos aportaron información anonimizada.

Resultados:

Se analizaron **25 pacientes** con datos completos. La edad promedio fue de **25,7 años** (DE ±4,6; rango 19–37). El 25% tenía ≤23 años y el 75% ≤28 años, confirmando predominio en adultos jóvenes. La distribución por sexo fue equilibrada: **52% hombres y 48% mujeres**.

La duración de síntomas urinarios fue en promedio de **8,7 meses** (DE ±7,3; rango 1–24), con mediana de 6 meses. El consumo de ketamina fue variable: promedio de **13,5 meses** (DE ±21,6; mediana 3; rango 1–100).

Los síntomas más frecuentes fueron urgencia, polaquiuria, dolor vesical y hematuria. En imágenes se observaron engrosamiento vesical e hidronefrosis en casos graves. La cistoscopía mostró pancistitis, baja capacidad vesical y cistitis hemorrágica.

En **biopsias**, predominó la **cistitis crónica inespecífica**, además de **cistitis hemorrágica y ulcerada con fibrosis y aumento de mastocitos**. No se identificaron neoplasias.

El manejo incluyó suspensión del consumo, anticolinérgicos, analgésicos, instilaciones intravesicales y toxina botulínica. En casos graves se realizaron procedimientos avanzados: un paciente requirió **cervicotomía endoscópica, uno derivación urinaria tipo Bricker y dos pacientes enterocistoplastías**. La respuesta global fue heterogénea, oscilando entre ausencia de mejoría y control parcial.

Conclusiones:
La UIK es una condición emergente en Chile que afecta principalmente a adultos jóvenes. Su presentación es heterogénea y puede progresar hacia compromiso del tracto urinario superior. La suspensión del consumo es fundamental, aunque muchas veces persisten secuelas irreversibles. Se requieren estudios que identifiquen biomarcadores precoces y optimicen estrategias terapéuticas.

Palabras clave: Ketamina, uropatía inducida por ketamina, Chile, jóvenes adultos.

O68) ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Bustamante, A.(1); Saavedra, Á.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción. La estrechez uretral (EU) muestra una prevalencia en aumento. Aunque la uretroplastía sigue siendo el gold standard por sus altas tasas de curación, su carácter invasivo contrasta con la simplicidad de la dilatación y la uretrotomía interna (UTI), aunque estas últimas con elevada recurrencia. En este contexto, los balones medicados con paclitaxel (BMP) han surgido como alternativa mínimamente invasiva, especialmente para EU bulbares. Presentamos una serie retrospectiva de 37 pacientes tratados en la Clínica Alemana de Santiago, que compara eficacia y seguridad de tres dispositivos: Ranger (n=11), Optilume ATM (n=9) y Aperto/Legflow (n=17).

Material y método. Se incluyeron pacientes con EU confirmada por uretrografía retrógrada y cistoscopia. Se evaluaron flujo máximo urinario (Qmax), volumen miccional (VV), residuo postmiccional (RPM), complicaciones postoperatorias y recurrencia clínica. Para las variables cuantitativas se utilizaron ANOVA y Kruskal–Wallis; para tasas de recurrencia y complicaciones, el test exacto de Fisher. El análisis se realizó con SPSS v26.

Resultados. La mediana de edad fue 64 años (RIC 49–73). Un 56,8% registró cirugías urológicas previas (RTU-P 38,1%; prostatectomía radical 19%; HoLEP 14,3%) y 16,2% recibió radioterapia pélvica. El 59,5% tenía tratamientos previos (dilataciones 32,4%; UTI 40,5%; uretroplastía 10,8%); ninguno con BMP. La localización fue bulbar 56,8%, bulbomembranosa 32,4%, anastomótica post-prostatectomía 10,8%, membranosa 2,7% y unión bulbo-peneana 2,7%. La longitud mediana alcanzó 20 mm (RIC 10–26). Intraoperatoriamente, 70,3% recibió UTI inmediata y 27% dilatadores en "S"; la dilatación con balón tuvo una mediana de 8 minutos. La tasa de éxito global fue 84% (6 recurrencias). El Qmax aumentó de 10 ml/s (RIC 7–13) a 15 ml/s (RIC 11,55–27,5) (p=0,012), sin cambios significativos en el RPM (p=0,799). El seguimiento fue 6 meses (RIC 3–11). Tres pacientes (8,1%) presentaron complicaciones menores (Clavien-Dindo I–II), sin reintervenciones. No se hallaron diferencias entre dispositivos en variables clínicas, complicaciones ni recurrencia.

Conclusiones. En esta serie institucional, los BMP se mostraron seguros y efectivos a mediano plazo, sin ventajas detectables de Optilume frente a Ranger o Aperto/Legflow. Se requiere un seguimiento de 12–24 meses para contrastar estos hallazgos con la literatura y definir su impacto en la recurrencia.

O69) USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Rojas Cohen, A.(1); Sifri, M.(1); Del Valle, F.(2); Souper, R.(2); Vial, R.(2); Vera, G.(2); Fuentes, A.(2); Bruzzone, A.(2); Rojas, P.(2); Saavedra, A.(2); Bernal, J.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2); Gallegos Morán, H.(2);
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (2): HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Durante la última década se han introducido múltiples estrategias mínimamente invasivas en el manejo de la estenosis ureteral. Una de ellas, es la dilatación endoscópica con balón medicado con paclitaxel (BM), con promisorios resultados. La gran limitante es su alto costo y poca disponibilidad. Presentamos la experiencia pionera en la utilización de este dispositivo en el Hospital Sótero del Río.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, donde se incluyó a pacientes con estenosis ureteral tratados endoscópicamente mediante dilatación con balón medicado con paclitaxel en el Hospital Dr Sótero del Río, Chile. Entre los meses de enero 2024 y agosto 2025. Los datos analizados incluyeron variables clínicas, perioperatorias y funcionales. Este estudio fue aprobado por el comité de ética local.

RESULTADOS

Se operaron un total de 21 pacientes en el periodo descrito. La longitud promedio de la estenosis ureteral fue de 14.8 mm (DE 11-21 mm), mediana de seguimiento de 15 meses. Previo a la cirugía el 98% tenía HUN severa, 33% había tenido al menos 1 episodio de ITU, 29% se había realizado una pieloplastía previa. En cuanto a la etiología el 33% se debió a una estenosis pieloureteral y el 67% a una estenosis ureteral idiopática o iatrogénica post ureteroscopía. Se utilizaron balones de diámetro 5,6 y 7 Fr., y largos de 20,40 y 60mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 22 minutos. En el 29% de los pacientes fue necesario ureterotomía con láser. En ningún paciente fue necesario el uso de catéter doble J. Al comparar este grupo con pacientes similares tratados con balones no medicados en el mismo centro, el uso de BM se asoció a mejor respuesta clínica a 3 meses (95% vs 81%) y 6 meses de seguimiento (91% vs 72%), mayor tasa de éxito definido por cintigrama renal dinámico (91% vs 66%, p< 0,001) y menor necesidad de reintervención (8% vs 54%, p< 0,001).

CONCLUSIONES

En nuestra serie, el uso de balón medicado muestra resultados promisorios, comparables a lo reportado en la literatura. Es una alternativa terapéutica beneficiosa y factible de implementar en el sistema público de salud chileno.

O70) GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS?

Campos, R.(1); Gomez, R.(1); Vila, P.(1);
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Introducción:>La gastrocistoplastia se popularizó en la década de lo 90 debido a los beneficios clínicos que ofrece en comparación con otros segmentos intestinales como un menor riesgo de infecciones, menor formación de litiasis y una menor producción de mucosidad intestinal. Sin embargo, con posterioridad se han comunicado reportes de malignización vesical en el largo plazo. Presentamos nuestra experiencia de largo plazo comparando la incidencia de malignidad en pacientes ampliados empleando estómago con aquellos en que utilizó otro segmento

intestinal.

Material y métodos:>Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidos a ampliación vesical utilizando un segmento intestinal entre los años 1990 y 1995. Todos los pacientes fueron controlados anualmente mediante exámenes de laboratorio, ecografías y cistoscopias.

Resultados: Un total de 18 pacientes fueron sometidos a ampliación vesical, en 10 casos se utilizó colon, en 6 estómago y en 2 íleon. La edad promedio fue de 30 años (16-55) de los cuales, 16 fueron hombres y 2 mujer, la mediana de seguimiento de la serie completa fue de 31 años (16-32). Ninguno de los pacientes en quienes se empleó colon o íleon presentó malignización. De los pacientes en los que se utilizó estómago, uno presentó atrofia del segmento gástrico a los pocos meses post cirugia y fue re-ampliado con ileon. De los cinco pacientes restantes, tres fueron diagnosticados con adenocarcinoma tubular pobremente diferenciado a los 15, 30 y 31 años de seguimiento y de ellos, 2 fallecieron por metástasis.

Conclusión: La gastrocistoplastia se asocia a un significativo riesgo de malignización a largo plazo y por lo tanto debiera estar contraindicada.

VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1

V01) DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO

Contreras-garcía, R.(1); Vantman-luft, D.(1); De Rocco-ponce, M.(1); Arrus-soldi, J.(1); Sanchez-curbelo, J.(1); Dumas-castro, S.(1); López-fernandez, S.(1); D Guillo, G.(2); Adalid-loma, G.(1); Ruiz-castañe, E.(1); Malca-caballero, L.(1);
(1): fundacion puigvert, BARCELONA, España (2): Hospital San Pau, BARCELONA, España

INTRODUCCIÓN: El liquen escleroso (LS) es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar la piel genital masculina y puede contribuir significativamente al desarrollo de un pene enterrado. El tratamiento quirúrgico incluye la resección del tejido enfermo así como en algunos casos la exeresis del panículo adiposo suprapúbico.

OBJETIVO: Describir el abordaje quirúrgico de un paciente con pene enterrado secundario a liquen escleroso en pene y escroto.

MÉTODO - PACIENTE: Describimos el manejo quirúrgico de un paciente de 64 años de edad con antecedentes médicos de diabetes, hipertensión y obesidad grado III. Con síntomas del tracto urinario bajo, disminución en la rigidez de las erecciones sumado a cambios inflamatorios crónicos en piel del pene y escroto de 10 años de evolución. Intervenido en 2 ocasiones, con nueva recidiva y progresión hasta desarrollo de pene enterrado en 2023, llevado a cirugía reconstructiva genital con "Dermolipectomia púbica más injerto de piel en pene".

RESULTADOS: Se realizan dos abordajes. Uno para liberación de adherencias en pene y otro en región púbica, lugar donde se toma el injerto. Bajo anestesia general se denuda todo el pene, con adherenciolisis roma y cortante para disección de grasa púbica más liberación de tejido en borde superior del escroto. Se crea injerto de piel de faldón púbico resecado, Cobertura de totalidad del pene con injerto de piel parcial. En abdomen incisión suprapúbica en "W". Exeresis de excedente de tejido dermograso posterior cierre por planos, dejando drenaje aspirativo. Lográndose exteriorización de cuerpo del pene, mejorando con ello la apariencia externa y dinámica miccional. En el transcurso de 3 meses posoperatorios no ha habido complicaciones y hubo fijación adecuada del injerto.

CONCLUSIÓN: La dermolipectomia púbica con injerto de piel parcial en pene es un procedimiento quirúrgico retador pero procedente donde la pérdida de peso no ha sido suficiente para conseguir una mejor visualización de los genitales, permitiendo además la resección de tejido inflamatorio crónico que acompaña habitualmente este tipo de condiciones.

V02) CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA

Sepúlveda, M.(1); Poblete, M.(1); Guerrero, G.(2); Olivares, V.(1); Marchant, P.(1); Moreno, S.(3);
(1): Becado Urología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Pasante Urología Clínica Santa María, Santiago, Chile (3): Urólogo Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción

La deformidad en reloj de arena del pene, propia de algunos casos de enfermedad de La Peyronie, puede ocasionar alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas significativas. Entre las opciones quirúrgicas emergentes, el injerto extratunical (ETG) se ha posicionado como una alternativa segura y menos invasiva, especialmente indicada en casos sin inestabilidad estructural ni efecto bisagra. A diferencia de las técnicas tradicionales, el ETG

evita la incisión de la túnica albugínea y la manipulación del paquete neurovascular, lo que reduce riesgos de sangrado, disfunción eréctil y alteraciones sensitivas.

Caso Clínico:

Se presenta el caso de un paciente de 55 años con enfermedad de La Peyronie, disfunción eréctil refractaria a tratamiento médico, y deformidad en reloj de arena. La evaluación clínica y ecográfica evidenció curvatura peneana, escape venoso, y una indentación circunferencial sin inestabilidad. Se optó por tratamiento quirúrgico combinado: implante de prótesis peneana inflable y corrección de la deformidad con injerto extratunical.

Resultado

Durante el procedimiento, tras la colocación de la prótesis, se evidenció una marcada indentación distal. Se preparó un injerto de pericardio bovino (Xenosure), que fue plegado y fijado superficialmente a la fascia de Buck, rodeando la zona afectada sin necesidad de incidir los cuerpos cavernosos. Esta maniobra permitió restaurar la circunferencia peneana, obteniendo una corrección completa al insuflar la prótesis. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con buena recuperación funcional y alta satisfacción del paciente al primer mes.

Conclusión

Este caso refuerza la utilidad del injerto extratunical como técnica efectiva para el abordaje de la deformidad en reloj de arena, especialmente en pacientes que requieren colocación simultánea de prótesis peneana. Al preservar la integridad estructural de la túnica albugínea y evitar maniobras invasivas, el ETG permite corregir la deformidad sin comprometer la longitud ni la funcionalidad del pene, consolidándose como una opción de alto valor terapéutico en casos seleccionados de enfermedad de La Peyronie.

V03) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA.

Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Lara, D.(1); Espinoza, C.(1); Cuesta, N.(1); Sapiain, I.(1); Kramer, F.(2); Ondarza, C.(2); Venegas, J.(2); Lira, N.(2); Mülchi, C.(2); Nápole, H.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La cistopatía por ketamina es una patología inflamatoria secundaria al consumo crónico de esta droga recreacional, cuyo uso ha aumentado de forma exponencial desde el año 2000. Clínicamente se manifiesta con disuria severa, urgencia, frecuencia miccional aumentada y hematuria macroscópica. Su fisiopatología no está completamente aclarada, aunque se postula que los metabolitos excretados por la orina inducen inflamación

crónica de la mucosa y pared vesical, lo que conduce a edema submucoso, ectasia vascular, inflamación del detrusor y fibrosis. Como consecuencia, se produce una marcada reducción de la capacidad vesical, alteración de la acomodación e hiperactividad del detrusor. Estos efectos son dosis-dependientes, observándose síntomas urinarios en la totalidad de los pacientes que consumen más de 5 g/día. El objetivo de este video es presentar el manejo quirúrgico de un paciente con cistopatía por ketamina severa y capacidad vesical críticamente reducida.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva del caso clínico, con análisis y edición del video quirúrgico, complementado con revisión de la literatura sobre cistopatía por ketamina.

Caso clínico: Hombre de 21 años, antecedente de consumo crónico de ketamina. Consulta por un cuadro de 2 años de evolución caracterizado por disuria, urgencia, nicturia y aumento de frecuencia miccional. El estudio urológico evidenció una capacidad vesical máxima de 50 ml por instilación retrógrada de suero fisiológico. Ante la severidad de los síntomas y el escaso volumen vesical, se indicó enterocistoplastia de aumento por vía laparoscópica. La cirugía se completó sin complicaciones intraoperatorias, con un tiempo quirúrgico de 5 horas 47 minutos. En el postoperatorio inmediato presentó íleo adinámico que resolvió con manejo médico en 4 días, sin otras complicaciones. Se retiran drenajes al día 7, cistostomía y sonda Foley al día 13, otorgándole alta hospitalaria al día 14, con micciones espontáneas iniciales de hasta 100 ml.

Conclusión: El manejo de la cistopatía por ketamina es escalonado, incluyendo tratamiento conservador, hidrodistensión, instilaciones intravesicales, toxina botulínica y, en casos severos, enterocistoplastia de aumento. Los avances en laparoscopia y cirugía robótica han permitido realizar este procedimiento de manera mínimamente invasiva, constituyéndose en una alternativa segura y reproducible en centros con experiencia.

V04) GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE.

Scherpenisse Duarte, D.(1); Rojas Cohen, A.(2); Eltit Soler, I.(3); Osorio Martini, F.(3); Sylvester Frías, M.(3); Navarrete Cabello, J.(3); Saavedra Zamora, Á.(3);
(1): Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de pene, aunque infrecuente y con mayor prevalencia en países de ingresos medios, compromete la supervivencia y, sobre todo, la esfera psicosexual. La

evidencia y guías internacionales recomiendan un manejo oncológico riguroso y, cuando sea posible, cirugía órgano-preservadora con reconstrucción, optimizando resultados estéticos y funcionales, manteniendo control tumoral y mejor calidad de vida.

Material y métodos: Se presenta caso de hombre de 67 años, casado, no fumador, con antecedentes de obesidad y circuncisión. En control urológico rutinario se pesquisan lesiones en glande que persisten pese a manejo en conjunto con dermatología. Se realiza biopsia, compatible con carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado. Etapificación sin diseminación a distancia, identificando ganglio centinela inguinal izquierdo. Se planificó glansectomía con injerto de piel parcial tomado del muslo derecho más linfonodo centinela.

Resultados: Se realizó procedimiento sin incidentes, con tiempo quirúrgico de 3 horas y sangrado de 30 ml. Informe definitivo confirmó carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado, pT1a pN0, con bordes negativos y linfonodo libre de neoplasia. Seguimiento a los 3 meses con evolución favorable: paciente asintomático, adecuada integración del injerto, sin signos de infección ni necrosis, con erecciones nocturnas y sensibilidad adecuadas, logrando micción de pie sin problemas, sin evidencia de recidiva local a la fecha.

Conclusiones: Esta técnica representa una alternativa quirúrgica para el tratamiento del cáncer localizado de pene eficaz desde lo oncológico, permitiendo mantener funcionalidad y calidad de vida. El caso presentado refuerza la importancia de incorporar en Chile procedimientos quirúrgicos conservadores para lesiones localizadas, priorizando la calidad de vida sin comprometer los principios oncológicos, según recomiendan las nuevas guías internacionale

V05) SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA

Iacobelli Ovalle, A.(1); Chacón Caorsi, R.(2); Baeza Figueroa, C.(2); Sáenz, S.(3);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Dávila, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se ha consolidado como tratamiento de elección en hiperplasia de próstata, con resultados comparables o superiores a la cirugía abierta y la RTU. Sin embargo, su realización puede verse desafiada en pacientes con antecedentes urológicos complejos, como la presencia de prótesis peneana maleable. El uso de uretrostomía perineal transitoria puede facilitar el acceso quirúrgico y disminuir las complicaciones uretrales.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente portador de prótesis de pene maleable, con una próstata de 140 cc medida por resonancia magnética, sometido a enucleación prostática con láser de holmio mediante técnica Slim HoLEP con acceso por uretrostomía perineal transitoria (vaina de 22 Fr). Se describen los aspectos técnicos del procedimiento, tiempos operatorios, variables intraoperatorias y evolución posoperatoria.

Resultados

La uretrostomía perineal permitió el acceso seguro al adenoma prostático, evitando la manipulación excesiva de la uretra peneana y disminuyendo el riesgo de lesión de la prótesis. El tiempo quirúrgico total fue de 180 minutos, con un sangrado estimado menor a 150 ml. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. El paciente fue dado de alta el cuarto día, con sonda uretrovesical. Previo al retiro de la sonda, el día 14 postoperatorio, se realizó una pericateterografía sin hallazgos patológicos. El paciente logró orinar espontáneamente, con residuo postmiccional menor a 50 cc. No se observaron complicaciones tempranas asociadas a la uretrostomía ni a la integridad de la prótesis.

Conclusiones

El Slim HoLEP mediante uretrostomía perineal transitoria constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes portadores de prótesis peneana maleable. Esta técnica permite preservar la uretra peneana, reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la instrumentación y mantener los beneficios funcionales del HoLEP. Su utilización debiera considerarse en casos seleccionados de anatomía compleja, aportando al armamentario quirúrgico urológico en escenarios poco frecuentes pero clínicamente relevantes

V06) HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA

Rodríguez-carlin, A.(1); Mogollón, J.(1); Campos, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción y objetivo

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

Material y métodos

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

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

Resultados

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

Conclusión

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

V07) DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Ibáñez Holmgren, H.(1); Parada Aguirre, V.(1); Guerrero Carmona, G.(1); Pizzi Lazo, P.(2);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción

Los quistes de utrículo prostático son lesiones congénitas poco frecuentes, habitualmente diagnosticadas como hallazgos incidentales. Sin embargo, en algunos pacientes pueden asociarse a síntomas del tracto urinario inferior como disuria, pujo o goteo terminal, llegando incluso a infecciones recurrentes o alteraciones de la fertilidad. Su adecuado diagnóstico y manejo quirúrgico resultan fundamentales, especialmente en casos sintomáticos, ya que permiten mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. El desarrollo de la ecografía biplanar intraoperatoria, en conjunto con técnicas endoscópicas mínimamente invasivas, ha optimizado el tratamiento al facilitar la localización precisa y la resolución segura de estas lesiones.

Caso clínico

Paciente masculino de 28 años, sin comorbilidades relevantes, en estudio por dolor abdominal. Durante ecografía abdominal se pesquisó quiste de utrículo prostático. En el interrogatorio dirigido refirió seis meses de disuria intermitente, pujo y goteo terminal, sin fiebre, hematuria ni episodios de retención urinaria aguda.

Se planificó drenaje endoscópico electivo. Bajo anestesia general y en posición de litotomía modificada se efectuó ecografía transrectal intraoperatoria, identificando lesión quística sugestiva de quiste/absceso prostático. Mediante punción con contraste y azul de metileno se realizó vesiculostomía y vesiculografía. Posteriormente, bajo guía endoscópica y ecográfica, se practicó vaporización prostática con láser de holmio y apertura de la cápsula quística, logrando comunicación amplia con la uretra prostática. Se dejó sonda Foley siliconada 20F.

El paciente evolucionó en el postoperatorio inmediato sin complicaciones. Fue dado de alta al primer día postoperatorio, con retiro de sonda satisfactorio y buena evolución clínica. Al control a los tres meses paciente asintomático, sin dolor ni molestias urinarias.

Conclusión

El manejo de los quistes de utrículo prostático sintomáticos representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La combinación de ecografía biplanar intraoperatoria y técnicas endoscópicas asistidas por láser constituye una alternativa segura y efectiva, que permite una localización precisa y resolución mínimamente invasiva. Este abordaje resuelve la sintomatología, facilita una recuperación precoz y disminuye el riesgo de complicaciones

futuras, consolidándose como una opción terapéutica de elección en pacientes seleccionados.

V08) NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT

Parada, F.(1); Juri, D.(1); Ramírez, G.(1); Loyola, M.(1); Calvo, I.(1); Radtke, V.(1); Luz, D.(1); Hassi, M.(1); Domínguez, R.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La estenosis ureteral(EU) se caracteriza por una disminución del lumen ureteral, secundaria a procesos como isquemia, ureterolitiasis impactada, instrumentación o iatrogenia. Su fisiopatología se asocia con alteraciones de la microvasculatura, lo que incrementa el riesgo de recurrencia tras el tratamiento. El gold-standard en el manejo de la EU distal es el neoimplante ureteral transectante, técnica efectiva pero que implica la sección del uréter y, en consecuencia, un mayor compromiso de su irrigación segmentaria, aumentando el riesgo de isquemia y re-estenosis. Presentamos el caso de un paciente tratado mediante neoimplante ureteral no transectante latero-lateral asistido por robot(NUNTR), orientado a preservar la irrigación ureteral y reducir complicaciones isquémicas.

Material y métodos:

Paciente masculino de 60 años, con diagnóstico de ureterolitiasis distal izquierda no complicada de 8mm. Durante ureteroscopía, se constató una EU distal infranqueable. La ureteropielografía-retrógrada mostró un paso filiforme de contraste hacia proximal. Ante la imposibilidad de progresar, se realizó una ureterolitotomía anterógrada flexible, logrando la resolución completa de la litiasis y un estudio detallado de la EU, que confirmó una EU distal de 2 cm. Como medida de drenaje temporal, se instaló una nefrostomía percutánea(NP). En este contexto se decide realizar un NUNTR. Se realizó disección limitada al uréter distal, preservando su cara postero-lateral para mantener irrigación segmentaria. Se evaluó la EU con verde de indocianina instilado por NP. Se efectuó ureterotomía medial y cistotomía lateral, y luego anastomosis uretero-vesical latero-lateral sin tensión, sobrepasando la zona estenótica. Se dejó un catéter JJ.

Resultados:

Cirugía sin complicaciones. Tiempo quirúrgico: 131 minutos. Perdidas sanguíneas mínimas. Retiro de nefrostomía y alta médica al primer día postoperatorio(PO). Retiro de sonda Foley al séptimo día PO. Presentó una pielonefritis aguda de manejo médico. Retiro de catéter JJ a los 30 días PO. Resolución de sintomatología PO. Mejora de creatinina de 1.01 a 0.87 mg/dL.

Tomografía de control con resolución de hidronefrosis y excreción de contraste por ambas vías.

Conclusión:

El NUNTR robot es una técnica factible y reproducible que preserva la vasculatura ureteral, minimiza la disección y representa una alternativa prometedora en EU distal, con potencial beneficio en reducir el riesgo de recurrencia.

V09) REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Saavedra, Á.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

El reimplante ureterovesical (UV) latero-lateral (LL) ha surgido como una alternativa eficaz al reimplante término-lateral, especialmente en contextos complejos. Al ser no transectante permite preservar la integridad anatómica y vascular del uréter, lo que se traduce en menor tasa de necrosis, estenosis y fístula. Además, mantiene la longitud ureteral, reduciendo la tensión sobre la anastomosis, facilitando el procedimiento quirúrgico y mejorando los resultados funcionales. El *reposo ureteral* —consistente en retirar todo dispositivo que cruce la estenosis y mantener drenaje por nefrostomía al menos 4 semanas— permite resolver el edema, mejorar la maduración de la lesión y optimizar las condiciones para una reconstrucción definitiva, aumentando el éxito quirúrgico y reduciendo complicaciones.

Métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 44 años con múltiples cirugías abdominales previas, quien desarrolló una fístula ureterovaginal izquierda posterior a una histerectomía laparoscópica. El primer intento de reimplante UV izquierdo por acceso de Gibson se realizó a los 17 días de la lesión, un momento subóptimo, ya que se recomienda intervenir antes de los 7 días o después de los 30. Así, este procedimiento fracasó, evolucionando con hidronefrosis izquierda. Tras un mes de reposo ureteral con nefrostomía, se realizó un segundo reimplante utilizando técnica latero-lateral no transectante, reutilizando el mismo acceso de Gibson, pero con una incisión más corta.

Resultados:

La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones. La técnica no transectante permitió conservar la vascularización y longitud ureteral, facilitando la anastomosis y reduciendo la manipulación tisular. En el seguimiento postoperatorio al mes, la paciente presentó una evolución favorable, sin signos de complicaciones clínicas ni imagenológicas.

Conclusión:
Esta técnica constituye una técnica segura, efectiva y menos invasiva, particularmente útil en escenarios quirúrgicos complejos. Esta técnica permitió preservar la anatomía y vascularización del uréter, facilitando una anastomosis sin tensión y mejorando los resultados funcionales. El fracaso del primer implante se asoció a un mal timing quirúrgico, enfatizando la importancia del momento adecuado para evitar el riesgo de fracaso. Además, quedó en evidencia la relevancia del reposo ureteral, al mejorar las condiciones del tejido antes del segundo intento quirúrgico, aumentando la probabilidad de éxito de la cirugía.

V10) VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO.

Villanueva Figueroa, M.(1); Carafí, A.(1); Sanhueza, J.(1); Diaz, P.(1); Olmedo, T.(1); Marchant, F.(1);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción pieloureteral (OPU) en adultos, es una condición rara y menos estudiada que en la población infantil. Dentro de sus causas encontramos condiciones congénitas y adquiridas. De estas últimas las causas asociadas un proceso de cicatrización anormal secundaria a litiasis, radioterapia o inflamación crónica, o las causas iatrogénicas (secundarias a ureteroscopías o pielotomías) representan un problema para los urólogos, ya que la fibrosis asociada, dificulta los tratamientos quirúrgicos reconstructivos habituales (Pieloplastía desmembrante). La pieloplastía con injerto de mucosa oral se ha posicionado como una técnica novedosa y efectiva en el manejo de estos pacientes, especialmente, cuando ha fracasado una pieloplastía desmembrante con anterioridad, sin embargo, la evidencia aún continúa siendo limitada.

Materiales y métodos: Caso clínico: Se reporta el caso de una paciente de 31 años, sin antecedentes médicos previos, tratada por una litiasis en la unión pieloureteral derecha a través de una ureteroscopía flexible con láser de Holmium e instalación de catéter doble jota, el cual se retira al mes. Un año después la paciente consulta en nuestro servicio por un cuadro de dolor lumbar derecho. Se realiza una tomografía con fase de eliminación que evidencia una estenosis pieloureteral derecha severa asociada a hidronefrosis y adelgazamiento del parénquima renal derecho. Se decide realizar una pieloplastía laparoscópica con injerto de mucosa oral. Se presenta en este video, la técnica quirúrgica para la obtención del injerto, y la pieloplastía posterior con instalación del injerto de mucosa oral.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente luego de la cirugía, con resolución de la hidronefrosis derecha y ausencia de filtración del medio de contraste en anastomosis

pieloureteral derecha en la tomografía con fase de eliminación de control (a las 2 semanas post operatorias).

Conclusiones: La pieloplastía con injerto de mucosa oral es una alternativa segura y potencialmente efectiva en pacientes con estenosis pieloureteral secundaria a cirugías urológicas o de causa inflamatoria. Dado que aún es una técnica novedosa y poco masificada, se requieren más estudios que comparen su efectividad contra los tratamientos habituales en este grupo de pacientes.

V11) PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE

Escobar, S.(1); Santis, J.(2); Iacobelli, A.(3); Opazo, V.(4); Baeza, C.(5);
(1): Hospital del Salvador, Hospital Luis Tisné, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco, Clínica Dávila, Santiago, Chile (5): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de pene es una patología poco prevalente. En nuestro país, la ausencia de centros de referencia que concentren estos pacientes obliga a que su resolución recaiga en profesionales con limitada exposición práctica a su enfrentamiento quirúrgico. Esto hace necesario que los urólogos chilenos dispongan de material escrito y videográfico para preparar correctamente sus casos.

Al analizar el material existente en plataformas abiertas, como youtube, existen múltiples videos que presentan penectomías parciales como si fueran totales, con errores técnicos durante su ejecución. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de penectomía total realizado por subespecialistas en urología reconstructiva, para apoyar la formación quirúrgica de nuestra comunidad en esta patología infrecuente.

Material y métodos

Previo firma de consentimiento informado de un paciente que será sometido a una penectomía total, se graba y edita su proceso quirúrgico, con fines de difusión académica.

Resultados

Se presenta un caso de hombre de 83 años que consulta por una lesión en el pene de meses de evolución. Al examen físico presenta una lesión compromete glande en su totalidad y los cuerpos cavernosos, de superficie friable y ulcerada, de aspecto vegetante, con bordes mal definidos. No presenta adenopatías clínicas.

Se determina realizar una penectomía total.

Tiempo quirúrgico de 169 minutos, con sangrado <100cc. Evoluciona favorablemente en postoperatorio, sin complicaciones asociadas, egreso hospitalario al cuarto día. Se retira sonda foley 14 días post operado.

Se rescata biopsia, carcinoma escamoso queratinizante, moderadamente diferenciado G2, que infiltra prepucio, glande infiltrando hasta cuerpo del pene, comprometiendo túnica albugínea, cuerpo cavernoso, esponjoso y uretra, con una profundidad de invasión de 9 cm. Invasión linfovascular presente. Bordes quirúrgicos negativos.

Conclusión

Dada su poca frecuencia de presentación, existen pocos urólogos con las competencias suficientes para enfrentar quirúrgicamente el cáncer de pene. El aprendizaje dado por la cirugía reconstructiva permite un manejo más acabado de estas lesiones penianas. Este vídeo aproxima esos aprendizajes a la comunidad urológica chilena.

V12) RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES

Ramírez, G.(1); Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Westenenk, K.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La resección transuretral de vejiga (RTUV) en-bloc ha emergido como una técnica prometedora en el manejo del cáncer de vejiga no músculo-invasor (CVNMI). Entre sus ventajas teóricas sobre la técnica fraccionada estándar, se incluyen una mayor precisión diagnóstica, manteniendo una muestra de mejor calidad, lo que facilita la identificación del músculo detrusor y la evaluación de márgenes quirúrgicos. Si bien se ha generado un interés creciente en su aplicación, su adopción generalizada aún enfrenta varios desafíos. Las complicaciones intra y postoperatorias aunque reportadas como infrecuentes, merecen una evaluación rigurosa. El tiempo quirúrgico, la curva de aprendizaje, las dificultades técnicas en tumores de gran tamaño o localizados en regiones complejas, así como los posibles efectos adversos asociados al uso de energía, constituyen aspectos críticos a considerar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un video clínico que documenta una serie de dificultades y complicaciones observadas durante la realización de RTUV en-bloc en nuestro centro, así como las estrategias utilizadas para su manejo.

RESULTADOS

Se presentan 5 casos de complicaciones observadas durante la realización de RTUV en-bloc en nuestro centro. Entre ellas, se destaca la dificultad para extraer la muestra tumoral completa a través del resectoscopio, una situación que puede resolverse mediante la fragmentación controlada del espécimen una vez completada la resección, con el fin de preservar la integridad diagnóstica y minimizar el riesgo de diseminación tumoral. Otra complicación a tener en cuenta es la perforación vesical, en especial en tumores de localización compleja. Es infrecuente, pero no menos importante. En este caso, al igual que en la resección fragmentada estándar, se puede emplear manejo conservador con sonda uretrovesical. Sin embargo es relevante al impedir una eventual instilación inmediata de quimioterapia.

CONCLUSIONES

Aunque la RTUV en-bloc representa un avance técnico con potenciales beneficios oncológicos y diagnósticos, su implementación no está exenta de dificultades y complicaciones. La identificación y el manejo adecuado de estos eventos son fundamentales para optimizar la seguridad del procedimiento y su eficacia. Compartir experiencias reales contribuye al desarrollo de futuras recomendaciones basadas en la evidencia.

VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2

V13) ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA

Iacobelli, A.(1); Silva, C.(1); Rubio, G.(2);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Davila, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El feocromocitoma es un tumor adrenal neuroendocrino productor de catecolaminas. En síndromes hereditarios como NEM2A suele ser bilateral y de presentación temprana. En estos casos, la adrenalectomía total bilateral elimina la recurrencia local, pero induce insuficiencia suprarrenal definitiva y dependencia de corticoides. La adrenalectomía parcial es una alternativa que reduce la dependencia de corticoides y debe considerarse como primera opción en casos seleccionados, ya que reduce la morbilidad endocrina y metabólica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente masulino de 20 años, con antecedente de neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (NEM 2A) y diagnóstico de feocromocitoma bilateral secundario. Dentro de su estudio destacan metanefrinas y normetanefrinas elevadas y una resonancia magnética que informa un nódulo suprarrenal izquierdo 28×26 mm y derecho 12×14 mm. Se programa una adrenalectomía bilateral laparoscópica con preservación cortical derecha. Preparación preoperatoria con doxazosina y metoprolol. El paciente se hospitaliza el día previo a la cirugía para volemización con suero fisiológico.

TÉCNICA: Abordaje laparoscópico; primero se realiza adrenalectomía radical derecha según técnica habitual sin incidentes. Reconfiguración de trocares para el lado derecho; identificación de tumor y glándula sana. Con grapadora vascular se realiza una resección del tumor, preservando glándula sana.

RESULTADOS: Tiempo operatorio 120 minutos. Evolución postoperatoria favorable; inicio de suplementación con hidrocortisona y alta a las 48 horas. Anatomía patológica: ambas muestras compatibles con feocromocitoma intraaadrenal, sin necrosis, sin invasión vascular/linfática y sin compromiso capsular ni de tejidos periadrenales. Inmunohistoquímica: cromogranina (+), sinaptofisina (−), S100 (−).

CONCLUSIONES: La adrenalectomía parcial es una alternativa factible y segura en feocromocitomas bilaterales secundarios a NEM2. En este caso se logró la resección completa sin complicaciones y preservación de glándula viable, disminuyendo la dependencia a corticoides. La adecuada preparación preoperatoria, el manejo intraoperatorio de las descargas adrenérgicas y el seguimiento interdisciplinario con endocrinología son claves para optimizar resultados y vigilar las recurrencias.

V14) NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS

Foneron, A.(1); Steuer, A.(2); Toledo, H.(3); Oyanedel, F.(3); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(3); Cuevas, P.(3); Garate, S.(3); Wagner, T.(3); De La Fuente, M.(3);
(1): hospital base valdivia, clinica alemana valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile (2): escuela de medicina universidad austral de chile, valdivia, chile (3): hospital base valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile

Introducción

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica validada para el manejo conservador de los tumores renales. En el caso de las masas renales complejas, el procedimiento es un desafío quirúrgico.

Material y método

Presentamos puntos claves para la nefrectomía parcial laparoscopica en masas renales complejas clasificadas de acuerdo al score R.E.N.A.L.

Resultados

Describimos la técnica, maniobras especiales y resultados perioperatorios de la nefrectomía parcial laparoscópica en: 1) Tumor renal de 9 cm (R=3ptos), 2) Tumor endofítico (E= 3ptos), 3) Tumor del seno renal (N=3 ptos, A, L=3ptos) y 4) Tumor de cara posterior (P).

Conclusiones

La estandarización de la técnica es fundamental para el éxito del procedimiento. Creemos que los pasos claves para un cirugía segura son: Control vascular, movilización controlada del riñón, exposición adecuada del tumor, visualización adecuada del lecho renal y renorrafia anatómica.

V15) MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO

Foneron, A.(1); Ochoa, G.(1); Steuer, A.(2); Toledo, H.(3); Oyanedel, F.(3); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(3); Cuevas, P.(3); Garate, S.(3); Wagner, T.(3); De La Fuente, M.(3);
(1): hospital base valdivia, clinica alemana valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile (2): escuela de medicina universidad austral de chile, valdivia, chile (3): hospital base valdivia, universidad austral de chile, valdivia, chile

Introducción

En la actualidad, el abordaje laparoscópico es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico de las masas suprarrenales. Sin embargo, en masas de localización compleja, el abordaje abierto es una excelente alternativa.

Material y Método

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 60 años que consulta por cuadro de fatiga de 6 meses de evolución. Dentro del estudio se realiza una tomografía de tórax que informa una masa suprarrenal derecha de 8 cm.

La resonancia informa masa suprarrenal derecha de 8 cm sin características de adenoma. El estudio funcional resulta negativo.

En la tomografía podemos observar la relación de la masa con la vena cava, porta, arteria mesentérica superior, tronco Celíaco y vena renal izquierda.

Se planifica un abordaje abierto anterior y se solicita la asistencia del equipo de Cirugía digestiva alta para realizar la movilización hepática necesaria para la exposición de la masa y la cava.

Resultados

Realizamos una Laparotomía en Jota, utilizando un separador OMNITRAC para mejor exposición. Una vez que se accede a la cavidad abdominal, se realiza la liberación hepática seccionando los ligamentos del hígado. Se logra movilización completa del hígado derecho y se expone la cava infra hepática y la masa. Realizamos control vascular de la cava y el pedículo hepático y procedemos a liberar la masa en todas sus caras.

El tiempo operatorio fue de 130 minutos con un sangrado de 250 cc

La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio. La biopsia informó lesión fuso celular de estirpe neural compatible con Schwannoma suprarrenal.

Conclusiones

En las masas complejas, la participación de un equipo multidisciplinario es fundamental para el éxito del procedimiento.

Contar con un estudio imagenológico que nos informe detalladamente la anatomía, nos permite decidir cuál es la mejor vía de abordaje.

En el abordaje abierto se debe tener una excelente exposición intraoperatoria, con separadores e instrumental adecuados, con el fin de lograr un control vascular seguro para la resección de la masa.

V16) TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO

Andriola, M.(1); Aliaga, A.(1); Iñiguez, S.(1); Vilches, R.(1);
(1): Instituto Nacional Del Cancer, Independecia, Chile

Introducción:

Los tumores renales completamente endofíticos representan un desafío particular en la planificación de una nefrectomía parcial laparoscópica, debido a las limitaciones técnicas y al mayor riesgo de complicaciones inherentes a este abordaje. Se ha descrito una tasa global de complicaciones entre 18 y 25 %, con un 3–7 % de eventos graves. Asimismo, la incidencia de márgenes quirúrgicos positivos alcanza hasta un 13 % en tumores completamente endofíticos, comparado con un 5 % en tumores exofíticos. El uso de herramientas complementarias, como la ecografía intracavitaria y la reconstrucción tridimensional, ha contribuido a disminuir esta brecha, mejorando la planificación quirúrgica y los resultados oncológicos.

Materias y métodos:

Video descriptivo con relato docente de la realización de una nefrectomía parcial laparoscópica izquierda, utilizando la técnica de *skullcap* descrita por el Dr. K. Badani, en un centro oncológico docente de referencia nacio. nal.

Resultados:

Se describe la técnica en una paciente de sexo femenino de 77 años, con antecedentes de hipetensión arterial, dislipidemia e hipotiroidsmo, en quien, en contexto de dolor abdominal inespecífico, se pesquisó mediante TAC abdominal un tumor renal izquierdo sospechoso de neoplasia, de 23 x 18 mm, 100 % endofítico y en contacto con el sistema colector (RENAL score 9x). El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, tiempo de isquemia 28 minutos, sangrado estimado 300 cc y hospitalización de 2 días, sin complicaciones. El estudio histopatológico informó un carcinoma de células renales, variante células claras, ISUP G III, sin compromiso de márgenes quirúrgicos (distancia de 0,5 cm), pT1a.

Conclusión:

La técnica *skullcap* en nefrectomía parcial laparoscópica se presenta como un abordaje seguro y reproducible, que optimiza la visualización de la profundidad y plano tumoral, facilitando la decisión oncológica entre cirugía parcial o radical. Además, permite una reparación profunda eficaz con adecuada hemostasia y control de la vía urinaria, disminuyendo el riesgo de complicaciones perioperatorias. Son necesarios estudios prospectivos para confirmar su impacto en la obtención de márgenes quirúrgicos y resultados perioperatorios.

V17) RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO

Rodríguez-carlin, A.(1); Mogollón, J.(1); Campos, D.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); (1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, chile

Introducción y objetivo:

La resección transuretral de tumor vesical convencional en fragmentos continúa siendo el estándar en el manejo del cáncer vesical no músculo invasor; sin embargo, no respeta principios oncológicos básicos de la cirugía en bloque y limita la evaluación histopatológica. La resección en bloque con láser de holmio ha surgido como una alternativa segura, que permite obtener la pieza quirúrgica completa para un análisis histopatológico más preciso, con mejor valoración de márgenes y profundidad de invasión, y con una menor tasa de recurrencia en comparación con la técnica convencional. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra técnica de enucleación en bloque de tumor vesical con láser de holmio.

Material y métodos:

Se presentan dos casos clínicos de pacientes con tumor vesical único, de 11 mm y 10 mm respectivamente. La primera paciente consultó por hematuria macroscópica y el segundo por dolor abdominal inespecífico. En ambos, el diagnóstico se realizó inicialmente mediante ecografía y se confirmó con resonancia magnética multiparamétrica (VI-RADS 1) en el primer caso y con cistoscopia en el segundo. Las cirugías se realizaron bajo anestesia general en posición de litotomía. Se efectuó cistoscopia reglada con sistemas de realce óptico (IMAGE 1-S® en el primer caso y NBI® en el segundo). Posteriormente se procedió a la enucleación en bloque utilizando un láser de holmio Cyber Ho® 150 W (Quanta System), con resectoscopio láser 24 Fr y fibra de 550 µm. Los parámetros fueron: corte 1 Joule, 10 Hz, pulso largo; coagulación 0,8 Joule, 10 Hz. El primer paso consistió en la demarcación de los bordes tumorales con un margen de 5 mm, seguido de la liberación y extracción en bloque mediante canastilla a través de la camisa del resectoscopio.

Resultados:

El tiempo operatorio en ambos casos fue menor a 20 minutos. No se registraron complicaciones intra ni postoperatorias. La sonda Foley se retiró a las 24 horas, con alta hospitalaria al día siguiente.

Conclusión:

La resección en bloque de tumor vesical con láser de holmio representa una alternativa segura y reproducible, que ofrece mejor control local, menor riesgo de siembra intravesical y una óptima valoración histopatológica.

V18) ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA

Rojas Salas, A.(1); Soler Andonie, D.(1); De Oliveira, A.(2); Valenzuela Grau, R.(1); Soler Soler, S.(1); Andrusco Fidalgo, A.(1); Araya Salcedo, F.(1); Rojas Varas, J.(1); Vera Veliz, A.(3);
(1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Hospital DIPRECA, Santiango, Chile (3): Hospital San Juan de Dios - Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, La Serena - Ovalle, Chile

INTRDUCCION: La metastasectomia es una alternativa de tratamiento en aquellos pacientes con CRCR que recidivan años después de una NefrectomíaRadical. Si ésta se presenta como oligometastasis y en una GSRúnica contralateral, se puede proponer una resección tumoral con preservacion de corteza adrenal funcional.

CASO-CLINICO1: Mujer 71años. CRCR izquierdo (7,3cm) con trombo tumoral, que se extiende por la Vena Cava hasta la auricula derecha. Se realizo NefrectomiaRadical +Trombectomia +Circulacion Extracorporea, abordaje abierto toraco-abdominal (Chevron). Seguimiento: 5años, se pesquisa metastasis GSR Derecha Unica 4x2cm. EstudioFuncional negativo.

CASO-CLINICO2: Hombre 57años. NefrectomíaRadical laparoscópica por CRCR izquierdo T3a (4,6cm). Seguimiento: 3años, se evidencia nodulo GSR Derecho Unica de 2.7cm compatible con localización secundaria. EstudioFuncional negativo.

TECNICA-QUIRURGICA ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA: Posición de lumbotomía. Neumoperitoneo con Aguja veress. Cinco trocares en total. (Caso-Clinico1: Instalacion 2 primeros trocares digito-instrumental + adherenciolisis laboriosa por cirugia previa /abdomen sellado). Medializacion colon derecho, maniobra Kocher. Diseccion Ligamento Hepatorenal y rechazo hepatico hacia cefalico, identificando la zona adrenal. Se identifica Nodulo tumoral en relación a GSR. Apertura de peritoneo +Fascia Gerota, exponiendo tumorSR, identificando macroscópicamente sus limites. Tumorectomía cuidadosa con energía bipolar avanzada, tijera y hem-o-lock, distinguiendo plano de diseccion, dejando parénquimaSR sano. Se preservan Vena Suprarrenal principal y ramas arteriales. Reseccion tumoral in toto, conservando >25% de la cortezaSR de aspecto normal. Extracción de pieza quirurgica en endocatch. Surgicel al lecho tumoral.

RESULTADOS: Cirugias sin incidentes. TiempoLaparoscopico <90minutos. Sangrado <50cc. Evolucion satisfactoria. Observacion por 48 hrs y alta. A la fecha con cortisol basal normal, sin necesidad de Reemplazo Hormonal con corticoesteroides.

DISCUSION: La indicacion de Adrenalectomia Parcial Laparoscopica en patologia potencialmente maligna aun es debatible, sin embargo, el escenario recomendable seria frente a la presencia metastasis unica de CRCR, nodulo <5cm en GSR única, siempre que sea factible una resección tumoral completa, oncológicamente segura y que se logre preservar tejido cortical suficiente para prevenir la insuficiencia suprerrenal.

V19) ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO

Soler Andonie, D.(1); Rojas Salas, A.(1); Sirebrenik Gateño, A.(2); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4); (1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION: La lumboscopia es ideal para el tratamiento quirurgico laparoscopico de un tumor ubicado en la cara posterior del riñon. Este abordaje, por si solo es muy desafiante, sobretodo si el tumor tiene alta complejidad tecnica. Aun asi, no es impedimento para realizar una tumorectomia con tenica de enucleación, con la finalidad de preservar un mayor porcentaje de nefronas, incluso en un tumor intrarrenal.

CASO-CLINICO: Hombre 39años. Hallazgo incidental de TumorRenal derecho 45x38mm 100%endofitico Renal-Score 11PH. Se plantea tumorectomía laparoscópica por lumboscopia.

TECNICA-QUIRURGICA: Posición Lumbotomía. Disección digito-instrumental triangulo Petit, hasta acceder al retroperitoneo. Creación del espacio virtual con balón de dilatación. Instalacion de 4 trocares, 2de ellos instalados hacia la línea media, tras rechazar el peritoneo. Identificacion de reparos anatómicos, disección rápida del hilio renal, identificando 3arterias y 1vena principal, todas quedan referidas con cinta vascular. Apertura fascia Zuckerkandl / diseccion grasa renal. Exposicion del riñon en su totalidad sin visualizar tumor (100%endofitico). Ecografia intraoperatorio con transductor laparoscópico, visualizando tumor+/-4cm. Se delimita área de reseccion. Bulldog lapaoroscopico a cada arteria y doble clamp venoso. Disección de parénquima renal sano con tijera fria hasta localizar tumor. Con tracción y contratracción se realiza enucleacion tumoral. Control de vasos perforante con hem-o-lock. Se reseca tumor renal in toto con pseudocápsula indemne. Ausencia de neoplasia macroscopicamente residual. Primer plano medular de renorrafia(sutura barbada), cerrando dirigidamente vena interlobal(directa relacion con el tumor), afrontando posteriormente con hem-o-lock. Desclampeo arterial y venoso. Sin sangrado significativo. Segundo plano renorrafia cortico-medular(sutura barbada) afrontando con hem-o-lock después de cada pasada. Extracción tumoral en endocacth. Parénquima renal hermético. GelitaHemostática. Cierre de Fascia Zuckerkandl. Sin drenaje.

RESULTADOS:Cirugias sin incidente. Tiempo-Laparoscópico:240min. Tiempo-Isquemia: 55min. Sangrado intra-op: 500cc. Evolución satisfactoria. Alta 1er dia post-operatorio. Informe Anatomopatologico: CancerRenal CélulasClaras, MárgenesQuirúrgicos Negativos. Seguimiento sin recidiva locoregional/distancia. Preservacion >90% de funcion renal basal.

DISCUSION:El abordaje Lumboscopico es factible y seguro, incluso en estos casos de alta complejidad. Realizar una tecnica de enucleación laparoscopica, con apoyo ecografico intraoperatorio, facilita una adecuada identificación de los márgenes de resección y preservacion de parenquima renal sano, aumentando el exito funcional y oncológico, llegando a ser mas relevante que el tiempo de isquemia.

V20) FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS

Eltit, I.(1); Ramirez, G.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Lyng, R.(1); Krebs, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bermúdez, H.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial robótica (RAPN) es actualmente el tratamiento de elección para tumores renales localizados, al permitir la preservación de parénquima con adecuados resultados oncológicos. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la filtración urinaria una de las más relevantes por su morbilidad. Su identificación intraoperatoria representa un desafío técnico. En este escenario, el uso de un cistoscopio flexible con instalación de un catéter ureteral permite irrigar suero fisiológico y evidenciar escapes de orina, facilitando una reparación selectiva y dirigida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de RAPN realizada en nuestro centro que evolucionó con filtración urinaria y falla del manejo conservador. Asimismo, se describen cuatro situaciones adicionales donde la aplicación intraoperatoria del cistoscopio flexible con irrigación retrógrada permitió identificar precozmente filtraciones de la vía urinaria y realizar suturas dirigidas, evitando complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

Caso principal: paciente masculino de 45 años con tumores renales bilaterales. Se realizó RAPN izquierda sin isquemia, con tiempo operatorio de 100 minutos y sangrado estimado de 600 mL. Fue dado de alta al primer día postoperatorio. A los 7 días desarrolló urinoma perirrenal e infarto polar superior. Tras colocación de pigtail y sonda vesical sin resolución, se efectuó reintervención con cierre directo de la filtración y resección parcial de parénquima infartado, logrando evolución favorable y preservación de la función renal a 90 días. Ejemplos adicionales: en cuatro procedimientos, la irrigación intraoperatoria mediante

catéter ureteral permitió identificar filtraciones en el acto quirúrgico, posibilitando suturas dirigidas y evitando complicaciones posteriores. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, sin necesidad de nuevas intervenciones.

CONCLUSIONES

La RAPN es una técnica eficaz para el tratamiento de tumores renales complejos, aunque con riesgo de filtración urinaria. La utilización de un cistoscopio flexible con catéter ureteral e irrigación intraoperatoria constituye una herramienta simple, útil y reproducible, que permite detectar aperturas de la vía urinaria en tiempo real y repararlas selectivamente, favoreciendo la preservación de la función renal y reduciendo el riesgo de reintervenciones.

V21) RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO

Eltit, I.(1); Rojas Castiglione, I.(1); Ramírez, G.(1); Lyng, R.(1); Krebs, A.(1); Aliaga, A.(1); Otaola, H.(1); Souper, R.(1); Bermúdez, H.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) es un síndrome genético autosómico dominante asociado a la formación de tumores benignos y malignos en distintos órganos. A nivel renal, existe un riesgo elevado de carcinoma de células renales (CCR) bilateral, multifocal y de aparición precoz. Esto exige un enfoque quirúrgico conservador, siendo las nefrectomías parciales en múltiples tiempos el tratamiento de elección para preservar la función renal, con indicación habitual cuando las lesiones superan los 3 cm.

Métodos:

Paciente mujer de 62 años, monorrena izquierda, con diagnóstico de VHL (angiomas retinianos, quistes pancreáticos y tumores renales múltiples), con antecedentes familiares positivos. Había sido sometida a nefrectomía radical derecha y cuatro nefrectomías parciales izquierdas (2008, 2010, 2012, 2015). Se encontraba en seguimiento con resonancia magnética, donde la última imagen en enero de 2024 evidenció un tumor de 34 mm en polo medio posterior, junto a otras dos lesiones de 15 y 14 mm. Debido al crecimiento de las lesiones pese a 2 años de tratamiento con Beltuzifan, se decidió realizar nefrectomía parcial robótica por vía retroperitoneal, con creatinina basal de 1,15 mg/dL.

Resultados:
El procedimiento se realizó sin complicaciones, con tiempo quirúrgico de 150 minutos, isquemia de 10 minutos y sangrado estimado de 100 cc. La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio. No presentó complicaciones, reintervenciones ni rehospitalizaciones en los primeros 90 días. La creatinina postoperatoria alcanzó un peak de 2,23 mg/dL, con recuperación a 1,36 mg/dL en menos de una semana. La biopsia reveló CCR de células claras G4 y G2, sin invasión linfovascular ni compromiso de márgenes. No se evidenciaron recurrencias en el seguimiento por imágenes.

Conclusión:
La nefrectomía parcial robótica por acceso retroperitoneal es una estrategia segura y efectiva en pacientes con VHL y riñón único, permitiendo un adecuado control oncológico y preservación funcional. Este caso subraya la relevancia del seguimiento por imagen y la intervención quirúrgica en el momento oportuno.

V22) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA

Filigrana, C.(1); Loyola, M.(2); Parada, F.(2); Kerkebe, M.(3); Hassi, M.(4); Orellana, S.(5);
(1): Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Oruense, España (2): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica MEDS, HOSDIP, Santiago, Chile (4): Hospital Felix Bulnes, HOSDIP, Santiago, Chile (5): Hospital Felix Bulnes, Clínica las Condes, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción
La linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica abierta (LRLA-A) ha sido el estándar en pacientes
con tumores testiculares no seminomatosos y masa residual tras quimioterapia. No obstante, la
reacción desmoplástica secundaria a quimioterapia convierte esta cirugía en un procedimiento de
elevada complejidad. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado resultados comparables a la
abierta, y la asistencia robótica, al aportar visión tridimensional, mayor rango de movimiento y
reducción del temblor, se consolida como una alternativa atractiva en escenarios de alta dificultad
técnica.

Material y Métodos
Se presenta el caso de un varón de 26 años con tumor testicular derecho de células germinales no seminoma, sometido previamente a orquiectomía y tres ciclos de BEP, que desarrolló recidiva en forma de nódulo retroperitoneal intercavo-aórtico de 13 mm. Tras discusión en comité oncológico, se indicó linfadenectomía lumboaórtica asistida por robot.
Se optó por la posición supina para una mayor exposición amplia y segura del retroperitoneo para la disección bilateral. Se utilizó un abordaje transperitoneal con cuatro trocares robóticos infraumbilicales y uno auxiliar. La disección se extendió desde la bifurcación aortoilíaca hasta las venas renales, con preservación de estructuras vasculares críticas, de uréteres y de arteria mesentérica inferior, la cual presentaba una masa adherida rodeándola que se diseca.

Resultados
El tiempo quirúrgico fue de 352 minutos, con sangrado estimado de 200 ml y sin complicaciones intraoperatorias ni necesidad de drenajes. El paciente fue dado de alta a las 24 horas. A las tres semanas, permanecía asintomático, con erecciones conservadas y aneyaculación transitoria. El estudio anatomopatológico informó cinco ganglios negativos, un teratoma quístico maduro mucinoso de 6 mm y cordón espermático sin neoplasia. Marcadores tumorales en rango normal. Se planificó seguimiento con TC TAP y marcadores a los cuatro meses.

Conclusiones

La linfadenectomía lumboaórtica robótica en posición supina ofrece un acceso óptimo al retroperitoneo, evitando la movilización intestinal extensa y facilitando la disección bilateral. La asistencia robótica aporta precisión, ergonomía y seguridad en cirugías complejas postquimioterapia, mostrando menor morbilidad que la vía abierta. Este abordaje se perfila como una alternativa eficaz y reproducible en centros con experiencia en cirugía robótica avanzada.

V23) TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA

Rojas, A.(1); Soler, D.(1); Vera, A.(2); Valenzuela, R.(1); Araya, F.(1); Soler, S.(1); Rojas, J.(1); Andrusco, A.(1);

(1): HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE (2): HOSPITAL DE LA SERENA - HOSPITAL DE OVALLE, LA SERENA, CHILE

Introducción:

El cáncer renal sincrónico bilateral es un desafío quirúrgico significativo, donde la preservación de la función renal es prioritaria y la cirugía mínimamente invasiva el la técnica de elección. La cirugía robótica otorga precisión, acceso y seguridad para realizar tumorectomías complejas con mínimo daño al parénquima. Presentamos el caso de una paciente con tumores renales bilaterales sincrónicos, tratada mediante tumorectomía robótica bilateral utilizando la plataforma Toumai® Premium.

Material y métodos:

Mujer de 52 años, sin comorbilidades relevantes, con diagnóstico por tomografía computada de tumores renales bilaterales de 60 mm a derecha y 45 mm a izquierda, RENAL Score 10p y 9a respectivamente. Se utilizó la plataforma robótica Toumai® Premium, accediendo por vía transperitoneal. Se registraron tiempos operatorios, de isquemia, sangrado intraoperatorio y evolución post operatoria.

Resultados:

Se realizaron clampeos arteriales y resección con técnica de enucleodisección tumoral a ambos lados. Las renorrafias se realizaron con sutura barbada en dos planos. Las intervenciones fueron completadas sin conversiones ni complicaciones intraoperatorias. El tiempo de consola fue de 120 min a derecha y 64 min a izquierda (total: 225 minutos), con tiempos de isquemia caliente de 26 y 20 minutos respectivamente. Pérdida sanguínea estimada total: 700 ml. La paciente evolucionó sin complicaciones, con egreso al primer día postoperatorio. La función renal se mantuvo estable (creatinina preoperatoria 0,9 mg/dl, postoperatoria 0,92 mg/dl). La histología confirmó carcinoma de células claras en ambas piezas, con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusiones:

La tumorectomía robótica bilateral en cáncer renal sincrónico es factible y segura, ofreciendo ventajas en preservación de función renal y recuperación postoperatoria. Este caso demuestra la versatilidad y precisión de la plataforma Toumai® en cirugía robótica urológica compleja.

V24) TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT)

Testa, I.(1); García-baquero, R.(2); Ortiz, N.(2); Álvarez-ossorio, J.(2);
(1): Hospital del Salvador, Hospital FACH, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad renal terminal. La cirugía robótica ha emergido como una alternativa a la técnica abierta y laparoscópica, ofreciendo ventajas potenciales en términos de precisión, ergonomía y recuperación postoperatoria con buenos resultados quirúrgicos y funcionales. No obstante, implementar el trasplante renal robótico (RAKT) requiere entrenamiento y familiarización con consideraciones técnicas específicas. Material y Métodos: Se elaboró un video educativo que recopila una serie de recomendaciones prácticas ("tips and tricks") derivadas de la experiencia clínica en RAKT que difieren de la técnica clásica de Vattikuti-Medanta. El material aborda aspectos clave de la disposición del equipo quirúrgico, la estrategia de disección vascular, el manejo del injerto y la confección de anastomosis vasculares. Se enfatizaron medidas para optimizar tiempos quirúrgicos, reducir complicaciones y mejorar la seguridad del procedimiento.Resultados: El video sistematiza los pasos críticos de la técnica y provee soluciones a desafíos técnicos frecuentes, tales como el control de vasos ilíacos, la prevención de torsión del injerto y la preservación de la perfusión renal. Conclusiones: El RAKT constituye una opción segura y factible en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva. La difusión de material educativo estructurado con recomendaciones técnicas contribuye al proceso de enseñanza-aprendizaje, promueve la estandarización de la técnica y puede facilitar la curva de aprendizaje en nuevos equipos quirúrgicos. La integración de recursos audiovisuales representa un complemento valioso para iniciarse en RAKT

VA3) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 3

V25) LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA

Cuesta, N.(1); Bacco, B.(2); Villalobos, V.(2); Ruiz, S.(3); Espinoza, C.(4); Quilodrán, F.(4); García, M.(4); Lara, D.(4); Sapiain, I.(5); Nápole, H.(6); Ondarza, C.(6); Mülchi, C.(6); Kramer, F.(6); Lira, N.(6); Venegas, J.(6);
(1): Universidad de Valparaíso, Concon, Chile (2): Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile (5): Universidad de Valparaíso, Quilpué, Chile (6): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La lesión del nervio obturador (LNO), es una complicación poco frecuente, que puede ocurrir entre un 0,2-5,7% durante la linfadenectomía pélvica. La lesión puede causar debilidad en la aducción, pérdida sensitiva y dolor en la zona medial del muslo. Su resolución es quirúrgica, idealmente intraoperatoria. La recuperación varía entre los 6 meses a 1 año, dependiendo del grado de lesión (parcial/completa). El objetivo es exponer un caso de una LNO durante una cirugía urológica laparoscópica y su resolución quirúrgica intraoperatoria.

Material y métodos: Se hizo una revisión retrospectiva del caso clínico, se analizó y editó el video de la cirugía y se revisó la literatura sobre LNO.

Caso clínico: Mujer de 35 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos. Consulta por hematuria macroscópica. En la tomografía de abdomen con contraste se observó un quiste de uraco de 12 x 5,5 cm calcificado, que contacta cúpula vesical sin invadirla. Ante la sospecha de malignidad se realiza quistectomía laparoscópica con linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral, cistectomía parcial de segmento en contacto con el quiste y onfaloplastia. Durante la resección, se observó lesión completa de nervio obturador izquierdo. Se realizó aproximación de epineuro laparoscópica con 3 puntos simples separados con Prolene 5.0 por el primer cirujano (urólogo). La paciente evolucionó en las primeras 24 horas con paresia M4 y hemihipoestesia leve de muslo izquierdo, las cuales no comprometen la marcha ni limitan su vida diaria. Tampoco prolongó su estadía hospitalaria. Se determina rehabilitación motora ambulatoria y alta a las 48 horas. La biopsia confirmó quiste del uraco, sin signos de malignidad. Desde el primer control postoperatorio sin déficit neurológico lo cual se mantiene a 8 meses postoperatorios.

Conclusión: Si bien la LNO es poco frecuente, su presencia conlleva a morbilidad e impacto en la calidad de vida. La neurorrafia primaria intraoperatoria libre de tensión, con aproximación de epineuro con sutura monofilamento no absorbible, es la técnica terapéutica de elección. Lo ideal es realizarla mediante microcirugía, sin embargo, se puede realizar vía laparoscópica y robótica. Es importante considerar las complicaciones de nuestras cirugías y su resolución precoz.

V26) MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD

Sanhueza, J.(1); Schaub, A.(1); Benitez, A.(1); Avila, C.(1); Gurovich, J.(1); Sebastian, P.(1); Marchant, F.(1); Olmedo, T.(1); Acevedo, C.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

En la actualidad, la biopsia prostática por fusión es la técnica de elección para guiar la toma de muestras de lesiones sospechosas. Esta técnica, requiere de una adecuada identificación y marcación para poder ser visualizadas al momento de realizar el procedimiento. Habitualmente, esto es realizado por el equipo de Radiología. Sin embargo, ocasionalmente errores se nos presentan con respecto a la marca, perdiendo el beneficio de la fusión. En este video, se presenta una modalidad de marcaje de lesiones sospechosas en plataforma WEASIS y su concordancia en ecógrafo Exact-Vu.

Método

Se presenta caso clínico de paciente de 71 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria, sin antecedentes familiares de cáncer prostático. En controles rutinarios con cardiología, se detecta PSA total alterado en 13,4 ng/mL (03/2025), confirmado en segunda toma con 17,9 ng/mL (04/2025). Al examen físico se palpa un nódulo prostático en el ápex derecho (T2a). La Resonancia multiparamétrica de próstata (RNM-MP) reveló una lesión PIRADS 4 en zona periférica posteromedial derecha del ápex y una lesión PIRADS 3 en zona periférica posteromedial del tercio medio izquierdo.

Resultados

Las imágenes fueron cargadas en la plataforma WEASIS y se realizó la marcación de ambas lesiones por el urólogo, guiado por el informe radiológico. Posteriormente, se integró esta información en el sistema ExactVu para realizar la fusión con ecografía de alta resolución. Ambas lesiones fueron correctamente visualizadas y biopsiadas. El resultado anatomopatológico confirmó adenocarcinoma prostático ISUP 4 en la lesión apical derecha (PIRADS 4).

Conclusión

La marcación de lesiones prostáticas en plataforma WEASIS es un procedimiento factible, reproducible y útil para el urólogo general, con correlato ecográfico preciso al momento de realizar el procedimiento. Requiere conocimientos básicos en interpretación de RMN MP bajo el sistema PIRADS, pero ofrece una alternativa práctica en contextos donde la marcación por radiología no está disponible o presenta limitaciones.

V27) BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL.

Segura Díaz, F.(1); Gavilan Leñam, D.(1);
(1): Hospital Dr. Juan Morey La Unión, La Unión, Chile

Introducción.El diagnóstico del cáncer de próstata (CP) requiere precisión y accesibilidad. La resonancia magnética multiparamétrica ha demostrado ser efectiva, pero su uso está limitado por la disponibilidad y posibles errores de registro. La microultrasonografía (MUS)

de alta resolución ofrece una alternativa innovadora, permitiendo la visualización en tiempo real de lesiones sospechosas. Este estudio presenta nuestra experiencia clínica tras la introducción de MUS en el diagnóstico de CP.

Material y métodos.Realizamos análisis retrospectivo de 65 pacientes con sospecha clínica de CP, sometidos a biopsia prostática entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Todos los pacientes fueron programados para biopsia transperineal (BpTP) guiado por mUS. Fusión MRI/mUS fue utilizada para guiar BpTP. Se utilizó protocolo PRI-MUS™ para localizar lesiones target. Los pacientes fueron sometidos tanto a biopsia target como sistemática. Se registraron variables perioperatorias, imagenológicas e histológicas.

Resultados. Se incluyeron 52 para análisis. Edad media 68 años. Antígeno prostático (APE) medio 29,1 ng/ml y el volumen prostático medio fue 46,6 mL. MUS detectó lesiones sospechosas en 39 casos, con PRIMUS score de 3 (7 casos), 4 (17 casos) y 5 (15 casos). Mientras que 13 casos MUS no identificó lesión target, catalogando como PRIMUS 2. La tasa global de detección para CP fue 80%, de los cuales 50% fue CP clínicamente significativo. MUS con PRIMUS 4-5 evidenció una sensibilidad de 83% y sensibilidad 66% para detección de CP clínicamente significativo.

Conclusiones. Nuestros resultados apoyan que MUS es una herramienta útil y con alta precisión para el diagnóstico de CP. Además permite identificar y localizar lesiones sospechosas en tiempo real durante la biopsia de próstata sistemática.

Palabras clave (3) Próstata - microultrasonido - biopsia transperineal.

V28) BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Westenenk, K.(1); Bernier, P.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Orvieto, M.(1); Pinochet, R.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

El micro ultrasonido (microUS) de alta resolución ha surgido como una alternativa innovadora a la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) para el diagnóstico del cáncer de próstata clínicamente significativo (csPC). Con una resolución de hasta 70>µm, permite una visualización detallada de la anatomía prostática y posibilita biopsias dirigidas cognitivas sin necesidad de software de fusión. Diversos estudios internacionales han

demostrado una eficacia diagnóstica comparable a la de la RM, lo que posiciona al microUS como una opción viable en entornos con acceso limitado a dicha tecnología.

Métodos

Este video ilustra la técnica de biopsia prostática guiada por microUS utilizada en nuestra institución. Se describen las características técnicas del equipo, los materiales requeridos, la aplicación del score de riesgo PRI-MUS y la evidencia disponible que respalda el método. Además, se presentan dos casos clínicos: uno con abordaje transrectal y otro transperineal, destacando la aplicabilidad del microUS en ambas rutas.

Resultados

La literatura reporta tasas de detección de csPC similares entre biopsias guiadas por microUS y aquellas realizadas mediante fusión RM-ecografía. El estudio OPTIMUM confirmó que el microUS no es inferior a la técnica de fusión para la detección de cáncer clínicamente significativo. Asimismo, su combinación con RM mostró resultados comparables al enfoque convencional. Se ha propuesto que el microUS podría reducir la necesidad de biopsias sistemáticas, al mostrar una menor detección de cánceres clínicamente irrelevantes. En nuestra experiencia, ambos casos clínicos presentados —uno con abordaje transrectal y otro transperineal— resultaron en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, confirmando la utilidad práctica de esta tecnología en entornos reales.

Conclusión

El microUS se posiciona como una herramienta válida, precisa y en tiempo real para el diagnóstico del cáncer de próstata. Su implementación podría optimizar el flujo diagnóstico, especialmente en centros con recursos limitados. Futuras investigaciones deberán evaluar su impacto a largo plazo, su costo-efectividad y su integración definitiva en las guías clínicas.

V29) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE

Rojas Castiglione, I.(1); Domínguez, R.(1); Loyola, M.(1); Parada, F.(1); Eltit, I.(1); Hassi, M.(1); (1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La técnica PISA (Pelvic and Inguinal Single Access) ha surgido como una alternativa mínimamente invasiva a la linfadenectomía abierta en cáncer de pene, permitiendo el abordaje simultáneo de territorios inguinales y pélvicos con menor morbilidad, recuperación más rápida y resultados oncológicos comparables en pacientes seleccionados. Además tiene la ventaja de que no requiere reposicionamiento de los trócares en caso de requerir realizar linfadenectomía pélvica, a diferencia de la técnica VEIL, lo que puede aumentar la complejidad operatoria.

Materiales y métodos

Presentamos un caso de un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de carcinoma escamoso de pene T3cN1M0, previamente tratado con penectomía parcial. La resonancia magnética pélvica reveló una lesión cavernosa derecha con sospecha de compromiso ganglionar inguinal superficial izquierdo. En comité oncológico se decidió linfadenectomía inguinal y pélvica asistida por robot. La cirugía se realizó asistida por robot, empleando incisiones inguinales únicas y abordaje pélvico consecutivo según la planificación oncológica y los hallazgos intraoperatorios.

Resultados

La intervención se completó sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico total fue de 160 minutos. La estancia hospitalaria fue de 4 días. Al alta hospitalaria, los drenajes inguinales derecho e izquierdo presentaban un débito inferior a 50>cc. Durante el seguimiento inicial de 90 días no se documentaron complicaciones postoperatorias, rehospitalizaciones ni reintervenciones. La anatomía patológica fue negativa tanto para los linfonodos inguinales superficiales y profundos derechos e izquierdos.

Conclusiones

La técnica PISA permitió efectuar la linfadenectomía inguinal asistida por robot, sin necesidad de reposicionar puertos ni aumentar la invasividad en caso que se haya requerido realizar linfadenectomía pélvica. En este caso, se evidenció su viabilidad técnica y seguridad, con adecuada evolución postoperatoria y ausencia de complicaciones mayores en el seguimiento precoz. Esta estrategia quirúrgica mínimamente invasiva representa una alternativa al abordaje convencional, ofreciendo la posibilidad de optimizar tiempos quirúrgicos, reducir

trauma tisular y mejorar los resultados perioperatorios en pacientes seleccionados con cáncer de pene localmente avanzado.

V30) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS

Rojas Salas, A.(1); Sirebrenik Gateño, A.(2); Soler Andonie, D.(1); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Vera Veliz, A.(4); (1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION:Las complicaciones intraoperatorias(CIO) durante la prostatectomía radical(PR) son infrecuentes, sin embargo, son una amenaza constante, sobretodo en los primeros casos de la curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico.

MATERIAL-METODO:Prensentamos 4casos de CIO y su resolucion durante nuestra curva inicial PRLaparoscopica.

CASO-1:Lesión rectal. Durante diseccion con energia bipolar avanzada de la cara posterolateral derecha del ápex prostatico se produce lesion incidental del recto. Solucion de continuidad limpia, bordes netos, 1,5 cm. Inmediatamente, por buena exposicion de esta, se realiza rafia en dos planos, mucosa y seromuscular. Se completa prostatectomia. Insuflacion rectal con sonda rectal (prueba del Gomero), rafia rectal hermética. Se realiza PuntoRocco y anastomosis uretrovesical.

CASO-2:Lesion Vascular. Durante linfadenectomia izquierda de ganglios iliacos externos con ultrasonido se genera lesion de vena iliaca externa. Control inicial del sangrado con clips metalicos. Se completa resecion ganglionar. Se decide retirar clips metalicos y realizar rafia en 1plano, sutura corrida con hem-lock anclado al final.

CASO-3:Lesion Nervio Obturador. Durante Linfadenctomia de ganglios obturatrices se clipa con hem-o-lock y se transecciona el nervio obturador con tijera fria. Tras completar linfadenectomia, se retira hem-o-lock del nervio. Anastomosis terminoterminal con prolene, puntos separados. Ambos cabos quedan bien coaptados, alineados y libres de tensión.

CASO-4:Lesion ureteral. Durante diseccion del grupo ganglionar distal a la bifurcación de los vaos iliacos, se secciona el uréter derecho. Tras completar linfadenectomia, se realiza neoimplante ureteral técnica Lich-Gregoir. Anastomosis uretero-vesical libre de tensión con monocryl. Instalación de pigtail 6french. Prueba de hermeticidad vesical conforme.

RESULTADOS: Total de 54 PRLap realizadas, 9,4% de CIO (5casos). La mayoría de las CIO ocurrieron durante la linfadenectomia pelvica. Todas fueron resueltas por via laparoscópica. Sin complicación post-operatoria ni necesidad de reintervencion. Estadia hospitalaria prolongada por sobre la mediana (observacion). A la fecha sin repercusión clinica o funcional significativa. Sin impacto negativo en resultados oncologicos.

DISCUSION:Durante el desarrollo de una técnica quirúrgica que requiere una mayor expertiz, las complicaciones durante la cirugía son inevitables, por lo que es fundamental su sospecha y pesquisa precoz. El manejo quirurgico idealmente bajo el mismo abordaje permite mantener los beneficios de la cirugia minimamente invasiva sin agregar mayor morbilidad al paciente.

VA4) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 4

V31) EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Barahona, J.(1); Punte, T.(1); Vega, F.(2); Aguila, F.(1); Barrios, G.(3); De La Llera, J.(1); Consigliere, L.(1); Vizuete, E.(1); Marchant, F.(4);
(1): H. San José, Santiago, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (3): Universidad de Concepcion, Concepción, Chile (4): H. Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:
La punción renal es un paso determinante en la nefrolitotomia percutánea, con impacto directo en la seguridad y eficacia del procedimiento. El sistema Venus permite la fusión de imágenes de tomografía computada preoperatoria con ecografía intraoperatoria, ofreciendo una guía en tiempo real que no sólo facilita la identificación del cáliz objetivo, sino que también permite reconocer órganos y estructuras vecinas durante la punción, aumentando la seguridad del procedimiento y disminuyendo la exposición a radiación durante la fluoroscopia.

Material y Métodos:
Se presenta la experiencia inicial con el sistema Venus en 4 pacientes sometidos a nefrolitotricia percutánea por litiasis renal compleja, todos intervenidos en el Hospital San José. Se evaluó la factibilidad de la punción renal, la necesidad de fluoroscopia y la posibilidad de realizar dilatación completa bajo control ecográfico.

Resultados:
En 3 de los 4 pacientes se logró una punción renal exitosa mediante la fusión de imágenes ecográficas–TAC. En un caso, fue posible completar la dilatación únicamente bajo guía

ecográfica, sin necesidad de radioscopia. No se registraron complicaciones intraoperatorias. La curva de aprendizaje del sistema, si bien no es compleja, requiere la realización de varios procedimientos para adquirir la destreza necesaria en la punción guiada por fusión de imágenes.

Conclusiones:
El sistema Venus constituye una herramienta segura y eficaz para la punción renal en nefrolitotomía percutánea. Su utilización optimiza la precisión del acceso, permite identificar órganos y estructuras vecinas en tiempo real, reduce la exposición a radiación y facilita la planificación quirúrgica. Nuestra experiencia inicial respalda su aplicabilidad clínica y su potencial para mejorar los resultados en cirugía mínimamente invasiva de la litiasis renal.

V32) MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO

Navarrete Corsini, D.(1); Oporto Uribe, S.(1); Elorrieta Decombe, V.(1); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Avila, C.(2);
(1): Hospital el Carmen, Maipu, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivo

La colocación de catéter doble J es frecuente; la incrustación es una complicación a corto y largo plazo, cuyo principal factor de riesgo es el **tiempo total de permanencia**. Esto supone un desafío endourológico por su heterogeneidad y la posible necesidad de múltiples intervenciones. Puntajes de incrustación **KUB ≥ 9** y **FECal ≥ 3** se asocian a mayor tiempo operatorio, más procedimientos y cirugías invasivas. El objetivo es presentar una técnica novedosa para retirar catéteres doble J calcificados usando una **cánula de litotricia con mecanismo balístico/neumático**

Métodos

Caso de mujer de 53 años con incrustación en segmento proximal, distal y cuerpo de un catéter doble J instalado por **18 meses**. En lugar del manejo habitual (ureteroscopía y litotricia láser, con tiempos prolongados y potenciales múltiples sesiones), se optó por acceso endourológico con una **cánula neumática modificada** con abertura lateral diseñada para la desincrustación.

Resultados

Bajo anestesia general se fragmentó el segmento distal hasta su liberación. Con una guía de seguridad instalada, se exteriorizó y fijó el asa distal del catéter doble J calcificado a un catéter ureteral, que se avanzó hasta enhebrar el catéter calcificado en el canal interno de la cánula. Bajo control fluoroscópico, la cánula se avanzó por el uréter hasta la pelvis renal y se completó la extracción. Se realizó ureteroscopía flexible de revisión para retirar residuos; no hubo lesiones ureterales significativas. Se dejó un nuevo catéter doble J que se retiró a las 2 semanas. Tiempo quirúrgico: 105 minutos. Alta al día siguiente sin complicaciones. TAC al mes: 100% libre de cálculos.

Conclusiones

Intervención factible, eficaz y segura. La extracción temprana del doble J facilita el acceso ureteral para canastillaje/fragmentación o ascenso de fragmentos para acceso percutáneo. Cuando el cuerpo del stent está comprometido, la URS con láser es el estándar, pero puede requerir largos tiempos operatorios y múltiples intervenciones. En nuestra experiencia inicial con la nueva cánula, se observaron tiempos operatorios menores sin complicaciones significativas. Se requieren análisis adicionales para confirmar los hallazgos iniciales de alta seguridad, reducción de número de intervenciones y mejora en las tasas libres de litiasis.

V33) SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO

Navarrete Corsini, D.(1); Velásquez Larraín, L.(2); Oporto Uribe, S.(1); Elorrieta Decombe, V.(1); Gomez-lobo Fehling, M.(1); Gomez-lobo Roa, C.(3);
(1): Hospital El Carmen, Maipú, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Universidad Catolica, Santiago, Chile

Introducción

La NLP es el gold standard para la nefrolitiasis de gran volumen, especialmente >2 cm. Su ejecución exige una punción precisa y un dominio técnico que se adquiere tras una curva de aprendizaje reportada de ~25–50 casos para punciones exitosas, con mejora del tiempo de punción a partir del caso ~36. Las oportunidades de entrenamiento in vivo son limitadas y los simuladores comerciales presentan alto costo y baja disponibilidad.

Objetivo

Describir un modelo de simulación casero, reproducible y de bajo costo para la práctica estructurada de la punción renal percutánea, y presentar un video instructivo de su construcción y uso.

Materiales y métodos

Se diseñó un simulador con materiales de **fácil obtención**, orientado a: (1) planificación del trayecto de punción, (2) control mano-ojo y avance de aguja, y (3) pasos iniciales de acceso (paso de guía). Se estandarizó un **protocolo de montaje y práctica** y se elaboró un video demostrativo que detalla componentes, ensamblaje, posicionamiento y ejercicios progresivos.

Resultados

Se obtuvo un **prototipo funcional** que permite la **repetición ilimitada** de punciones y la práctica de los pasos básicos del acceso percutáneo en un entorno seguro. El material audiovisual muestra, mediante modelos e ilustraciones, la secuencia técnica propuesta y recomendaciones de uso (marcación del target, angulación, verificación del trayecto y colocación de guía). El modelo es **portable**, de **rápida preparación** y con **costo reducido**, facilitando su adopción por **residentes y urólogos generales**.

Conclusiones

Presentamos un **recurso educativo accesible** que podría **acelerar la curva de aprendizaje** de la NLP donde el acceso a casos o simuladores comerciales es limitado. Este es un **prototipo inicial**; se requiere **validación formal** (realismo, usabilidad, transferencia de habilidades, impacto en tiempo de punción y tasa de éxito) y comparación con simuladores establecidos para determinar su eficacia y seguridad educativas.

V34) RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE

Cornejo, V.(1); Vivallo, N.(1); Schalper, M.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Pablo, G.(2); Rojas, J.(2); Testa, I.(2); Morales, C.(2); Bastias, C.(2); Calderón, D.(2); Rojas, V.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

La litiasis renal compleja en pacientes con variantes anatómicas representa un desafío quirúrgico relevante. El acceso percutáneo continúa siendo la técnica de elección en casos de gran carga litiásica; sin embargo, existen situaciones clínicas en las que este abordaje no es posible o implica riesgos elevados. En estos escenarios, la litotricia retrógrada intrarrenal (RIRS) se plantea como alternativa, especialmente con el apoyo de tecnologías que optimizan sus resultados.

Presentamos el caso de una paciente portadora de un doble sistema pielocalicial derecho, con una carga litiásica significativa en ambos sistemas. Dada la imposibilidad de realizar un acceso percutáneo, se decidió efectuar RIRS asistida con Flexible Aspiration Sheath (FANS) en el sistema superior derecho. Esta herramienta permite la aspiración simultánea de

fragmentos y polvo litiásico durante la litotricia, mejorando la visibilidad quirúrgica, facilitando la extracción y reduciendo la presión intrarrenal.

El procedimiento se desarrolló de manera segura, logrando una evacuación eficiente de la litiasis y un adecuado control intraoperatorio. Los resultados se tradujeron en una elevada tasa de stone free y en una disminución del riesgo de complicaciones infecciosas, elemento crítico en pacientes con cargas litiásicas altas y anatomías complejas.

La experiencia muestra que el uso de FANS en RIRS representa una alternativa eficaz cuando el acceso percutáneo no es factible. Su capacidad de aspiración aporta ventajas concretas tanto en términos de seguridad como de eficacia, lo que podría ampliar las indicaciones de la cirugía endourológica mínimamente invasiva en casos complejos.

En conclusión, FANS constituye una herramienta innovadora que contribuye a optimizar los resultados de RIRS en pacientes con litiasis renal compleja, permitiendo alcanzar mejores tasas de stone free y reduciendo el riesgo de infecciones postoperatorias. Su incorporación en la práctica clínica abre nuevas perspectivas en el manejo integral de la litiasis, particularmente en escenarios donde las opciones quirúrgicas son limitadas.

V35) CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX

Vivallo, N.(1); Calderón, N.(2); Pérez, D.(3); Santis, J.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Schalper, M.(1); Calderón, D.(1); Morales, C.(1); Testa, I.(1); Guerrero, P.(1); Urrea, F.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1);
(1): Hospital del Salvador, Santiago de Chile, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago de Chile, Chile (3): Clínica Santa María, Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN

La cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS) corresponde a una técnica endourológica mínimamente invasiva para el manejo de nefrolitiasis. Alcanza tasas libre de cálculos del 65 al 85%, con escasas complicaciones. Sin embargo, sus buenos resultados están limitados a un volumen litiásico menor a 2000 mm3. Además, es físicamente agotadora para el operador, sobre todo al pasar de este tamaño.

Con el desarrollo de la robótica médica se han propuesto nuevas técnicas que buscan ser el futuro de la endourología. Presentamos el caso de una paciente cuya nefrolitiasis fue manejada con el novedoso sistema robótico AVICENNA ROBOFLEX, consiguiendo resultados comparables a la cirugía clásica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Femenina de 67 años, hipertensa, urolitiasis previas tratadas con litotricia extracorpórea. Consultó por un cólico renal recurrente, no complicado, a derecha. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios bajos y función renal normal, orina completa no inflamatoria, pH 5.5 y urocultivo negativo. Se obtuvo pielo TC en que se constata nefrolitiasis en pelvis renal derecha. Se calcula volumen estimado de 2400 mm3 y densidades entre 400 y 500 unidades Hounsfield. Se realiza RIRS robótica con sistema AVICENNA ROBOFLEX, configuración en dusting, energía 0.8 J, frecuencia 15 Hz, potencia 12 W. Tiempo operatorio total de 80 minutos, trabajo intrarrenal 56 minutos, no se identifican litiasis mayores a 3 mm en ureterorrenoscopia de salida. Recibe alta clínica a las 24 horas. En pieloTC de control se confirma libre de cálculos. Estudio metabólico indica composición litiásica de ácido úrico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En esta experiencia, los resultados obtenidos respecto a tiempo operatorio, complicaciones y estado "libre de cálculos" son comparables a los de la cirugía clásica. Estudios actuales han comparado con cuestionarios validados respecto a ergonomía en endourología, siendo la técnica robótica ampliamente superior. Esto es relevante puesto que mayor ergonomía y comodidad podrían traducirse en mayor eficacia y producción. Si bien los resultados son prometedores, los sistemas robóticos aun se encuentran en fase de desarrollo y faltan estudios prospectivos, controlados y randomizados que comparen resultados entre cirugía clásica y robótica.

V36) MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Ávila, C.(1); Benítez Filselcker, A.(1); Águila, F.(2); Marchant, F.(2);
(1): Residente de Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La presión intrarrenal es un factor relevante a monitorizar durante los procedimientos endourológicos ya que elevaciones de esta sobre 30 mmHg aumenta el riesgo de reflujo pielo-venoso y por ende, mayor riesgo de complicaciones infecciosas, sin embargo, la monitorización en vivo de la presión intrarrenal es un desafío en la práctica habitual.

Materiales y Métodos

Video descriptivo con relato docente de un método de monitorización de presión intrarrenal continua durante la nefrolitotomía percutánea.

Resultados

Se realiza una revisión de la fisiología de la presión intrarrenal y sus determinantes en la cirugía endourológica. Los valores normales de presión intrarrenal se describen como <12-15 cmH2O. El Reflujo pielo-venoso se ha descrito a presiones sobre 40.8 cmH2O. Se presenta además un método de monitorización utilizando insumos de uso habitual en la cirugía percutánea. Se muestra el caso de un paciente sometido a nefrolitotomía percutánea en prono con monitorización de presión intrarrenal. Se explica en forma docente como realizar las conexiones y la monitorización de presión intrarrenal en vivo con insumos ampliamente disponibles.

Conclusión

La monitorización de presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea es posible de realizar en tiempo real. Se presenta una técnica reproducible y accesible de medición de presión intrarrenal utilizando insumos ampliamente disponibles durante una cirugía percutánea convencional. La medición de la presión intrarrenal debiese realizarse de rutina en los procedimientos endourologicos.

PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P001) BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO

Fuentes Carrion, M.(1); Vantman Luft, D.(2);
(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile «General Dr. Raúl Yazigi J.», Santiago, Chile
(2): Fundació Puigvert, Barcelona, España

Introducción

El dolor testicular crónico (DTC) representa entre el 2.5-4.8% de las consultas urológicas y tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Su etiología incluye causas infecciosas, traumáticas o post-operatorias. Hasta un 45% de los casos es idiopático.

El estudio tiene como objetivo caracterizar a los pacientes con DTC y evaluar su respuesta terapéutica al bloqueo del cordón espermático con anestesia local en un centro de referencia andrológico en Barcelona, España.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo en pacientes con DTC tratados con bloqueo de cordón espermático con 8 cc de bupivacaína al 0.5% entre enero de 2022 y julio de 2024.

Resultados

Se incluyeron 27 pacientes con edad promedio de 50.8 años. El 62.9% tenía antecedentes quirúrgicos pélvicos/genitales, principalmente hernioplastía inguinal y varicocelectomía (25.9% cada una). En 64,7% con antecedente de cirugía previa, el dolor comenzó post intervención.

El DTC fue unilateral en el 85.1% y bilateral en el 14.9%, con una escala visual analógica (EVA) promedio inicial de 5.6. El tiempo de evolución fue de 29.8 meses. La ecografía testicular evidenció varicocele en 10 pacientes e hidrocele en 3.

Se realizaron 68 infiltraciones, con una mediana de 2 infiltraciones por paciente. Tras la primera infiltración, el 74% refirió mejoría ≥ 50% en la EVA. Al finalizar el tratamiento, el 44.4% reportó resolución del dolor, el 25.9% mejoría parcial y el 29.6% ninguna mejoría. A 4 pacientes se les realizó denervación testicular microquirúrgica, con resolución completa del dolor en el 75% de los casos.

Conclusión

El DTC produce un impacto significativo en los pacientes. Más de la mitad de los pacientes tenía antecedentes de cirugía previa. Tras la primera infiltración el 74% de los pacientes refirió mejoría ≥ 50% en la EVA. El 44,4% reportó resolución del dolor una vez finalizado el tratamiento, 25.9% mejoría parcial y 29.6% no observó mejoría. La denervación microquirúrgica se realizó en 4 pacientes con resolución del dolor en el 75%. El bloqueo del cordón espermático es una herramienta diagnóstica y terapéutica efectiva.

P002) “EYACULACIÓN RETRÓGRADA Y FUNCIÓN SEXUAL POST-HOLEP: EXPERIENCIA DEL PACIENTE”

Gil, A.(1); Lopez, V.(1); Ledezma, R.(2); Palma, C.(2);
(1): Universidad de Chile - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se asocia a eyaculación retrógrada en hasta el 90% de los casos, percibida clínicamente por los pacientes como aneyaculación. Su impacto en la función y satisfacción sexual aún no está claramente establecido.

Objetivo

Evaluar la percepción de la eyaculación retrógrada y los cambios en la función sexual global tras HoLEP.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico que incluyó 47 pacientes sometidos a HoLEP entre enero de 2024 y junio de 2025, todos sexualmente activos tras la cirugía. Se registraron variables clínicas como edad, volumen prostático, tiempo operatorio y tiempo postoperatorio (<6, 6–12 y >12 meses). Se aplicó el cuestionario MSHQ-EjD complementado con preguntas sobre satisfacción sexual y comparación pre/postoperatoria. Las asociaciones fueron evaluadas mediante correlaciones, pruebas no paramétricas y modelos de regresión logística. El análisis se realizó con Jamovi v2.7.6.0.

Resultados

La edad promedio fue 65,5 ± 7,1 años, el volumen prostático 86,9 ± 30,5 cc y el tiempo quirúrgico 67,9 ± 24,6 minutos. Un 91% presentó aneyaculación, aunque solo un 26% reportó molestia significativa asociada. El puntaje promedio MSHQ-EjD fue 7,3 ± 3. El 51% refirió empeoramiento de su desempeño sexual tras la cirugía, el 18% mejoría y el 31% no presentó cambios. No se encontraron asociaciones entre el puntaje total y la edad, volumen prostático, tiempo quirúrgico o tiempo postoperatorio. En la regresión logística, ninguna variable clínica se asoció de manera significativa con la probabilidad de presentar molestia por la aneyaculación, baja satisfacción sexual o empeoramiento de función sexual tras la cirugía.

Conclusión

La eyaculación retrógrada post-HoLEP fue altamente prevalente aunque la mayoría de los pacientes no la percibió como una molestia significativa. Esta alteración no explicaría por sí sola la totalidad de los casos con insatisfacción sexual postoperatoria, lo que sugiere un fenómeno multifactorial más relacionado con el grado de molestia subjetiva que con variables clínicas. Se requieren estudios adicionales con mayor tamaño muestral y evaluaciones pre/postoperatorias sistemáticas.

P003) TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE

Marconi, M.(1); Troncoso, C.(2); Libano, L.(1); Dueñas, L.(1); Rondini, F.(3);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Clinica IVI Santiago, Santiago, Chile (3): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción

La TESE (*Testicular Sperm Extraction*) y Micro-TESE son las técnicas *gold standard* en el manejo del paciente azoospérmico obstructivo y no obstructivo. Sin embargo, también son una alternativa terapéutica en pacientes con astenozoospermia completa y fragmentación del ADN espermático elevado que no responden a terapia médica. El objetivo de este trabajo es describir una serie de 400 pacientes consecutivos que fueron sometidos a TESE y Micro-TESE en una unidad especializada de Andrología en Chile.

Pacientes y Métodos

Se analizaron de forma retrospectiva las TESE y Micro-TESE realizadas desde el año 2009 al 2025 en una unidad especializada de Andrología (n=400). Azoospermia se definió como la ausencia de espermatozoides en dos espermiogramas con muestra centrifugada y se clasifico como No Obstructiva (NOA) cuando el paciente tenía volumen testicular (VT) <15 ml y/o niveles de FSH >12.4 IU/ml, y Obstructiva (OA) cuando el VT >15 ml, la FSH <12.4 IU/ml, y/o tenía historia de obstrucción de la vía seminal (ej. vasectomía). En todos los pacientes con NOA se realizó un Cariotipo y un Test de Microdeleciones del Cromosoma Y. En los pacientes con OA por Aplasia de los Conductos Deferentes, se realizó un Test del Gen de la Fibrosis Quística.

Resultados

El 100% de las cirugías se realizaron en forma ambulatoria, el 95% con anestesia espinal y el 5% con anestesia local (bloqueo de cordón espermático) más sedación. Dos pacientes requirieron reintervención dentro de los primeros 15 días post operado, ambos por hematoma escrotal secundario a la cirugía, en ambos casos las unidades testiculares fueron preservadas. Las indicaciones de TESE y M-TESE fueron: NOA 66.5% (n=266), OA 31.3% (n=125), Fragmentación del ADN espermático elevada 1.8% (n=7), Astenozoospermia

Completa 0.4% (n=2). Las tasas globales de recuperación espermática en NOA fueron de un 46.4% y en OA de un 96%.

Conclusión

La TESE y Micro-TESE son técnicas quirúrgicas con tasas de complicaciones extremadamente bajas y con buenas tasas de éxito, que le brindan a los pacientes azoospérmicos y con otras etiologías de infertilidad masculina la posibilidad de acceder a tratamientos de medicina reproductiva que podrán permitirles ser padres biológicos.

P004) ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE

Dueñas Cancino, L.(1); Marconi Toro, M.(1); Vargas Moreno, B.(2); Libano Brañas, L.(1);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

El Doppler Color de Arterias Cavernosas (DCAC) es un examen que permite objetivar la función eréctil y estudiar la hemodinamia del cuerpo cavernoso. Está indicado en pacientes con disfunción eréctil (DE) moderada a severa y en Enfermedad de La Peyronie (EP) asociada a curvaturas complejas con o sin DE asociada. El objetivo de este trabajo es describir una serie de 254 pacientes consecutivos en los cuales se realizó DCAC en una Unidad Especializada de Andrología en Chile.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en una serie consecutiva de casos de pacientes que se realizaron DCAC en una Unidad Especializada de Andrología en Chile entre enero de 2017 y julio de 2025. Se revisaron un total de 254 informes, registrando edad, diagnóstico de derivación y diagnóstico ecográfico. Se utilizó estadística descriptiva para el analisis de los datos.

Resultados:

El promedio de edad de los pacientes fue 47.7 años (rango 16-80). Al 77.5% se le indicó el examen por estudio de DE aislada (n=197), 11% por EP aislada (n=28), 9% por EP asociada a DE (n=23), y 2.5% por otras causas.

En menores de 40 años (n=96), el 82.3% presentó función eréctil normal (n=79), 10.4% Fuga venosa genuina (n=10) y 7.3% insuficiencia arterial (n=7). Solo 2.1% presentó EP (n=2). En hombres de 40 o más años (n=158), el 65.2% presentó función eréctil normal (n=103), 32.3% insuficiencia arterial (n=51) y 2.5% Fuga venosa genuina (n=4). De este grupo, un 31.0% presentó EP (n=49).

Del total de pacientes en que se indicó DCAC por DE, ya sea aislado o asociado a EP (n=220), el 67.7% resultó tener función eréctil normal (n=149) y solo el 6.4% fuga venosa genuina (n=14). En el grupo menor de 40 años derivado por DE (n=91), sólo el 18.7% presentó alguna causa orgánica.

Conclusiones:

El DCAC es una piedra angular en el manejo de casos complejos de DE. En esta serie de pacientes, se observó que la mayoría de los hombres derivados presentaron una función eréctil normal, especialmente en menores de 40 años, lo que resalta la baja frecuencia de causas orgánicas en este grupo etario.

P005) RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL.

Ávila, C.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Storme, Ó.(2); Sáez, N.(2);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Red Salud, Santiago, Chile

Introducción:

El citrato de clomifeno es un modulador selectivo del receptor de estrógeno utilizado como terapia off label del hipogonadismo. Este estimula el eje Hipotálamo-hipófisis para aumentar la producción endógena de testosterona. Si bien la terapia de reemplazo de testosterona (TRT) es el tratamiento de primera línea convencional para el hipogonadismo sintomático, conlleva efectos secundarios significativos principalmente debido a la supresión del eje, asociado a costos elevados y difícil acceso en nuestro país. Nuestro objetivo es describir la respuesta bioquímica en pacientes con testosterona baja o límite normal bajo en terapia con citrato de clomifeno.

Materiales y Métodos:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, descriptivo de 54 pacientes con consulta espontánea en policlínico de andrología por disfunciones sexuales con testosterona límite o baja para su edad a los cuales se les indicó uso de Citrato de Clomifeno 25 mg al día por 4 meses en preparación magistral. Se registraron variables demográficas, hormonales pre y post tratamiento y la respuesta clínica a los síntomas descritos. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi 2.3.28.

Resultados:

En esta cohorte la mediana de edad fue de 41 años (IQR 36–49). Un 61.5% de los pacientes consultaron por disfunción eréctil, seguido de baja líbido en un 59.6% y por infertilidad en 19.2%. La mediana de testosterona previo a la intervención fue de 9.75 nmol/L (IQR 8.6–12.75). La mediana de testosterona al seguimiento al 1, 3 y 6 meses fue de 18.5, 23.55 y 20.45 nmol/L respectivamente, siendo la diferencia con la testosterona pre tratamiento estadísticamente significativa ($p<0.02$). Hubo mejoría de la DE y baja líbido en 86.4% y 66.6% respectivamente.

Discusión:

El citrato de clomifeno es una terapia efectiva para la estimulación de la producción endógena de testosterona en hombres jóvenes con testosterona bajo niveles esperados para su edad y es una alternativa eficaz a la terapia de reemplazo hormonal con testosterona.

P006) MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES.

Reyes Sánchez, A.(1); Sánchez, C.(2); Ebensperger, M.(3); Fuentes, G.(3); Castillo, A.(4); Mercado, A.(2); Chiang, H.(2);
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile., SANTIAGO, Chile (2): Clínica MEDS, SANTIAGO, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Mutual de Seguridad., SANTIAGO, Chile (4): Mutual de Seguridad, SANTIAGO, Chile

Introducción:

La vejiga neurogénica (VN) es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones recurrentes del tracto urinario(ITUr). Las ITUr conllevan descompensación de comorbilidades, aumento de los costos en salud y disminución de la calidad de vida.

Los avances en la secuenciación de DNA ribosomal bacteriano han permitido caracterizar el microbioma humano y su influencia en el desarrollo de ITUr. En pacientes con VN la evidencia es limitada, sin embargo, existen diferencias significativas en el microbioma genitourinario con predominio de las Enterobacterias. La modificación de estas bacterias tendría un rol en la generación de ITUr.

Dentro de las estrategias en desarrollo de prevención de ITUr se encuentran las vacunas estimulantes del sistema inmune principalmente en población femenina sana. No existen estudios que describan el impacto de estas en pacientes con VN.

Nuestro objetivo es evaluar el efecto de la vacuna inmunoestimulante Uromune en el microbioma de pacientes con VN con ITUr.

Métodos:

Estudio clínico prospectivo de cohorte longitudinal. Con aprobación del comité de ética-científico, se reclutaron pacientes masculinos con diagnóstico de VN en cateterismo intermitente limpio(CIL) e ITUr. Se excluyeron aquellos con inmunosuprimidos, hematuria y quienes hubieran recibido antibióticos en los últimos 30 días. Se obtuvieron datos clínico-demográficos mediante una encuesta. Se recolectaron muestras de orina y de deposiciones para realizar estudios genéticos para describir la abundancia relativa de las cepas bacterianas. Luego, se aplicó una vacuna sublingual con cepas de E. coli, K pneumoniae, E faecalis y Proteus vulgaris (UROMUNE, Inmunotek) de forma diaria por 3 meses. Se realizará muestreo de seguimiento a los 6 y 12 meses después del inicio del tratamiento.

Resultados:

Se reclutaron 9 hombres entre 41-60 años con VN en CIL por lesión medular con sondas autolubricadas. Mediana de ITUr en el último año de 8 episodios. 6 pacientes con antecedente de microorganismos multirresistentes. Un paciente utilizaba profilaxis antibiótica, suspendida al ser incluido en el estudio. Se realizó descripción de las cepas bacterianas intestinales y genitourinarias pretratamiento. La mediana de ITU post-tratamiento fue de 0 en 6 meses.

Conclusiones:

Las vacunas inmunoestimulantes puede ser una alternativa preventiva de ITUr en hombres con VN.

P007) PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Brito, F.(1); Cifuentes, M.(2);
(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Hospital Sótero del Rio, Pelvisalud, Viña del Mar, Chile

Las disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria (IU), fecal (IF) y de gases, han sido reportadas en atletas y podrían estar influenciadas por factores como sexo, intensidad del entrenamiento y años de práctica. Sin embargo, la relación entre la actividad deportiva y estos síntomas sigue siendo controvertida: algunos estudios señalan mayor riesgo en deportes de alto impacto, mientras que otros no encuentran asociación clara.

Objetivo
Determinar la prevalencia de síntomas de disfunción del suelo pélvico en atletas y explorar asociaciones con variables demográficas (sexo, edad) y deportivas (horas de entrenamiento, años de experiencia, práctica competitiva o recreativa).

Métodos
Se realizó un estudio transversal en 296 atletas, quienes respondieron un cuestionario estructurado sobre datos demográficos, entrenamiento y síntomas. Se calcularon estadísticas descriptivas y se aplicaron correlaciones de Pearson y Spearman, además de chi-cuadrado para variables categóricas, con significancia $p<0,05$.

Resultados
La muestra fue mayoritariamente femenina (70,9%) y recreativa (76,4%). El promedio de años de práctica fue de 9,2 (DE=9,8), con una mediana de 6. Las horas de entrenamiento semanal oscilaron entre 1 y 90, con un promedio de 6,87 (DE=6,34). Se observó una correlación significativa entre sexo y años de práctica ($p=2,99\times10>>$), indicando que los hombres tenían mayor experiencia. No hubo asociación entre años de práctica e intensidad ($p=0,80$). En cuanto a síntomas, el 70,9% nunca presentó IU, un 23,9% reportó episodios ocasionales y un 4,7% escapes frecuentes. La IF fue poco prevalente (>93% nunca presentó síntomas), mientras que la incontinencia de gases fue más común (23,9% ocasional, 4,7% frecuente). Un 23,9% reportó sensación ocasional de presión o pesadez vaginal durante el ejercicio y menos del 5% refirió impacto en la calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas en síntomas según sexo o edad.

Conclusiones
La IU fue el síntoma más frecuente, aunque la prevalencia global de disfunciones del suelo pélvico fue baja. No se hallaron diferencias relevantes por sexo o edad, pero sí mayor experiencia deportiva en hombres. Se requieren estudios que consideren disciplinas específicas, intensidad de entrenamiento y factores fisiológicos individuales.

P008) MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Lyng, R.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La enucleación prostática con láser, mediante HoLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate) o ThuLEP (Thulium Laser Enucleation of the Prostate), se ha consolidado como una alternativa quirúrgica segura y efectiva para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB). Este estudio describe la experiencia de la Clínica Alemana de Santiago.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo de 337 pacientes sometidos a HoLEP (65,6%) y ThuLEP (34,4%). Se recolectaron datos clínicos, quirúrgicos y de seguimiento mediante revisión de ficha electrónica. El análisis estadístico se efectuó con SPSS versión 26, utilizando la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar variables continuas pre y postoperatorias.

Resultados:

La mediana de edad fue de 67 años (RIC 62–73), con una alta carga de comorbilidades no urológicas (80,4%), destacando hipertensión (42,1%), dislipidemia (28,5%) y diabetes (17,5%). Sólo 1,5% tenía cirugía prostática previa, 30% usaba alfa bloqueadores y un 25,8% terapia combinada.

El volumen prostático mediano fue de 81 cc (rango 20–363) y el PSA de 3,79 ng/dL. El flujo máximo (Qmax) preoperatorio fue de 10,8 ml/s (RIC 7,8–15) y RPM de 105 cc (RIC 56,5-193)

Las principales indicaciones quirúrgicas fueron síntomas del tracto urinario inferior (STUI) refractarios al tratamiento médico (58,5%) y complicaciones derivadas de uropatía obstructiva baja (46,6%). La mediana de tiempo operatorio fue de 124 minutos y la estancia hospitalaria y uso de sonda de 2 días. La mediana del tejido resecado fue del 47,1% del volumen glandular. La anatomía patológica evidenció HPB en el 96,1% y cáncer incidental en el 7,4%.

Con una mediana de seguimiento de 4,5 meses, se observó una mejoría significativa en Qmax y RPM ($p<0,001$). La tasa global de complicaciones fue del 26,9%, siendo la mayoría Clavien-

Dindo IIIa de manejo mínimamente invasivo. Solo un 1,8% requirió retratamiento quirúrgico de STUI.

Conclusión

La enucleación prostática con láser es una técnica segura y eficaz para el manejo de la HPB en próstatas de cualquier tamaño, con buenos resultados funcionales y baja tasa de retratamiento, posicionándose como una alternativa sólida en centros con experiencia.

P009) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES?

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(1); Chacón, R.(1); Lyng, R.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Bustamante, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser es una técnica quirúrgica consolidada para tratar la hiperplasia prostática benigna (HPB) de gran volumen. No obstante, existen dudas sobre su perfil de seguridad y las diferencias en complicaciones entre sus dos modalidades principales. Este estudio compara las complicaciones postoperatorias de HoLEP y ThuLEP en un centro chileno.

Métodos

Se analizaron 337 pacientes operados en la Clínica Alemana de Santiago: 221 con HoLEP (65,6%) y 116 con ThuLEP (34,4%). Se recopilaron datos desde fichas electrónicas y se compararon las complicaciones entre grupos utilizando Chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondiera (SPSS v26).

Resultados

La tasa global de complicaciones fue 26,9%. Según Clavien-Dindo, la mayoría fueron grado IIIa (60,2%), principalmente por cateterización urinaria, seguidas por Clavien I (18,2%), II (13,6%), IIIb (4,5%) y IV (3,4%). Todas las Clavien IV fueron complicaciones médicas. Las

principales complicaciones fueron estrechez uretral (6,5%), retención aguda de orina (RAO) por detrusor insuficiente (4,7%) y hematuria (4,2%).

ThuLEP presentó una mayor incidencia global de complicaciones comparado con HoLEP (p<0,001). Se observaron más casos de hematuria (7,8% vs 2,3%; p=0,016), infección urinaria febril (8,6% vs 0,9%; p=0,001), RAO por coágulos (7,8% vs 1,8%; p=0,010) y RAO por detrusor insuficiente (9,5% vs 2,3%; p=0,005) en el grupo ThuLEP. No hubo diferencias significativas en estrechez uretral (p=0,843), estrechez de meato (p=0,118), incontinencia urinaria de esfuerzo (p=0,555) ni urgencia urinaria (p=1,000).

Hubo estrechez uretral en 8.6% de los casos operados con camisa 26 Fr y en 4.3% con 24 Fr, sin diferencia significativa (p = 0.082). De los 22 casos, 17 fueron tratados con dilataciones, 2 con balón medicado tras uretrotomía interna y 4 no recibieron tratamiento. La mediana de aparición fue de 3.5 meses.

Conclusión

ThuLEP se asoció a una mayor tasa de complicaciones postoperatorias, especialmente hematuria, ITU febril y RAO. La incidencia de estrechez uretral fue similar en ambas técnicas. La mayoría de los eventos adversos fueron tratables con medidas mínimamente invasivas. Aunque HoLEP mostró un perfil de seguridad más favorable, esto podría estar influido por la curva de aprendizaje, ya que ThuLEP fue la técnica inicial en la institución.

P010) MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA

Piñats Diaz, N.(1); Acuña Madrid, J.(2);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital Dipreca, Hospital Felix Bulnes Cerda., Santiago, Chile

Introducción:

El crecimiento prostático constituye una de las patologías más prevalentes en la población masculina de Chile, con una incidencia creciente a partir de los 50 años. Entre las alternativas quirúrgicas disponibles, la enucleación endoscópica de la próstata (EEP), ha experimentado una creciente aceptación. Esto por su carácter mínimamente invasivo, perfil de seguridad favorable y resultados funcionales comparables o incluso superiores a obtenidos con técnicas tradicionales (adenomectomía abierta o la resección transuretral de la próstata). Además, la EEP ofrece la ventaja de poder abordar próstatas de cualquier tamaño, lo que amplía su aplicabilidad clínica. El objetivo del presente estudio es describir el estado actual de la EEP en Chile, así como explorar sus perspectivas y proyecciones futuras.

Materiales y métodos:

Se realiza encuesta dirigida a urólogos de todo el país; esta fue distribuida vía plataformas digitales, con el objetivo de identificar el grado de adopción de la técnica, modalidades de implementación, tecnologías empleadas y principales desafíos en cada centro.

Resultados:

Se obtienen 34 respuestas de todas las regiones del país, provenientes en mayor proporción de centros públicos, seguido por privados y hospitales de fuerzas armadas. El 94,1% de los centros que respondieron la encuesta reportó realizar enucleación endoscópica de la próstata (EEP), con una consolidación progresiva desde el año 2021; 64,7% de los centros con curva establecida. El láser de holmio fue la energía predominante (82,3%), y el morcelador más utilizado fue HAWK (88,2%). Respecto al recurso humano, 32,3% de los centros contaban con 2 urólogos con curva completa y 26,4% con ≥3. En 73,5% se realizan entre 1–5 casos semanales y 38,2% no utiliza un punto de corte por volumen prostático. El 32,3% de los centros dispone de programa de formación en urología, permitiendo participación progresiva de residentes. Entre las principales ventajas destacadas se mencionan menor estancia hospitalaria, menor tasa de complicaciones y reducción del tiempo de sonda vesical.

Conclusiones:

La EEP se encuentra altamente expandida en Chile, presente en más del 90% de los centros encuestados y dos tercios de ellos con curva de aprendizaje consolidada posicionándose progresivamente como el gold-standard para el manejo quirúrgico de HPB.

P011) FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE

Silva, C.(1); Fernández Wenzel, J.(1); Márquez, I.(1); Castillo, P.(1); Horn, C.(2); Sáez, I.(2);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La retención urinaria aguda (RAO) tras el retiro de la sonda Foley en el postoperatorio de la enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es una complicación infrecuente pero relevante, con una incidencia entre 5 y 15% en distintas series. Ésta puede prolongar la hospitalización, aumentar el malestar del paciente y condicionar la necesidad de re-instalación de sonda. Aunque diversas series han buscado predictores de RAO, no se han demostrado asociaciones estadísticamente significativas. El objetivo de este trabajo fue determinar la incidencia y posibles factores predictores de RAO tras el retiro de sonda en pacientes sometidos a HoLEP en dos centros de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con 170 pacientes sometidos a HoLEP por dos operadores entre 2019 y 2025 en el Hospital Militar de Santiago y la Clínica Universidad de los Andes. Se definió RAO como la imposibilidad de micción espontánea tras el retiro de sonda, con necesidad de re-cateterización para su manejo. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y postquirúrgicas para comparar entre los grupos con RAO (n= 12) y sin RAO (n=158).

RESULTADOS: Del total de 10 pacientes, 12 (7,6%) presentaron RAO, con edad media de 71 años. El volumen prostático ecográfico preoperatorio fue de 70,8 mL en el grupo con RAO y 77,7 mL en el grupo sin RAO. La cantidad de tejido resecado fue de 31,6 g y 33,6 g, y el tiempo de sonda fue de 50 hrs y 57 hrs, respectivamente. El 17% de los pacientes con RAO presentaba antecedente de RAO preoperatoria, versus 19% en el otro grupo. En el análisis multivariado, no se observaron asociaciones significativas ($p< 0,05$) entre RAO post retiro, y las variables evaluadas.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados fueron similares a lo reportado internacionalmente (7,6%). Ninguna variable mostró ser un factor de riesgo significativo ($p > 0,05$). Aunque sin significación estadística, los tiempos de sonda fueron ligeramente mayores en los pacientes que no presentaron RAO (57 vs 50 hrs). En este contexto, proponemos un retiro de sonda guiado por criterios clínicos, priorizando evitar re-cateterizaciones innecesarias antes que retiros demasiado precoces.

P012) COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH

Mardonez Contreras, P.(1); Lyon Errázuriz, J.(2); Salazar Campos, V.(2); Durruty Bostelmann, J.(3); Ayala Castro, C.(3); Oyanedel Muñoz, P.(3); Durán García, L.(3); Hartmann Arnouts, J.(3); (1): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Residente Urologia, Hospital clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (3): Urólogo, Hospital clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) se ha consolidado como el tratamiento quirúrgico de elección para la hiperplasia prostática benigna (HPB), debido a su eficacia en la desobstrucción del tracto urinario inferior y su favorable perfil de recuperación. Sin embargo, pese a sus beneficios reconocidos, no está exenta de complicaciones perioperatorias que pueden afectar la evolución clínica del paciente. El conocimiento y análisis de estos eventos adversos, tanto intraoperatorios como postoperatorios tempranos, resulta fundamental para mejorar los resultados quirúrgicos y optimizar el manejo perioperatorio. El presente estudio evalúa la incidencia y características de las complicaciones asociadas a HoLEP en nuestra institución, comparando los resultados entre próstatas menores y mayores de 80 gramos.

Material y Métodos
Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos con HoLEP entre 2022 y 2025 por diagnóstico de HPB. Se analizaron variables clínicas, eventos intraoperatorios y complicaciones postoperatorias tempranas (<30 días) y tardías, estratificando según el tamaño prostático.

Resultados
Se incluyeron 88 pacientes. Entre las complicaciones intraoperatorias se identificaron: perforación capsular (n=9; 10,2%), subtrigonización (n=4; 4,5%) y perforación vesical (n=1; 1,1%). No se registraron lesiones ureterales, falsas vías uretrales ni conversiones a RTU o cirugía abierta. En el postoperatorio temprano se observaron 6 infecciones urinarias (una con sepsis), 4 episodios de hematuria con retención urinaria por coágulos (uno con requerimiento de transfusión) y 1 estenosis de meato uretral. La tasa de reingreso fue del 4,5% (n=4), todos por hematuria; y la de reoperación, del 2,3% (n=2), también por sangrado persistente. No se encontraron diferencias significativas al estratificar por tamaño prostático.

Conclusión
HoLEP presenta un perfil de seguridad favorable, con una baja incidencia de complicaciones perioperatorias, incluso en próstatas de gran volumen. La mayoría de los eventos reportados fueron manejados de forma conservadora, sin necesidad de procedimientos mayores. Estos resultados respaldan su uso como una técnica segura y eficaz, con resultados reproducibles en distintos contextos clínicos.

P013) SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP

Schalper, M.(1); Camhi, I.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Rojas, J.(3); Morales, C.(3); Testa, I.(3); Guerrero, P.(3); Rojas, V.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:
El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia más frecuente en hombres y su detección temprana continúa siendo un desafío. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP), además de su rol terapéutico en hiperplasia prostática benigna (HPB), proporciona tejido quirúrgico para análisis histopatológico. Este estudio permite caracterizar el CaP en contexto de HoLEP, incluyendo hallazgos incidentales.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo en un centro único, incluyendo a pacientes sometidos a HoLEP entre enero de 2023 y mayo de 2025. Se recopilaron variables demográficas y perioperatorias de los pacientes: antígeno prostático específico (APE) preoperatorio, volumen prostático, tejido resecado, tiempo de morcelación y velocidad de morcelación. Se analizaron los datos en tres subgrupos: pacientes con HPB, con hallazgo incidental de CaP y con diagnóstico conocido de CaP previo.

Resultados:
Durante el período analizado se realizaron 77 procedimientos de HoLEP, de los cuales 12 (15,6%) presentaron biopsia quirúrgica positiva para CaP. En este subgrupo, 7 pacientes tenían diagnóstico previo de CaP y 5 pacientes corresponden a hallazgos incidentales. Los pacientes tenían una media de PSA de 4,65 ng/mL en el grupo de HPB, 3,1 ng/ml en el grupo de CaP incidental y 45,9 ng/ml en el grupo con diagnóstico de CaP previo. El volumen prostático promedio fue de 77.7 cc, 82.8 cc y 81 cc respectivamente. El tejido resecado promedio fue de 57.1 gr, 48.4 gr y 64.5 gr respectivamente. El tiempo de morcelación promedio fue de 16.5 min, 14 min y 19.3 min respectivamente. La velocidad de morcelación promedio fue de 3.46 gr/min, 3.46 gr/min y 3.34 gr/min respectivamente.

Conclusiones:
El análisis histopatológico tras cirugía de HoLEP permitió identificar CaP en una proporción relevante de pacientes, similar a lo reportado en la literatura. En los casos con diagnóstico previo de CaP se observaron niveles más altos de PSA pre-operatorios y tiempos más prolongados de morcelación, sin diferencias significativas en relación a la velocidad de morcelación. Este estudio propociona la base para identificar posibles predictores de cáncer de próstata en cirugía de HoLEP.

P014) INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP

Salazar Campos, V.(1); Lyon, J.(1); Mardonez, P.(2); Frías, S.(3); Hartmann, J.(4); Ayala, C.(4); Oyanedel, P.(4); Durán, L.(4);
(1): Residente de Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (2): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Interno de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile (4): Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La incontinencia urinaria(IO) es una complicación relativamente frecuente posterior a la enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP), especialmente durante los primeros meses. Se estima que entre un 20–40% de los pacientes pueden presentar incontinencia

transitoria en el postoperatorio inmediato. Esta cifra disminuye al 5–15% a los 3 meses, con una incidencia menor al 2% al año en centros de alta experiencia. Aunque suele ser autolimitada, su persistencia más allá de los 3 meses puede afectar significativamente la calidad de vida y requerir intervenciones adicionales. El objetivo de este estudio es describir la incidencia y evolución de la incontinencia urinaria persistente (>3 meses) en pacientes sometidos a HoLEP y comparar los resultados con los reportados en la literatura.

Materiales y Métodos

Estudio observacional de pacientes intervenidos con HoLEP entre 2024 y 2025. Se evaluó la presencia y tipo de incontinencia urinaria al 1°, 3°, 6° mes y al año postoperatorio. Se registraron variables como: prevalencia, tratamiento y resultados.

Resultados

Se analizaron 72 pacientes en total. La edad y tamaño promedio fue de 72 años y 85gr(30-228). 29(40%) pacientes eran mayor de 80gr. Al control del 1er mes: 37% tuvieron incontinencia urinaria de esfuerzo(IOE) y 19% incontinencia urinaria de urgencia(IOU). 12 pacientes usaban PADS con promedio de 2, los cuales se enviaron a kinesioterapia.

41/58 pacientes acudieron al control del 3er mes. 13(31%) tuvieron IOE y 5(12%) IOU. En 13 pacientes hubo resolución de IO desde el primer mes de control, 6 usando antimuscarínicos y 8 con terapia kinésica(KNT).

23/43 pacientes acudieron al control del 6to mes. 2(8%) tenían IOE y 2(8%) IOU, pero solo 1 paciente usaba 1 PAD. 11 pacientes habían recibido KNT. 10/19 acudieron al control anual y ninguno tenía incontinencia.

Conclusión

Nuestros resultados muestran una tasa de incontinencia al 3° mes superior a lo descrito en la literatura, posiblemente relacionada con la curva de aprendizaje quirúrgica. Así mismo con KNT especializada la recuperación de la continencia a los 6 meses resultó equivalente a lo presentado a otros grupos.

P015) ¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP?

Schalper, M.(1); Camhi, I.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Rojas, J.(3); Morales, C.(3); Testa, I.(3); Guerrero, P.(3); Calderón, D.(1); Rojas, V.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:
La enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) permite el tratamiento efectivo de pacientes con crecimiento prostático obstructivo y permite el análisis histopatológico del tejido resecado. Esto ha llevado a la identificación incidental de cáncer de próstata (iCaP) con una incidencia reportada entre el 5% y el 23%, y hasta un 7.6>% de casos de cáncer de próstata clínicamente significativos. Teóricamente, la presencia de tejido maligno podría influir en la densidad de la glándula, dificultando la morcelación y asociándose con tiempos operatorios más prolongados. Este estudio evalúa el tiempo de morcelación como predictor de cáncer en pacientes sometidos a HoLEP.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a HoLEP entre 2023 y 2025 en un centro único. Se extrajeron datos de protocolos operatorios y reportes histopatológicos. Se analizaron tres variables: presencia de cáncer en la biopsia quirúrgica, tiempo de morcelación y tamaño prostático. Se utilizó regresión logística binaria para evaluar la asociación entre tiempo de morcelación y cáncer, ajustado por tamaño prostático.

Resultados:
Se incluyeron 77 pacientes, con detección de cáncer de próstata en 12 casos (15.6>%). El tejido resecado prostático promedio fue de 57.08 g en pacientes con hiperplasia prostática benigna y 57.18 g en aquellos con cáncer. El tiempo promedio de morcelación fue de 16.54 minutos en el grupo con hiperplasia y 17.08 minutos en el grupo con cáncer. En el análisis multivariado, el tiempo de morcelación no se asoció significativamente con la presencia de cáncer incidental (OR: 1.008; p = 0.714), ajustando por tamaño prostático.

Conclusión:
A pesar de una base teórica que sugiere que tejido prostático maligno podría dificultar la morcelación, este estudio no encontró asociación significativa entre el tiempo de morcelación y el hallazgo de cáncer. La alta variabilidad técnica e interoperatoria, junto con la multifactorialidad del procedimiento, podría implicar su limitación como herramienta predictiva, especialmente para iPC. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y control de factores perioperatorios para validar esta hipótesis.

P016) CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES

Morales, I.(1); Fasce, R.(1); Avaca, F.(1); Fernández, J.(1); Iacobelli, A.(1); Castillo, P.(1); Morales, C.(1);
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES

INTRODUCCIÓN
Los stents ureterales son una práctica común en Urología para manejar diversas condiciones obstructivas de la vía urinaria. Sin embargo, su uso con frecuencia impacta negativamente la calidad de vida, lo que ha impulsado la evaluación de este impacto más allá de los desenlaces clínicos o quirúrgicos. Buscamos caracterizar dicho efecto mediante cuestionarios multidimensionales, analizando la calidad de vida durante la permanencia del stent y después de su retiro, considerando la edad, el diámetro del stent y su duración.

MATERIALES Y MÉTODOS
El estudio incluyó una cohorte de 128 pacientes. Realizamos un análisis descriptivo e inferencial. Para comparaciones, se usaron pruebas T de Student o Mann-Whitney. Para antes y después del retiro, empleamos la prueba T de Student para muestras pareadas o Wilcoxon si no se cumplían los supuestos paramétricos, y la Prueba Exacta de Fisher para variables cualitativas. El análisis se realizó con el software STATA.

RESULTADOS
Tras el retiro del stent, se observa una mejoría marcada en síntomas urinarios y dolor, con puntajes globales consistentemente más favorables. En mayores de 65 años aumenta la probabilidad de reconsulta y la necesidad de reposo, pese a la mejoría general. Stents de menor calibre (<6 Fr) se asocian a mejor percepción global in situ y mayor actividad sexual; estas diferencias se atenúan tras el retiro. El uso >30 días muestra un patrón mixto: mayor dolor localizado in situ, pero mayor satisfacción futura; post-retiro, el dolor residual y el desempeño laboral favorecen a <30 días.

CONCLUSIONES
La utilización de stents ureterales afecta sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. La edad, el diámetro y el tiempo de uso del stent son factores clave que influyen en esta experiencia. Se sugiere favorecer stents de menor diámetro por un mejor perfil global, y anticipar un mayor riesgo de molestias y reconsultas en pacientes mayores o con uso prolongado.

P017) HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Navarro Capone, R.(1); Moreno, N.(1); Castiglioni, E.(1); Eyzaguirre, M.(2);
(1): , SANTIAGO, Chile (2): Escuela de Medicina, Pontificia universidad catolica de Chile, SANTIAGO, Chile

Introducción:
El rol de los andrógenos en la litiasis urinaria continúa siendo motivo de debate. Mientras los estudios experimentales sugieren un efecto litogénico de la testosterona, la evidencia clínica muestra resultados dispares. Además, algunas teorías plantean que el hipogonadismo podría favorecer la resorción ósea, aumentando la carga de calcio disponible y, con ello, el riesgo de cálculos. Realizamos una revisión sistemática para evaluar la asociación entre

hipogonadismo, terapia de reemplazo con testosterona (TRT) y litiasis en hombres, así como la calidad metodológica de los estudios disponibles.

Métodos:
Se buscó en PubMed, Embase, Scopus y Google Scholar estudios que abordaran testosterona y litiasis. Se extrajeron datos de diseño, población, exposición, desenlaces y medidas de efecto. El riesgo de sesgo se evaluó con la escala Newcastle–Ottawa (NOS). Odds ratio (OR) y hazard ratio (HR) fueron transformados a log-estimaciones y errores estándar para síntesis cuantitativa.

Resultados:
Se incluyeron 15 estudios (cohortes, casos–control y transversales). Cinco mostraron asociación positiva entre testosterona baja o TRT y litiasis (OR/HR 1,3–1,7); dos no evidenciaron relación significativa (OR ≈ 1,0). El meta-análisis inicial con todos los trabajos analizables mostró una tendencia positiva sin significancia estadística y con heterogeneidad moderada (I^2≈48%). Al restringir el análisis a los estudios solamente de bajo riesgo de sesgo, el efecto se tornó significativo, con un incremento de riesgo relativo de 19% (RR 1,19; IC95% 1,16–1,21; p<0,0001) y heterogeneidad nula (I^2=0%). Varios estudios mecanísticos ayudan a entender el vínculo entre hormonas y cálculos. Se ha visto que los hombres con litiasis presentan niveles más altos de dihidrotestosterona y muestran una mayor presencia de receptores androgénicos en el riñón, además la exposición a testosterona exógena aumentaría el oxalato en la orina . Estos hallazgos apoyan la idea de que los andrógenos participan directamente en la formación de cálculos.

Conclusiones:
La evidencia sugiere una asociación modesta entre alteraciones androgénicas y litiasis, que se confirma estadísticamente al considerar únicamente estudios de bajo sesgo. Los hallazgos mecanísticos refuerzan la plausibilidad biológica. Hasta la fecha no existen revisiones sistemáticas en inglés o español sobre este tema; esta constituye la primera.

P018) RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Fernandez, M.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Barroso, J.(1); Catalan, G.(1); Osorio, F.(1); Bustamante, A.(1); Krebs, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Antecedentes: La nefrolitotomía percutánea es el tratamiento de primera línea para litiasis renal >2 cm, siendo el acceso percutáneo un paso crítico. La cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS) ofrece ventajas potenciales en el manejo de litiasis complejas o coraliformes, al integrar acceso retrógrado y percutáneo en un solo tiempo quirúrgico.

Objetivo: Describir las variables perioperatorias y los resultados quirúrgicos de una cohorte contemporánea de pacientes sometidos a ECIRS en un centro terciario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 44 procedimientos consecutivos de ECIRS en 40 pacientes. Se registraron variables quirúrgicas (tipo de vaina percutánea, visión endoscópica para la punción, número de punciones, necesidad de nefrostomía, tiempo operatorio y días de hospitalización) y de seguimiento. El desenlace primario fue la tasa libre de cálculos (TLC). Secundariamente se evaluaron complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo) y necesidad de procedimientos adicionales.

Resultados: La mediana de tiempo operatorio fue 160 minutos (RIC 127,5–190) y la de hospitalización 2 días (RIC 1–3). Se utilizó vaina miniaturizada en 75% de los casos, punción bajo visión endoscópica en 72,7% y se dejó nefrostomía en 20,5%. El número de punciones fue generalmente único (mediana 1; RIC 1–1). La TLC global alcanzó 52,3%, con mejores resultados en litiasis de menor complejidad (Guy Score I–II: 100–75%) y en ausencia de litiasis coraliforme (74%). Las complicaciones ocurrieron en 15,9%, mayoritariamente de bajo grado. Durante el seguimiento, el 28% requirió procedimientos secundarios (ECIRS 11,4%, RIRS 15,9%), mientras que 72.7% no presentó reintervenciones. En el análisis univariado, la miniaturización se asoció a mayor TLC (p=0,023) y a menor tiempo operatorio (p=0,013).

Conclusiones: La ECIRS en esta serie mostró un perfil quirúrgico favorable, con alta adopción de técnicas de miniaturización y de punción bajo visión endoscópica, asociadas a mejores tasas de éxito y eficiencia operatoria. Aunque las complicaciones fueron poco frecuentes y de baja severidad, la complejidad litiásica hace que aun el 28% de los pacientes pueda requerir un segundo tratamiento.

P019) CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO

Blackburn, S.(1); Espinoza, C.(1); Saldivia, D.(1); Diaz, G.(1); Philipp, S.(2); Reyes, A.(1); Guglielmi, J.(3); Riveros, J.(3); Larenas, F.(4); Martinez, C.(4); Fulla, J.(5); Campos, D.(6);
(1): Universidad de Chile - HCSBA, Santiago, Chile (2): Facultad de medicina - Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): HCSBA - H del Profesor, Santiago, Chile (4): HCSBA - Clinica MEDS, Santiago, Chile (5): HCSBA- Clinica MEDS, Santiago, Chile (6): HCSBA - Clinica Indisa, Santiago, Chile

Introducción

La urolitiasis es una condición prevalente y recurrente a nivel mundial. La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) ha expandido sus indicaciones, pasando del 60% en 2010 al 95% en 2020. Las complicaciones infecciosas, en especial la sepsis, representan un riesgo clínicamente relevante. Las guías EAU 2025 recomiendan con evidencia 1a el cultivo intraoperatorio de

litiasis en nefrolitotomía percutánea (PCNL) como predictor de sepsis, sin embargo, la evidencia específica en RIRS es escasa.

Material y Métodos
Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en pacientes ≥18 años sometidos a RIRS por litiasis renal, todos con urocultivo (UC) preoperatorio negativo. Se registraron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. Se obtuvo cultivo de litiasis (CL). Se evaluaron complicaciones infecciosas postoperatorias (fiebre, ITU, sepsis).

Resultados
Se incluyeron 14 pacientes (edad media 57,9 años; 62% hombres). Historia de ITU previa 40%, Charlson promedio 3.0 y el 62% portaba catéter ureteral previo. Todos recibieron profilaxis antibiótica. El tiempo operatorio mediano fue 90 minutos y en todos se utilizó vaina de acceso.
El UC preoperatorio fue negativo en el 100%. El CL fue positivo en 4 pacientes (28.5%). Se observaron complicaciones infecciosas en 2 pacientes (14%): fiebre en 2, ITU en 2 y sepsis en 1 (7,1%). En el 50% de los pacientes con CL positivo se presentaron complicaciones, incluyendo el único caso de sepsis.

Conclusiones
En esta cohorte con UC negativo, el 28% presentó CL positivo, identificando gérmenes no detectados previamente. El CL mostró asociación con complicaciones infecciosas, sugiriendo un mayor valor predictivo que el UC en pacientes sometidos a RIRS. Estos hallazgos apoyan la incorporación rutinaria del CL intraoperatorio como herramienta para optimizar la antibioticoterapia dirigida, en concordancia con las recomendaciones actuales para el manejo precoz de sepsis, fortaleciendo la toma de decisiones en caso de complicaciones de RIRS. Este estudio preliminar abre la puerta a investigaciones con mayor poder estadístico que confirmen estos resultados.

P020) PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE?

Vega Sepulveda, F.(1); Moya Villalobos, B.(1); Bascur Moenen-locoz, L.(1); Carrasco Sanchez, F.(1); Rivera Reyes, F.(1); Umaña Rodriguez, J.(1); Pieressa Pizarro, N.(2); Affeld Perez, M.(2); Urrutia Varela, S.(2); Chodowiecki Gebauer, A.(2); Lobos Sepulveda, C.(2); Valenzuela Viale, R.(2); Rodriguez Troncoso, J.(2); Orio Alvarez, M.(2); Gorena Palominos, M.(2);
(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (2): Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN: La pionefrosis es una urgencia urológica potencialmente letal, caracterizada por infección del sistema colector secundaria a obstrucción. Su diagnóstico y manejo oportuno son fundamentales para evitar sepsis grave y muerte. La resolución definitiva de la

litiasis es clave para prevenir complicaciones y preservar función renal. La literatura nacional sobre epidemiología y resultados quirúrgicos es escasa, especialmente en centros regionales. MATERIALES Y MÉTODOS: Objetivos: describir características clínicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes con pionefrosis en un centro de referencia regional; identificar complicaciones urológicas; cuantificar consultas a urgencias y tiempos de espera hasta la litotricia definitiva. Estudio retrospectivo. Cohorte de pacientes diagnosticados entre enero 2023 y abril 2025. Se registraron variables demográficas, etiología, parámetros de laboratorio, resolución de urgencia, evolución clínica, complicaciones, consultas a urgencias y tiempos de espera a cirugía definitiva. RESULTADOS: Se incluyeron 80 pacientes. Edad promedio al diagnóstico 51 años; sexo femenino 61%. Etiología: litiásica 94%, neoplásica 4%, inflamatoria 1%. Obstrucción predominante en uréter proximal (45%). Proteína C reactiva promedio: 160,4 mg/L. Admisión en Unidad Paciente Crítico: 11%. Procedimiento de urgencia: stent doble J 87,5%, ureterolitectomía distal 7,5%, nefrostomía 4%, nefrectomía primaria 1%. Complicaciones globales: 64%. Las precoces más frecuentes: sepsis, hematuria, shock séptico. Tardías más frecuentes: dolor refractario, infección urinaria, hematuria y nefrectomía por atrofia. Tiempo promedio entre cirugía de urgencia y litotripsia definitiva: 178 días. El 52,5% asistió a servicios de urgencias durante la espera, con promedio de 2,2 consultas, y con una máxima de hasta 8 consultas. CONCLUSIONES: La pionefrosis en nuestro centro afecta principalmente a mujeres de mediana edad, casi exclusivamente de etiología litiásica. La instalación del stent doble J fue la estrategia más utilizada. Existe una alta tasa de complicaciones y consultas a urgencia en relación al stent. El intervalo hasta la resolución definitiva de la litiasis es prolongado, fuera de las recomendaciones basadas en la evidencia, lo que podría optimizarse para reducir complicaciones.

P021) IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA

Gomez Lopez, I.(1); Rozental De Mayo, M.(1); Acuña, J.(1);
(1): Hospital DIPRECA, Santiago de Chile, Chile

Introducción:Globalmente se ha evidenciado un aumento de la incidencia de urolitiasis de un 48% en los últimos 30 años, posicionándose actualmente en un 13% con variaciones regionales, asociado a esto el 50% de los pacientes presentaran recidiva a 5 años, riesgo que se intensifica en presencia de factores metabólicos o genéticos predisponentes, sin embargo, este riesgo puede reducirse en un 46% si tales factores son identificados y tratados preventivamente.En Chile es un problema altamente frecuente, con una prevalencia de hasta 14%. Por este motivo se creó un policlínico para estudio de formadores de litiasis en nuestro centro,siendo el objetivo de este estudio describir los hallazgos iniciales del estudio metabólico de nuestra población.

Materiales y métodos:Estudio prospectivo descriptivo tipo serie casos, de pacientes con estudio metabólico de urolitiasis en Hospital Dipreca, controlados en policlínico de urolitiasis entre 07/2024 y 08/2025.Se incluyeron pacientes con criterios de ingreso: Recurrencia de episodios litiásicos, alta carga litiásica, compromiso litiásico bilateral, primer episodio a temprana edad, antecedentes familiares de urolitiasis, formadores de litiasis no cálcicas o pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales/trastornos de malabsorción. El estudio incluyó laboratorio general, PTH, y estudio de orina 24 horas.

Resultados:Se incluyeron un total de 28 pacientes. Con edad promedio de 54,3 años (43-73 años), el motivo de derivación principal fue episodios litiásicos recurrentes (60%), seguido por debut con litiasis múltiple/bilateral (30%).En 86% de los pacientes se evidenció alguna alteración, siendo la más frecuente bajo volumen urinario en 46%. El 28% de los pacientes presentaron hipercalciuria, 25% hipocitraturia, 17,8% hiperuricosuria y 10% hipernatriuria.El manejo incluyó evaluación y tratamiento nutricional, diúreticos tiazídicos, suplementación con citrato y derivación a endocrinología o nefrología según los hallazgos.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes con indicación de estudio metabólico presentan alguna alteración metabólica,siendo la más importante el bajo volumen urinario y en la mitad de la población estudiada asociada a hipercalciuria o hipocitraturia.La pesquisa de estas alteraciones nos permite realizar modificaciones de estilo de vida, manejo nutricional y específico para prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes.Los resultados de estas intervenciones serán parte de un estudio futuro.

P022) LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE.

Ruiz Espinosa, T.(1); Herrera Sepúlveda, D.(2); Oporto Uribe, S.(3); Navarrete C., D.(3); Vicherat M., C.(3);
(1): Residente Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Los stents ureterales doble J (pigtails) son ampliamente utilizados en Urología para asegurar la permeabilidad ureteral en tratamiento de urolitiasis, estenosis ureterales u otros procedimientos endourológicos. Su permanencia prolongada tiene riesgo de calcificarse, pudiendo necesitar cirugías complejas para su retiro. Si bien la Norma Técnica Nº226 del MINSAL (2023) establece la trazabilidad obligatoria de dispositivos médicos implantables, no existen registros nacionales publicados sobre el seguimiento de estos pacientes. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en la creación de un registro hospitalario de pigtails, caracterizar la población y evaluar tiempos de permanencia y retiro. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las instalaciones de pigtail entre 2023–2025 identificados en registro MINSAL y quirúrgico. Se evaluaron variables sociodemográficas y tiempos de retiro. RESULTADOS: Se identificaron 627 pacientes que egresaron con pigtail, donde 431 fueron retirados (69,3%), 162 permanecían con el

dispositivo (26,0%) y 29 fallecieron con pigtail (4,7%). La principal indicación se relacionó al tratamiento de urolitiasis (47,3%), seguida de pielonefritis obstructiva (36,4%) y estrecheces ureterales (15,4%). La mediana de permanencia fue de 39 días (RIC 25-62) con reducción progresiva y significativa entre 2023 y 2025 (p = 0,043). En los casos pendientes la mediana fue de 247 días (24-884), donde un 36,4% lleva menos de 6 meses. Sobre el riesgo de permanecer con drenaje, se encontraron diferencias entre la población extranjera vs chilena (96,9% vs 25,0%; p < 0,000000001, RR 3,9 y OR 93,0) y en el contexto de urgencias vs programados (35,2% vs 23,9%; p = 0,005, RR 1,46, OR 1,72). Además, se evidenció una menor edad de la población extranjera (45,7 vs 57,3 años; p = 0,0026) y mayor tendencia a pabellones de urgencia (p = 0,021). CONCLUSIONES: Este estudio consolidó un registro hospitalario, permitiendo caracterizar la población y evidenciar brechas en nuestra trazabilidad, especialmente en pacientes extranjeros y contextos de urgencias. La estrategia utilizada es replicable en otros centros, constituyendo una herramienta para optimizar la gestión institucional y orientar decisiones clínicas y administrativas a nivel local y nacional.

P023) RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Parada, F.(1); Calvo, I.(1); Loyola, M.(1); Ramírez, G.(1); Luz, D.(1); Radtke, V.(1); Acuña, J.(1); Telayna, F.(1); Arzeno, L.(1); Vergara, G.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción:

La infección urinaria es una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en urología. Aunque la mayoría son leves, algunas evolucionan a cuadros graves. El urocultivo preoperatorio se utiliza de forma rutinaria para detectar gérmenes antes de cirugía, pero se han descrito discrepancias con el cultivo intraoperatorio de pelvis renal, lo que limita su valor como predictor del riesgo infeccioso real. El objetivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico del urocultivo preoperatorio, caracterizar los microorganismos de cultivos intraoperatorios de pelvis renal y analizar su asociación con complicaciones postoperatorias en cirugía endoscópica de la vía urinaria superior.

Material y métodos:

Estudio observacional, analítico y retrospectivo en un hospital público chileno, que incluyó 54 pacientes operados entre marzo y agosto de 2025. Se obtuvo un cultivo intraoperatorio de pelvis renal y se analizaron variables demográficas, comorbilidades, parámetros intraoperatorios y resultados de ambos cultivos. Se evaluó rendimiento diagnóstico,

concordancia microbiológica y asociación con complicaciones postoperatorias. Se aplicó test exacto de Fisher para variables categóricas, considerando p<0,05. Se excluyeron portadores de catéter urinario permanente.

Resultados:

Se incluyeron 54 pacientes con una mediana de edad de 54 años, la mayoría intervenidos por litiasis obstructiva mediante ureteroscopía o nefrolitotomía. No hubo complicaciones Clavien-Dindo ≥III. El 37% de los cultivos preoperatorios fue positivo frente a 15% de los intraoperatorios. Se observó discordancia microbiológica en 80%, y en todos los casos con complicaciones no existió concordancia. El cultivo intraoperatorio permitió identificar gérmenes clínicamente relevantes no detectados en el preoperatorio, incluyendo aislamientos polimicrobianos y de mayor resistencia. El valor predictivo negativo del urocultivo preoperatorio fue alto (89%), respaldando su utilidad como herramienta de exclusión. Sin embargo, la asociación con complicaciones fue más evidente en los cultivos intraoperatorios positivos (p=0,069), sugiriendo su valor clínico en la evaluación del riesgo infeccioso.

Conclusión:

El cultivo intraoperatorio de pelvis renal entrega información más representativa del foco quirúrgico que el urocultivo preoperatorio. Su uso complementario podría optimizar decisiones terapéuticas y anticipar complicaciones infecciosas en pacientes de riesgo. Ampliar la muestra permitirá confirmar su utilidad clínica e impulsar su incorporación en la práctica urológica.

P024) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Opazo Márquez, V.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Márquez Correa, I.(3); Baeza Figueroa, C.(4); (1): Hospital Barros Luco, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4): Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: A pesar del envejecimiento de la población, a la fecha existe escasa evidencia sobre las características y el manejo quirúrgico de la estrechez de uretra en mayores de 70 años. Los pacientes adultos mayores además pueden presentar más comorbilidades, por lo que se tiende a utilizar métodos mínimamente invasivos, que no siempre tienen los resultados óptimos. Material y métodos: Revisión retrospectiva de un centro hospitalario. Criterios de inclusión: pacientes de sexo masculino, mayores de 70 años, que se sometieron a cirugía por estrechez de uretra y estrechez bulbomembranosa, entre los años 2021 y 2025. Se excluyeron pacientes con estenosis de uretra y con seguimiento incompleto. Se analizaron variables pre operatorias, intra operatorias y seguimiento. Resultados: Se identificaron 27 pacientes, de los cuales 25 cumplían con los criterios de inclusión. Mediana de edad 77.9 años (70-88). Las zonas más frecuentemente comprometidas fueron unión

bulbomembranosa (25%), fosa + uretra peniana (20.83%), y uretra bulbar (16.67%). Mediana longitud de estrechez de 48 milímetros (1-12). En 84% se identificó etiología iatrogénica. El 58% de los pacientes tiene tratamientos previos fallidos. Clasificación anestésica ASA II en 62.5% y ASA III en 33%. La cirugías más frecuentemente realizadas fueron 25% uretrotomía interna con balón medicado, 33.3% uretrostomia perineal y 33% uretroplastía con injerto de mucosa oral, con tamaño medio de injerto de 7 centímetros. Los paciente sometidos a uretrostomia perineal presentaron estrechez significativamente más larga. Hubo 8 complicaciones postoperatorias, 3 Clavien Dindo I y 5 Clavien Dindo II. Días de hospitalización 1.0 (1-3). Días de sonda foley 12 (0-34). Con una mediana de seguimiento 325 días (3-1077), se identificaron 3 pacientes con recidiva. No hubo mortalidad peri operatoria. Conclusiones: Los pacientes presentaron estrecheces largas y con múltiples tratamientos previos fallidos. La uretroplastia y uretrostomia son opciones seguras y definitivas en pacientes con estreches recidivantes o largas, con bajo porcentaje de complicaciones, por lo que debieran considerarse dentro de las opciones de tratamiento independiente de la edad. La hiperplasia prostática benigna y el síndrome de vejiga hiperactiva deben ser considerados en el seguimiento.

P025) DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO

Baeza Figueroa, C.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Santis Lobos, J.(2); Opazo Márquez, V.(1);
(1): Clínica Dávila, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo uretral femenino (DUF) es una patología poco frecuente, que representa menos del 0,02% de las cirugías pélvicas. Su diagnóstico suele retrasarse, generando múltiples consultas sin identificación de la lesión. El origen más aceptado es adquirido, secundario a inflamación crónica y obstrucción de las glándulas periuretrales, asociadas a infecciones urinarias recurrentes, partos y cirugías uretrales o vaginales. Los DUF se clasifican como simples o complejos, según su morfología, tamaño, tabiques, proximidad al cuello vesical y antecedentes quirúrgicos pélvicos. La presentación es variable; la triada clásica de disuria, dispareunia y goteo postmiccional se observa en menos de un tercio de los casos. Material y métodos: Revisión retrospectiva, entre los años 2019 y 2025, de una serie de pacientes con DUF. Se analizó presentación clínica, imágenes preoperatorias, técnica quirúrgica, hallazgos histológicos y seguimiento postoperatorio. Se excluyeron quistes de Skene y de Gartner. Resultados: Se identificaron 31 mujeres con lesiones quísticas parauretrales; 12 correspondieron a DUF, de los cuales 11 fueron complejos y de ellos, 5 circunferenciales. Mediana de edad 45 años (28-73 años). Síntomas: masa uretral (6/12), infecciones urinarias recurrentes (6/12), síntomas obstructivos bajos (4/12; tres con retención completa de orina) y urgencia miccional (5/12). De la triada clásica: disuria en 6/12, dispareunia en 4/12 y goteo postmiccional en 1/12. El intervalo entre inicio de síntomas y diagnóstico varió entre 1 y 132 meses (mediana: 3,5). Todas fueron multíparas. La resonancia

magnética mostró mediana de tamaño de lesión de 25 milímetros (15–47). Se efectuó resección quirúrgica vía vaginal, requiriendo además uretrorrafia en 10/12, catéteres ureterales en 4/12 y colgajo de Martius en 5/12. Mediana de tiempo operatorio 110 minutos (30–240). Hubo complicaciones en 3/12: dos Clavien-Dindo I y una Clavien-Dindo II. La histología mostró origen urotelial en 10/12. Al seguimiento a 3 meses, 7/12 presentaron incontinencia de esfuerzo, 1 severa que requirió cirugía, y 6/12 urgeincontinencia transitoria. No se observaron estenosis uretrales. **Conclusión:** Los DUF son entidades poco frecuentes y de difícil diagnóstico. Su cirugía es técnicamente demandante, particularmente en los circunferenciales, con riesgo de complicaciones, aunque en la mayoría de éstas se resolvieron a mediano plazo.

P026) URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS

Baeza Figueroa, C.(1); Escobar Urrejola, S.(2); Santis Lobos, J.(2); Márquez Correa, I.(3); Opazo Márquez, V.(1);
(1): Clínica Dávila, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La uretrostomía perineal (UP) constituye una alternativa quirúrgica indicada en pacientes con alto riesgo de recidiva tras reconstrucción, tales como pan-estrechez uretral, cirugías previas fallidas, liquen escleroso o múltiples comorbilidades. Este procedimiento permite restituir una micción funcional sin comprometer la continencia. Pese a su eficacia y recuperación relativamente rápida, suele considerarse como último recurso. Existen distintas técnicas descritas, inicialmente propuestas por Johanson y Blandy, pudiendo requerir injertos de mucosa oral o confección de colgajos, según los hallazgos intraoperatorios. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidos a UP entre 2018 y 2025, excluyendo aquellos con penectomía radical. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias (con énfasis en la técnica empleada) y de seguimiento. **Resultados**: Se identificaron 35 pacientes, de los cuales 28 cumplieron criterios de inclusión. La mediana de edad fue 69 años (26–87). La sobrevida estimada a 10 años según el índice de Charlson fue 53% (0–98%). Las principales indicaciones fueron: cáncer vesical y estrechez uretral (6), estrechez uretral compleja (13), uretroplastias previas fallidas (4), antecedente de gangrena de Fournier con estrechez uretral concomitante (3) y estrechez de uretrostomía perineal (2). Once pacientes portaban cistostomía. En cuanto a la técnica, se utilizó colgajo de Blandy en 22 pacientes, incisión media tipo Johanson en 3 y combinaciones de colgajos en 2. Siete requirieron injerto de mucosa oral, con tamaño medio de 48 mm. En seis casos se realizó transección uretral. Se registraron complicaciones en 10 pacientes (7 Clavien-Dindo I y 3 Clavien-Dindo II). La mediana de días de sonda fue 14 (5–146). Dos pacientes presentaron recidiva que requirió reintervención. Todos mantienen

micción a través de la UP. Conclusiones: La UP representa una opción segura y eficaz en pacientes seleccionados como estrechez uretral compleja, fallas reconstructivas previas o cáncer vesical concomitante. Permite restaurar una micción satisfactoria, con baja tasa de complicaciones mayores. El dominio de distintas técnicas quirúrgicas, incluyendo colgajos e injertos, resulta fundamental para optimizar resultados según el escenario intraoperatorio.

P027) USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES

García, M.(1); Quilodran, F.(2); Salgado, C.(3); Cuesta, N.(2); Espinoza, C.(2); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, viña del mar, Chile (3): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción

La estrechez uretral es una patología caracterizada por la reducción del calibre de la uretra anterior, comprometiendo significativamente la calidad de vida de los pacientes. Cuando afecta la uretra posterior se denomina estenosis uretral. Su manejo constituye un desafío clínico, especialmente cuando es recurrente, donde opciones endoscópicas tradicionales como dilatación y uretrotomía interna presentan recurrencias superiores al 50% al año, mientras que la uretroplastia alcanza cerca del 90% de éxito, aunque con, mayor invasivilidad. En este contexto, el balón medicado con placlitaxel surge como alternativa mínimamente invasiva, combinando dilatación mecánica con liberación local de un fármaco antimitótico capaz de reducir la cicatrización patológica y recurrencia. El objetivo de este estudio fue evaluar eficacia y seguridad de este dispositivo en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, que incluyó pacientes con estrechez/estenosis uretral <5cm, confirmadas por cistoscopia y uretrocistografia, tratados con balón medicado entre abril 2024 y mayo 2025. El seguimiento fue de 3 meses. Se evaluaron características clínicas y endoscópicas de la lesión, mejoría en la calidad de vida, resultados anatómicos definidos por franqueabilidad con cistoscopio flexible 16-Fr y complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes con mediana de edad de 69 años (RIC:66-73). El (2,4% había recibido tratamientos endoscópicos previos, y 38,4% presentaba ≥2 reintervenciones. la

localización más frecuente fue de uretra anterior, en su porción bulbar (64,7%). En el 88,2% de los casos la longitud de la lesión fue ≤2cm. A los 3 meses, el 76,5% reportó mejoría clínica en la calidad de vida, mientras que un 70,6% alcanzó un resultado anatómico exitoso. En cuanto a seguridad, se registró una complicación Clavien-Dindo II (pielonefritis aguda).

Conclusión

Este trabajo representa el primer reporte nacional en un hospital público sobre el uso del balón medicado con paclitaxel. Nuestros resultados muestran su eficacia y seguridad iniciales, en concordancia con reportes internacionales, respaldando su rol como alternativa válida de tratamiento en estrechez/estenosis uretral. Las limitaciones del estudio fueron: tamaño muestral reducido, carácter retrospectivo y corto seguimiento, lo que subraya la necesidad de investigaciones prospectivas con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para validar su eficacia a largo plazo.

P028) COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO.

López, V.(1); Benítez, A.(1); Ávila, C.(1); Cortéz, C.(2); Gil, A.(1); Gjuranovic, M.(1);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción.

La radioterapia (RT) tiene múltiples beneficios oncológicos, sin embargo no está exenta de complicaciones por el daño actínico producido al tejido sano circundante. Las principales complicaciones urológicas incluyen cistitis, ureteritis actínica y fístulas. En la literatura se describe que entre 5-10% de los pacientes con RT pélvica desarrollarán cistitis actínica, sin embargo no hay evidencia nacional sobre la incidencia y la carga que representan estas complicaciones. El manejo de estos pacientes puede ser complejo y significa un alto costo al sistema.

Materiales y métodos.

Estudio retrospectivo de interconsultas realizadas al Servicio de Urología de un Hospital Universitario entre julio de 2023 y julio de 2025 por pacientes con complicaciones urológicas de RT, incluyendo cistitis, uretritis actínica y fístulas obteniendo datos demográficos, tipo de complicación, manejo realizado y número de días-cama

Resultados

En el periodo estudiado, se identificaron 74 interconsultas, correspondientes a 30 pacientes. La mediana de edad es de 66 años, 84% eran de sexo femenino. Los primarios más frecuentes fueron: cervicouterino (69%) y próstata (19%), el resto corresponde a vejiga y colorrectal. El tiempo medio desde la radioterapia fue de 12 años. Las complicaciones urológicas más frecuentes fueron ureteritis actínica (60.3%), cistitis actínica (49.3%) y fístula colovesical (31.5%). Complicaciones combinadas se observaron en 31,5% de los casos. Un 57% de los pacientes requirió manejo quirúrgico. La mediana de días de hospitalización fue de 11 días (1–89). Respecto a la complejidad de cama, 38% requirió cuidados intermedios y un 22% UCI.

Discusión

Las complicaciones urológicas por RT representan una carga importante para los servicios de urología y el sistema de salud, dado la prolongada estadía, la necesidad de camas críticas y la cantidad de procedimientos que requieren estos pacientes. Están subestimadas dado que en su mayoría se presentan años después del periodo de seguimiento de los estudios. Los resultados presentados destacan la alta carga asistencial, de morbilidad y de recursos que representan estos pacientes y remarcan la necesidad de mayores estudios para profundizar en modelos que permitan predecir la aparición de complicaciones y realizar abordajes precoces.

P029) QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS

Ball Tzichinovsky, J.(1); Gana G., R.(2); Serrano, L.(3); Rodriguez H., J.(4); Hidalgo, D.(5); Bustamante, P.(6); Acuña, C.(7); Correa, R.(4); Reed López-güereña, F.(8);
(1): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana y Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (3): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (4): Clinica Alemana, Santiago, Chile (5): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillan, Chile (6): Hospital Provincial de Ovalle, Ovalle, Chile (7): Clinica Alemana y Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (8): Hospital Exequiel González Cortes & Clinica Alemana, Santiago, Chile

Introducción:
Los quistes de uraco son una anomalía infrecuente en la edad pediátrica, con manifestaciones clínicas variables que van desde hallazgos incidentales hasta cuadros infecciosos. El objetivo de esta serie es describir la presentación clínica, el manejo y los hallazgos histológicos en pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste de uraco.

Material y Métodos:
Revisión retrospectiva de 8 pacientes entre 1 mes y 11 años con diagnóstico de quiste de uraco. Se analizaron edad, forma de presentación, tratamiento y resultados histológicos.

Resultados:
La edad promedio fue 7,6 años (rango 1 mes – 11 años). La forma clínica más frecuente fue la infección del quiste en 4 pacientes (50%), seguida de hallazgos incidentales en 2 pacientes (25%), asociación con litiasis en 1 paciente (12,5%) y dolor abdominal en 1 paciente (12,5%). El manejo quirúrgico se realizó como estrategia primaria en 4 casos (50%), mientras que 3 pacientes (37,5%) requirieron tratamiento antibiótico inicial seguido de cirugía diferida. Solo 1 lactante (17%) se resolvió con manejo médico exclusivo y seguimiento ecográfico. En el estudio histológico, 4 pacientes (50%) presentaron quiste de uraco sin signos de neoplasia, 1 paciente (17%) uraco parcialmente permeable, 2 pacientes (25%) inflamación crónica con necrosis y abscedación, y en el caso resuelto médicamente no se obtuvo tejido (12,5%). En ningún caso se evidenció transformación maligna.

Conclusiones:
La presentación clínica de los quistes de uraco en pediatría es heterogénea, predominando la forma infecciosa. El tratamiento quirúrgico constituye la estrategia definitiva en la mayoría de los casos, aunque algunos lactantes pueden resolverse con manejo médico exclusivo y vigilancia. En nuestra serie no se documentó transformación maligna.

Tabla Resumen de casos

Paciente	Edad	Quiste infectado	Síntomas papales	Manejo	Histología
1	6a	NO	Dolor abdominal, hallazgo ecográfico	Quirúrgfico	Urano parcialmente permeable y quiste
2	11a	NO	Hallazgo en síndrome nefrítico	Quirúrgico	Quiste sin neoplasia

3	8a	SI	Dolor abdominal, fiebre, TC	Antibióticos/cirugia	Quiste sin neoplasia
4	9a	Litiasis	ECO	Quirùrgico	NA
5	1 m	SI	Secresión	Antibióticos	NA
6	5a	SI	Dolor, fiebre, LUTS	Antibióticos/cirugìa	Inflamación sin neoplasia
7	11a	SI	Dolor, fiebre, LUTS	Antibiíoticos/cirugia	inflamación
8	11a	NO	Dolor	Quirúrgico	Quiste sin neoplasia

P030) EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

Meriño Donoso, I.(1); Epifani Villalobos, C.(1); Delgado Valdivia, J.(1); Castillo Cárdenas, A.(1); Doll Garay, C.(1); Rodriguez Castillo, R.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Alarcón Ríos, J.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodríguez Concha, C.(1); Loyola Maturana, J.(1); Lancellotti Giganti, D.(2);
(1): HOSPITAL DE COQUIMBO, COQUIMBO, Chile (2): UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, COQUIMBO, Chile

Introducción:
La cirugía mínimamente invasiva constituye actualmente un estándar de calidad en urología. La laparoscopía se ha consolidado como una alternativa válida y ampliamente utilizada en el tratamiento de múltiples patologías urogenitales, especialmente en centros donde la cirugía robótica aún no se encuentra disponible.

Objetivo:
Describir los resultados de la cirugía laparoscópica uro-oncológica realizada en el Hospital

San Pablo de Coquimbo, considerando parámetros perioperatorios, así como resultados oncológicos y funcionales

Material y métodos:
Se recopilaron datos clínicos desde fichas físicas y electrónicas, registrándose en base de datos "Urodata". Se incluyeron los procedimientos laparoscópicos con diagnóstico oncológico preoperatorio realizados en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre Enero 2019 y mayo de 2025.

Resultados:
Se realizaron 229 procedimientos, 174 nefrectomías, 52.3% radical (NRL) y 47.7% parcial (NPL), predominando el abordaje laparoscópico transperitoneal; 11 suprarrenalectomías; 26 prostatectomías; y 16 nefroureterectomías y recientemente 2 cistectomías. La duración media fue de 152 minutos para nefrectomías, comparable para ambas técnicas con estadías hospitalarias de aproximadamente 2.8 días. La tasa de conversión fue 6.5% en NRL y 4.8% en NPL, 1.5% requirió reintervención. El 85% del total presentó márgenes negativos. En las suprarrenalectomías el tiempo operatorio promedio fue de 138 minutos y estancia de 3.7 días. Se convirtió a cirugía abierta en un caso por lesión hepática; se obtuvo márgenes negativos en todos los casos.
Para las prostatectomías el tiempo medio fue de 294 minutos y la estancia 2.5 días. Hubo 2 complicaciones intraoperatorias y una conversión. Tiempo sonda promedio de 15.6 días. Se obtuvo márgenes positivos en 26%.
Con respecto a las Nefroureterectomías, presentaron una duración media de 230 minutos y estadía de 2.8 días, necesitando una reintervención por evisceración. El 12,5% presentaron márgenes positivos.
Finalmente ambas Cistectomías presentaron complicaciones Clavien-Dindo ≥3. Los márgenes patológicos fueron negativos.

Conclusión:
Aunque se trata de una serie con volumen limitado, la implementación de cirugía laparoscópica avanzada en nuestro centro ha permitido expandir sus indicaciones e incorporar opciones quirúrgicas. La progresiva optimización de la técnica durante la curva de aprendizaje se ha traducido en buenos resultados, comparables con lo reportado en la literatura internacional.

P031) MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL

Ascorra Hormaechea, S.(1); Rivera Santos, B.(2); Salvado Besnier, J.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile (3): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción
El entrenamiento quirúrgico mediante simulación clínica ha demostrado ser una herramienta

efectiva para desarrollar destrezas técnicas y acortar la curva de aprendizaje sin comprometer la seguridad del paciente. Esta metodología permite un aprendizaje progresivo en un ambiente controlado y supervisado, adaptado a las necesidades individuales. La punción renal es una habilidad esencial en urología, aplicada en nefrostomía o nefrolitotomía percutánea. La literatura señala que la competencia técnica se alcanza tras 24 procedimientos de nefrostomía y entre 25-50 de nefrolitotomía percutánea, destacando la utilidad de los modelos simulados en etapas formativas. El objetivo de este trabajo es presentar un modelo factible, económico y replicable para entrenar la punción renal bajo guía ecográfica.

Materiales y método

Se diseñó un modelo ex vivo utilizando la carcasa de pollo eviscerado en el que se introdujo un riñón porcino. Para dilatar la vía urinaria se empleó polietilenglicol con azul de metileno, inyectado por vía ureteral y sellado distalmente. Posteriormente, el riñón se posicionó dentro de la carcasa. La visualización ecográfica permitió identificar la vía urinaria y efectuar la punción con aguja Chiba Nº18, verificando el éxito mediante la aspiración de azul de metileno. El modelo fue utilizado durante el curso "IV Endourology Summit 2024" en Santiago de Chile, siendo probado por urólogos y residentes en la sección "Hands on".

Discusión

La simulación clínica constituye una estrategia clave en el aprendizaje quirúrgico, especialmente en técnicas de difícil acceso en pabellón. Existen múltiples modelos descritos para punción renal, aunque suelen presentar costos elevados y limitada disponibilidad. Ejemplos incluyen el uso de gelatina balística con sistema colector radiodenso, el montaje de riñones porcinos en pared toracoabdominal de cerdo ex vivo, o el modelo "sandwich" con riñones entre capas de piel porcina. Frente a estos, el modelo aquí presentado ofrece una alternativa de bajo costo, fácil elaboración y adecuada similitud anatómica.

Conclusión

El modelo ex vivo descrito constituye una herramienta accesible, reproducible y de bajo costo para el entrenamiento en punción renal guiada por ecografía. Su implementación favorece la adquisición de habilidades en un entorno seguro, optimizando el aprendizaje y contribuyendo a mejorar la formación en urología intervencional.

P032) SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS.

Mejias Briceño, A.(1); Mario, C.(1); Ramirez Quintero, J.(2); Henriquez, P.(1); Marquez, R.(1); Hohf, P.(1); Volosky, M.(1); Mendoza, E.(1); Sobell, R.(1); Muñoz, S.(1); Soto, R.(1); Castro, D.(1);
(1): HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, Chile (2): HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO, Chile

Introducción: La circuncisión es un procedimiento ampliamente utilizado en urología, con una incidencia del 36% en mayores de 15 años. Está indicado en condiciones como fimosis, balanitis, dispareunia y por motivos religiosos. Respecto a técnicas quirúrgicas, está desde la disección tradicional hasta los dispositivos automáticos. Sin embargo, hay evidencia limitada comparando estos abordajes. El objetivo de este estudio fue comparar la satisfacción general y funcional de pacientes sometidos a circuncisión con dispositivo automático versus disección convencional, evaluando además las complicaciones postoperatorias y tiempos quirúrgicos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, con una muestra de 48 hombres mayores a 18 años, indicados por fimosis o balanitis recurrente, atendidos en un hospital chileno entre enero y julio de 2025. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno usando el dispositivo "CIRCCURER™" (20 pacientes), y otro con disección tradicional (28 pacientes). Se evaluó tiempo operatorio, uso de anestesia y complicaciones postoperatorias, además se diseñó una encuesta de satisfacción aplicada a los 7 días y 30 días postoperatorios (incluyendo: dolor postoperatorio, incomodidad en cambio de la mucosa, al tener relaciones sexuales o percepción del tamaño del pene, satisfacción de cirugía y si recomendaría la técnica usada). Para la estadística se utilizó: Shapiro–Wilk (normalidad); Skewness (asimetría en tiempos quirúrgicos), Mann–Whitney y test exacto de Fisher (para grupos independientes y complicaciones).

Resultados: El tiempo quirúrgico fue menor en CIRCCURER ($p < 0,001$), con promedio de 26min y en el otro grupo 41min. No se observaron diferencias significativas en complicaciones postoperatorias (dolor y sangrado, $p=0,711$). No hubo diferencias en satisfacción general, incomodidad en el cambio de la mucosa, relaciones sexuales o percepción del tamaño del pene. Hubo 2 dehiscencias de sutura hacia ventral, 1 para cada grupo (Clavien-Dindo<2), las cuales no ameritaron reintervención y cicatrizaron satisfactoriamente al segundo control.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el uso de dispositivos automáticos permite reducir el tiempo quirúrgico sin incrementar las complicaciones ni afectar la satisfacción del paciente, apuntando a una mayor eficiencia quirúrgica, permitiendo resolver más pacientes, optimizando el recurso más limitante de un hospital público como es el pabellón.

P033) DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA.

Hohf, P.(1); Henriquez, P.(1); Mejías, A.(1); Márquez, R.(1); Mendoza, E.(1); Volosky, M.(1); Iturriaga, C.(2);
(1): Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El absceso prostático (AP) es una entidad infrecuente que puede requerir reintervención. El Prostate Abscess Complexity Score (PACS) fue desarrollado recientemente para predecir este desenlace, mostrando buen rendimiento en su cohorte original. La validación externa es necesaria para confirmar su aplicabilidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó 51 pacientes con AP confirmado por imágenes entre julio de 2019 y mayo de 2025. El desenlace primario fue la necesidad de intervención adicional tras el manejo antibiótico inicial. El PACS se calculó en todos los casos y se evaluó su rendimiento con el punto de corte ≥6. Se estimaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva ROC (AUC) con IC95%. La calibración se analizó mediante intercepto, pendiente y Brier score, explorando la necesidad de recalibración.

RESULTADOS: De los 51 pacientes, 24 (47%) requirieron reintervención. Con un corte PACS ≥6, la sensibilidad fue 91,7% (IC95%: 74,2–97,7), especificidad 66,7% (IC95%: 47,8–81,4), valor predictivo positivo 71,0% (IC95%: 53,4–83,9) y valor predictivo negativo 90,0% (IC95%: 69,9–97,2). El AUC fue 0,83 (IC95%: 0,72–0,94), confirmando adecuada capacidad discriminativa, comparable al estudio original (AUC 0,81). En la calibración, el intercepto fue 0,004, la pendiente 0,99 y el Brier score 0,159, evidenciando excelente concordancia entre lo predicho y lo observado. La recalibración no modificó los resultados, indicando estabilidad del modelo.

CONCLUSIÓN: El PACS mostró buen desempeño diagnóstico para predecir la necesidad de intervención adicional en AP, con alta sensibilidad y valor predictivo negativo, siendo útil para identificar pacientes de bajo riesgo candidatos a manejo conservador. El AUC y la adecuada calibración confirman la reproducibilidad del modelo en esta población. Se requieren estudios multicéntricos y con mayor tamaño muestral para consolidar su validez externa.

P034) BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Objetivo: El estudio actual tiene como objetivo comparar los resultados perioperatorios y postoperatorios entre la nefrectomía parcial asistida por robot (NPR) y la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) tradicional. Múltiples revisiones de la literatura actual han detallado la falta de estudios realizados por un solo cirujano en este ámbito.

Métodos y Materiales: Comparamos retrospectivamente las características demográficas de los pacientes, las características del tumor, los resultados perioperatorios y postoperatorios de todas las nefrectomías parciales realizadas por un solo cirujano, con experiencia en cirugía laparoscópica y asistida por robot, entre 2014 y 2024. Se utilizó el sistema quirúrgico Da Vinci. Para limitar el sesgo entre operadores, utilizamos a un solo cirujano con experiencia en ambos enfoques para reducir el sesgo observado en otros estudios multicéntricos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software GraphPad Prism versión 7.03, San Diego, CA, EE. UU.

Resultados: Se compararon 100 paciente operados de NPL vs 105 pacientes operados de NPR. Para una misma complejidad del tumor renal, el tiempo de isquemia caliente se redujo en 5.5 minutos, la duración de la estancia hospitalaria se redujo en 1.3 días y el deterioro agudo de la función renal se redujo en un 55%, siendo estos resultados significativos mejores con la nefrectomía parcial asistida por robot en comparación con la nefrectomía parcial laparoscópica.

Conclusión: En este estudio comparativo de un solo cirujano con experiencia en ambas técnicas, la NPR demuestra ser segura y efectiva, siendo superior en parámetros peri operatorios y funcionales.

P035) RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS

Westenenk, K.(1); Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Ramírez, G.(1); Aliaga, A.(1); Catalán, G.(1); Pinochet, R.(1); Bustamante, A.(1); Fernández, M.(1);
(1): Clínica Alemana Universidad de Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: La resección transuretral de tumores de vejiga (RTU-V) constituye el paso crítico en el manejo de esta enfermedad y requiere mejorías cualitativas, considerando que el manejo depende de la información obtenida de este procedimiento. La resección transuretral en-bloc (RTUVeB) tiene como objetivo mejorar la calidad al optimizar las condiciones del espécimen para análisis patológico, disminuir recurrencia tumoral al minimizar la dispersión tumoral así como reducir la ocurrencia de complicaciones

postoperatorias. Analizamos los resultados de la introducción de RTUVeB en nuestra serie, comparándolos con resección transuretral convencional (RTUVc).

Material y método: Se incluyeron pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) Ta de bajo grado tratados entre 2022 y 2025 en nuestro centro. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, evaluando como desenlace primario la ocurrencia de recurrencia tumoral y como desenlaces secundarios la presencia de músculo detrusor (MD), ocurrencia de complicaciones postoperatorias, tiempo operatorio y estadía hospitalaria.

Resultados: De 282 RTU-V realizadas, 47 (16,7%) fueron RTUVeB y 235 (83,3%) RTUVc. Si bien no hubo diferencia significativa en tamaño tumoral entre ambos grupos (mediana 15 vs. 10 mm; p=0,15), el tiempo operatorio fue significativamente menor para la RTUVeB (mediana 30 vs. 45 min; p<0,01). Desde el punto de vista oncológico, si bien se identificaron diferencias a favor de la RTUVc, no fueron estadísticamente significativas (recurrencia intravesical 22 vs. 34%; p=0,14 y presencia de MD 82 vs. 71%; p=0,11). En cuanto a complicaciones postoperatorias, las diferencias tampoco fueron significativas a pesar de una menor ocurrencia en RTUVeB (2,1 vs 9,4%; p=0,14). No hubo diferencias en la necesidad de alta con sonda Foley (8,7 vs 8,7%; p=1,0). La estadía hospitalaria fue significativamente menor para las RTUVeB (1 vs. 2 días; p<0,001).

Conclusiones: La RTUVeB no mostró diferencias clínicamente relevantes con la RTUVc en muestra serie. Esto concuerda con series internacionales, reforzando que las medidas más relevantes para mejorar desenlaces oncológicos en CVNMI probablemente son otras, entre ellas una adecuada y prolija cistoscopía y la realización de una instilación inmediata con Quimioterapia. Finalmente, estudios con un mayor tamaño de muestra de RTUVeB son absolutamente necesarios para obtener conclusiones estadísticamente más significativas.

P036) CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO.

Verdugo, C.(1); Mellado, J.(2); Alfaro, A.(1); Alarcón, L.(1); Borgna, V.(1);
(1): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

La inmunoterapia intravesical con BCG constituye el estándar de tratamiento adyuvante para disminuir la recidiva tumoral en el CVNMI. En nuestro centro se incluyó recientemente la nueva cepa Moscow 361-I, Existen limitados reportes sobre la seguridad y eficacia de esta nueva sepa. El objetivo de este estudio fue comparar a corto plazo la seguridad y efectividad de esta cepa.

Metodología: Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivo (comparativo no aleatorizado) Se incluyeron 53 pacientes con el diagnóstico de CVNMI tratados en un centro terciario entre 2020-2025. Se incluyeron aquellos que completaron inducción y al menos 3 meses de mantención con una sola cepa (Danish 1331 o Moscow 361-I). La asignación de la cepa fue aleatoria, determinada por la disponibilidad en el centro Se analizaron variables demográficas (sexo, edad), oncológicas (resultado biopsia), efectos adversos (EA) clasificados como: G1 (autolimitados <48 h), G2 (≥48 h o requieren tratamiento farmacológico) y G3 (compromiso sistémico) y outcomes oncológicos como recidiva o progresión a 6 meses de seguimiento. Se aplicaron chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher, considerando significativo $p<0.05$.

Resultados: De los 53 pacientes, 30 recibieron BCG Danish (56%) y 23 Moscow (43%). La media de edad fue 64.9 [47 - 84] años en grupo Danish y 70.6 [60 - 85] años en Moscow. 21 Hombres(70%) y 9 Mujeres(30%) Danish, 17 Hombres (73.9 %) y 6 Mujeres (26%) con cepa Moscow (p=1).Las características oncológicas de cada grupo eran comparables (p = 0.125). EA con Danish: 43% G1, 23% G2, sin G3. EA con Moscow: 9% G1, 21% G2 y un paciente (4.3%) con G3 por infección sistémica por *M. bovis*. No hubo diferencias significativas en incidencia de EA: G1 (p=0.786), G2 (p=1) y G3 (p=1). Recidiva tumoral: 4 pacientes (13.3%) con Danish y 1 (4.3%) con Moscow (p=1). No se evidenciaron progresiones ni mortalidad en ambos grupos.

Conclusión:En nuestro estudio no se observaron diferencias significativas en seguridad ni eficacia entre ambas cepas de BCG a corto plazo como tratamiento adyuvante en CVNMI. Sin embargo faltan estudios prospectivos y randomizados a corto y largo plazo para determinar el real valor de esta nueva cepa.

P037) CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción

El carcinoma urotelial del tracto urinario superior es una neoplasia infrecuente, representa el 5% de los tumores uroteliales y tiene una incidencia estimada de 2/100.000 habitantes. Debido a su diagnóstico habitualmente tardío y en estadios avanzados, presenta un pronóstico desfavorable. El 80% de los casos (alto grado), presenta una sobrevida de 50 - 60% a 5 años. La nefroureterectomía radical (NUR) se mantiene como pilar de tratamimento.

Material y Métodos
Estudio descriptivo de una cohorte restrospectiva, monocéntrico; que incluyó a pacientes sometidos a NUR con diagnóstico imagenológico previo, en el período de enero 2017- agosto 2025. Se excluyeron aquellos con enfermedad metastásica (para el análisis estadístico). Se revisaron fichas clínicas, estudios de imagen y biopsias. El objetivo primario es la caracterización de complicaciones quirúrgicas y secundarios: resultados oncológicos y sobrevida global (SVG). Se realizó estadística descriptiva, análisis univariado (regresión de Cox) y análisis de sobrevida Kaplan Meier (SPSS).

Resultados
Se incluyeron 21 pacientes, con una mediana de 69 años, 15 hombresy 6 mujeres, 9 (42,8%) con antecedente de tabaquismo y 5 (23,8%) con cancer vesical concomitante, 16 (76,1%) presentó hematuria. Del total, 33,2% se encontraban en etapa ≤T2 y 66,6% en >T2, el 28,5% presentó compromiso ganglionar (N+) y 9,5% enfermedad metastásica (M+). El 80% de las NUR fue laparoscópico, 4 pacientes presentaron complicaciones post operatorias menores, 8 (42,1%) requirió quimioterapia, 3 (15,7%) recidivaron y todos ellos fallecieron (mortalidad global 15,7%). Los pacientes N+ presentaron un aumento de riesgo de mortalidad de 11 veces y los M+ de 22 veces. La mediana estimda de seguimiento fue de 72,6 meses, con una SVG de 80% a 5 años, siendo menor en el grupo >T2.

Conclusiones
La nefroureterectomía radical demostró ser una cirugía segura, con una baja incidencia de complicaciones. La recidiva demostró ser un evento de alta letalidad. Los factores N+ y M+ se establecieron como predictores independientes de mortalidad. La tendencia de sobrevida observada fue concordante con lo reportado en series internacionales. Nuestros resultados refuerzan la necesidad de un diagnóstico precoz y de considerar estrategias multimodales en pacientes de alto riesgo.

P038) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción
El cáncer testicular es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes y presenta una sobrevida global de 95% a 5 años. En pacientes con tumores de celulas germinales (TCG) no seminamatosos (NS) en estadíos iniciales (IA/IIA), la linfadenectomía lumboaórtica primaria (LALA) constituye una alternativa terapéutica y diagnóstica, permitiendo la resección de

enfermedad metastásica subclínica y eventual reducción de quimioterapia. Si bien presenta una alta sobrevida, su indicación continúa siendo tema de debate.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva, monocéntrico; incluye pacientes con TCG NS de estadío IA y IIA, no apto o con rechazo a quimioterapia, en el período de enero 2019-agosto 2025. Se excluyeron pacientes metastásicos y seminomas puros (S). Se revisaron fichas clínicas, estudios de imagen y biopsias. El objetivo primario es la caracterización de resultados quirúrgicos y secundarios: resultados oncológicos y sobrevida global (SVG). Se realizó estadística descriptiva y análisis de sobrevida con Kaplan Meier (SPSS).

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes, con una mediana de edad de 25 años, 7 etapa IA y 5 IIA. El 91,6% fue de abordaje laparoscópico, 2 (16,7%) pacientes presentaron sagrado intraoperatorio <100 cc, sin otra complcación intra o peri operatoria y sólo 1 paciente presentó eyaculación retrógrada.
Se resecaron 10 ganglios promedio por paciente; el 33,3% tuvo compromiso ganglionar (2 NS, 1 S, 1 Sertoli) y todos evolucionaron con recidiva, configurando una tasa de recidiva del 33,3%; 2 pacientes (16,6%) fallecieron.
La media de sobrevida estimada fue de 68,9 meses, la SVG 83% a 6 años (IC 95%: 54,9–82,9).

Conclusiones

En nuestra cohorte se evidenció una baja morbilidad intra y post operatoria, aunque una tasa mayor de recidiva respeto a la evidencia (33,3% vs 2-10%).
Los resultados de SVG, muestran una tendencia similar a la descrita en la literatura (98% a 5 años), pero se requiere un mayor n muestral para ser estadísticamente significativo.
La LALA primaria es una cirugía compleja que requiere experiencia quirúrgica y debe realizarse en centros especializados.

P039) APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Quilodrán, F.(1); García, M.(1); Ruíz, S.(2); Lara, D.(1); Espinoza, C.(1); Cuesta, N.(1); Sapiain, I.(1); Lira, N.(3); Mülchi, C.(3); Kramer, F.(3); Nápole, H.(3); Ondarza, C.(3); Lozano, C.(3); Oliveiro, P.(1); Venegas, J.(3);
(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital regional de Rancagua, Rancagua, Chile (3): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: El carcinoma urotelial de la vejiga (CUV) se caracteriza por una marcada heterogeneidad biológica y una elevada tasa de recurrencia y progresión, lo que complica su manejo clínico. La incorporación de marcadores inmunohistoquímicos (IHQ) ha permitido

clasificar los tumores no músculo invasores (NMIBC) y músculo invasores (MIBC) en distintos subtipos. En particular, el uso de GATA3 y CK5/6 permite identificar los subtipos luminal, basal, doble positivo y doble negativo. Hasta la fecha, no se dispone de evidencia publicada en Chile que explore esta clasificación. El objetivo de este estudio fue caracterizar la expresión IHQ en CUV, evaluar la factibilidad de su implementación en nuestro centro y explorar su reproducibilidad en un entorno con recursos limitados.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con CUV diagnosticado por resección transuretral de vejiga entre 2024 y 2025. Se revisaron biopsias y protocolos operatorios, realizando las IHQ mediante Tissue Microarray (TMA). Se excluyeron los casos con muestras insuficientes para TMA. Las variables analizadas fueron subtipo inmunohistoquímico, estadio tumoral, grado histológico y grupo de riesgo según la European Association of Urology (EAU) para NMIBC. Se utilizó Stata 15 para el análisis descriptivo e inferencial.

Resultados: Se recopilaron 47 casos: 30 NMIBC y 17 MIBC, con edad media de 73,2 ± 9,8 y 71,9 ± 8,7 años, respectivamente. Entre los NMIBC, el 78% correspondió a Ta y el 22% a T1. El 90% fueron subtipo luminal y 10% doble positivo, sin casos basales ni doble negativo. En los MIBC, 70,5% correspondió a subtipo luminal, 5% basal, 11,7% doble negativo y 11,7% doble positivo. No se encontraron asociaciones significativas entre subtipos IHQ y grado histológico, estadio tumoral ni clasificación de riesgo EAU.

Conclusiones: La implementación de IHQ en CUV mediante un panel básico de GATA3 y CK5/6 es factible, accesible y reproducible en biopsias estándar, lo que la convierte en una alternativa de bajo costo adecuada para entornos con recursos limitados. Dada la escasa evidencia nacional e internacional, este estudio constituye un aporte preliminar y abre la posibilidad de futuras investigaciones que correlacionen los subtipos IHQ con desenlaces clínicos relevantes.

P040) BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS.

Hurtado, J.(1); Alfaro, A.(1); Alarcón, L.(1); Borgna, V.(1); Morales, J.(2);
(1): Servicio Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, santiago, Chile (2): Unidad de Anestesia, Hospital Barros Luco Trudeau, santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El manejo del dolor postoperatorio en la nefrectomía laparoscópica es un pilar de la recuperación mejorada, siendo la analgesia multimodal una estrategia clave. El bloqueo del músculo cuadrado lumbar (BQL), es tradicionalmente realizado por anestesista de forma ecoguiada. Su aplicación por el cirujano bajo visión directa laparoscópica representa una innovación técnica que podría optimizar los tiempos operatorios. El objetivo de este estudio es describir la técnica del BQL bajo visión directa laparoscópica, evaluando su eficacia analgésica, seguridad y tiempo quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de 14 pacientes sometidos a nefrectomía radical o total laparoscópica (abril y agosto de 2025) en un centro único. La técnica consistió en la inyección en el plano fascial superficial del músculo cuadrado lumbar de bupivacaína al 0.25% en dosis de 0.4 ml/kg, Mediante una aguja de Williams a través de un trócar de 5mm. Las variables analizadas incluyeron tiempo quirúrgico, tiempo del bloqueo, dosis y volumen del anestésico, puntuación de dolor (Escala Visual Análoga -EVA- a las 4, 6, 12 y 24 horas), uso de opioides, estancia hospitalaria y eventos adversos.

RESULTADOS:

El 64.3% de los pacientes eran hombres y el 35.7% mujeres, con una mediana de edad de 52 años. Las indicaciones de nefrectomía fueron: tumor renal (n=9), atrofia renal (n=2) y donación renal (n=3). El tiempo quirúrgico total tuvo una mediana de 67.5 minutos, con un tiempo adicional para el bloqueo de menos de 1 minuto. El volumen promedio de anestésico fue de 30.9 cc. Dolor post operatorio: EVA ≤3 a las 4 y 6 horas, y ≤1 a las 24 horas. No se registraron complicaciones relacionadas con el anestésico o la técnica. Media de estadía hospitalaria:1 día, 100% de los pacientes no requirió opioides.

CONCLUSIÓN:

El BQL bajo visión laparoscópica es seguro, reproducible y favorece un control efectivo del dolor sin necesidad de opioides mejorando los tiempos quirúrgicos totales. Esta técnica aporta integración entre anestesia y equipo quirúrgico, adaptable a hospitales de la red pública. Estudios con mayor muestra y seguimiento podrán esclarecer impacto en calidad de vida, costes y eventos tardíos.

P041) CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA

Luz, D.(1); Cid, A.(2); Ramírez, G.(1); Parada, F.(1); Radtke, V.(1); Calvo, I.(1); Loyola, M.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1); Soto, G.(1);
(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical es el décimo cáncer más común en el mundo. En Chile existe escasa información epidemiológica. El estadio inicial es un determinante fundamental del pronóstico. Internacionalmente, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios no músculo-invasores(NMIBC), aunque existe heterogeneidad según acceso a salud y características poblacionales. Presentamos un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con cáncer vesical en un hospital público, enfocándonos en la epidemiología al diagnóstico, factores histopatológicos adversos y evolución oncológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 127 pacientes con diagnóstico de cáncer vesical registrados en la base institucional UroData entre 2011 y 2025. Se recopilaron variables demográficas y clínicas, incluyendo estadio inicial, subtipo histológico, grado, invasión linfovascular(ILV), tamaño y número de lesiones, comorbilidades y tratamiento inicial. Se evaluó progresión a enfermedad músculo-invasora o metastásica durante el seguimiento. Se aplicaron estadísticas descriptivas y comparaciones mediante χ^2 o Fisher.

RESULTADOS

Se incluyeron 127 pacientes, con edad al diagnóstico de 72 años(RIQ 65–78); el 78,7% fueron hombres. Al diagnóstico, 63%(n=80) correspondió a NMIBC, 32%(n=41) a MIBC y 3,9%(n=5) a enfermedad metastásica(M1). Predominaron los estadios T1(43,3%) y T2(28,3%). El tamaño tumoral de los MIBC fue significativamente mayor que los NMIBC (mediana 4,0 vs 2,0cm; $p<0,01$). La multifocalidad se observó en 29,9% y fue más frecuente en NMIBC. La ILV se consignó en el 10% de los pacientes, siendo 61%MIBC y 39%NMIBC. Metástasis a distancia se observaron en 5 pacientes (3,9%) al diagnóstico; otros 12(9,4%) progresaron a N+M+ en el seguimiento, concentrándose en tumores de alto grado, clasificación EAU alto o muy alto riesgo e ILV positiva. La resección transuretral fue el tratamiento inicial más frecuente; en NMIBC predominó la BCG, mientras que en MIBC solo un 2,4% recibió cistectomía radical como primer tratamiento. La elevada carga de comorbilidades probablemente condicionó la selección terapéutica.

CONCLUSIONES

En nuestra población el estadío diagnóstico emerge como principal determinante pronóstico. Factores adversos como ILV y tamaño tumoral refuerzan la necesidad de diagnóstico precoz y acceso oportuno a terapias curativas, especialmente en contextos de salud pública, donde la carga de enfermedad avanzada supera lo reportado internacionalmente.

P042) “CISTECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON CONDUCTO ILEAL INTRACORPÓREO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO”

Juri, D.(1); Loyola, M.(1); Cid, A.(1); Martinez, M.(1); Radtke, V.(1); Calvo, I.(1); Luz, D.(1); Ramirez, G.(1); Parada, F.(1); Hassi, M.(1); Dominguez, R.(1); Orellana, S.(1); Soto, G.(1); (1): Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de vejiga constituye la segunda neoplasia urológica más frecuente y una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial. La cistectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección para la enfermedad músculo-invasora, pese a la alta morbilidad asociada a esta técnica. En este contexto, la cirugía robótica han surgido como una alternativa que busca reducir complicaciones y optimizar la recuperación, permitiendo además la realización de derivaciones urinarias intracorpóreas. Entre estas, el conducto ileal se ha mantenido como la modalidad más utilizada por su seguridad y resultados funcionales a largo plazo. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de un centro nacional en cistectomía radical asistida por robot con conducto ileal intracorpóreo (CRAR-CII).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a CRAR- CII en un hospital público, desde la implementación del programa robótico en noviembre de 2024 hasta agosto de 2025. La información se obtuvo de la base de datos Urodata. Se analizaron variables demográficas, clínicas y perioperatorias, además de evolución oncológica a corto plazo.

Resultados

Se incluyeron nueve pacientes con cáncer de vejiga sometidos a CRAR- CII. El 55,6% recibió quimioterapia neoadyuvante. El tiempo quirúrgico promedio fue de 407.0 min (DS 62.7; 95% IC 362.6–451.4) y la pérdida sanguínea con mediana 200 mL (RIC 100–500 mL). La estancia hospitalaria tuvo una mediana de siete días(RIC 7-12).

Respecto a las complicaciones Clavien-Dindo a 90 días, dos pacientes no presentaron eventos adversos, cinco tuvieron complicaciones grado II (Pielonefritis aguda con manejo antibiótico ambulatorio) y dos grado IIIb (Hernia umbilical atascada y filtración anastomosis ureteroileal). No se observaron complicaciones mayores (grado IV–V). Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en todos los casos disponibles. La estadificación final fue pT0N0 en dos casos, pT2bN0 en uno, pT3aN0 en uno y pT1N0 en otro, con cuatro informes pendientes.

Conclusión

Estos resultados preliminares sugieren que la CRAR- CII es factible y segura en un hospital público nacional, con resultados perioperatorios y oncológicos comparables a los reportados en la literatura internacional, aportando evidencia local para la consolidación de esta técnica en Chile.

P043) MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO.

García, M.(1); Quilodran, F.(2); Salgado, C.(3); Cuesta, N.(2); Espinoza, C.(2); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Universidad de Valparaíso, viña del mar, Chile (3): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción

El carcinoma renal (CCR) representa entre el 2-3% de todas las neoplasias malignas y puede presentar manifestaciones conocidas como síndromes paraneoplásicos (SPN), definidos como signos, síntomas y hallazgos de laboratorio secundarios a una neoplasia maligna, que no se deben al efecto directo de la invasión tumoral ni a sus metástasis. Aunque hasta un 40% de pacientes presentan SPN, las manifestaciones neuromusculares son infrecuentes (menor al 1%) y, por ello, altamente sugestivas en el contexto de una neoplasia. Un ejemplo de esto es la miositis necrotizante inmunomediada (MNIM), una miopatía inflamatoria severa caracterizada por debilidad muscular proximal de rápida progresión.

Material y métodos

Revisión de literatura disponible, estrategias actuales de diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 61 años, hipertensa y dislipidémica. Consultó por seis semanas de tetraparesia progresiva, cefaloparesia, mialgias y pérdida de peso. Al examen físico presentaba fuerza muscular M1 en extremidades inferiores, reflejos conservados. Los laboratorios iniciales evidenciaron CK (22.000U/L), LDH (1.470U/L), transaminasas elevadas y anti-HMGCR positivo. La imagenología reveló una lesión renal derecha sólida, exofítica, de 1,4cm, descartando otras lesiones sospechosas. Por el rápido deterioro motor, con compromiso bulbar y respiratorio, requirió traqueostomía y gastrostomía. Recibió metilprednisolona y rituximab, mejorando parcialmente. Ante la sospecha de SPN, se realizó enucleación tumoral, confirmando CCR de células claras grado 3. Posteriormente, presentó recuperación motora y retiro de dispositivos de soporte.

Conclusiones

La MNIM como SPN de un CCR de células claras es infrecuente. En este caso, se originó por una respuesta inmune cruzada: las células tumorales expresaron antígenos similares a proteínas musculares, provocando necrosis de fibras musculares con escasa inflamación. La remisión ocurrió tras la resección tumoral, eliminando el estímulo autoinmune. La MNIM como SPN tiene alto valor clínico porque: puede preceder al diagnóstico del tumor, su evolución refleja la actividad neoplásica y su reconocimiento precoz mejora el pronóstico. La reaparición de síntomas durante el seguimiento debe alertar sobre persistencia o progresión tumoral, convirtiéndose en un marcador clínico dinámico del comportamiento oncológico. La enucleación actúa como intervención terapéutica y diagnóstica, confirmando la naturaleza paraneoplásica y ofreciendo una oportunidad de mejoría funcional significativa.

P044) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Blackburn, S.(1); Reyes, A.(1); Saldivia, D.(1); Diaz, G.(1); Philipp, S.(2); Mellado, J.(2); Rioseco, B.(2); Larenas, F.(3); Martinez, C.(3); Fulla, J.(3); Narvaez, P.(4);
(1): Universidad de Chile - HCSBA, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina - UCH, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile - HCSBA - Clinica MEDS, Santiago, Chile (4): HCSBA - Clinica Davila, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI) se caracteriza por altas tasas de recurrencia y progresión. La inmunoterapia intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es el tratamiento estándar para pacientes de alto riesgo. La escasez global de BCG ha impulsado el uso de dosis reducidas (DR). El objetivo de este estudio es describir los resultados oncológicos de pacientes tratados con DR versus dosis completa (DC) en un hospital público.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con CVNMI tratados con BCG entre 2018 y 2024. Se clasificó el riesgo tumoral según guías EAU 2021. Se compararon características clínicas y desenlaces oncológicos entre pacientes tratados con DR (30 mg) y DC (120 mg), utilizando estadística descriptiva.

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes: 52 en DR y 14 en DC. La mediana de edad fue 68,2 y 66,2 años, respectivamente, con predominio masculino en ambos grupos. La recurrencia total fue mayor en la DR (62% vs 0%; p<0,001), al igual que la recurrencia de alto grado (27% vs 0%; p=0,030). La progresión y mortalidad fueron más frecuentes en la DR (14% cada una), sin eventos en la DC. La pérdida de seguimiento alcanzó cerca del 70%, con baja adherencia a los esquemas completos de instilaciones.

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes tratados en el sistema público chileno, se observaron peores resultados oncológicos en el grupo que recibió BCG en dosis de 30>mg, en un contexto de escaso seguimiento y pérdida significativa de pacientes durante el control. Estos hallazgos enfatizan la urgente necesidad de reforzar los sistemas de trazabilidad y asegurar tanto la administración completa del tratamiento como el cumplimiento de los esquemas de vigilancia recomendados.

La implementación de **policlínicos exclusivos para cáncer de vejiga**, con equipos dedicados y protocolos estandarizados, podría mejorar significativamente la calidad asistencial, garantizando no solo la correcta aplicación de BCG, sino también el seguimiento.

Para establecer asociaciones más sólidas entre dosis, seguimiento y desenlaces clínicos, es imprescindible realizar estudios prospectivos con mejores sistemas de registro y control.

P045) EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Radtke López, V.(1); Parada Bahamondes, F.(1); Bacarrezza Cantarellas, R.(2); Juri Yamal, D.(1); Loyola Muñoz, M.(1); Calvo Bernasconi, I.(1); Ramirez Rocha, G.(1); Luz Montecinos, D.(1); Hassi Román, M.(3); Domínguez Argomedo, R.(3);
(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile (3): Hospital Félix Bulnes - Hospital Dipreca, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer renal representa el 2,2% de las neoplasias a nivel mundial y el 3,7% en Chile. La cirugía laparoscópica es el abordaje mínimamente invasivo más difundido, con buenos resultados oncológicos y funcionales, aunque limitada en tumores de alta complejidad. La cirugía robótica ha permitido superar algunas barreras técnicas ampliando las indicaciones, sin embargo, la experiencia nacional publicada sigue siendo escasa. El

objetivo de este estudio es describir la serie institucional de nefrectomías parciales mínimamente invasivas.

Materiales y métodos.
Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en un hospital público chileno. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) y robótica (RAPN) entre abril del 2022 y agosto del 2025. Se analizaron variables clínicas y perioperatorias. La complejidad tumoral se clasificó con RENAL score. Trifecta se definió como la presencia de márgenes negativos (MQN), ausencia de complicaciones Clavien-Dindo (CCD) ≥3 y tiempo de isquemia (TI) caliente ≤25 min.

Resultados.
Se incluyeron 87 pacientes, de los cuales, 60 fueron sometidos a NPL y 27 a RAPN. La mediana de edad fue de 65,1 [58,3–69,9] años. La mediana de tiempo operatorio fue 192 minutos (RIC 160-223). Respecto al estadio pT, el 88,5% fue pT1 y 5,8% ≥pT2. Según renal score, el 23% corresponde a alta complejidad y el 48.3% a complejidad intermedia. Se realizó isquemia caliente en 73,8% de los casos, de ellos, el 74.6% tuvo una duración ≤25 minutos. La mediana de TI fue 23.7 minutos (RIC 16–30). Se obtuvieron MQN en 90,8%. Ningún paciente presentó CCD ≥3. Se logró trifecta en 74.1% de NPL y en 60% RAPN, con una tasa global de 69.9%.

Conclusión.
En nuestra serie, la nefrectomía parcial mínimamente invasiva demostró ser una técnica segura y reproducible, con resultados oncológicos y funcionales similares a lo descrito en la literatura. Si bien ambas técnicas son comparables, se requiere ampliar la casuística para precisar el impacto de la asistencia robótica en tumores complejos y confirmar tendencias hacia mejor preservación renal y menor morbilidad.

P046) NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO

Verdugo, C.(1); Mellado, J.(2); Alfaro, A.(1); Rochefort, A.(1); Borgna, V.(1); Alarcón, L.(1); (1): Servicio de Urología Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:
La nefrectomía parcial (NP) es el tratamiento de elección para tumores renales ≤7 cm, dado su beneficio en preservación de función renal y control oncológico. Tradicionalmente, el procedimiento se realiza con clampeo del pedículo renal, lo que implica isquemia transitoria con potencial daño renal. La técnica sin clampeo (off-clamp) busca evitarlo, aunque podría

asociarse a mayor sangrado. La evidencia internacional respalda su factibilidad, pero en Chile la experiencia documentada es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados quirúrgicos, funcionales y oncológicos a mediano- largo plazo de la NP sin isquemia en un centro terciario de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio tipo cohorte retrospectiva, se incluyeron pacientes sometidos a NP sin isquemia entre 2020–2025, con seguimiento mínimo de 3 meses. Se excluyeron tumores múltiples, cirugías concomitantes o falta de seguimiento. Se analizaron variables demográficas, Nefrometria según puntuación R.E.N.A.L, quirúrgicas (tiempo operatorio, sangrado, complicaciones, conversión, reintervención, días de hospitalización), funcionales (Velocidad Filtración Glomerular (VFG) basal y la mejor en 12 meses) y oncológicas (histología, márgenes, recidiva, sobrevida libre de enfermedad [SLE]).

RESULTADOS:
Se incluyeron 66 pacientes, 60% hombres, 40% mujeres, con una edad media de 62 años (38–85). Media de Charlson: 2,5. Lateralidad: Izquierdo en 52%. R.E.N.A.L score: 63% baja, 33% moderada y 3% alta complejidad. Abordaje laparoscópico en 57%. Tiempo operatorio medio: 59 min (30–120). Sangrado promedio: 144 mL (10–1000). Tasa de conversión a nefrectomía radical: 4,5%. No hubo complicaciones intraoperatorias; 97% sin complicaciones postoperatorias ni reintervenciones. Margen quirúrgico negativo en 86%. Histología: 72% carcinoma de células renales. Estancia media: 3 días (1–8). Función renal: 43% mejoró VFG (+9,9%), 56% disminuyó VFG (–8,7%). Recidiva tumoral en 3 pacientes (4,6%). SLE a 24 meses: 98%.

CONCLUSIONES:
La NP sin isquemia demostró ser segura y factible en nuestro hospital, con baja tasa de complicaciones, adecuada preservación funcional y buenos resultados oncológicos a mediano-largo plazo. Estos hallazgos, concordantes con guías internacionales, refuerzan su aplicación como alternativa válida en pacientes seleccionados.

P047) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO

Villanueva, M.(1); Gurovich, J.(1); Benitez, A.(1); Gil, A.(1); Roman, J.(2); Aliaga, A.(2); Henriquez, D.(2); Vega, A.(2); Walton, A.(2); Vilches, R.(2);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile

Introducción:
La cistectomía radical continúa siendo el tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo-invasor. El abordaje laparoscópico busca reducir la morbimortalidad perioperatoria

y favorecer la recuperación sin comprometer los resultados oncológicos. La derivación urinaria puede realizarse de forma intracorpórea (ICUD) o extracorpórea (ECUD), técnicas que difieren en dificultad, tiempos operatorios y complicaciones. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial de un centro uro-oncológico de referencia en Santiago de Chile en la implementación de ambas modalidades.

Material y método:
Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cistectomía radical laparoscópica entre enero de 2024 y agosto de 2025 en un hospital oncológico de Santiago. Todas las cirugías fueron efectuadas por el mismo equipo quirúrgico, por cáncer vesical músculo-invasor. Se analizaron variables perioperatorias, además de complicaciones a 30 días.

Resultados:
Se incluyeron 10 pacientes (9 hombres y 1 mujer), con mediana de edad de 72 años (70–76), todos con buen nivel funcional (ECOG 0–1). Un paciente tenía compromiso ganglionar clínico (cN1) y 4 recibieron quimioterapia neoadyuvante. Todas las derivaciones urinarias fueron conducto ileal: intracorpóreo en 8 pacientes y extracorpóreo en 2. La mediana de tiempo operatorio fue de 300 minutos (282–330), con sangrado estimado de 200 ml (163–288); ninguno requirió transfusión. La mediana de estadía hospitalaria fue 5 días (4–6) y la de UTI 2 días (2–3). El análisis anatomopatológico mostró 4 pacientes ypT0. Nueve pacientes tuvieron histología urotelial y 1 neuroendocrino. Un paciente fue pN1 y todos presentaron márgenes quirúrgicos negativos. Se registraron 4 complicaciones Clavien-Dindo >2 en 3 pacientes: una dehiscencia de anastomosis urétero-ileal seguido de una evisceración contenida post reoperación (ICUD), otra evisceración contenida (ECUD) y una hidroureteronefrosis por desplazamiento de catéter que requirió reposicionamiento (ICUD).

Conclusiones:
La implementación de la cistectomía radical laparoscópica con derivación urinaria intracorpórea y extracorpórea en nuestro centro fue factible y segura, con resultados perioperatorios y oncológicos iniciales satisfactorios. Aunque se observaron complicaciones mayores, su incidencia fue comparable a lo reportado internacionalmente. Estos hallazgos respaldan la consolidación de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento del cáncer vesical avanzado en Chile.

P048) ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR

Larrañaga, M.(1); Parrao, D.(2); Guerrero, R.(2); Lay, R.(2); Aguirre, J.(1); Bravo, J.(1);
(1): Hosital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O´Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: el cáncer de vejiga (CV) es el tumor más frecuente del sistema urinario y en su mayoría es no músculo invasor (NMI) (75–85%) aunque presenta un riesgo de progresión hasta un 15% a enfermedad invasora. Según la clasificación de riesgos de la EORTC, los casos de riesgo intermedio y alto requieren tratamiento intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) para disminuir la recurrencia y progresión.

Aunque el BCG es altamente eficaz, su uso se asocia con diversos efectos adversos. La mayoría de los estudios que evalúan eventos adversos se han realizado con la cepa Danish 1331, mientras que la información sobre otras cepas es limitada.

Este estudio nace dado que CENABAST ha introducido la cepa Moscow-I en distintos servicios públicos del país, la cual no cuenta con estudios comparativos en la tasa de eventos adversos.

Metodología: se está llevando a cabo un estudio clínico prospectivo y aleatorizado con el objetivo de comparar la tasa de efectos adversos entre dos cepas de BCG en pacientes con CV NMI de riesgo intermedio y alto. Los participantes serán asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos: cepa Danish 1331 o Moscow-I, ambas utilizando la dosis completa de 120mg

Resultados: hasta el momento, 9 pacientes han sido incluidos en el estudio: 3 en el grupo Moscow-I y 6 en el grupo Danish 1331, realizando un total de 15 instilaciones con la cepa Moscow-I y 23 instilaciones con la cepa Danish 1331 ($p < 0,01$). En cuanto a los efectos adversos, la cepa Danish 1331 no ha presentado eventos adversos hasta la fecha, mientras que la cepa Moscow-I ha mostrado una tasa de eventos adversos locales de un 53,3% ($p < 0,01$) y eventos sistémicos de un 13,3% ($p = 0,29$).

Conclusión: a pesar de la limitación del bajo número de pacientes reclutados hasta ahora, se observa una tendencia hacia una mayor tasa de eventos adversos para la cepa Moscow-1. Por otro lado, la realización de estudios de este tipo resulta fundamental para generar evidencia quepermita diseñar políticas públicas orientadas a la seguridad y al adecuado tratamiento de nuestros pacientes.

P049) ¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A?

Santis, J.(1); Peredo, L.(2); Neman, A.(2); Sánchez, A.(2); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Vivallo, N.(1); Guerrero, P.(3); Morales, C.(3); Rojas, J.(3); Rojas, V.(3); Calderón, D.(3); Testa, I.(3);
(1): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer renal representa la séptima neoplasia más frecuente en Chile, con una incidencia de 7.6/100.000 habitantes. Su potencial metastásico depende del tamaño y características histológicas tumorales, siendo el pulmón su sitio más común de diseminación.

En tumores T1a, definidos como tumores renales <4 cm, la probabilidad de metástasis a distancia es baja (<1%). La guía de la EAU propone como recomendación débil que el TC de tórax podría ser omitido en estos pacientes. Sin embargo, la NCCN y AUA indican realizar imagen torácica para evaluación inicial de estos casos. Esta discordancia genera heterogeneidad en la práctica clínica, donde la decisión de solicitar imágenes depende en gran parte del criterio individual del tratante.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de metástasis pulmonar al momento del diagnóstico en nuestro hospital.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en pacientes con tumores renales cT1a con imágen de tórax al diagnóstico, que fueron sometidos a nefrectomía entre enero de 2023 y julio de 2025 en nuestro centro. Se excluyeron todos los pacientes que no tenían imagen pulmonar previo a la cirugía.

Resultados

Se identificaron un total de 49 pacientes (mediana de edad 61 años, rango 34-93, 51% mujeres). Un 4% se realizó un PET (2/49, un paciente PET-CT y otro PET-TC) y 96% con TAC de tórax (47/49).

En ningún paciente se evidenciaron metástasis pulmonares al momento del diagnóstico. De todos los pacientes, tres TC de tórax informaron nódulos pulmonares inespecíficos menores a 1cm. Estos pacientes fueron presentados al comité oncológico, determinando seguimiento de las lesiones por la baja probabilidad de potencial maligno. Por tanto, la tasa de metástasis pulmonares confirmadas en tumores cT1a en esta cohorte fue del 0%

Conclusión

En pacientes con tumores renales cT1a, la probabilidad de encontrar metástasis pulmonares al momento del diagnóstico es baja. Nuestra cohorte es concordante con la literatura internacional, la cuál reporta una incidencia <1%.

Los resultados de este estudio resaltan que el beneficio de realizar una imagen torácica como etapificación inicial en todos los pacientes cT1a podría ser limitado.

P050) BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA

García, M.(1); Salgado, C.(2); Quilodrán, F.(3); Cuesta, N.(3); Espinoza, C.(3); Castro, E.(4); Pichon, J.(5); Bernardello, M.(5); Orellana, N.(5); Espinoza, G.(5);
(1): Universidad de Valparaiso, Viña del mar, Chile (2): Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Viña del mar, Chile (4): Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile (5): Hospital Biprovincial Quillota- Petorca, Quillota, Chile

Introducción:

El cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI) representa cerca del 75% de los diagnósticos de cáncer de vejiga. Tras la resección transuretral (RTU-V), el riesgo de recurrencia y progresión sigue siendo elevado, por lo que la instilación intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) a dosis máxima (DM), constituye el tratamiento adyuvante de elección en pacientes de riesgo intermedio y alto. Sin embargo, se asocia a efectos adversos (EA) locales y sistémicos que pueden llevar a suspensión del esquema. Esta toxicidad percibida podría explicar, en parte, la falta de protocolos estandarizados con DM en el ámbito nacional. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de la profilaxis con fluorquinolonas como estrategia destinada a mejorar la tolerancia y favorecer la adherencia al tratamiento.

Materias y métodos:

Estudio retrospectivo y descriptivo realizado entre el 2023-2025. Se incluyeron pacientes con CVNMI de riesgo intermedio o alto, tratados por al menos 6 meses con BCG intravesical a DM (120mg, cepa danesa-1331) según protocolo SWOG, tras RTU-V. La profilaxis antibiótica se realizó con ciprofloxacino oral (500mg 6 y 12 horas post-instilación). Se evaluaron frecuencia, tipo de EA y necesidad de suspensión de tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 24 pacientes, la mediana de edad fue 77 años (RIC:70-81). El 83.3% correspondió a hombres y el 54.1% clasificó como de alto riesgo. El 62,5% de los pacientes no presentaron EA. Los EA fueron: urgencia miccional (29,2%), disuria (20,8%), hematuria (8.3%) y polaquiuria (4.1%). Ninguno desarrolló síntomas sistémicos ni requirió hospitalización. En el seguimiento endoscópico se observaron cambios inflamatorios en mucosa vesical en 33,3% de los casos. La suspensión definitiva fue 8,3%, atribuida a hematuria persistente y mala tolerancia a instilación de BCG.

Conclusiones

Los resultados muestran que la administración de BCG en DM, asociada a profilaxis con ciprofloxacino, sugieren mejorar la tolerabilidad y reducir la tasa de suspensión del tratamiento, en comparación con lo reportado previamente en la literatura. Estos hallazgos respaldan el uso de quinolonas como estrategia para facilitar la administración de BCG en DM según protocolo SWOG y refuerzan la necesidad de establecer guías estandarizadas a nivel nacional que aseguren su implementación.

P051) IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Ascorra Hormaechea, S.(1); Silva Camus, C.(2); Marchant Bustos, P.(1); Bassa Moyano, C.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
(3): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de vejiga constituye un problema relevante de salud pública, ocupando en Chile el sexto lugar en frecuencia en hombres y el decimoquinto en mujeres, con una mortalidad considerable. La cistectomía radical representa el tratamiento estándar para la enfermedad músculo invasora (T2-T4a,N0M0) y para casos seleccionados de enfermedad no músculo invasora de alto riesgo. Sin embargo, esta cirugía se asocia a una alta tasa de complicaciones, que puede alcanzar un 64%, prolongando la hospitalización. En este contexto, los programas de recuperación mejorada tras cirugía (ERAS) han demostrado reducir complicaciones y estancia hospitalaria, existiendo guías específicas en urología desde 2013. No obstante, la implementación integral enfrenta barreras estructurales; en consecuencia, intervenciones simples como la realimentación precoz podrían ser factibles y aportar beneficios clínicos.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo que incluyó 32 pacientes sometidos a cistectomía radical entre enero 2020 y junio 2024. Se analizó la asociación entre el momento de la realimentación y los desenlaces postoperatorios, incluyendo transfusiones, íleo, complicaciones (Clavien-Dindo), días de hospitalización, reintervenciones, reingresos y mortalidad a 30 días. Se registraron también variables clínicas y demográficas.

Resultados

La cohorte estuvo compuesta en un78% por hombres, media de edad de 69 años (41-84). El52% tenía antecedente de tabaquismo y solo un caso presentaba irradiación pélvica previa. Un22% requirió reintervención en los 30 días (principalmente secundario obstrucción

intestinal), mientras que un37% fue readmitido, principalmente por infecciones que necesitaron antibióticos endovenosos. La mortalidad global fue del10%, atribuida a shock séptico de origen respiratorio y hemorragia digestiva masiva.

Comparando pacientes con realimentación precoz (<24horas) y tardía, no se observaron diferencias clínicamente significativas en cuanto a necesidad transfusional, íleo, complicaciones severas (Clavien-Dindo>3) o reingreso hospitalario . Sin embargo, sí se evidenció una reducción significativa en la estancia hospitalaria en aquellos que iniciaron la alimentación tempranamente.

Conclusión

En esta serie de pacientes sometidos a cistectomía radical, la realimentación precoz se mostró segura, sin incrementar el riesgo de complicaciones graves, y se asoció a una menor duración de la hospitalización. Estos hallazgos sugieren que su implementación podría representar una estrategia útil y costo-efectiva en sistemas de salud con recursos limitados.

P052) CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO

Barrios Muñoz, G.(1); Arias Orellana, E.(2); Herrera Canales, L.(2); Quintana Lacoste, E.(2); Bustamante Basso, C.(2); Sáez Galaz, G.(2); Torrado Rico, K.(2); Manzanares Sánchez, V.(2); Bezama Urriola, P.(2); Ramírez Espinoza, J.(2); Lobos Fredes, R.(1); López Moya, P.(1);
(1): Universidad de Concepción, CONCEPCION, Chile (2): Hospital Guillermo Grant Benavente, CONCEPCION, Chile

Introducción

La cistectomía radical es el tratamiento estándar en cáncer músculo invasor, aunque implica alta morbilidad y recuperación prolongada. El desarrollo de la laparoscopia ha permitido una alternativa menos invasiva con los beneficios que esto podría conllevar. Este trabajo compara la cistectomía radical laparoscópica con la abierta para evaluar sus resultados perioperatorios y rendimiento oncológico en nuestro centro.

Material y métodos

Se efectuó un estudio retrospectivo de 29 pacientes intervenidos en un período de treinta meses: 13 vía laparoscópica y 16 mediante laparotomía. Se analizaron variables perioperatorias como edad, tiempo quirúrgico, sangrado, estancia hospitalaria, necesidad de transfusión y complicaciones. Asimismo, se analizaron variables con implicancia en el

pronóstico oncológico como número de ganglios y positividad de los márgenes quirúrgicos de la muestra.

Resultados

La edad media no difirió entre grupos (68.6 ± 10.5 vs 69.3 ± 6.3 años; p=0.85). El tiempo quirúrgico fue mayor en la vía laparoscópica (335 ± 63 min) que en la abierta (297 ± 46 min), alcanzando significación (p=0.004). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en sangrado intraoperatorio (mediana 270 ml vs 500 ml; p=0.43), estancia hospitalaria, días en unidad de paciente crítico, número de ganglios resecados (14 vs 16; p=0.29) ni positividad de los márgenes quirúrgicos de la pieza quirúrgica. Las tasas de transfusión (46 % vs 44 %; p=1.00), reoperación (7.7 % vs 18.8 %; p=0.61) y complicaciones Clavien Dindo I-III (23 % vs 6 %; p=0.30) fueron similares entre abordajes.

Conclusiones

La cistectomía laparoscópica ofrece resultados perioperatorios comparables a la técnica abierta, con la desventaja de un incremento moderado del tiempo operatorio. Se observaron tendencias a menor sangrado y número de reoperaciones en el grupo laparoscópico, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos respaldan la viabilidad de la laparoscopia como alternativa mínimamente invasiva, si bien se requieren series mayores y análisis multivariables para confirmar estos resultados.

Palabras clave: cistectomía radical, laparoscopía, resultados perioperatorios

P053) EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS

Arce Olave, C.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Villanueva Figueroa, M.(2); Canales Rojas, R.(3);
(1): Medico General de Zona, Hospital de Collipulli, Collipulli, Chile (2): Residente de Urología Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Hospital El Carmen, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical (CR) corresponde a una intervención quirúrgica agresiva, siendo el tratamiento estándar para el cáncer de vejiga músculoinvasor. Pese a los avances quirúrgicos y de los cuidados postoperatorios, se asocia a una elevada morbimortalidad perioperatoria. Los Protocolos de Recuperación Mejorada después de la Cirugía (ERAS) han demostrado beneficios respecto a estos resultados en cirugías urológicas, aunque su implementación es heterogénea. Presentamos resultados locales de una cohorte sometida a CR en un hospital público. Nuestro objetivo es proponer un protocolo local adaptado creado a partir de series internacionales y experiencias locales para reducir la morbimortalidad perioperatoria en nuestra población. Materiales y Métodos. Estudio retrospectivo de CR realizadas en el Hospital El Carmen entre 2014 y 2025. Se analizaron variables sociodemográficas, características clínicas, detalles quirúrgicos, complicaciones

según Clavien–Dindo, hallazgos anatomopatológicos y sobrevida. Se compararon los resultados con revisiones sistemáticas internacionales recientes. Resultados. Se incluyeron 54 pacientes (79,6% hombres, 20,4% mujeres), edad promedio de 72 años, con un 73% calificado con ECOG ≤1. El 35,2% tuvo una albumina adecuada preoperatoria.. El abordaje fue abierto en 88,9% y laparoscópico en 7,4%, con un tiempo operatorio promedio de 292 minutos (293 min abierto y 287 min en laparoscópico). Se realizaron 54 derivaciones urinarias (conductos ileales 55,9%, neovejiga 11,3% y ureterostomias cutáneas 24,5%). Las complicaciones Clavien–Dindo ≥ III y IV ocurrieron en el 45% y 29,6% de los casos, incluyendo una tasa de reoperación del 25%. La mortalidad registrada fue de 9,3% a 30 días, 22,2% a 90 días y 65% a 1 año. Discusión y Conclusión: Nuestras cifras locales sobre complicaciones y mortalidad se encuentran por sobre lo descrito en revisiones internacionales. Esto refleja la necesidad de estandarizar los cuidados perioperatorios de las CR. Los puntos críticos identificados incluyeron la preparación preoperatoria, apoyo nutricional, manejo del dolor e íleo, infecciones y manejo intensivo. Proponemos un protocolo ERAS adaptado a la realidad local dirigido a las complicaciones descritas en nuestra población. La implementación y auditoría prospectiva de este protocolo podría alinear nuestros resultados a los estándares internacionales

P054) NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES

Otaola Arca, H.(1); Eltit, I.(2); Souper, R.(3); Orvieto, M.(3); Krebs, A.(1); Ramírez, G.(4); Fernández, M.(1); Bermúdez, H.(3);
(1): Clínica Alemana; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana, Santiago, Chile (4): Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La nefroureterectomía radical (NUR) abierta ha sido el estándar para el tratamiento de tumores del tracto urinario superior (TUS). La NUR laparoscópica (NUR-L) y la asistida por robot (NUR-R) constituyen alternativas mínimamente invasivas que ofrecen beneficios perioperatorios, como menor morbilidad y estancia hospitalaria reducida. Aunque los resultados oncológicos reportados son comparables, algunos estudios sugieren un mayor riesgo de recurrencia intravesical tras NUR-R.

Nuestro objetivo fue evaluar factibilidad, seguridad y resultados oncológicos iniciales de la NUR-R en pacientes con tumores del TUS.

Material y métodos

Se incluyeron pacientes con TUS clínicamente localizado sometidos a NUR-R con DaVinci Xi en un centro de tercer nivel. Todos recibieron linfadenectomía regional e instilación intravesical postoperatoria de gemcitabina. Los datos clínicos, patológicos y de seguimiento se obtuvieron de una base de datos prospectiva aprobada por el comité de ética institucional.

Resultados

Se analizaron 16 pacientes, con una mediana de edad de 73,5 años (AIC:15,5) y un 81,2% (13 pacientes) ASA II. La mediana de tiempo operatorio fue de 187,5 min (AIC: 60) y de sangrado 100 mL (AIC: 125). No se registraron complicaciones intraoperatorias. Dos pacientes (12,5%) presentaron complicaciones menores (íleo paralítico y dolor postoperatorio) y un paciente (6,25%) presentó TEP segmentario (Clavien III), resultando una tasa de reingreso del 12,5% (2 pacientes).

La anatomía patológica reveló carcinoma urotelial en todos los pacientes, de alto grado en el 81,25% (13 pacientes), diferenciación escamosa en 3 pacientes (18,75%), variante sarcomatoide y plasmocitoide en un paciente cada una (6,25%). Siete pacientes (43,75%) presentaron pT3-pT4.

Durante una mediana de seguimiento de 14,1 meses (AIC: 18,9), tres pacientes (18,75%) presentaron recidiva tumoral (un paciente recidiva vesical, dos pacientes metástasis). Un paciente falleció por progresión tumoral a los 10,3 meses, resultando en una tasa de mortalidad cáncer específica del 6,25%

Conclusiones

La NUR-R es un abordaje seguro y factible, con una baja tasa de complicaciones. Los resultados oncológicos iniciales son alentadores, aunque se requiere seguimiento más prolongado para validar su eficacia a largo plazo.

P055) APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO

Infante, I.(1); Soublett, Ó.(1); Piñats, N.(1); Gómez, I.(1); De Oliveira, A.(1); Acuña, J.(2); García, V.(2); Rozental, M.(2); Kerkebe, M.(2); Orellana, N.(2);
(1): Universidad Santiago de Chile, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile (2): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer vesical se diagnostica mediante cistoscopía y confirmación histológica tras resección transuretral de vejiga (RTU-V). El rol de las imágenes sigue siendo limitado, especialmente para diferenciar enfermedad músculo-invasora (MIBC) de no músculo-invasora (NMIBC), fundamental para la planificación terapéutica. La resonancia magnética multiparamétrica de vejiga (RMmpV) y el sistema VI-RADS ha demostrado alta capacidad diagnóstica, detectando invasión muscular con sensibilidad 91.9%, especificidad 91.1%, valor predictivo positivo (VPP) 77.5% y negativo (VPN) 97.1%, siendo mayormente útil para descartar invasión muscular. No obstante, su aplicación clínica en Chile es incipiente. El objetivo es escribir la experiencia inicial de un hospital terciario aplicando RMmpV y VI-RADS para diferenciar NMIBC de MIBC, evaluando además su utilidad en la selección de pacientes con NMIBC de alto riesgo que podrían evitar una segunda RTU-V (ReRTUv), optimizando el inicio de terapias intravesicales.

Material y Métodos: Se incluyeron 19 pacientes con sospecha de tumor vesical con RMmpV previa a RTU-V desde enero 2024 a mayo 2025, comparando concordancia entre VI-RADS y el resultado histopatológico de RTUv como estándar de referencia. En pacientes con NMIBC de alto riesgo sometidos a Re-RTU-V se analizó la concordancia entre VI-RADS preoperatorio e histología.

Resultados: Con punto de corte VI-RADS ≥3 para detectar invasión muscular, la sensibilidad fue 50% y especificidad 82,4%, con VPP 25% y VPN 93,3%. Con VI-RADS ≥4, se mantuvo la sensibilidad en 50% y la especificidad aumentó a 94,1%, con VPP 50% y VPN 94,1%. Ningún paciente con NMIBC de alto riesgo y VI-RADS <3 presentó invasión muscular en Re-RTU-V, lo que respalda su valor para seleccionar pacientes que podrían prescindir de ella.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la RMmpV con VI-RADS tiene un rendimiento diagnóstico moderado, con VPN elevado que respalda su utilidad para descartar invasión muscular. Además, podría contribuir a reducir la indicación rutinaria de Re-RTU-V, evitando procedimientos innecesarios y permitiendo un inicio precoz de terapias intravesicales. El número de casos y la baja prevalencia de MIBC obligan a interpretar los resultados con cautela. Se requieren estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tamaño muestral para consolidar su rol en la práctica clínica nacional.

P056) TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN.

Fuentes, A.(1); Del Valle, F.(2); Ramírez, R.(3); Bruzzone, A.(2); Vera, G.(2); Rojas, P.(2); Gallegos, H.(2); Souper, R.(2); Barrera, D.(2); Andrusco, A.(4); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio/ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): HOSPITAL DE LA SERENA, LA SERENA, CHILE

Introducción: El tratamiento curativo del cáncer de células renales (CCR) ha experimentado transformaciones relevantes en la última década impulsadas por los avances tecnológicos, mayor capacidad diagnóstica y a la consolidación de la cirugía mínimamente invasiva. El objetivo de este estudio es comparar la evolución quirúrgica y los resultados oncológicos tras 13 años de experiencia en un centro docente asistencial de alto volumen. Material y método: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron todas las nefrectomías con sospecha oncológica realizadas en el Hospital Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024. Se analizaron dos periodos: 2012-2017 y 2018-2024. Se compararon variables demográficas, características tumorales, técnica quirúrgica y resultados perioperatorios y oncológicos. La media de seguimiento fue 37 meses. El análisis estadístico se efectúo en *RStudio*, aplicando χ 2 para variables categóricas, Wilcoxon Rank para continuas, Kaplan-Meier con log-rank para sobrevida específica (SEC) y regresiones de Poisson y logística binaria. Se consideró significativo $p<0,05$. Resultados: Se realizaron 605 nefrectomías con un promedio de 46,5+15,3 por año (rango 24-74), observando un aumento del 7,3% anual. Fueron 373 (61,7%) hombres, con una edad media 61,2+11,6 años (rango 17-89 años). No hubo diferencias demográficas entre periodos. El primer periodo presentó un mayor tamaño tumoral (55 vs 46mm) y RENAL score más alto. En relación a la técnica, la cirugía abierta (39% vs 26%) disminuyó a expensa de la laparoscópica (60% vs 74%), pero sin cambios en la Nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) (18% vs 21%). La regresión logística mostró un incremento anual del 7% en la odds de realizar NPL. Se observó una reducción del sangrado (200 vs 100cc), estadía hospitalaria (4 vs 3 días), complicaciones intraoperatorias (14% v 8%) y mejor SEC a 36 meses (89% vs 94%). Otras variables no fueron estadísticamente significativas. Conclusiones: La mayor complejidad y tamaño tumoral en el primer periodo probablemente reflejan un diagnóstico más tardío y/o menor disponibilidad de pabellón, limitando el acceso oportuno. El segundo periodo mostró una consolidación de la cirugía mínimamente invasiva, con mejores resultados perioperatorios y oncológicos, reforzando una centralización del manejo del CCR y la tendencia hacia una preservación renal como estrategia prioritaria.

P057) TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL.

Poblete Burgos, V.(1); Sepúlveda Tapia, F.(1); Novoa Brunet, C.(1); Gallegos Valenzuela, I.(1); Esse Pérez, P.(1);
(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción.

El cáncer renal presenta una incidencia creciente en Chile, siendo la mayoría de los casos diagnosticados en estadio localizado y de manera incidental. La nefrectomía parcial (NP) constituye el estándar de tratamiento en la mayoría de los tumores renales actualmente. La NP sin control del pedículo ha surgido como una alternativa en pacientes altamente seleccionados, con el propósito de reducir la agresión quirúrgica, aunque su aplicación sigue siendo controversial.

El objetivo de este estudio es evaluar la factibilidad y seguridad de la tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo renal.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo renal, entre los años 2018 y 2025. Se incluyeron 20 pacientes con tumores renales T1a, con componente exofítico ≥50%, seleccionados tras evaluación imagenológica. La técnica consistió en un abordaje transperitoneal laparoscópico, con exposición directa del tumor, enucleación con tijera fría y hemostasia mediante energía bipolar y sutura del lecho tumoral. Se registraron variables perioperatorias, complicaciones y resultados oncológicos.

Resultados

Se intervinieron 20 pacientes con una edad media de 54 años. El tamaño tumoral promedio fue de 19 mm (rango: 7–37 mm) y la profundidad media de 6 mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 66 minutos, con un sangrado estimado de 75 ml y sin necesidad de transfusión. La estadía hospitalaria media fue de 25 horas. Un paciente presentó sangrado intraoperatorio de 300 ml. No se registraron complicaciones Clavien-Dindo 2 o mayores, ni necesidad de control urgente del pedículo renal. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en 95% de los casos.

Conclusiones

La tumorectomía renal laparoscópica sin disección del pedículo es una técnica factible y segura en tumores renales pequeños, exofíticos y seleccionados cuidadosamente. Se asocia a bajo sangrado, rápida recuperación y márgenes quirúrgicos negativos en la mayoría de los casos. La preservación de la anatomía renal podría facilitar futuras intervenciones mínimamente invasivas. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos preliminares.

P058) UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA

Fuentes, A.(1); Bruzzone, A.(2); Ramírez, R.(3); Rojas, P.(2); Vera, G.(2); Del Valle, F.(2); Gallegos, H.(2); Barrera, D.(2); Arenas, J.(2);
(1): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio/Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo asistencial Dr. Sótero del Rio, Santiago, Chile (3): Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La nefrectomía parcial laparoscópica/robótica es la técnica de elección en el Carcinoma de células renales (CCR) localizado dado su beneficio en preservar función renal con buenos resultados oncológicos. No obstantes, en casos complejos la Nefrectomía radical (NR) continúa siendo el tratamiento estándar. La pérdida de función renal postoperatoria constituye un factor critico al decidir el abordaje quirúrgico. En este contexto, se han desarrollado modelos predictivos para estimar la función renal, entre ellos el Score de Palacios. Nuestro objetivo fue validar externamente dicho score en una cohorte institucional. Material y método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron pacientes operados por sospecha de CCR en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Rio entre enero 2012 y diciembre 2024, excluyendo aquellos sin creatinina pre operatoria. Se registraron creatinina y tasa de filtrado glomerular (TFG) basal y a los 3-6 meses, calculada mediante la fórmula de *Chronic kidney diseaase epidemiology collaboration* (CKD EPI). La TFG estimada (TFGE) se calculo según Score de Palacios: 35+ (TFG preopeartorio x0.65) - 18(si NR) - (edadx0.25) +3(si tumor >7cm) -2(si diabetes). Se definió deterioro significativo como TFG <45ml/min. El análisis estadístico se realizó con *RStudio*, aplicando correlación de Pearson, Bland-Altman para relación lineal y curvas ROC con área bajo la curva (AUC) para discriminar TFG <45ml/min. Resultados: Total 594 pacientes. La TFG preoperaratoria tuvo una mediana 80.1ml/min, la TFGO 62.6ml/min y TFGE 59.3ml/min. La correlación entre TFGE y TFGO fue fuerte (r=0,84; IC95% 0,82-0,87; p<0,001). El error medio absoluto fue de 10.7ml/min y Bland-Altman mostró sesgo de -4,4ml/min con limites de concordancia entre -30.8 a 22ml/min. Para TFG <45ml/min, el AUC fue 0.90 (IC95% 0.88-0.93) con sensibilidad de 88% y especificidad 82%. Conclusiones: El Score de Palacios mostró alta correlación con la TFG observada, con errores aceptables, aunque con variabilidad individual amplia que tiende a sobreestimar la TFG en pacientes con valores bajos y subestimarla en aquellos con valores altos. En el análisis dicotómico, mostró una excelente capacidad de predecir TFG <45ml/min, lo que respalda su utilidad clínica como herramienta de apoyo en la selección de pacientes en quienes la preservación de función renal debe ser prioritaria.

P059) QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO?

Cornejo, V.(1); Peredo Cueva, L.(1); Sanchez Fernandez, A.(1); Neman Cerda, A.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Guerrero, P.(2); Rojas, J.(2); Testa, I.(2);

Morales, C.(2); Calderón, D.(2); Rojas, V.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción:

Los quistes renales complejos (QRC) representan una entidad heterogénea que plantea importantes desafíos diagnósticos y terapéuticos. La clasificación de Bosniak, actualizada en 2019, permite estimar el riesgo de malignidad en base a características imagenológicas. Series recientes y metaanálisis reportan tasas de carcinoma renal de 70–85% en QRC Bosniak III y 80–90% en Bosniak IV, evidenciando que gran parte de estas lesiones corresponden en realidad a tumores malignos. Esto ha llevado a plantear si el término "quiste renal complejo" constituye un eufemismo para cáncer renal.

Objetivo:

Describir las características clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas de una cohorte de pacientes con QRC Bosniak III–IV operados en nuestro centro, y estimar su tasa de malignidad.

Material y método:

Estudio retrospectivo de 45 pacientes consecutivos con diagnóstico imagenológico preoperatorio de QRC Bosniak III–IV sometidos a cirugía. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, tamaño tumoral, tipo de abordaje quirúrgico y resultado histológico. Se presentan estadísticas descriptivas.

Resultados:

De los 45 casos, 14 (31,1%) fueron Bosniak III y 31 (68,9%) Bosniak IV. La media de edad fue 58,0±12,9 años; 20 (44,4%) correspondieron a hombres. El tamaño tumoral promedio fue 3,9 cm (rango 1,5–10), con 11/45 (24,4%) lesiones <3 cm. El abordaje quirúrgico incluyó principalmente técnicas laparoscópicas y mano asistida, en concordancia con la tendencia hacia la mínima invasión. El análisis anatomopatológico mostró malignidad en 9/14 (64,3%) de los Bosniak III y en 22/31 (71,0%) de los Bosniak IV, alcanzando una tasa global de 31/45 (68,9%). El carcinoma de células claras fue el subtipo más frecuente, seguido por carcinoma papilar. La incidencia de complicaciones perioperatorias fue baja y sin eventos mayores (Clavien ≥III).

Conclusión:

En nuestra cohorte, los QRC Bosniak III–IV presentaron una elevada tasa de malignidad, comparable con lo descrito en la literatura internacional reciente. Estos hallazgos refuerzan la noción de que el diagnóstico de "quiste complejo" en Bosniak III–IV suele corresponder a un carcinoma renal. Por lo tanto, recomendamos un manejo quirúrgico con enfoque oncológico en este grupo de pacientes, individualizando la indicación según edad, comorbilidades y riesgo operatorio, incluso en lesiones de menor tamaño.

P060) EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA.

Menchaca Cruzat, R.(1); Ruiz Espinosa, T.(2); Arce Olave, C.(3); Carafí Laso, A.(2); Gomez-lobo R., C.(4); Gomez-lobo F, M.(1); Elías E, E.(1); Oporto Uribe, S.(1);
(1): Servicio de Urología Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile (2): Residente Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Médico General Servicio de Araucanía Norte, Collipulli, Chile (4): Interna de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La resección transuretral de vejiga (RTUV) constituye el procedimiento diagnóstico y terapéutico inicial en el cáncer vesical. Uno de los factores fundamentales de la calidad quirúrgica corresponde a la presencia de detrusor en la muestra, garantizando un diagnóstico y etapificación oportuna. La ausencia de músculo se ha asociado a mayor riesgo de subdiagnosticar tumores músculo-invasores (CVMI), retrasando el tratamiento y comprometiendo la sobrevida. En hospitales docentes, donde los procedimientos suelen ser realizados por residentes, mantener los estándares internacionales representa un desafío. Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los casos de RTUV diagnóstica en el Hospital El Carmen entre 2023 y 2025. Se evaluaron variables quirúrgicas, estadíos diagnósticos y mortalidad, comparando los desenlaces entre RTUV óptima (detrusor y completa) o subóptima. Resultados: Se analizaron 107 pacientes. En el 83,5% se logró una resección completa y en el 81,5% se obtuvo detrusor, considerando 77,3% de las RTU-V como óptimas. El tamaño, número de lesiones o compromiso ureteral no mostró asociación con mayor riesgo de resección subóptima (p=0,089). De los sometidos a re-RTU-V, un 15,6% presentó upstaging y en el 26,7% se confirmó el diagnóstico inicial. Hubieron 39,3% de CVMI donde 7 debutaron metastásicos. La tasa de recidiva en 3 meses fue 17,9% y la mortalidad global 29,0%. Las RTU subóptimas no se asociaron a mayor frecuencia de upstaging (15,4% vs 11,1%; p=1,0), recidiva precoz (0% vs 62,5%; p=0,91) ni mortalidad (29,6% vs 28,7%; p=1,0). La ausencia de músculo en la primera RTUV no impactó la recidiva precoz (p>0,05) ni en la mortalidad (29,0% vs 28,9%; p=1,0). Discusión y Conclusión: Nuestros resultados demuestran resultados comparables con las series internacionales, con obtención de músculo entre 70-80% (81,5%), RTU óptima entre 70-85% (77,3%), upstaging entre 10-25% (15,6%) y tasa de recidiva a 3 meses entre 15–25% (7,9%). Estos resultado demuestran que es posible alcanzar estándares internacionales de calidad quirúrgica en un entorno docente, sin comprometer la seguridad ni la eficacia de los procedimientos.

P061) FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD?

Sirebrenik Gateño, A.(1); Rojas Salas, A.(2); Soler Andonie, D.(2); De Oliveira Costa, A.(3); Ascanio Rojas, J.(4); Bustamante Valenzuela, P.(4); Acuña Galvez, E.(4); Pinto Martinez, U.(4); Vera Veliz, A.(5);
(1): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (3): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile (5): Hospital Dr Antonio Tirado Lanas - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

INTRODUCCION:La nefrectomia parcial es el manejo ideal de aquellos tumores organo-confinados. El tiempo de isquemia y los margenes quirurgicos han sido relacionados directamente con los resultados funcionales, preservacion de la funcion renal, y con los resultados oncologicos, recidiva tumoral, respectivamente.

OBJETIVO:Determinar que factores pre-operatorios e intra-operatorios influyen en nuestros resultados oncológicos-funcionales tras una tumorectomia renal laparoscopica.

Materiales- Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron tumorectomias renales laparoscopicas realizadas entre 2019-2025 en un hospital de Provincia. Se analizaron caracteristicas demograficas, tumorales e intraoperatorias.

RESULTADOS: Cohorte 54pacientes, mediana de edad de 63,5 años, mayoritariamente hombres. Hipertensión arterial 48,1%, diabetes mellitus 25,9 % y enfermedad renal crónica 9,2 %. El diámetro tumoral fue de 36,5 mm, el 42% eran >40 mm. El 65,9% RENAL-score intermedio-Alto. Respecto al abordaje quirúrgico, en 10 casos se utilizó la vía retroperitoneal. En relacion a la tecnica de eleccion fue la enucleacion tumoral, con isquemia fria. El 18% fue sin isquemia. El tiempo de isquemia de 26minutos, un tercio supero los 25min. La renorrafia mayoritariamente fue en dos planos. Se registraron márgenes quirúrgicos positivos en 6 pacientes (11 %). A la fecha solo un paciente con recidiva loco/regional. En cuanto a la función renal, la creatinina sérica media preoperatoria fue de 0,89 mg/dL y la postoperatoria de 0,90 mg/dL. El 87% preservo a lo menos el 90% de su funcion renal.

Se analizaron las distintas variables pre e intra operatoria que pudiecen influir tanto en la funcion renal residual como en los margenes quirurgicos positivos o recidiva tumoral, sin encontrar relacion estadisticamente significativa (p-valor <0.05).

CONCLUSION: A pesar que historicamente al tiempo de isquemia durante la tumorectomia o a la presencia de margenes comprometidos han sido considerados los factores mas relevantes al hablar de resultados de la nefrectomia parcial, en nuestra serie no lo son. Son factores a tener en consideracion, pero creemos que una tecnica quirugica minuciosa, no contra el tiempo, como lo es la enucleacion tumoral, influiria mas en los resultados oncologicos/funcionales (presevacion de mayor parenquima renal y mejor visualizacion del borde tumoral) al igual que la funcion renal basal de cada paciente.

P062) PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE.

Rivera Reyes, F.(1); Flores, A.(2); Vega, F.(1); Carrasco, F.(1); Umaña, J.(1); Orio, M.(1); Rodriguez, J.(1); Chodowiecki, A.(1); Urrutia, S.(1); Valenzuela, R.(1); Lobos, C.(1); Pieressa, N.(1); Affeld, M.(3); Goronea, M.(2);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile (2): UFRO, Temuco, Chile (3): Hospital Intercultural Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción

El uraco es un remanente embrionario, que va desde la pared anterior de la vejiga hasta el ombligo. Prevalencia del 2% en población adulta. La relación hombres a mujeres es 2:1. Generalmente hay 2 opciones terapéuticas a la infección: un drenaje inicial, seguido de una escisión electiva o una resección en una sola etapa.

Materiales y Métodos

Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados con patología uracal sintomática entre Junio 2022 y Mayo 2025 en 2 hospitales de la Araucanía, Chile. Se elaboró base de datos, recopilando edad, sexo, métodos diagnósticas, tratamiento, cultivos, biopsias, complicaciones y tiempo de hospitalización.

Resultados

Se registraron 7 pacientes, edad media de 40±23 años.
Se diagnosticaron con scanner de abdomen y pelvis, 6 abscesos de quistes uracal y un divertículo de uraco.
6 paciente se sometieron a intervención quirúrgica. 3 fueron drenaje percutáneo. 2 escisión primaria laparoscópica. 1 paciente requirió cirugía abierta. 1 paciente tuvo tratamiento antibiótico conservador.
Un paciente con resección primaria laparoscópica, requirió reoperación a los 5 meses por una fistula vesicoperitoneal.
El promedio de hospitalización fue 9 días. El tratamiento antibiótico del paciente con resección primaria de 11 días, con drenaje percutáneo, en promedio el tratamiento fue de 22 días, en cirugía abierta completo 29 días y en tratamiento conservador fueron 21 días.
Se aislaron en 5 pacientes microorganismos en cultivos, predominando la Escherichia coli en 3 casos.
Se contaba con la histopatología de 3 pacientes: 2 casos con remanente uracal benigno y un adenoma velloso con displasia de bajo grado.
El resto de los pacientes se encuentran en espera de resolución definitiva.

Conclusión

La relación hombres a mujeres fue 1:6.
El drenaje percutáneo, no registro complicaciones, sin variación en los días totales de antibioticoterapia u hospitalización, comparado con las otras alternativas terapéuticas, a

excepción del manejado con cirugía abierta.
Hay 3 pacientes en espera de resección quirúrgica definitiva.
Una escisión primaria laparoscópica es una alternativa, pero se observó una fistula vesicoperitoneal en uno de los casos.
Existe una heterogeneidad en los posibles tratamiento de la patología uracal, por lo que es importante ajustarlo según la presentación clínica de cada paciente.

P063) IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

Inzunza N., J.(1); Inostroza A., C.(2); Valenzuela V,, R.(3); Jara C., C.(4); Umaña, J.(3); Rojas C, E.(1); Thorkelsen, G.(1); Gonzalez B., M.(1);
(1): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (2): CESFAM Villarrica, Villarrica, Chile (3): Hospital Dr. Hernan Henriquez A., Temuco, Chile (4): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Introducción: el cólico ureteral por litiasis es un motivo frecuente de consulta en servicios de urgencia. Su manejo inicial es analgesia y terapia expulsiva, pero en casos complicados requiriere hospitalización, sobrecargándose así al sistema hospitalario. Una forma de conocer este impacto es evaluar el número de hospitalizaciones a través de los egresos hospitalarios, que orientan a la demanda de atención y ocupación del sistema. Nuestro objetivo es caracterizar los egresos hospitalarios por litiasis ureteral en los últimos 5 años. Material y método: estudio observacional, descriptivo. Datos extraídos del registro del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, evaluando egresos hospitalarios entre años 2000-2024 por diagnóstico de litiasis del uréter (código N 20.1 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10). Cálculo de tasa egreso hospitalario (TEH) según formula (egresos hospitalarios por diagnostico ureterolitiasis/población de riesgo) x 100.000. Análisis con programa SPSS® Resultados: hubo 29704 egresos hospitalarios por ureterolitiasis en el periodo (promedio de 36,09 /100.000 habitantes). Distribución por años: 35.6/100.000 habitantes (año 2020), 36.5/100.000 habitantes (año 2021), 35.46/100.000 habitantes (año 2022), 33.43/100.000 habitantes (año 2023) y 39.64/100.000 habitantes (año 2024). Según género: 59.4% (n=17.652) hombres y 40.6% (n=12052) mujeres, siendo la THE para hombres de 44.46/ 100.000 habitantes y mujeres 28.29/100.000 habitantes en el periodo. En hombres la menor TEH fue el año 2023 (39.81/100.000 habitantes) y la mayor THE el año 2024 (47.66/100.000 habitantes). En mujeres la menor TEH fue el año 2020 (26.03/100.000 habitantes) y la mayor el 2024 (32.15/100.000 habitantes). Según grupo etario, la TEH más alta fue en grupo 40 a 49 años (58.19/100.000 habitantes), luego entre 50 a 59 años (57.77/100.000 habitantes). Estadía hospitalaria promedio del periodo: 2.54 días, más prolongada el 2023 (2.72 días), más breve el 2020 (2.41 días), siendo más prolongada en mujeres (2.77 días) que hombres (2.39 días). Conclusión: evaluar la TEH por ureterolitiasis permite conocer su impacto en el sistema sanitario. Observamos cifras considerables,

convirtiéndose así en una patología relevante asistencialmente. Se requieren detalles para conocer si esa hospitalización es para tratamiento médico o quirúrgico.

P064) BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO

Alarcón Ríos, J.(1); Coloma Ortiz, F.(1); Moraga Valdes, G.(2); Aquez Chirino, P.(1); Villagrán Cordero, I.(1); Baeza Blanco, S.(1); Bresky Gomez, E.(1); Salinas Valenzuela, Y.(1); Loyola Maturana, J.(1); Maureira Alfaro, M.(1); Rodriguez Concha, C.(1);
(1): Hospital San Pablo Coquimbo, Coquimbo, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La radioterapia constituye un pilar esencial en el tratamiento de diversas neoplasias pélvicas, como el cáncer de próstata, cervicouterino y colorrectal. No obstante, su uso puede conllevar efectos adversos significativos, entre los cuales la cistitis actínica destaca por su alta prevalencia e impacto negativo que genera en la calidad de vida de los pacientes.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes con diagnóstico de cistitis actínica tratados con oxigenoterapia hiperbárica (OHB) en la Unidad de Baromedicina del Hospital San Pablo de Coquimbo, durante el periodo de junio 2023 a agosto 2025. Se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de cistitis actínica confirmado mediante cistoscopia. Se realizó revisión de información clínica disponible en registros institucionales, registrando variables clínicas de radioterapia y oxigenoterapia. La OHB se realizó en base a protocolos internacionales, a una presión de 2 - 2,4 ATA por 60-90 minutos. Se realizó una encuesta de síntomas urinarios y calidad de vida (ICSI-ICPI) antes y después del tratamiento hiperbárico.

Resultados: 13 pacientes fueron tratados, 7 hombres y 6 mujeres, entre 50 y 78 años. Todos los pacientes habían recibido radioterapia como parte de tratamiento para cáncer de próstata o cervicouterino. La mediana de sesiones de OHB fue de 40 (11-65). Se registró una mediana de tiempo para la recurrencia de síntomas de 11,3 meses posterior al término de la oxigenoterapia hiperbárica.Se observó una tasa de respuesta clínica de 76%. Se registraron 4 complicaciones; 1 caso de metrorragia, 2 otitis, 1 retención aguda de orina. No hubo abandonos de tratamiento. Las escalas ICSI/ICPI evidenciaron mejoría de 9 puntos de mediana en la escala de síntomas y 6,5 puntos en calidad de vida.

Conclusiones: Este trabajo representa un acercamiento a la realidad local sobre el tratamiento con OHB en cistitis actínica, complicación frecuente de la radioterapia y a menudo refractaria. Los resultados muestran que es una alternativa efectiva y segura. A pesar del bajo número de pacientes y la heterogeneidad en sus tratamientos, se observó una

mejoría consistente en sintomatología urinaria y calidad de vida en los pacientes . Se requiere ampliar la muestra y estandarizar protocolos en futuros estudios.

P065) CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO

Cuevas, P.(1); Flores, F.(2); Troncoso, F.(3); Sabugo, F.(3); Salinas, J.(4); Navarrete, M.(1); Garate, S.(1); Wagner, T.(1); De La Fuente, M.(1); Ebel, L.(2); Foneron B, A.(2); Troncoso, L.(2); Foneron V, A.(2); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2);
(1): Residente Urología Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile, VALDIVIA, Chile
(2): Urólogo Hospital Base Valdivia. Docente Universidad Austral de Chile, VALDIVIA, Chile
(3): Interno de Medicina Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile
(4): Hematólogo Hospital Base Valdivia, Docente Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción:

La cistitis hemorrágica por virus BK (CH-VBK) es frecuente en pacientes trasplantados de médula ósea. Su presentación desde microhematuria hasta hematuria severa, afectando al 8-25%. Debido a la escasez de datos clínicos, no existe un protocolo estandarizado de manejo. El tratamiento incluye enfoques combinados desde medidas conservadores exclusivas (TC), así como el apoyo de procedimientos invasivos (TI) y Manejo quirúrgico (TQ) en casos refractarios o graves

Métodos:

Análisis retrospectivo de 11 pacientes trasplantados de médula ósea en la Región de Los Ríos, desde junio de 2022 hasta junio de 2025. Se incluyeron solo casos con hematuria por virus BK positivo en orina. Se evaluaron variables clínicas, tiempo desde el trasplante, carga viral. Los desenlaces analizados fueron la duración del cuadro de hematuria, necesidad de hospitalización y tipos de manejos, considerando estrategias desde TC (hidratación, reducción de inmunosupresión y manejo sintomático), TI (Irrigación vesical y medicamentos intravesicales), TQ como electrocoagulación y un manejo combinado (TM) de estas.

Resultados:

La mediana de edad fue 20 años, 7 fueron hombres. El tiempo medio desde el trasplante hasta el inicio de síntomas fue de 1,5 meses. Los síntomas más frecuentes fueron hematuria (100%), disuria (67%) y polaquiuria (27%). 4 pacientes (36%) presentaron Macrohematuria con coágulos, solo uno recibió electrofulguración.

El 55% precisó hospitalización. La mayoría (73%) respondió a un TC mientras que 3 (27%) pacientes requirió un TM, Ningún caso recibió TI como única intervención.

La duración de la hematuria fue mayor en el grupo con TM (69 días) en comparación con el aquellos con TC (9 días). Asimismo, la resolución de la disuria fue en promedio de 79 días para el grupo con TM, versus 35 días en el grupo con TC. Ningún paciente falleció durante su seguimiento.

Conclusión:

Si Bien no existe un tratamiento estandarizado, la mayoría de los casos tiende a ser autolimitado donde las TI son suficientes para la mayoría de los casos que cursan con cistitis hemorrágica con coagulos, siendo un porcentaje mínimo las que TQ

P066) EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alfaro, A.(1); Fraga, M.(2); Azua, N.(3); Lladser, A.(2); Borgna, V.(4);
(1): Unidad Oncourología, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (2): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (3): Escuela Medicina, USACH, Santiago, Chile (4): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: Los sarcomas primarios de vejiga son neoplasias infrecuentes, heterogeneas y agresivas, con evidencia terapeutica limitada y extrapolada desde sarcomas de partes blandas. El microambiente tumoral, en particular los linfocitos intratumorales (TIL), emerge como determinante pronóstico y potencial predictor de respuesta a terapias sistemicas. Presentamos el caso de un paciente adulto con sarcoma vesical primario. El objetivo de este trabajo es caracerizar la infiltración linfocitaria de un sarcoma vesical primario y compararlos con la literatura.

Métodos: La muestra fresca tumoral fue procesada mediante digestión mecánica y enzimatica para ontener una suspencion unicelular. Mediante citometria de flujo se identificaron las siguientes moleculas: CD3, CD4, CD8, FOXP3 como marcadores de linaje. como marcadores de reactividad: PD-1,CD39 y granzima B. Los resultados se compararon con la literatura publicada en relación a carcinoma urotelial de vejiga (CUV).

Caso Clinico:Paciente femenina de 51 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó en contexto de sepsis urinaria. La tomografía computada evidenció engrosamiento difuso de la pared vesical con masa proliferativa en techo vesical de 6 × 5,2 cm. Se efectuó resección endoscópica transuretral, con resección macroscópica incompleta (R1). A los 25 días de la RTU-V inicial se practicó cistectomía radical de intención paliativa. La pieza quirúrgica mostró tumor de 8 × 15 × 15 cm, compatible con sarcoma anaplásico de alto grado con compromiso transmural de la vejiga. Evoluciona con síndrome de Krukenberg y metastasis pleural. La paciente evolucionó con falla respiratoria progresiva y falleció nueve días posterior a la cistectomía.

Resultados: En la muestra de sarcoma se identifico un 33% de CD3+ vs 20% descrito en CUV. T reguladores: 33,7% vs 15%, CD8+ PD1+ 92% vs 50% en CUV.

Conclusiones: El sarcoma evaluado, a pesar de ser un tumor infiltrado con TILS, los linfocitos CD8+ se encontraban en estado exhausto y con una poblacion reguladora inmunodepresora que duplica lo descrito en carcinomas uroteliales Esto se correlaciona con la agresiva evolución y confirma que el tratamiento de los sarcomas sigue siendo la cirugia como el pilar asociado a quimioterapia adyuvante siendo la inmunoterapia solo una alternativa secundaria.

P067) ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Hurtado, J.(1); Alfaro, A.(1); Borgna, V.(1); Verdugo, C.(1); Alarcón, L.(1); Mellado, J.(2); (1): Servicio de Urología Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile., santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La adrenalectomía laparoscópica (AL) se ha consolidado como técnica estándar en masas suprarrenales, aunque históricamente el tamaño ≥6 cm se ha considerado de mayor complejidad. El objetivo fue evaluar la seguridad y factibilidad de la adrenalectomía laparoscópica, con una serie relevante en un hospital público chileno.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 47 pacientes operados entre 2019-2025. Se dividieron en dos grupos: ≥6 cm (n=4) y <6 cm (n=43). Se analizaron tiempo operatorio, sangrado, complicaciones y conversiones. Variables continuas se expresaron en mediana y RIC, comparándose con Mann-Whitney U. Las categóricas se analizaron con prueba exacta de Fisher, considerando significativo p<0,05.

RESULTADOS: Todos los pacientes fueron abordados por técnica laparoscópica inicialmente; en el 95,7% (n=45) se realizó la cirugía mediante esta técnica y en el 4,3% (n=2) se requirió conversión a cirugía abierta, sin repercusión clínica. El tiempo operatorio global fue 60 min (RIC 50–91). En masas ≥6 cm fue discretamente mayor (65 vs 60 min; p=0,04). El sangrado global fue 50 mL (RIC 10–100); en ≥6 cm alcanzó 120 mL vs 45 mL (p=0,03). No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias Clavien-Dindo ≥III.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia confirma que la adrenalectomía laparoscópica es un abordaje seguro y factible para el manejo de masas suprarrenales <6 cms y ≥6 cm. Los resultados demuestran que, a pesar de un mayor sangrado, los tiempos quirúrgicos y la tasa de complicaciones en tumores grandes son comparables a los de lesiones de menor tamaño. Estos hallazgos refuerzan el valor de la experticia quirúrgica y el abordaje laparoscópico en centros con

experiencia, demostrando la capacidad de la red pública para realizar procedimientos de alta complejidad con excelentes resultados.

P068) ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES.

Saavedra, F.(1); Fraga, M.(1); Hidalgo, S.(1); Hernandez, A.(1); Bustamante, C.(1); Alarcón, L.(2); Alfaro, A.(2); Lladser, A.(1); Borgna, V.(3);
(1): Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile (3): Hospital Barros Luco-Trudeau, Fundación Ciencia & Vida, Santiago, Chile

El carcinoma de células renales (CCR) es un tipo prevalente y letal de cáncer renal que responde a la inmunoterapia basada en bloqueo de los puntos de control inmunitarios. No obstante, la infiltración tumoral por linfocitos T CD8> muestra asociaciones contrapuestas con la supervivencia. En consecuencia, los linfocitos T CD4> convencionales (Tconv) — incluidos los subgrupos helper tipo 1 (Th1) y citotóxicos (CTL)— podrían desempeñar un papel antitumoral clave en el CCR. Nuestros resultados indican que las células de CCR expresan moléculas HLA-II, cuya presencia se correlaciona con buen pronóstico. Además, los tumores de CCR están infiltrados por linfocitos T CD4> de memoria con un perfil Th1/CTL que reconocen específicamente células autólogas de CCR de manera dependiente de HLA-II, como lo evidencia la sobrerregulación de OX40 y 4-1BB y la secreción de IFN-γ, TNF-α, granzima B y perforina. Asimismo, encontramos que las células Tconv exhiben fenotipos de memoria residente tisular y circulante. El subconjunto residente tisular presenta niveles más altos de PD-1, CD39 y CXCL13 y niveles intermedios de granzima B, sin expresión de perforina ni granulsina, lo que sugiere un fenotipo más exhausto. En contraste, el subconjunto de memoria circulante contiene una subpoblación citotóxica que expresa CX3CR1, perforina y granulisina, con altos niveles de granzima B y niveles intermedios de PD-1, asociándose con una supervivencia global superior en pacientes con CCR. Además, los linfocitos T CD4> de memoria citotóxicos se encontraron enriquecidos en la sangre periférica de pacientes con CCR en comparación con donantes sanos. De forma interesante, los análisis scRNA-seq/TCR-seq muestran que los clonotipos de linfocitos T CD4> de memoria citotóxicos están expandidos y compartidos entre sangre y tumor. En conjunto, nuestros datos indican que las células Tconv infiltrantes del tumor reconocen directamente a las células de CCR y se organizan funcionalmente en compartimentos circulante y residente tisular con perfiles citotóxicos y de agotamiento, respectivamente. Estos hallazgos respaldan el rol antitumoral y el potencial terapéutico de los linfocitos T CD4> en el CCR humano.

P069) EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Lobo, T.(2); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Objetivo: Evaluar la utilización de la intensificación del tratamiento con inhibidores de la vía del receptor de andrógenos (ARPI) y/o docetaxel en pacientes con cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (mCSPC), según la especialidad médica tratante.

Materiales y métodos: Se diseñó una encuesta dirigida a especialistas involucrados en el manejo del cáncer de próstata avanzado. La especialidad médica se categorizó como: urólogo solamente, oncólogo solamente, ambos (urología y oncología) y otras. Se analizaron de forma descriptiva las características de los pacientes y el uso de intensificación del tratamiento.

Resultados: La encuesta fue enviada a 120 especialistas en septiembre de 2024, con una tasa de respuesta del 87,5% (n=105; 90 urólogos, 10 oncólogos médicos y 5 radioterapeutas). El 60% trabajaba en instituciones públicas y privadas, 30% solo en privadas y 10% en públicas. En la atención directa de los pacientes, 16% fueron tratados solo por urólogos, 20% por oncólogos, 63% por ambos y 1,1% por otras especialidades. La mayoría reportó acceso y/o uso de PET-CT con PSMA. La primera línea más frecuente fue la terapia de privación de andrógenos (ADT) ± antiandrógenos de primera generación (>50%). El uso de ADT+docetaxel disminuyó con el tiempo, mientras que ADT+ARPI mostró un aumento progresivo. Los pacientes atendidos por oncólogos o equipos mixtos eran más jóvenes, con menos comorbilidades y mayor probabilidad de recibir intensificación, en comparación con aquellos tratados solo por urólogos. No obstante, en 2024 la intensificación se mantuvo baja: <40% en oncólogos o equipos mixtos y <15% en urólogos. En segunda y tercera línea, ADT+ARPI fue el régimen más prescrito (>50% en todas las especialidades).

Conclusiones: La intensificación en primera línea continúa infrautilizada en urología y oncología, pese a la evidencia de beneficio en supervivencia. En líneas posteriores, ADT+ARPI se consolidó como la estrategia predominante. Estos hallazgos subrayan la necesidad de promover una intensificación más temprana y homogénea, independiente de la especialidad tratante.

P070) MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT.

Vidal-mora, I.(1); Vidal, M.(2); Arribas, D.(1); Castillo, O.(1);
(1): Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: Los clips de polímero no absorbible (Hem-o-lok, Weck®), son una herramienta hemostática de uso rutinario en cirugía robótica y laparoscópica. En nuestra institución, se ha utilizado este tipo de clips para la hemostasia de los paquetes vasculares durante la prostatectomía robótica. En este estudio, presentamos una serie de casos de extrusión intravesical de clips Weck que se presentan como cálculos vesicales.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de nuestra serie institucional prospectiva entre el periodo 2013-2023. Los pacientes incluidos en el estudio requirieron intervención endoscópica para la extracción de clips Weck incrustados o impactados. Los datos primarios incluyeron el tipo de intervención requerida, el tiempo hasta la presentación y el número de presentaciones. También se investigaron la fuga anastomótica postoperatoria, la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria y el tiempo inicial de la operación.

Resultados: De los 570 hombres que se sometieron a prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (RALRP), 5 requirieron regresar al quirófano para la extracción de clips (1.2%). Los métodos de extracción incluyeron litotricia con láser y extracción con pinzas. Ninguno de los pacientes con migración de los clips, había presentado fuga de la anastomosis o mayor duración de la hospitalización. El sitio más común para la intrusión del clip fue el cuello de la vejiga. El numero promedio de clips migrados fue 5 (3-9)El tiempo promedio hasta la presentación fue de 1.75 años.

Discusión: La migración del clip Weck es una complicación reconocida de la prostatectomía radical asistida por robot. Los hombres con infecciones recurrentes del tracto urinario, síntomas molestos de micción o hematuria tras RALRP deben ser considerados para una evaluación cistoscópica.

P071) RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Nicolai, H.(1); Vargas, C.(2); Campos, M.(1); Fulla, J.(1); Larenas, F.(1); Pinto, F.(1); Ebensperger, M.(1); Seguel, O.(1); Cruz, P.(1); Navarro, L.(1); Vargas, F.(1);
(1): HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN, Santiago, CL (2): HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA, Santiago, CL

Introducción

La vigencia de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el 2004, generó un aumento del flujo de pacientes de cáncer de próstata (CP) en el Servicio de Urología del Hospital Clínico San Borja Arriaran (HCSBA), alcanzando una incidencia de 167 paciente en un año. Esto originó el proyecto de Registro Electrónico y Base de Datos, MEDLIGHT (Comité de Ética N° 1654/10) y un Policlínico Específico de Cáncer de Próstata para caracterizar determinantes clínicas y de sobrevivencia del CP en la "vida real".

Material y Método

Estudio prospectivo, observacional, de selección natural, con 423 pacientes registrados entre 2010-2016, seleccionando 310 con datos completos y comparables para estudio de sobrevivencia global en su relación con el estadio clínico inicial, variables como antígeno prostático, ISUP y TNM, clasificación de riesgo. El análisis estadístico se realizó estimando curvas de supervivencia con método de Kaplan Meier, docimando las diferencias mediante test de log-rank. Sobrevida a 5 y 10 años (a.) con IC 95%.

Resultados

La mediana de sobrevida global total fue de 12,6 a. En M0 (N=223) fue de 14,1 a.; con 90,1 %[85,4- 93,4] a 5 a. y 73% [66,7-78.4] a 10a. En estadio M1 (N=49) fue de 5,5 a.; con 51,0 % [36,4 – 63,9] a 5 a. y 20,5% [10,5-32,6] a 10 a. La función de sobrevivencia según terapias iniciales fue significativamente diferente, con sobrevivencia mediana de 17,0 a. en cirugía radical(CR).; 14,0 a. en radioterapia (RT); 6,2 a. en terapia deprivación androgénica (ADT). Las variables de condición de riesgo entre CR y RT fueron significativamente diferentes. La sobrevida a 5a. en ADT según ISUP, agrupados en (1,2 y 3) y (4,5) se diferencia significativamente, 73,9%[61,8-82,7] vs 43,8%[29,6-57,1] respectivamente. La Incidencia acumulada a 5 a. por CP en pacientes ≥75a. (N= 69) fue de 20,3%; mayor que en ≤75a. con 10.9%.

Conclusión

La supervivencia del CP en estadio M0 tratado con CR, es semejante a los buenos resultados de cifras internacionales. La diferencia de sobrevida entre CR y RT obedece a condicionantes clínicos diferentes. En el grupo etario mayor de 75 años habría candidatos que justifican su confirmación diagnóstica y tratamiento.

P072) RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO.

Sirebrenik, A.(1); Sirebrenik, Y.(2); Hassi, M.(1);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) constituye la fase más avanzada de la enfermedad, con limitadas alternativas tras la falla de hormonoterapia y quimioterapia. En este escenario, la terapia dirigida con radioligandos como 177Lu-PSMA-617 ha mostrado eficacia clínica y mejores resultados de supervivencia en estudios recientes.

Caso Clínico:

Se presenta el caso de un paciente masculino de 76 años con adenocarcinoma prostático diagnosticado en 2018, PSA >100 ng/mL y extensa enfermedad ósea. Tras recibir terapia de deprivación androgénica y 6 ciclos de docetaxel, alcanzó PSA nadir de 1,4 ng/mL en 2019. Posteriormente, se mantuvo con análogo de LHRH hasta 2022, cuando presentó progresión bioquímica (PSA 4,6 ng/mL) y radiológica. Se inició Abiraterona, sin lograr control de la enfermedad, con PSA en ascenso hasta 19,86 ng/mL en noviembre de 2023 y progresión tumoral en PET/CT PSMA de control.

Ante el fracaso de hormonoterapia y quimioterapia, en marzo de 2024 se inició 177Lu-PSMA-617, manteniendo Decapeptyl® y ácido zoledrónico. El paciente recibió 4 ciclos, con rápida y sostenida respuesta: PSA pretratamiento 19,86 ng/mL, 8,68 ng/mL posterior a primer ciclo, y 0,19 ng/mL tras el cuarto ciclo. El PET/CT PSMA de control (febrero 2025) informó desaparición completa de las lesiones metastásicas, obteniendo una respuesta metabólica y radiológica completa, sin toxicidades significativas.

Discusión y Conclusión:

La terapia con 177Lu-PSMA-617 se fundamenta en la sobreexpresión del PSMA en células tumorales, permitiendo la entrega selectiva de radiación beta. En el estudio VISION, se observó beneficio significativo en supervivencia global y libre de progresión, mientras que el estudio REALITY reportó respuestas completas en un subgrupo de pacientes. La selección adecuada de candidatos mediante PET/PSMA, la carga tumoral y el estado funcional previo del paciente son factores críticos de éxito del tratamiento.

Este caso ilustra el potencial de 177Lu-PSMA-617 para inducir respuestas completas incluso en pacientes con enfermedad refractaria, reforzando su valor como alternativa terapéutica en mCRPC. Futuras investigaciones deben estandarizar el número de ciclos, definir biomarcadores predictivos y explorar su uso en fases más tempranas de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de próstata, mCRPC, PSMA, lutecio, radioligando, supervivencia global.

P073) BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

Del Valle, F.(1); Fuentes Espinoza, A.(2); Vera Varela, G.(1); Gallegos Moran, H.(1); Arenas Kalil, J.(1); Alvarado Vázquez, P.(3); Rojas Ruz, P.(1); Bruzzone Correa, A.(4);
(1): Hospital Sotero Del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Sotero Del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (4): Hospital Sotero Del Rio, ,

Introducción: La biopsia prostática fusión (BpF) guiada por resonancia ha demostrado mejorar la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPCS), reduciendo el sobrediagnóstico de cáncer no significativo. En 2022 presentamos los resultados iniciales de su implementación en un hospital público. El presente trabajo amplía la serie, evaluando tres años de experiencia y su evolución en períodos consecutivos de seis meses. Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes sometidos a biopsia prostática entre octubre de 2021 y julio de 2025. Se analizaron variables demográficas y clínicas (edad, peso, talla, IMC, APE), hallazgos de resonancia (PI-RADS v2.0) y resultados patológicos (ISUP). Se definió CaPCS como ISUP ≥2. Para las comparaciones se utilizaron t-test o Mann-Whitney en variables continuas y chi-cuadrado en variables categóricas, considerando significativos los valores de p <0,05. Resultados: Se incluyeron 377 pacientes, de los cuales 209 correspondieron a biopsia fusión (BpF) y 168 a biopsia sistemática (BpS). Los pacientes de BpF presentaron una edad promedio menor (68,8 vs 71,4 años; p=0,002), mientras que el APE fue significativamente mayor en el grupo BpS (mediana 30 vs 9 ng/mL; p<0,001). La distribución de ISUP mostró diferencias significativas (p=0,0016), con mayor proporción de tumores de alto grado (ISUP 4–5) en el grupo BpS. El rendimiento global de la BpF alcanzó 71,3%, con detección de CaPCS en 51,7% y tasas progresivas según PI-RADS: 18,2% en categoría 3, 38,8% en 4 y 82,1% en 5. En la BpS, la detección global fue 70,8% y CaPCS 59,5%, sin diferencias significativas (p=0,156). No hubo variación durante los semestres evaluados. Conclusiones: Los pacientes derivados a BpS presentaron mayor edad, APE y más frecuencia de tumores de alto grado, lo que refleja un perfil clínico distinto respecto a quienes accedieron a biopsia fusión. Estas diferencias sugieren un sesgo de selección en la indicación de la técnica. La BpF mostró un rendimiento estrechamente asociado a la categoría PI-RADS, alcanzando la mayor utilidad en lesiones PI-RADS 5. Ambas técnicas se consolidan como complementarias en la práctica clínica, siendo factible y beneficiosa la implementación de la BpF en el sistema público de salud chileno.

P074) PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES

López Ponce De León, L.(1); Saldivia Zaror, D.(2); Moya González, F.(3); Larenas Huguet, F.(4); Gárate Paz, R.(3); Gallegos Méndez, I.(5); Acevedo Castillo, C.(6);
(1): Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2):

Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (3): Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (4): Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (5): Anatomía Patológica, Universidad de Chile. Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile (6): Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es clave en el diagnóstico del cáncer de próstata. Las lesiones PI-RADS 5 presentan alta probabilidad de corresponder a cáncer clínicamente significativo, con un valor predictivo positivo estimado entre 73% y 94%. Sin embargo, existen pocos estudios sobre el seguimiento de pacientes con lesiones PI-RADS 5 y biopsia negativa, y aún no hay consenso sobre su manejo. Este trabajo evalúa la evolución clínica de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo (2016–2024), que incluyó 109 pacientes con lesiones PI-RADS 5 en RMmp y biopsia transrectal negativa (sistemática y dirigida). Se revisaron bases clínicas, el registro civil y se realizó seguimiento telefónico para identificar nuevos diagnósticos de cáncer, rebiopsias o nuevas RMmp. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los 109 pacientes, se logró seguimiento clínico en 58 casos (54,7%), con una mediana de 43,8 meses (DE ±23,7). Quince pacientes no tuvieron control posterior con urólogo. Durante el seguimiento, 12 pacientes (20,7%) fueron reevaluados con RMmp y 30 (51,7%) controlados mediante antígeno prostático específico (APE). En 9 se observó APE elevado o en aumento. Se realizaron rebiopsias en 12 pacientes (20,7%), con diagnóstico de cáncer en 9 casos, lo que representa un 15,5% del total con seguimiento y un 75% entre los rebiopsiados. De estos, 8 casos (88,9%) correspondieron a cáncer clínicamente significativo (ISUP ≥ 2). La mortalidad global fue de 6,6%, sin fallecimientos atribuibles a cáncer.

CONCLUSIONES

En esta cohorte con lesiones PI-RADS 5 y biopsia inicial negativa, una proporción relevante fue posteriormente diagnosticada con cáncer, incluyendo casos clínicamente significativos. Sin embargo, la mayoría no evidenció progresión clínica ni fallecimientos relacionados durante un seguimiento prolongado. Estos resultados preliminares respaldan estrategias de seguimiento personalizadas, integrando evolución del APE, nuevas RMmp y rebiopsias dirigidas según criterios clínicos.

P076) BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS

Silva, M.(1); Larranaga, M.(2); Ortiz, F.(1); Valero, G.(1); Vera, N.(1); Silva, S.(3); Silva, T.(4); (1): Hospital FUSAT, Rancagua, Chile (2): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile (3): Interno Medicina Universidad Catolica, Santiago, Chile (4): Alumno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD

COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS

OBJETIVOS: Evaluar las características de 2 grupos de pacientes que se someten a biopsia de próstata en un mismo centro Hospitalario. (pacientes de la consulta privada y pacientes beneficiarios de nuestro hospital con controles rutinarios del PSA)

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de biopsia de próstata transrectal realizadas en Clínica Privada entre el 01 enero 2016 al 28 agosto 2025. Se evalúan en ambos grupos diferencias en edad, PSA previo a biopsia, numero de cilindros tomados ,Diagnóstico (cáncer no cáncer) , ISUP y riesgo del cáncer de próstata diagnosticado en cada grupo. Se realiza análisis de variables continuas con mediana y rango Inter cuadrático y para variables continuas se usó test de Mann Whitney . Para comparar variables categóricas se usó test de chi cuadrado y se fijo valor p menor 0.05 para determinar diferencias estadísticamente significativas

RESULTADOS: En el periodo en estudio se realizaron 1607 biopsias. Se completo recolección de todos los datos en 1494 pacientes, que son los que se consideran para este estudio . 867 son pacientes privados y 627 pacientes Institucionales. Edad mediana y el numero de cilindros similar en ambos grupos. Valor de PSA menor a 10: pacientes privados el 67 % v/s en 84,4 % en los pacientes Institucionales. El PSA mayor a 20 fue de un 13.2% en

los pacientes privados v/s en 2.7 % en los pacientes Institucionales. También encontramos diferencias significativas en el ISUP de la biopsia por punción: Pacientes privados un 24 % tienen ISUP 1 v/s un 35 % de los Pacientes institucionales , finalmente los pacientes presentan un cáncer de bajo riesgo en un grupo mayor en los pacientes Institucionales que los privados 32 v/s 24 %.

CONCLUSIONES: Los pacientes Institucionales, con mayor screening ,tienen al diagnostico una mayor proporción de PSA menor a 10 y una menor proporción de pacientes con PSA mayor a 20, Un ISUP menor, con diferencias estadísticamente significativas, por esto presentan una mayor proporción de canceres de bajo riesgo el momento del diagnóstico.

P077) IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA

Silva, M.(1); Ortiz, F.(1); Larranaga, M.(2); Vera, N.(1); Valero, G.(1); Silva, S.(3); Silva, T.(4); (1): Hospital FUSAT, Rancagua, Chile (2): Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile (3): Interno Medicina Universidad Catolica, Santiago, Chile (4): Alumno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile

IMPACTO DEL SCREENING PROSTÁTICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA

OBJETIVO: Evaluar las características de los canceres de próstata y tasas de mortalidad en una población cerrada, sometida a screening prostático mediante medicina laboral de los 45 a los 65 años y luego a controles anuales en medicina familiar y/ o urología.

MATERIAL Y MÉTODO: Se determinan tasas de mortalidad por cáncer de próstata en población masculina mayor de 50 años de Hospital Privado, según registros y se comparan con tasas de mortalidad nacional . Se evalúan las características de los canceres diagnosticados en los últimos 10 años en nuestro hospital. Se realiza análisis de variables continuas con mediana y rango Inter cuadrático y para variables continuas se usó test de Mann Whitney . Para comparar variables categóricas se usó test de chi cuadrado y se fijo valor p menor 0.05 para determinar diferencias estadísticamente significativas

RESULTADOS: En nuestro hospital fallecieron 12 pacientes por cáncer de próstata en los últimos 10 años . Las tasas de mortalidad de cáncer de próstata, ajustada en población mayor de 50 años fue de 30.3 x100.000 en el año 2015, 45.4 en el 2016, 30.3 el 2017, 15.2 el año 2018, 30.6 el años 2019, 0 los años 2020,2021 y 2022 y los años 2023 y 2024 fue cercana a un 15 %. Estos valores son menores que los nacionales, entre los años 2000 y 2020 vario entre 50 a 60 x 100.000 . En nuestro hospital en los

últimos 10 se han diagnosticado 305 pacientes con cáncer de próstata. Con un PSA previo a biopsia mediana de 6.4 ng/ml . Un 83.4 % tiene un PSA menor a 10 al momento del diagnostico y solo un 2.7% un PSA mayor a 20. En la biopsia por punción un 35 % tiene un ISUP 1, un 34.4 % un ISUP 2. Se consideran de bajo riesgo un 32.1 % y de riesgo intermedio un 45.2 % de los pacientes

CONCLUSION: El control y screening nos ha permitido tener canceres con características clínicas favorables para un adecuado tratamiento y tener tasas de mortalidad menores a las nacionales.

P078) LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE.

Piñats Diaz, N.(1); Cacho Olivares, J.(1); Mejías Briceño, A.(2); Marió Guzman, C.(3);
(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (3): Hospital Dipreca, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción:

La longitud de uretra membranosa (MUL), medida por resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp), se ha consolidado como predictor anatómico importante en la recuperación funcional de pacientes con cáncer de próstata operado, demostrando en diversos estudios que cada milímetro adicional de MUL se asocia a mayor probabilidad de continencia. Sin embargo, existen limitados estudios poblacionales que establezcan valores de referencia locales, en Chile solo estudios en pacientes con diagnóstico de cancer de prostata. El objetivo del trabajo fue caracterizar la MUL mediante RNMmp en cohorte multicéntrica de pacientes chilenos.

Material y métodos:

Se desarrolla estudio observacional, descriptivo, multicéntrico entre enero 2024 y junio 2025 en dos hospitales terciarios de Chile, incluyendo 550 hombres entre 45–75 años sometidos a RNMmp por sospecha o etapificación de cáncer de próstata (criterios PI-RADS-v2.1). Se excluyen estudios con artefactos imagenológicos, antecedente de radioterapia pélvica o cirugías prostáticas previas. La MUL se definió como distancia desde ápex hasta el borde proximal del bulbo uretral en plano sagital-T2, evaluada por radiólogo único. Se realiza cálculo de tamaño muestral para significancia estadística con un N=390 pacientes. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk), estadística descriptiva y correlación de Pearson.

Resultados:

La mediana de volumen prostático fue de 49,1cc; con predominio de categoría PIRADS-2 (46%), seguido por PIRADS-4 (22,2%) y 5 (19,1%). La MUL presentó media de 14,8 ± 4,3mm y mediana de 15mm (rango 4–29). Los percentiles poblacionales fueron: P10=9mm, P25=12mm, P50=15mm, P75=18mm y P90=20mm. En el análisis univariado, el volumen prostático se correlacionó positivamelente con MUL (r=0,26; p<0,001), aunque con fuerza débil. El test de Shapiro-Wilk descartó normalidad estricta (p=0,00088), pero la distribución se aproximó a una curva normal. El 52,7% de los pacientes de la serie presentó MUL≥15mm.

Conclusiones:

Este estudio constituye la serie más grande en Latinoamérica que caracteriza MUL por RNMmp. Los valores obtenidos respaldan aplicabilidad de umbrales internacionales en población chilena, aportando valores de referencia locales y reforzando la necesidad de integración de parámetros anatómicos adicionales para optimizar resultados funcionales. Son necesarios estudios comparativos para lograr determinar valor de corte que disminuye significativamente el riesgo de IO posterior a prostatectomía radical.

P079) RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(2); Rojas, I.(3); Ramirez, G.(4); Bernier, P.(3); Orvieto, M.(3); Souper, R.(3); Otaola, H.(3); Westenenk, K.(3); Pinochet, R.(3); Barahona, D.(3);
(1): Clínica alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (2): Clínica alemana de Santiago, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (3): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (4): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción

La recidiva bioquímica (RBQ) del cáncer de próstata (CAP) constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. El PET/CT con PSMA ha demostrado mejorar la detección de recurrencia y orientar estrategias de rescate, aunque la evidencia nacional sobre su impacto sigue siendo limitada.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de una base institucional de pacientes con CAP sometidos a prostatectomía radical entre 2015 y 2022. Se incluyeron aquellos que presentaron RBQ, definida como PSA >0,2 ng/dl, y que fueron estudiados con PET/CT con PSMA. Los pacientes se estratificaron según la nueva clasificación de riesgo EAU: bajo riesgo (Gleason <8 y tiempo de duplicación de PSA [PSADT] >12 meses) y alto riesgo (Gleason ≥8 o PSADT ≤12 meses). Se evaluó el rendimiento global y por subgrupos de riesgo, la distribución anatómica de hallazgos (negativo, recurrencia local, compromiso ganglionar regional y metástasis a

distancia) y las estrategias terapéuticas adoptadas (radioterapia sola, radioterapia más terapia de deprivación androgénica, vigilancia u otros).

Resultados

Se incluyeron 79 pacientes. El PET/CT fue positivo en 50,6%. La distribución anatómica de hallazgos fue: sin lesión 49,4% (39/79), recurrencia local 16,5% (13/79), compromiso ganglionar regional 17,7% (14/79) y metástasis a distancia 16,5% (13/79). La positividad fue significativamente mayor en pacientes de alto riesgo EAU (70,4%) respecto de bajo riesgo (31,2%; p=0,006). En el subgrupo de alto riesgo con PET positivo predominó la intensificación mediante RT+TDA y tratamiento sistémico, mientras que en alto riesgo con PET negativo se indicó RT sola o seguimiento. En bajo riesgo, la RT sola fue la estrategia más frecuente, independiente del resultado del PET. Se observó tendencia hacia mayor intensificación en PET positivos (OR=2,79; p=0,136) y menor vigilancia (OR=0,24; p=0,092).

Conclusiones

El PET/CT con PSMA presentó un rendimiento global cercano al 50%, con mayor detección en pacientes de alto riesgo EAU. La distribución anatómica evidenció un predominio de compromiso local y ganglionar regional, aunque un 16,5% presentó metástasis a distancia. Los hallazgos influyeron en la decisión terapéutica, respaldando la implementación del PET/CT con PSMA en la práctica clínica nacional para el manejo de la RBQ

P080) INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

Arias, M.(1); Radic, N.(1); Gonzalez, F.(1); Schiappacasse, G.(1); Otaola, H.(1); Eltit, I.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Labra, A.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La detección del cáncer de próstata clínicamente significativo mediante resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) sigue siendo un reto para el radiólogo. Recientemente, se han incorporado herramientas de inteligencia artificial (IA) para apoyar la interpretación de imágenes y mejorar la precisión diagnóstica. En nuestro centro, se implementó un software de IA como apoyo en la identificación de lesiones sospechosas y estimación del volumen prostático (VP). En este contexto, setuvo como objetivo evaluar sensibilidad y concordancia del puntaje PI-RADS asignado por el radiólogo y la IA en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo, confirmado por histopatología.

Material y Métodos:
Estudio retrospectivo de 115 casos de pacientes sometidos a prostatectomía radical con

confirmación histológica de cáncer clínicamente significativo (Gleason ≥7, ISUP ≥2) entre enero de 2024 y abril de 2025. Se analizaron los puntajes PI-RADS asignados por el radiólogo y por el software de IA en la RMmp prequirúrgica, evaluando su sensibilidad para puntos de corte PI-RADS ≥3 y ≥4. Además, se analizó la concordancia de los puntajes PI-RADS de ambos métodos, así como también del VPestimado.

Resultados:
La edad promedio fue de 65 años, con un APE promedio de 6,43 ng/mL. El VP estimado por la IA fue de 46,7 mL, mientras que el informado por el radiólogo fue de 47,1 mL. Al considerar una puntuación PI-RADS ≥4 como indicativa de cáncer clínicamente significativo, la sensibilidad fue de 85.22% (IC 95%: 77.1%-91.0%) para el radiólogo y 86.09% (IC 95%: 78.1%-91.6%) para la IA; con PI-RADS ≥3, fue de 97.39% y 87.83%, respectivamente. Al considerar la puntuación más alta entre ambos métodos, la sensibilidad aumentó a 96.52% (PI-RADS ≥4) y a un 100% (PI-RADS ≥3). La concordancia entre ambos métodos fue moderada, con un valor kappa no ponderado de 0.3169. En cuanto a la correlación de Pearson para el VP fue alta y estadísticamente significativa (r= 0.94, p<0.001).

Conclusión:
El software de IA mostró un rendimiento diagnóstico comparable al del radiólogo, con una concordancia moderada. La combinación de ambos métodos aumentó la sensibilidad para detectar cáncer clínicamente significativo, especialmente en el umbral de PI-RADS ≥3.

P081) CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO

Rojas, A.(1); Westermeier, D.(2); Llaguel, M.(2); Walbaum, J.(1); Trucco, C.(1);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

El cáncer de próstata incidental (iPCa) diagnosticado tras cirugía de enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP). La literatura describe incidencias entre 5.6% y 23%, mayoritariamente de bajo grado (ISUP 1), aunque un subgrupo requiere tratamiento oncológico activo. En Latinoamérica la evidencia es limitada. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia y manejo de iPCa en pacientes post operados de HOLEP .

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a HoLEP en la Pontificia Universidad Católica de Chile (2010–2025). Se excluyeron casos con diagnóstico

previo de cáncer prostático. Se recopilaron variables clínicas, histológicas y terapéuticas. El análisis se efectuó con Stata 18 BE, aplicando regresión multinomial y curvas de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia según tratamiento.

Resultados:

De los 1061 pacientes operados, 56 (4.8%) presentaron iPCa en la biopsia operatoria, 100% fue adenocarcinoma, no se observaron diferencias significativas en volumen resecado entre HBP e iPCa (48 vs 52 g). Del grupo iPCa, la edad media fue 70.8 años, APE promedio 10 ng/dL (0.85 – 81 ng/dL) y tacto rectal sospechoso sólo en 8.9%. En cuanto a ISUP, 50% correspondió a grado 1, 28.6% a grado 2, 3.6% a grado 3 y 4, y 14.3% a grado 5. El 75% se presentó con enfermedad localizada, 8% localmente avanzada (N1) y 17% metastásica (M1). La edad avanzada se asoció con mayor probabilidad de ISUP alto, en particular ISUP 5 ($p=0.007$). Se evidenció asociación significativa entre ISUP y tipo de tratamiento (Chi^2 $p=0.005$, Fisher $p<0.001$). En el análisis de supervivencia, los pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia o prostatectomía radical mostraron una mejor sobrevida libre de enfermedad comparados a los manejados con vigilancia activa ($p<0.05$).

Conclusiones:

En esta cohorte, la incidencia de iPCa fue de 4.8%, inferior a la descrita internacionalmente. Aunque predominó ISUP 1–2, un 18% correspondió a ISUP ≥3 y un 17% presentó metástasis al diagnóstico, confirmando la relevancia clínica del hallazgo. La edad y el grado histológico influyeron significativamente en la elección terapéutica y el pronóstico. Los tratamientos con intención curativa demostraron mejores resultados en sobrevida libre de eventos en comparación con la vigilancia activa.

P082) INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Bravo, J.(1); Lay, R.(2); Parrao, D.(2); Guerrero, R.(2); Saavedra, C.(2); Larrañaga, M.(1); Valero, G.(1);
(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción

La resonancia magnética (RNM) ha mostrado mayor precisión que el tacto rectal (TR) en la estadificación T del cáncer de próstata (80% vs 60%), aunque no está establecido si esta diferencia se traduce en mejores resultados oncológicos. Pese a ello, las guías internacionales continúan recomendando el TR para la determinación del estadio T en el

sistema TNM. Este estudio compara la precisión diagnóstica de TR y RNM en la estadificación del cáncer de próstata, evaluando su concordancia con la pieza quirúrgica y su impacto en los resultados oncológicos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a 67 pacientes sometidos a prostatectomía radical. Se examinaron variables demográficas y clínicas como la edad, el antígeno prostático específico (APE), el volumen de la próstata y el tamaño tumoral. Se evaluaron estas variables, con la concordancia y la recidiva bioquímica (RBQ), metástasis y mortalidad. Los datos se analizaron mediante pruebas estadísticas como Chi-cuadrado, Mann-Whitney U, con una significancia de $p<0.05$.

Resultados

La edad promedio fue de 62.1 años, APE preoperatorio 8.8 ng/ml, un volumen de 43.1 cc y una lesión de 18.5 mm. En cuanto a la clasificación, la RNM mostró alta concordancia con los hallazgos patológicos, alcanzando 94% para tumores de etapa T2 o mayor, en comparación con solo un 6% para el TR. No se encontró una relación estadística entre la discordancia en la clasificación y metástasis o mortalidad. Sin embargo, la RNM sí mostró relación significativa con la RBQ: cuando no coincidía con la patologica, el riesgo de recidiva aumentaba (42.4% frente a 14.8%; $p=0.020$). Además, se observó que el 21.42% de los pacientes subestimados como

Conclusión

El estudio concluye que, si bien no existe buena concordancia entre el estadio T por TR, no se traduce en peores resultados oncológicos. Si se vio que la concordancia entre RNM y biopsia se refleja en RBQ, y se vio que la sub-etapificación podría influir en los resultados oncológicos. Por estos resultados creemos que la etapificación T debería usar RNM en vez del TR.

P083) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL

Gallardo, I.(1); Navarrete, M.(2); Oyanedel, F.(3); Cañoles, R.(4); Olmos, C.(5); Carpio, J.(6); Ebel, L.(3); Toledo, H.(3);
(1): Médica EDF, CESFAM Máfil, SSLR, Valdivia, Chile (2): Residente Urología, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (3): Clínica Costanera Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (4): Clínica Costanera Valdivia, Valdivia, Chile (5): Radiólogo, Clínica Costanera Valdivia, Valdivia, Chile (6): Anatomopatólogo, HISTOVALD - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción:

La biopsia dirigida con resonancia multiparamétrica (RNMmp) mejora la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs) y reduce el hallazgo de tumores indolentes frente a la biopsia sistemática. Presentamos la experiencia inicial de esta técnica utilizando la plataforma KOELIS Trinity ®.

Material y Métodos:

Serie descriptiva retrospectiva de 82 biopsias realizadas entre agosto 2024 y agosto 2025. Todas fueron transrectales. La RNMmp fue revisada por un radiólogo especializado, las biopsias efectuadas por dos operadores y la histología evaluada por un único patólogo. Se analizaron edad, PSA, volumen prostático, PI-RADS v2.1, cilindros dirigidos, resultados histopatológicos (ISUP) y complicaciones (Clavien–Dindo). CPcs se definió como ISUP ≥2.

Resultados:

La edad promedio fue 65,8 años (DE ±9,0). El PSA tuvo una mediana de 7,6 ng/mL (RIC 5,4–10,8) y el volumen prostático una mediana de 59 mL (RIC 42–73). Distribución PI-RADS: 2 (n=1), 3 (n=5), 4 (n=56) y 5 (n=20). Se obtuvieron en promedio 4 cilindros dirigidos por lesión (RIC 4–5).

Se diagnosticó cáncer en 54/82 pacientes (65,9%). El CPcs se identificó en 31/82 (37,8%): 8 casos detectados solo por la dirigida, 6 solo por la sistemática y 17 por ambas.

En cuanto a seguridad, se registró una complicación (1,2%), correspondiente a prostatitis aguda tratada ambulatoriamente (Clavien–Dindo II), sin hospitalización.

Conclusiones:

La biopsia prostática por fusión resultó factible y segura, con un buen rendimiento diagnóstico y una baja tasa de complicaciones. En esta experiencia inicial, la biopsia dirigida aportó la mayoría de los diagnósticos exclusivos, aunque la combinación con la sistemática permitió maximizar la detección. Estos resultados, concordantes con la evidencia internacional, respaldan la viabilidad de la técnica en un centro regional y su potencial para optimizar el diagnóstico de cáncer de próstata clínicamente significativo.

Palabras clave: cáncer de próstata; biopsia por fusión; PI-RADS; ISUP; complicaciones.

P084) IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA.

Rojas Aravena, M.(1); Venegas, J.(2);
(1): Hospital Naval Almirante Nef / Clínica Bupa Reñaca, Viña del Mar, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren / Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia maligna más frecuente en hombres y una causa importante de mortalidad. La terapia de deprivación androgénica (TDA) es el tratamiento estándar en enfermedad avanzada, pero su uso se asocia a alteraciones metabólicas, como dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), además de un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Objetivo: Analizar la relación entre la TDA y la aparición de alteraciones metabólicas y eventos cardiovasculares en pacientes con CaP. Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en el Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso, Chile). Se incluyeron pacientes con CaP tratados con TDA entre enero de 2022 y diciembre de 2024, sin antecedentes de dislipidemia ni DM2, y con al menos dos controles de perfil lipídico y glucemia durante el seguimiento. Se evaluaron cambios en glucemia, perfil lipídico e incidencia de infarto agudo al miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV). Resultados: Se analizaron 265 pacientes (edad promedio 72 años). La incidencia acumulada de dislipidemia fue 10,9% a los 3 meses, 12,1% a los 6 meses y 12,8% a los 12 meses (p=0,629). La glucemia alterada en ayunas se observó en 18,1% a los 3 meses, 24,5% a los 6 meses y 26,8% a los 12 meses (p<0,05). La incidencia acumulada de DM2 fue 1,9% a los 3 meses, 4,2% a los 6 meses y 7,2% a los 12 meses. La incidencia acumulada de eventos cardiovasculares mayores (IAM/ACV) a 12 meses fue 2,2%, sin diferencias significativas entre agonistas (2,0%) y antagonistas (8,3%) de GnRH (p=0,25). Conclusiones: La TDA en CaP se asocia con un incremento progresivo de alteraciones metabólicas y con un riesgo cardiovascular no despreciable en el primer año de seguimiento. Aunque sigue siendo un tratamiento esencial en la enfermedad avanzada, su impacto requiere monitoreo riguroso desde etapas tempranas e implementación de estrategias preventivas. Modificaciones en el estilo de vida y apoyo farmacológico pueden mitigar estos riesgos. Se requieren estudios prospectivos y con mayor poder estadístico para optimizar el equilibrio entre eficacia oncológica y seguridad metabólica.

P085) FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS

Carafi Laso, A.(1); Ruiz Espinosa, T.(1); Vilches Páez, R.(2);
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Abstract:

Introducción:

El cáncer de próstata ISUP 2 representa un grupo heterogéneo, donde la evaluación inicial de riesgo puede ser subestimada. Dado su buen pronóstico oncológico, un subgrupo de estos pacientes (cT2) son buenos candidatos para tratamientos no radicales: vigilancia activa y/o terapia focal. La identificación de factores predictivos de características patológicas adversas (upgrading y upstaging) es fundamental para optimizar las decisiones terapéuticas y consejería del paciente.

Objetivo:

Identificar factores clínicos y bioquímicos asociados a upgrading y/o upstaging en pacientes T2/ISUP 2 sometidos a prostatectomía radical.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo multicéntrico de 168 pacientes con adenocarcinoma prostático ISUP2/T2, sometidos a prostatectomía radical entre 2017-2024. Se analizaron variables preoperatorias: edad, PSA, D-PSA, volumen prostático, porcentaje de cilindros comprometidos y % mayor de compromiso de cilindro, PIRADS y estadío clínico por resonancia magnética (rmT). El upgrading se definió como aumento a ISUP ≥3 y el upstaging como estadio patológico ≥pT3. Se realizó análisis uni y multivariado. Se utilizó para el análisis el programa estadístico IA Perplexity.

Resultados:

De 168 pacientes (edad 49-77 años), 46 (27,4%) presentaron upgrading a ISUP ≥3 y 45 (26,8%) upstaging a ≥pT3. En 24 casos (14,3%) ocurrieron ambos eventos simultáneamente. El análisis uni y multivariado mostró asociación significativa entre densidad de PSA elevada, mayor porcentaje de cilindros comprometidos, PIRADS ≥4 y ambos desenlaces adversos.

Conclusiones:

Una proporción significativa de pacientes con ISUP 2 experimenta upgrading o upstaging tras la prostatectomía radical. La densidad de PSA, el porcentaje de cilindros comprometidos y el PIRADS ≥4 emergen como predictores fiables que deben considerarse en la estratificación del riesgo y selección terapéutica.

Palabras clave: Cáncer de próstata, ISUP grade group 2, upgrading, upstaging, D-PSA.

P086) METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Santis, J.(1); Vivallo, N.(1); Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Islas, N.(2); Testa, I.(2); Rojas, V.(2); Guerrero, P.(2); Calderón, D.(2); Morales, C.(2); Rojas, J.(2);
(1): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) es el tumor maligno más frecuente en hombres adultos a nivel mundial. Frecuentemente metastatizan a ganglios pélvicos, hueso, pulmón e hígado, siendo infrecuente diseminación hacia genitales.

Se presentan dos casos de CaP con metástasis en testículos, escroto y pene.

Casos clínicos

Primer caso: Hombre de 81 años, CaP ISUP 3, tratado con prostatectomía radical en 2001. Recidiva bioquímica el 2016 recibiendo radioterapia. Controles irregulares, PET-PSMA 2020 mostró nódulo en rama isquiática izquierda sugerente con metástasis asociado PSA 7.2ng/mL, indicándose TDA permanente.

Durante seguimiento presenta progresión de PSA 0.3ng/ml (2022) a 2.77ng/ml (2024). Además refiere lesiones escrotales y aumento de consistencia testicular. Ecografía mostró nódulos escrotales y ambos testículos heterogéneos, con áreas hipoecogénicas e hipervascularización, sugerente de linfoma.

Se realiza orquiectomía bilateral y nodulectomía escrotal. Biopsia confirma infiltración CaP. PET-PSMA posterior, sin recidiva local, con lesión ósea en húmero sugerente de metástasis, iniciándose ARPI.

Segundo caso: Hombre de 91 años, CaP ISUP 5 diagnosticado el 2016, no metastásico, PSA inicial 64ng/ml. Al diagnóstico recibe radioterapia y posteriormente TDA hasta el 2020.

Controles irregulares, retoma en 2024 con PSA 24ng/ml. Refiere lesión en pene. Al examen, lesión pétrea que impresiona comprometer desde glande hasta base peneana derecha.

Se realiza biopsia de glande, prepucio y cuerpos cavernosos, informa tejido infiltrado por adenocarcinoma, compatible con metástasis prostática. Se realiza TAC AP, sin diseminación. Se decide TDA permanente, cuidados paliativos y radioterapia local según en caso de síntomas.

Discusión

Las metástasis de CaP a pene son <0.3%, con cerca de 300 casos publicados. Por su lado, las testiculares, alcanzarían un 2.5% en estudios de autopsia, siendo rara su presentación clínica y excepcionalmente bilateral. Su diseminación se explicaría por diferentes teorías, entre ellas vía hematógena o linfática retrógrada.

Ambos casos hablan de estadío avanzado y plantean un desafío diagnóstico por su baja prevalencia y similitud del cuadro clínico con neoplasias primarias. En la literatura nacional existen escasos reportes.

La descripción de estos casos contribuye a pensar en este diagnóstico diferencial en la evaluación de pacientes con sospecha de neoplasia primaria genital en presencia de CaP.

P087) CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA

Gárate, S.(1); Merino, M.(1); Claro, A.(1); Ebel, L.(2); Foneron, A.(2); Foneron, A.(2); Troncoso, L.(2); Oyanedel, F.(2); Toledo, H.(2); Flores, F.(2); Navarrete, M.(1); Cuevas, P.(1); Olmos, C.(2); (1): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (2): Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata incidental (CPI) se define como el hallazgo de cáncer de próstata en cirugías por crecimiento prostático con estudios previos negativos. El objetivo de este estudio es comparar el diagnóstico de CPI en la biopsia operatoria de pacientes con patología benigna desde la introducción de la resonancia magnética multiparamétrica de próstata (mpMRI) hasta la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó 1.331 pacientes que se realizaron cirugías por crecimiento prostático del 2015 al 2025. Para ello los grupos estudiados se dividieron en dos períodos: 2015 – 2019 (n=844) y 2020 – 2025 (n=487). Se confeccionó una base de datos en SPSS Statistics® y se compararon los grupos según la realización de mpMRI. También se evaluaron variables secundarias como: biopsias preoperatorias, antígeno prostático (PSA) y clasificación de riesgo basada en ISUP.

RESULTADOS

Se identificaron 69 pacientes con CPI (5,1%). Por períodos: 37 (4,4%) en 2015-2019 y 32 (6,6%) en 2020-2025. El PSA promedio en pacientes con CPI fue de 17,1 ng/mL en el primer período y de 6,0 ng/mL en el segundo. En cuanto al uso de mpMRI encontramos que aumentó de 7 pacientes en el primer período a 56 en el segundo. Al enfocarlo al CPI había 1

y 6 pacientes con mpMRI en el primer y segundo período. El promedio de biopsias preoperatorias fue de 2 (rango 0-3) en 2015-2019 y 1 (rango 0-1) en 2020-2025. En cuanto a ISUP > 2, en el primer período hay 19 pacientes y 14 pacientes en el segundo, de ellos, corresponden a 7 (21,2%) y 2 (7,1%) pacientes con ISUP 5.

CONCLUSIONES

La incidencia del CPI no ha variado con la introducción de la mpMRI en el estudio preoperatorio. Sin embargo, se observó una disminución en el hallazgo del cáncer clínicamente significativo (ISUP > 2), encontrando una prevalencia mayor de cáncer de alto y muy alto riesgo en el período previo al uso rutinario de la mpMRI.

P088) LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO

Gil, A.(1); Henríquez, D.(2);
(1): Universidad de Chile - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile - Urofusión, Santiago, Chile

Introducción

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp), mediante la clasificación PI-RADS, permite identificar qué pacientes con lesiones prostáticas requieren biopsia. Las lesiones PI-RADS 3 presentan una tasa de cáncer clínicamente significativo (CaCS) cercana al 10–17%, lo que puede conducir a biopsias innecesarias. Se han propuesto como principal factor predictor de CaCS la densidad del antígeno prostático (PSAD ≥0,15).

Objetivo

Evaluar la utilidad del antígeno prostático (PSA), densidad de antígeno prostático (PSAD) y volumen prostático como predictores de cáncer clínicamente significativo en lesiones PI-RADS 3.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a 327 pacientes con lesiones PI-RADS 3 sometidos a biopsia por fusión entre febrero 2022 y julio 2025. Se recopilaron variables clínicas e imagenológicas: Edad, antígeno prostático (PSA), densidad de antígeno prostático

(PSAD), volumen prostático y tamaño de la lesión. Los resultados se clasificaron según ISUP, definiendo CaCS como ISUP ≥2. Se aplicó regresión logística binaria y curvas ROC con software Jamovi v2.7.6.0.

Resultados

La mediana de edad fue 66 años (RIQ 60–71), PSA 7,3 ng/mL (RIQ 5,41–11,02), volumen prostático 58 cc (RIQ 43–76) y PSAD 0,14 ng/mL/cc (RIQ 0,09–0,19). Se diagnosticó cáncer en 80 pacientes (24,4%), siendo 46 (14,0%) clínicamente significativos. La PSAD se asoció significativamente con CaCS (OR 1,28 por cada 0,1; IC95% 1,04–1,56; p=0,018), mientras que el PSA y el tamaño de la lesión no mostraron asociación. En el análisis ROC, la PSAD tuvo un AUC de 0,67 (IC95% 0,59–0,74; p<0,001). El punto de corte óptimo fue PSAD ≥0,12 (sensibilidad 80%, especificidad 47%); PSAD ≥0,15 mostró sensibilidad del 61% y especificidad del 62%. Un volumen prostático <60 cc se asoció significativamente con mayor riesgo de cáncer clínicamente significativo (OR 0,22; IC95% 0,10–0,48; p<0,001).

Conclusión

Las lesiones PI-RADS 3 presentan una baja pero relevante tasa de CaCS. La PSAD ≥0,12 y un volumen prostático <60 cc fueron predictores significativos, respaldando su utilidad para optimizar la indicación de biopsia en estos casos.

P089) PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Eltit, I.(1); Rojas, I.(1); Aliaga, A.(1); Souper, R.(1); Otaola, H.(1); Bernier, P.(1); Fernandez, M.(1); Bustamante, A.(1); Labra, A.(1); Barahona, D.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1);
(1): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:
La indicación de linfadenectomía en pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio–alto y PET PSMA negativo sigue siendo tema de debate. Tradicionalmente se ha guiado por nomogramas clínicos, aunque actualmente existe una tendencia a considerar la etapificación con PET PSMA. Conocer su valor predictivo negativo (VPN) es fundamental para estimar el riesgo de enfermedad oculta.

Materiales y métodos:
Se analizaron 167 pacientes consecutivos sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía extendida entre 2019 y 2024, todos con PET PSMA preoperatorio. Se recopilaron variables clínicas y patológicas. El estado ganglionar definitivo (pN) se determinó por histopatología, utilizada como referencia. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y VPN del PET PSMA. La mediana de ganglios extraídos se reportó como indicador de calidad quirúrgica.

Resultados:
El PSA mediano fue 6,6 ng/mL, el volumen prostático 44,5 cc y la densidad de PSA 0,15 ng/mL/cc. El 46,1% de la cohorte presentó compromiso ganglionar (pN1). El PET PSMA fue negativo en 145 pacientes (86,8%) y positivo en 22 (13,2%). Entre los negativos, 111 fueron verdaderos negativos y 34 falsos negativos, con un VPN de 76,6%. Entre los positivos, 12 fueron verdaderos positivos y 10 falsos positivos, con un VPP de 54,5%. La sensibilidad fue 26,1% y la especificidad 91,7%. La mediana de ganglios resecados fue 24 (RIC 19–32), asegurando una adecuada extensión de la linfadenectomía y reduciendo la posibilidad de subestadificación.

Conclusión:
El PET PSMA mostró alta especificidad y un VPN aceptable para descartar compromiso ganglionar. Sensibilidad y VPP no pueden analizarse en forma concluyente debido al sesgo de selección, ya que muchos pacientes con PET positivo no son sometidos a cirugía. En consecuencia, el VPN se posiciona como el principal aporte del examen en este escenario, aunque un resultado negativo no excluye enfermedad y la linfadenectomía extendida sigue siendo obligatoria cuando está indicada por nomogramas clínicos.

P090) EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Garcia Becerra, C.(1); Arias Gallardo, M.(1); Juarez Garcia, J.(1); Soltero Molinar, V.(2); Parra Camaño, L.(1); El Rassi, A.(3); Garcia Gutierrez, C.(1);
(1): Urovallarta, Puerto Vallarta, México (2): Universidad Autonoma de Guadalajara, Guadalajara, México (3): Universidad Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) representa la segunda neoplasia maligna más diagnosticada en hombres. Su elevada morbi>mortalidad y la importancia de un diagnóstico temprano y preciso para implementar tratamientos focales o mejorar los resultados quirúrgicos justifican la continua búsqueda de nuevas herramientas diagnósticas. En ese contexto, el microultrasonido (microUSG) ha emergido como una alternativa o complemento

prometedor a la resonancia magnética multiparamétrica (RMMp) para el cribado de CaP sospechoso. Este estudio se propone evaluar la precisión diagnóstica del microUSG en cáncer de próstata clínicamente significativo mediante modelos bivariados.

Material y Métodos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo PRISMA y PICOTT en PubMed, Cochrane Central y ClinicalTrials.gov, incluyendo estudios prospectivos (2012>2025, en inglés) que evaluaran CaP clínicamente significativo con referencia histopatológica. Se descartaron trabajos sin seguimiento o incompletos, y se evaluó el riesgo de sesgo con QUADAS>2. Se aplicaron dos metaanálisis: uno bivariado (modelo de efectos aleatorios según Reitsma et al., varianza inversa y estimación de τ^2 por REML) para estimar sensibilidad, especificidad, AUC y curva sROC; otro univariado (efectos aleatorios con DerSimonian>Laird) para estimar cocientes de verosimilitud positivo y negativo, y la razón de momios diagnóstica. Se evaluó heterogeneidad con I^2 (> 50>% como significativa), se utilizó RStudio con el paquete "mada", y se consideró significativo un valor p <>0.05.

Resultados

De 479 estudios iniciales, tras aplicación rigurosa de criterios, se incluyeron 8 estudios con un total de 2>626 pacientes. El modelo bivariado, obtuvo una sensibilidad de 0.86 (IC>95>%:>0.78–0.92; I^2>=>65.7%), especificidad de 0.24 (IC>95>%:>0.16–0.35) y AUC de 0.60. El análisis univariado, obtuvo un cociente de verosimilitud positivo de 1.15 (IC>95>%:>1.02–1.29), negativo de 0.54 (IC>95>%:>0.29–1.02) y la razón de momios diagnóstica de 2.19 (IC>95>%:>1.01–4.77).

Conclusiones

El microUSG demostró una sensibilidad para CaP clínicamente significativo (≈0.86) comparable a la reportada para RMMp en la literatura, y sus valores de cocientes de verosimilitud lo posicionan como una herramienta útil para cribado más que para confirmación diagnóstica.

P091) CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA?

Salazar Campos, V.(1); Lyon, J.(1); Mardonez, P.(2); Testa, I.(3); Oyanedel, P.(3); Durán, L.(3); (1): Residente Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile (2): Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Urólogo,Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Actualmente, la sospecha Cáncer de Próstata(CP) clínicamente significativo (ISUP ≥2) exige confirmación histológica. Dado los riesgos y retraso en tiempos de diagnóstico que implica la biopsia, se está evaluando la combinación de PET-CT-PSMA y RNM con la finalidad de evitar la realización de la biopsia de próstata en este grupo de pacientes. El PET-CT-PSMA por sí solo muestra buena sensibilidad (0,89), su especificidad es limitada (0,56). La combinación con RMN aumenta significativamente la sensibilidad diagnóstica (97% vs. 83%). En este contexto, se presenta la experiencia en pacientes sometidos a biopsia, RNM y PET-CT-PSMA, y su correlación con ella frente al PET y la RNM en CP de riesgo intermedio desfavorable/alto riesgo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes que se realizaron PET-CT-PSMA y RNM por sospecha de CP con biopsia(+) de CP riesgo desfavorable(RID) y alto riesgo(AR). Se consideró positivo las RNM con PIRADS ≥ 3 y PET-CT-PSMA con SUVmax ≥ 5.7

Resultados: Total de 41 pacientes. La RNM fue positiva el 98% y el PET-CT-PSMA en 90%. Se analizaron en 4 grupos:

RNM(+) y PET-CT-PSMA(+)= 36 (87%) pacientes tuvieron CP intermedio/desfavorable o superior. El APE total y SUVMax promedio fueron 14.4 y 13.3 respectivamente.

RNM(-) y PET-CT-PSMA(-): No hubo ningún paciente con biopsia CP intermedio/desfavorable o alto riesgo.

RNM(-) y PET-CT-PSMA(+): Solo hubo 1(2%) paciente. Tenía un APE total de 9 y fue de alto riesgo. Tenía un SUVmax de 41.

RNM(+) y PET-CT-PSMA(-): Fueron 4(9%) pacientes. El APE total y SUVMax promedio fueron 6.4 y 3.8 respectivamente. 3(75%) de ellos tuvieron ISUP ≥ 4 en la biopsia CP.

Conclusión:

En nuestra casuística, no se encontraron pacientes con CP intermedio/desfavorable o alto riesgo si ambos exámenes fueron negativos, esto permite plantear la necesidad de la biopsia en aquellos pacientes con sospecha de CaP que tengan RNM o PET-CT-PSMA (+), reservando el poder prescindir de la biopsia exclusivamente en pacientes que cumplan con RNM no sospechosa y PET-CT-PSMA (-).

P092) CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Campos, D.(1); Mogollon, J.(1); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1); Rodriguez, A.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Introducción
Para definir el tratamiento del cáncer de próstata es esencial que el resultado de la biopsia coincida con el hallazgo definitivo de la prostatectomía radical. Sin embargo, es frecuente que exista una diferencia en la clasificación del Gleason Grade Group (ISUP), lo que puede implicar un subdiagnóstico o sobrediagnóstico. La resonancia multiparamétrica y la biopsia por fusión se han propuesto como métodos más precisos para detectar cáncer clínicamente significativo (csPCa, ISUP ≥2). El objetivo fue comparar la concordancia de estas técnicas con la histología definitiva y evaluar la relación entre PIRADS y la presencia de csPCa.

Material y métodos
Se analizaron pacientes operados entre 2019 y 2025 con prostatectomía radical. Se incluyeron 157 con biopsia sistemática y 153 con biopsia por fusión previa. Se calculó la concordancia entre el ISUP de la biopsia y el de la pieza quirúrgica, además de la frecuencia en que la biopsia subestimó (upgrading) o sobrestimó (downgrading) el tumor. También se analizó la relación entre PIRADS y csPCa.

Resultados
La biopsia sistemática coincidió con la histología definitiva en poco más de la mitad de los casos (51,6%). En uno de cada tres pacientes (31,2%) subestimó la agresividad del tumor, y en casi uno de cada cinco (17,2%) la sobrestimó.
La biopsia por fusión mostró resultados muy similares: coincidió en el 52,9%, redujo levemente el subdiagnóstico (27,5% vs. 31,2%) y aumentó ligeramente el sobrediagnóstico (19,6% vs. 17,2%).
El puntaje PIRADS se relacionó estrechamente con la presencia de csPCa: desde 7 de cada 100 pacientes en PIRADS 2, hasta casi 27 de cada 100 en PIRADS 5.

Conclusiones
Ambas técnicas mostraron concordancia moderada con la histología definitiva. La biopsia por

fusión redujo discretamente el subdiagnóstico, aunque sus resultados se parecen a los de la sistemática, en parte porque muchas muestras se superponen entre ambas técnicas. Esto explica que las diferencias no sean mayores. Por otra parte, PIRADS se confirmó como un predictor robusto de cáncer clínicamente significativo y una herramienta clave en la estratificación diagnóstica.

P093) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA.

Ávila, C.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Vilches, R.(2); Miranda, M.(3); Olmedo, T.(4);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Servicio Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (3): Servicio de Radiología, Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:
La incontinencia urinaria (IU) es la principal complicación tras una prostatectomía radical (PR), independientemente al abordaje utilizado. Entre los factores asociados con IU post PR, se ha descrito la longitud de la uretra membranosa (LUM). La masificación de la resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp) ha permitido evaluar mejor el riesgo de desarrollar IU tras la intervención quirúrgica.

Objetivo:
Establecer una asociación entre LUM por RNMmp e IU en pacientes sometidos a PR en 3 centros de Santiago de Chile.

Materiales y Métodos:
Estudio multicéntrico, analítico, retrospectivo, en pacientes con cáncer de próstata (CaP) sometidos a PR con RNMmp preoperatoria entre Julio 2020 y Junio 2024. Se registraron características clínicas basales. Se registró la LUM medida por un único radiólogo experto y se comparó la asociación con IU en el seguimiento postquirúrgico.

Resultados:
Se analizaron 46 pacientes sometidos a PR, 20 laparoscópicos y 26 abiertos. La mediana de LUM fue de 15 mm (rango 7-20mm). Se >>realizó una curva ROC que mostró que la LUM medida por RNMmp predice continencia a un año con un AUC de 0.645. El punto de corte óptimo fue de 12.5 mm, con sensibilidad del 82.6% y especificidad del 53.8%. El análisis de tablas de contingencia mostró una asociación significativa entre una LUM≥12.5 mm y la continencia a un año (χ^2=4.19, p=0.041). El 76% de los pacientes con LUM ≥12.5 mm fueron continentes, en comparación con el 41.7% de aquellos con LUM <12.5 mm. No se encontró

asociación entre la LUM y la continencia a los 3 y 6 meses. Al comparar continencia según vía de abordaje, no se encontró diferencia entre cirugía abierta versus laparoscópica (p=0.2).

Discusión:
Según nuestra experiencia, la medición de LUM previo a PR se relaciona con la incidencia de IU postoperatoria, siendo un predictor de la continencia a los 12 meses independiente de la vía de abordaje quirúrgico. La medición de esta variable previo a la cirugía puede ser una herramienta relevante al momento de la toma de decisión del tipo de manejo del CaP localizado.

P094) SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES

Garcia Becerra, C.(1); Arias Gallardo, M.(1); Juarez Garcia, J.(1); Soltero Molinar, V.(2); Parra Camaño, L.(1); Garcia Gutierrez, C.(1);
(1): Urovallarta, Puerto Vallarta, México (2): Universidad Autonoma de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción y objetivos

El cáncer de próstata (CaP) es la segunda neoplasia más diagnosticada en hombres. La biopsia transperineal ha ganado relevancia actual como alternativa, principalmente por su mayor seguridad. Este estudio busca evaluar el porcentaje de complicaciones asociado a la biopsia transperineal con fusión cognitiva (BTP) y buscar posibles factores predictores de dichas complicaciones.

Métodos:

Se condujo un estudio transversal en un único centro, siguiendo la guía STROBE. Se incluyó pacientes biopsiados entre 2024 y 2025, identificados por antigeno prostatico especifico y resonancia multiparamétrica. Todas las BTP se realizaron sin profilaxis antibiótica, utilizando equipo Toshiba Noblus con transductor transrectal biplanar, aguja coaxial, pistola Magnum y guías SurFire o Perino Flex. Los pacientes llegaron en ayuno y previa dosis de laxante; fueron colocados en posición de litotomía bajo sedación y anestesia local.

El análisis estadístico incluyó: correlación de Pearson o Chi-cuadrada según variable; regresión logística simple y multivariante, ajustadas por máxima verosimilitud (corte en 0,5). La comparación de modelos se basó en curvas ROC, AUC, AIC y BIC. Se definió significación estadística para $p < 0,05$. El software empleado fue RStudio y Jamovi.

Resultados

Se incluyo a 84 pacientes, de los cuales se registraron 15 (17.8%) con hemospermia, 5 (5.9%) con dolor postoperatorio, 2 (2.3%) con retención urinaria aguda (RAO), mientras que se registraron 0 (0%) con infecciones postquirúrgicas.

En el análisis bivariado, se encontró correlación significativa entre hipertensión arterial sistémica (HAS) y hemospermia ($p < 0,001$), HAS y dolor ($p < 0,001$), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y RAO ($p = 0,005$), y HAS con RAO ($p < 0,001$). La correlación de Pearson mostró asociación entre volumen prostático y RAO ($r = 0,34$; $p = 0,009$).

Los modelos logísticos más ajustados presentaron AUC superiores a 0,80. El modelo con mayor AUC (0.98), fue para RAO, incluyendo volumen prostático, DM2 y edad, con un Odds Ratio de 1,08 (IC 95%: 0,96–1,22).

Conclusiones

La BTP mostró una baja incidencia de complicaciones, siendo hemospermia (17,8%) la mas frcuente y sin infecciones. Aunque el volumen prostático se asoció con mayor riesgo de RAO, el Odds ratio no fue estadísticamente significativo como factor predictor.

P095) APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL.

Salazar, V.(1); Lyon, J.(1); Salinas, C.(2); Oyanedel, P.(3); Durán, L.(3);
(1): Residente Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (2): Oncologo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (3): Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile

Introducción: El 10% de los pacientes con Cáncer de Próstata (CP) se diagnostican en etapa metastásica (mHSPC) sincrónicos, y un 20% progresan a etapa metastásica(metacrónicos). La Apalutamida es un fármaco de segunda línea, validado para el tratamiento de CP, tanto en debut de alta/baja carga, tanto en sincrónico o metacrónico. Se presentan a continuación los resultados oncológicos y funcionales de los pacientes con Apalutamida.

Materiales y Métodos: Análisis observacional de pacientes diagnosticados con mHSPC que han sido manejados con Apalutamida desde 01/2024 a 05/2025. Se consideró como criterio el inicio de Apalutamida dentro de 6 meses de inicio de TDA.

Resultados: Se analizaron 8 pacientes en total. El promedio de edad al diagnóstico es de 73(66-87) años. 3 pacientes fueron debut oligometastásico. 3 pacientes tuvieron además RT a lesiones óseas, 5 metacrónicos, 5 RT a foco prostático.

El APE al inicio de la terapia fue de 5.8 (0.1-30)ng/ml. Nadir promedio 0.03, siendo 5 de ellos excelentes respondedores a los 6 meses de terapia, y todos en menos de 1 año. Ninguno ha progresado con necesidad de pasar a terapia de 3ra línea, sin reportes de toxicidad sistémica, sin eventos adversos relacionados con Apalutamida. No han fallecido pacientes..

Conclusión: En nuestra experiencia local la Apalutamida es una droga segura y con buena respuesta oncológica, sin mayores efectos adversos, comparable con la casuística internacional. La gran mayoría de nuestros pacientes han recibido además radioterapia al foco prostático, lo cual mejoraría la respuesta sistémica.

P096) EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES

Rodríguez-carlin, A.(1); Campos, D.(1); Mogollón, J.(1); Herquiñigo, D.(2); Van Cauwelaert, R.(1); Castillo, O.(1);
(1): Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, chile (2): Servicio de Radiología, Clínica INDISA, Santiago, Chile

Introducción

Este estudio amplía una cohorte previamente reportada para evaluar la técnica de biopsia prostática transperineal con fusión de resonancia magnética multiparamétrica (RM) y ecografía (US). El objetivo es actualizar las tasas de detección e identificar predictores de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs).

Material y métodos

Se incluyeron 700 pacientes sometidos a biopsia transperineal con fusión RM/US entre julio de 2019 y junio de 2025, utilizando el sistema bk3000 MRI/US fusión. Se aplicó PI-RADS v2 para describir los hallazgos de RM. Se realizaron biopsias dirigidas (3–5) en lesiones sospechosas y sistemáticas con grilla de 5 mm según el protocolo de Ginsburg. Se excluyeron pacientes con PI-RADS 1 o 2 y PSA >30 ng/mL.

Resultados

La edad promedio fue 65,0 años (DE 7,9), mediana de PSA 6,41 ng/mL (RIC 4,7–9,14), densidad de PSA 0,13 (RIC 0,09–0,20) y volumen prostático 54,4 mL (RIC 40,0–74,0). Se detectó cáncer de próstata en 62,6% y CaPcs en 45,0%. Las tasas de detección de CaPcs según PI-RADS fueron: 21,1% para PI-RADS 3, 48,3% para PI-RADS 4 y 75,8% para PI-RADS 5. En el análisis univariado, PI-RADS 4 o 5, edad, densidad de PSA y volumen prostático se

asociaron significativamente con CaPcs, este último con relación inversa (p<0,01). En el análisis multivariado, PI-RADS 4 y 5, la edad y el volumen prostático (asociación inversa) se mantuvieron como predictores independientes (p<0,01).

Conclusiones

La biopsia transperineal con fusión RM/US es una herramienta valiosa para la detección de CaPcs. En esta cohorte ampliada de 700 pacientes, los factores que se identificaron como predictores independientes fueron la edad, el volumen prostático (con asociación inversa), la densidad de PSA y los hallazgos de PI-RADS 4 y 5. Estos resultados refuerzan la utilidad clínica de la técnica y la necesidad de considerar estos factores en la indicación de biopsia, especialmente en pacientes con lesiones PI-RADS 4 y 5.

P097) TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Majerson, A.(1); Rojas, A.(1); Villagran, F.(2); Huidobro, J.(2); Roessler, E.(2);
(1): Departamento Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento Nefrología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

El riñón en herradura es una malformación congénita con una prevalencia aproximada de 1:500 personas. Su empleo en trasplante renal ha sido escasamente reportado, debido a los retos anatómicos derivados de múltiples vasos, fusión del parénquima y variaciones del sistema pielocalicial. No obstante, ante la escasez de órganos, representa una alternativa válida. Se presenta un caso de trasplante exitoso de un riñón en herradura proveniente de donante fallecido, junto a la revisión de la experiencia institucional.

Material y Métodos

La donante fue una mujer de 41 años con muerte encefálica secundaria a hematoma subdural agudo, creatinina 0,6 mg/dl. El TAC abdominal pre-extracción permitió identificar variantes vasculares. La nefrectomía se realizó en bloque con aorta y cava. En cirugía de banco se constató fusión a nivel de polos inferiores, con un istmo parenquimatoso. Ambos riñones presentaban una arteria principal, observándose una rama polar cruzada. El derecho tenía dos venas y el izquierdo una vena, con sistemas colectores independientes y un uréter por unidad. Se dividió el istmo con renorrafia y se reconstruyó la arteria polar mediante anastomosis término-lateral.

Resultados

Se trasplantaron ambos riñones en receptores distintos. El primero, mujer de 36 años en diálisis peritoneal, recibió la unidad derecha (isquemia fría 12 h; anastomosis 32 min). El segundo, hombre de 53 años con nefropatía diabética en hemodiálisis, recibió la unidad

izquierda (isquemia fría 21 h; anastomosis 34 min). Ambos recibieron inducción con timoglobulina y metilprednisolona, seguidos de tacrolimus, micofenolato y esteroides. Evolucionaron favorablemente sin disfunción inicial ni complicaciones quirúrgicas, con alta hospitalaria al 5.º y 7.º día. La creatinina al alta fue de 0,9 mg/dl y 1,5 mg/dl respectivamente.

Conclusiones

El trasplante renal a partir de riñones en herradura, aunque técnicamente complejo, es factible en centros con experiencia. La clave radica en una evaluación preoperatoria exhaustiva, adecuada cirugía de banco y cuidadosa selección del injerto. Esta experiencia demuestra que dicha anomalía congénita no debe considerarse una contraindicación absoluta, contribuyendo a ampliar los criterios de utilización de órganos y optimizar la oferta en contextos de escasez.

P098) DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE

Ascorra Hormaechea, S.(1); Guerrero Carmona, M.(1); Chade Vergara, J.(1); Silva Camus, C.(2); Kompatzki Gaete, Á.(3);
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
(3): Clínica Santa María, SANTIAGO, Chile

Introducción

El trasplante renal es la terapia más costo-efectiva para la enfermedad renal crónica terminal. En Chile se han realizado más de 10.000 trasplantes, mayoritariamente de donante cadavérico, con una tasa aún inferior a los países líderes. Este estudio presenta 15 años de experiencia en un centro privado y sus resultados clínicos.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, incluyó 206 trasplantes renales entre abril 2010 y marzo 2025. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, características del trasplante, evolución de la función renal y eventos asociados. El análisis fue descriptivo con medidas de tendencia central y frecuencias.

Resultados:

Se realizaron 206 trasplantes renales, con un promedio anual de 12,9. El47% fueron de donante vivo (DV) y 53% de donante cadáver (DC), de los cuales un 15% con criterios expandidos. La cohorte incluyó33% mujeres (edad media 47,2 años) y64% hombres (39,8años). Las principales causas de falla renal fueron glomerulopatías (IgA 18,8%, GEFS y GN no especificada 15,5%), seguidas de nefropatía diabética (10,6%) y etiología desconocida en 15%. El tiempo medio en diálisis previo al trasplante fue31,8 meses.
Las complicaciones intraoperatorias ocurrieron en8,3%, principalmente sangrado y lesiones vasculares/parénquimatosas. Las complicaciones más prevalentes antes de los 30

días fueron necrosis tubular aguda, retraso en función del injerto e infecciones urinarias, en un 9%; las tardías (> 30 días) corresponden a infecciones (pielonefritis, ITU recurrentes, virales), rechazo y disfunción del injerto (10%), además de complicaciones urológicas/quirúrgicas como estenosis pieloureteral o arterial, fístulas y linfoceles (6%). La estancia media fue5,4 días en unidad monitorizada y 5,4 en cama básica (mediana 4). Un7,2% perdió el injerto en promedio a los5 meses. La sobrevida del injerto a 5 años fue97% en DV y92% en DC.

Conclusión:

Presentamos 206 trasplantes renales, con una sobrevida de injerto comparable a estándares internacionales y superior a registros nacionales previos. La experiencia descrita recalca el impacto en sobrevida y calidad de vida en ERCT. El desafío actual está en optimizar el sistema chileno, ampliar acceso y prolongar injertos mediante protocolos estandarizados, seguimiento prolongado y articulación público-privada.

P099) FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE

Alfaro, A.(1); Benchimol, J.(1); Zamora, D.(1); Borgna, V.(1); Alarcón, L.(1);
(1): Equipo Trasplante Renal, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El trasplante renal es la mejor alternativa terapéutica para la enfermedad renal terminal, al reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida frente a la diálisis. En Chile, la actividad alcanzó un récord de 675 trasplantes en 2024. La sostenibilidad de estos programas depende de múltiples factores, siendo central la formación quirúrgica especializada. La complejidad técnica de la obtención e implante renal requiere cirujanos entrenados y certificados. A nivel internacional, países con alta tasa de trasplantes han desarrollado programas de subespecialización formal, incluyendo abordajes abiertos y robóticos. En este contexto, nuestro objetivo fue analizar la existencia de instancias formales de formación en cirugía de trasplante renal en Chile y explorar las percepciones profesionales sobre esta subespecialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo en dos ejes. Primero, se revisó la oferta académica de 21 centros de trasplante y 13 universidades chilenas con programas de cirugía general y urología, además del portal del Ministerio de Salud, en busca de instancias formales de formación quirúrgica en trasplante renal. Segundo, se revisaron publicaciones sobre percepciones de cirujanos en Chile respecto al interés y barreras para la subespecialización en trasplante. Los hallazgos se integraron en un análisis cualitativo.

RESULTADOS: El análisis confirmó la ausencia total de programas formales de subespecialización en cirugía de trasplante renal en Chile. La formación actual se limita a rotaciones informales y acompañamiento quirúrgico, sin un currículo estandarizado. Además, se evidenció que la falta de programas desincentiva a los residentes, quienes perciben un alto costo personal y una formación desigual.

CONCLUSIONES:
En Chile existe una brecha crítica en la formación de cirujanos de trasplante renal. Mientras la actividad trasplantológica ha crecido sostenidamente, la ausencia de programas formales amenaza la calidad técnica y el relevo generacional. Nuestro hospital, como centro de alto volumen en trasplante renal, destaca la necesidad urgente de un programa nacional con currículo estandarizado, supervisión y evaluación de competencias, respaldado por el Ministerio de Salud, universidades y sociedades científicas. Experiencias internacionales avalan que la subespecialización estructurada asegura continuidad, equidad y mejores resultados clínicos.

P100) FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE

Ebel, L.(1); Foneron B., A.(1); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(2); Cuevas, P.(2); Gárate, S.(2);
(1): Hospital Base Valdivia-Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción. Chile tiene alta incidencia de cáncer testicular (CT),la neoplasia más frecuente del hombre joven en el país.Su incidencia anual aumenta progresivamente,llegando a 822 casos el año 2022.La Región de Los Ríos se caracteriza por tener históricamente la mayor incidencia nacional, 14/100.000 hombres.La mortalidad reportada es 1/100.000 hombres; diferentes publicaciones nacionales cuestionan esas cifras calculando tasas menores.CT es una patología incluida en el programa de garantías explicitas (GES) desde el año 2008.El objetivo es conocer el manejo actual de la enfermedad en Chile. Material y métodos. Estudio transversal mediante encuesta de 7 preguntas enviada por Whatsapp® a urólogos(as) que trabajan en hospitales públicos nacionales (HPN) que cuentan con la especialidad de urología entre el 1-30 de agosto 2025, a un referente por centro.Las respuestas se registran en planilla Excel y los resultados se presentan en forma descriptiva.Resultados. 55 HPN cuentan con urólogo(a) y 55 referentes respondieron la encuesta.En los 55 HPN trabajan 341 urólogos(as),incluidos 2 urólogos infantiles del Hospital Regional de Concepción. 4 HPN tienen 1 urólogo (Ancud,Cañete,Illapel,Linares) y 18 urólogos(as) tiene el centro con mayor número, Hospital San José del SSMN;el promedio de urólogos(as) por HPN es 6.16. Sólo 12.5% (7/55) de los HPN tienen registro epidemiológico de CT, 3 de ellos a través de la plataforma UroData®. Radioterapia se entrega en red nacional de 7 centros.Quimioterapia (QT) es realizada siempre por oncólogos médicos. En 34.5% de los HPN (19/55) no se realiza cirugía retroperitoneal (CR); en los HPN que se realiza, la mayoría es para resecar masas residuales postQT (35/36), en 6 de ellos por vía laparoscópica (VL) en casos seleccionados, en 2 asistido por robot (HSBA,HFB).LALA primaria se realiza en 24 HPN, 16 de ellos por VL

(75%). Sólo 2 centros tienen protocolos propios de vigilancia activa (VA) en CT etapa I y el único HPN que tiene PET-CT es el Instituto Nacional del Cáncer. Conclusiones. Primera encuesta nacional de manejo de CT en HPN. Existe una adecuada disponibilidad de urólogos(as) y terapias adyuvantes a nivel nacional para manejo de CT. Faltan protocolos de VA y registros epidemiológicos propios; plataformas como UroData® aportan en este objetivo.

P101) TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Moya, P.(1); Arias, E.(2); Quintana, E.(2); Bezama, P.(2); Manzanares, V.(2); Torrado, K.(2); Ramirez, J.(2); Saez, G.(2); Herrera, L.(2); Bustamante, C.(2);
(1): UNIVERSIDAD DE CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE (2): HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION, CONCEPCION, CHILE

Introducción:

El cáncer testicular constituye entre el 1–2% de las neoplasias masculinas y es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes (15-35 años), con una sobrevida global a 5 años cercana al 95%.
Se clasifican en tumores de celulas germinales (95%) y no germinales (5%); dentro del segundo grupo, el tumor de células de Sertoli (TCS) representa solo el 0,4–1,5% de los tumores testiculares en adultos y hasta un 4% en niños. Generalmente se comporta como una neoplasia benigna, aunque una minoría de casos puede evolucionar con metástasis.

Material y métodos:

Se presenta caso clínico de TCS con evolución atípica (agresiva); revisión de la literatura sobre epidemiología, factores de riesgo de malignidad, pronóstico y manejo terapéutico.

Resultados:

Varón de 62 años sin antecedentes, consulta por aumento de volumen testicular derecho, con ecografía que confirma tumor, marcadores tumorales (MT) y TAC negativos. Se realiza orquiectomía radical derecha, cuya biopsia informa Sertoli sin permeación linfovascular (PLV).
A los 15 meses, TAC evidencia adenopatías intercavo-aórticas (11–12 mm) y MT negativos; se realiza linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica, con biopsia positiva para Sertoli y PLV-.
A los 6 meses se realiza TAC que revela adenopatías supraclavicular izquierda y conglomerado retroperitoneal intercavo aórtico; se realiza tumerectomía abierta + biopsia incisional supraclavicular (por estrecha relación con arteria carótida), ambas biopsias Sertoli

y PLV+.
Posteriormente recibe radioterapia y quimioterapia, falleciendo a los 19 meses post LALA.

Conclusiones:
Se presenta caso de TCS con curso atípico, con progresión metastásica pese al manejo quirúrgico y sistémico, lo que contrasta con la evolución favorable habitual.
Los TCS son neoplasias infrecuentes, en la mayoría de los casos con un buen pronóstico, con sobrevida >90% al año, sin embargo se ha descrito que entre 10-22% pueden evolucionar con metástasis.
Los factores de riesgo descritos incluyen: tamaño >5 cm, necrosis, atipia, PLV, edad >40 años y variante de células grandes calcificadas.
El tratamiento estándar es la orquiectomía radical, complementada con vigilancia prolongada, dado que no existen guías claras de manejo postoperatorio por su baja incidencia.

P102) DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023

Jaederlund, S.(1); Gonzalez, J.(1); Fernandez, J.(1); Fuentes, A.(1); Paul, B.(1); Dinamarca, I.(1); Barroso Salvestrini, J.(2); Osorio Martini, F.(2);
(1): Facultad de Medicina Clinica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción. El cáncer testicular (CT) es la neoplasia más frecuente en hombres jóvenes en edad reproductiva. En 2021 fue causa de 200,88 años de vida ajustados por enfermedad (AVISA) por cada 100.000 hombres entre 25 y 29 años en Chile, a diferencia de 34,09 a nivel mundial. El objetivo de este estudio es describir la situación epidemiológica nacional del CT entre 2002 y 2023.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ecológico recopilando información epidemiológica sobre el CT de fuentes nacionales (MINSAL) e internacionales (*GBD, GLOBOCAN* y literatura indexada). Se calcularon tasas crudas y ajustadas por edad para egresos hospitalarios y mortalidad en hombres chilenos; y se analizaron tendencias temporales, geográficas y por edad.

Resultados. En Chile, en 2023 se registró una tasa cruda de mortalidad por CT de 1,13 por 100.000 hombres. La mayor mortalidad se observó entre 25–29 años (2,2 por 100.000 hombres), seguida de 30–34 años (2,1) y la menor en 60–64 años (0,4). La tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó 22,6% entre 2002 y 2023. Por región, entre 2019 y 2023, Maule presentó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) más alta (1,5) y Aysén la más baja (0,35), seguida de Arica y Parinacota (0,44). En egresos hospitalarios, en 2021 la tasa nacional fue de 14,9 por 100.000 hombres; la mayor tasa se concentró en el rango 30–34 años (36,8),

seguido de 25–29 años (29,3). La tasa de egresos disminuyó 10,5% entre 2002 y 2021 y mostró heterogeneidad territorial, con valores superiores al promedio nacional en Maule y Los Lagos. Internacionalmente, Chile figura entre los países con mayor incidencia de CT en Latinoamérica y la incidencia global continúa al alza.

Conclusiones. Aunque la mortalidad por CT en Chile disminuye sostenidamente, probablemente por diagnóstico oportuno, tratamientos efectivos y políticas públicas exitosas, la carga de enfermedad sigue siendo considerable, particularmente entre hombres jóvenes, lo que incrementa los AVISA. A futuro, es necesario seguir implementando sistemas de vigilancia robustos y realizar una asignación equitativa de recursos que permita reducir brechas regionales para así disminuir el impacto del CT a nivel nacional.

P103) LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO

Villanueva Figueroa, M.(1); Gurovich, J.(1); Benitez, A.(1); Gil, A.(1); Ávila, C.(1); Vilches, R.(2); Aliaga, A.(2); Vega, A.(2); Henriquez, D.(2); Walton, A.(2); Roman, J.(2);
(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto nacional del cáncer, Santiago, Chile

Introducción
La linfadenectomía lumboaórtica (LALA) es el tratamiento de elección en cáncer testicular metastásico, especialmente en pacientes con masas residuales postquimioterapia. En Chile, la técnica abierta ha sido históricamente el estándar; sin embargo, el abordaje laparoscópico ha demostrado resultados comparables en seguridad y eficacia, con beneficios en sangrado y recuperación postoperatoria. Este trabajo describe la experiencia inicial en la implementación de la LALA laparoscópica en un hospital oncológico de referencia en Santiago.

Materiales y método
Estudio retrospectivo, descriptivo, que incluyó a todos los pacientes sometidos a LALA laparoscópica entre julio de 2023 y julio de 2025. Se analizaron variables clínicas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias, incluyendo complicaciones y desenlaces oncológicos. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico.

Resultados
Se incluyeron 15 pacientes, con mediana de edad de 28 años (25–38), IMC 25 (23–30) y ECOG 0 en todos los casos. Todos presentaban tumor de células germinales no seminoma (11 mixtos, 4 puros). Cinco pacientes tenían invasión linfovascular. Según estadio clínico preoperatorio, 2 estaban en estadio I (2 IIA), 9 en estadio II (4 IIA, 3 IIB, 2 IIC) y 4 en estadio III (4 IIIB). Once recibieron quimioterapia previa con respuesta imagenológica parcial en 9 y

progresión en 2. La indicación de LALA fue primaria en 4 casos y postquimioterapia en 11. La mediana de tiempo operatorio fue 240 minutos (180–250), con sangrado estimado de 200 ml (100–400). Ningún paciente requirió transfusiones. En 7 se realizó preservación nerviosa y en 1 se convirtió a cirugía abierta. La mediana de ganglios resecados fue de 32 (21–36). El tiempo de hospitalización fue 3 días (2–4), con estadía en UTI de 1 (1–2). Se registró solo una complicación mayor (quilotórax). Hasta la fecha no se han registrado recidivas en ninguno de los pacientes.

Conclusiones

La implementación de la LALA laparoscópica en nuestro centro fue factible y segura, con adecuada preservación de resultados oncológicos y baja morbilidad perioperatoria. Estos hallazgos respaldan la transición hacia un abordaje mínimamente invasivo en cáncer testicular metastásico, comparable con la literatura internacional, y sientan bases para consolidar esta técnica en la práctica uro-oncológica nacional.

P104) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Díaz Bravo, G.(1); Rojas Molina, E.(2); Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Velásquez Larraín, L.(1); Fuentes Flores, G.(3); Larenas Huguet, F.(4); Martínez Osorio, C.(4); Fulla Ortiz, J.(4);
(1): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán / Mutual de seguridad, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El tumor testicular (TT) corresponde al 1% de todas las neoplasias en adultos. El manejo inicial es la orquiectomía radical. Según las características del paciente y la etapificación, se puede ofrecer vigilancia activa (VA), radioterapia, quimioterapia o linfadenectomía lumboaórtica (LALA). Chile presenta una incidencia sobre la media internacional. Es fundamental conocer nuestra población y el cómo estamos manejando estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir las características de pacientes con diagnóstico de TT en un hospital público chileno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 254 pacientes con diagnóstico de TT en un hospital público chileno entre enero-2015 a julio-2025. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile. Se excluyeron pacientes sin registro completo en ficha.

RESULTADOS

Se incluyeron 226 pacientes con edad media de 35.4 años (16-78 años). Un 7.1% tenía antecedente de criptorquidia y 15.5% reportó consumo de marihuana. Fueron seminoma un 43.4% (98 casos), no seminoma 46% (104 casos) y tumores no germinales un 10.6% (24 casos). Al diagnóstico 126 (55.8%) pacientes se presentaron en estadío I, 37 (16.4%) en estadío II y 39 (17.3%) en estadio III. Un 47.8% presentó marcadores tumorales prequirúrgicos elevados, persistiendo elevados en un 19.5% posterior a la orquiectomía radical. Se decidió VA en el 21.7% (49 casos). El 70.8% recibió quimioterapia adyuvante y 2,2% radioterapia. Un 4% requirió LALA posterior a quimioterapia adyuvante. La tasa de recaída fue de 15.2% (23 pacientes). La mortalidad global fue de 4% (6 pacientes), todos relacionados con causas atribuibles a complicaciones por TT. El promedio de seguimiento fue de 32.6 ± 14.4 meses.

CONCLUSIONES

Nuestra serie refleja la realidad local del tumor sólido más frecuente en el adulto joven. Existe un déficit en el seguimiento de los pacientes, siendo menor a los 60 meses recomendados en guías internacionales. Un porcentaje elevado debutó en estadíos tardíos. Resulta esencial generar estrategias públicas tanto de educación para una consulta precoz, como medidas que permitan asegurar un seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Tumor testicular, Vigilancia Activa, Epidemiología

P105) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.

Díaz Bravo, G.(1); Rojas Molina, E.(2); Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Velásquez Larraín, L.(1); Fuentes Flores, G.(3); Larenas Huguet, F.(4); Martínez Osorio, C.(5); Fulla Ortiz, J.(4);
(1): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán / Mutual de seguridad, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chile (5): Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán / Clínica MEDS, Santiago, Chille

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular (CT) tiene una incidencia de 3-10/100.000 personas. El manejo inicial es la orquiectomía radical. Posteriormente, según las características y estadío se puede ofrecer vigilancia activa (VA), radioterapia, quimioterapia (QT) o linfadenectomía lumboaórtica (LALA). La VA presenta una sobrevida libre de recurrencia (SLR) a 5 años entre 12-20%,

variando según la presencia o ausencia de Factores de Riesgo de Recurrencia (FRR). El objetivo es describir resultados de VA en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte retrospectiva de 254 pacientes con diagnóstico de CT en un hospital público chileno entre enero-2015 a julio-2025. Se seleccionaron los pacientes manejados con VA. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y Registro Civil e Identificación de Chile. Se definieron como FRR la invasión de rete testis y/o tamaño tumoral >4cm para los seminoma y la invasión linfovascular y/o histología carcinoma embrionario en no seminomas.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes. La edad promedio fue de 34.7 ± 12.1 años. Fueron seminoma 28 (57.1%) y no seminoma 21 (42.9%). Presentaron al menos un FRR 62% y 81.3% respectivamente. La SLR fue de 14.3%, con una mediana de seguimiento de 26 meses (8-44). La recaída en seminoma fue de 17% y de 9% en no seminoma. La recaída de pacientes con ≥1 FRR fue de 14% en el grupo seminoma y 4% en el no seminoma. El riesgo relativo de recurrencia al presentar dos FRR fue de 3 en seminoma. La recurrencia se presentó a los 21 ± 10.7 meses en promedio. 6 (12%) pacientes recibieron QT de rescate y en un caso se realizó LALA. La mortalidad fue de 2 (4%) casos, ambos con pérdida de seguimiento prolongada.

CONCLUSIONES

La vigilancia activa sigue siendo el tratamiento de elección en un subgrupo determinado de pacientes y el seguimiento es esencial en estos casos. Los FRR juegan un rol importante en la selección de pacientes para VA. Nuestra cohorte se condice con los valores de SLR en VA, no obstante a nivel institucional hay una gran pérdida de seguimiento, aumentando el riesgo de recurrencias avanzadas.

PALABRAS CLAVE: Cáncer Testicular, Vigilancia Activa, Recurrencia

P106) DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES.

Ávila, C.(1); Phillip, S.(2); Benítez-filselcker, A.(1); Gurovich, J.(3); Alfaro, D.(4); Vega, A.(5); Roman, J.(5);
(1): Residente Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Fellowship Uro-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (4): Servicio de Anatomía patológica, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile (5): Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Introducción:

La desdiferenciación maligna es un fenómeno poco frecuente en el contexto de los tumores

de células germinales. Este consiste en que un componente de teratoma puede transformarse en una neoplasia somática como rabdomiosarcoma, adenocarcinoma o tumor neuroectodérmico primitivo. Usualmente esto ocurre en un sitio metastásico, con solo un 4% manifestándose como primario testicular. Estas transformaciones se caracterizan por ser altamente agresivas, resistentes a la quimioterapia convencional y asociadas a un mal pronóstico con recaídas tempranas posterior a las terapias habituales.

Materiales y métodos:
Presentamos una serie de 7 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células germinales, 6 con metástasis retroperitoneal con biopsia compatible con desdiferenciación maligna de teratoma y 1 con primario testicular con desdiferenciación maligna. Se recopilaron datos retrospectivos que incluyeron la histología del tumor primario, los tratamientos administrados, el intervalo hasta la desdiferenciación, los sitios de transformación y los resultados clínicos.

Resultados:
Los 7 pacientes presentaron una edad mediana de 29 años con un rango intercuartílico (IQR) de 27,5 a 33,0 años y un tiempo de seguimiento mediano desde el diagnóstico de 84 meses (rango: 5–242 meses). Todos los pacientes tenían tumores de células germinales testiculares o retroperitoneales con componentes teratomatosos. En 1 paciente el primario testicular contenía sarcoma embrionario. En los casos retroperitoneales 3 casos la histología se transformó en adenocarcinoma y en 2 en sarcoma. La desdiferenciación maligna ocurrió tras una latencia mediana de 7,2 años en los pacientes con compromiso retroperitoneal. En todos los casos de desdiferenciación se realizó resección quirúrgica; la quimioterapia se ajustó de acuerdo con la histología. Los resultados oscilaron entre enfermedad estable y tratamiento quimioterápico en curso. Actualmente la sobrevida de esta serie es del 100%.

Discusión:
La desdiferenciación maligna en tumores de células germinales es un evento infrecuente, con predominio en localizaciones retroperitoneales. En nuestra serie, la latencia prolongada hasta la transformación (mediana 7,2 años) refuerza la importancia del seguimiento a largo plazo. Las histologías transformadas fueron heterogéneas, principalmente adenocarcinoma y sarcoma, lo que condiciona el pronóstico y la elección de terapias adyuvantes.

P107) CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS

Walbaum, J.(1); Fuentes, A.(1); Acosta, A.(1); Castiglioni, E.(1); Rojas Cohen, A.(1); Domínguez, J.(1);
(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción y objetivos

El coriocarcinoma testicular es una neoplasia infrecuente y de mal pronóstico, con sobrevida a 5 años reportada <80%. El objetivo de este estudio fue describir la evolución clínica de una cohorte nacional y explorar factores clínicos e histológicos asociados a recidiva y mortalidad.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico. Se revisaron 1338 pacientes con cáncer testicular entre 2000 y 2022 en dos centros de referencia, con 97 pacientes con coriocarcinoma. En el análisis multivariado se vió que los coriocarcinoma se asociaban a peor pronóstico (HR 4.53 (IC95% 1.77–11.6), p=0.002). Se excluyeron casos con información incompleta para etapificación y tratamientos. Se definió recidiva como aparición de enfermedad tras el tratamiento inicial y sobrevida general hasta marzo 2025. Se recopilaron variables clínicas e histológicas. Se aplicó regresión logística para el análisis de recidiva y modelos de Cox para la mortalidad. Se calcularon odds ratios (OR) y hazard ratios (HR) con IC95%.

Resultados

Se observaron 28 recidivas y 15 muertes. En el análisis univariado, la presencia de carcinoma embrionario (OR 0,33; IC95% 0,13–0,82; p=0,017) y de teratoma (OR 0,26; IC95% 0,10–0,65; p=0,0045) se asoció a menor riesgo de recidiva. En el análisis multivariado, la etapa III fue el principal factor de riesgo (OR 3,61; IC95% 1,32–9,8; p=0,012). Para mortalidad, la etapa III se asoció a HR 5,05 (IC95% 1,38–18,5; p=0,015), mientras que la cobertura GES (HR 0,31; IC95% 0,11–0,92; p=0,035) y la presencia de carcinoma embrionario (HR 0,087; IC95% 0,018–0,41; p=0,002) se relacionaron con menor riesgo.

Conclusiones

La etapa avanzada se confirma como factor pronóstico adverso en recidiva y mortalidad. La asociación protectora de carcinoma embrionario y teratoma podría reflejar una menor agresividad relativa de tumores mixtos frente a aquellos con mayor predominio de coriocarcinoma. Se requieren mayores estudios para definir el rol de estas variables.

P108) RESULTADOS COMPARATIVOS DE BIOPSIA PROSTÁTICA COGNITIVA VERSUS FUSIÓN.

Navarrete Lara, M.(1); Gallardo Saavedra, I.(2); Oyanedel Farías, F.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Cañoles Ramirez, R.(1); Olmos Iturrieta, C.(1); Carpio Paniagua, J.(1); Cuevas Seguel, P.(1); Gárate Ortega, S.(1); De La Fuente Arcos, M.(1); Wagner Cuesta, T.(1);
(1): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile (2): Universidad de Chile, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN

La biopsia prostática guiada por RMmp ha optimizado la detección de csPCa. Existen distintas estrategias de direccionamiento (cognitiva, fusión, in-bore). La evidencia nacional sobre la comparación entre estas es escasa. El objetivo es comparar el rendimiento de la biopsia cognitiva versus fusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, multicéntrico. Incluyó pacientes sometidos a biopsia prostática entre julio 2024-julio 2025. El grupo cognitiva incluyó 26 pacientes, y fusión (plataforma KOELIS) incluyó 21 pacientes. En ambos grupos el abordaje fue transrectal. La RMmp en cognitiva fue informada por dos radiólogos; en fusión, las imágenes iniciales fueron informadas por distintos radiólogos y posteriormente revisadas y marcadas por un radiólogo común a ambos centros. El análisis histopatológico fue realizado por múltiples patólogos en cognitiva y por uno en fusión (común a ambos centros). Todas las biopsias fueron realizadas por un mismo operador.

El desenlace primario fue la detección de csPCa (ISUP ≥2).

RESULTADOS

Respecto a las características globales en el grupo cognitiva la mediana fue 67 años (51-83 años), PSA promedio 9.32, DPSA 0.16. En el grupo fusión la mediana fue 65 años (45-79 años), PSA promedio 10.13, DPSA 0.19.

En el grupo cognitiva la distribución PIRADS fue 4: 70% y 5: 30%. En el grupo fusión fue 3: 9,5%, 4: 71%, 5: 23%.

En la detección global hubo una positividad del 50% en cognitiva y 66% en fusión. Al evaluar la detección de csPCa fue un 38% (n=10) para cognitiva y un 33% (n=7) para fusión.

En la tasa de complicaciones en cognitiva hubo un 7% (n=2) y en fusión no se reportaron.

CONCLUSIÓN

En esta cohorte, la biopsia fusión mostró mayor positividad global (66% vs 50%). La detección de csPCa fueron similares (38% vs 33%). Este estudio se favorece de un operador común. Existen características que podrían influenciar en los resultados como; distribución PI-RADS y la heterogeneidad de la lectura radiológica e histológica. En lo que respecta a las complicaciones vemos que se favorece el grupo fusión.

P109) CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE LA BIOPSIA POR FUSIÓN GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: SERIE CHILENA DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO

Marchant, P.(1); Poblete, M.(1); Maldonado, F.(1); Marchetti, P.(2);
(1): Becado Urología, Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile (2): Servicio de Urología, Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción

La concordancia entre el grado histológico obtenido en la biopsia prostática y el de la pieza de prostatectomía radical es clave en la planificación terapéutica del cáncer de próstata. La biopsia por fusión guiada por resonancia magnética multiparamétrica (RMNm) ha demostrado mejorarla respecto a la biopsia sistemática, aunque persisten discordancias, principalmente por subestimación del grado tumoral. Estudios reportan concordancias de 45–64%, con mejores resultados al combinar biopsia dirigida y sistemática o mediante abordajes transperineales. El objetivo de este estudio es evaluar la concordancia entre la biopsia por fusión y la histología definitiva en pacientes sometidos a prostatectomía radical en un centro de salud privado chileno.

Material y métodos

539 pacientes fueron sometidos a biopsia prostática por fusión entre noviembre de 2019 y enero de 2025. Se incluyeron aquellos que posteriormente recibieron una prostatectomía radical entre junio de 2019 y enero de 2025, con pieza quirúrgica disponible. Se excluyeron los casos sin cáncer en la biopsia. Se analizaron edad, antígeno prostático específico (APE), densidad de APE, hallazgos de RMNm, grado ISUP en biopsia y pieza quirúrgica, además de la concordancia topográfica tumoral. La concordancia se evaluó de manera estricta (ISUP idéntico), calculando índices de subestimación y sobreestimación.

Resultados

116 pacientes cumplieron criterios de inclusión. La concordancia entre ISUP de biopsia y pieza quirúrgica fue del 76% (88/116), con índice Kappa 0,60. La subestimación se observó en 6% de los casos y la sobrestimación en 18%. En cuanto a la densidad de PSA, 64 pacientes presentaron valores <0,15 ng/ml, de los cuales 53 (82,8%) tuvieron cáncer en la biopsia, lo que cuestiona el valor de éste como predictor negativo. En el análisis topográfico, en 69% de los pacientes con RMNm disponible la lesión sospechosa concordó con el sitio positivo de biopsia. El 72,4% de los casos, biopsia y pieza fueron informadas por el mismo patólogo.

Conclusiones

La biopsia por fusión mostró una concordancia del 76% con la histología de la prostatectomía radical, superando cifras reportadas. No obstante, persiste riesgo de subestimación, lo que refuerza la necesidad de integrar parámetros clínicos y de imagen en la toma de decisiones.

Índice por Título

¿ES EL TIEMPO DE MORCELACIÓN UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOLEP? 168, 411
¿ES NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR FUSIÓN GUIADAS POR SOFTWARE? REVISIÓN EN UN CENTRO ACADÉMICO. 29, 112
¿ES REALMENTE NECESARIA LA ETAPIFICACIÓN CON IMAGEN TORÁCICA EN PACIENTES CON TUMORES RENALES T1A? 204, 447
¿NEFRECTOMÍA PARCIAL O RADICAL?, RESULTADOS COMPARATIVOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES T1 Y SUBGRUPO T1B. 100, 343
¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APORTAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO? ANÁLISIS DE CONCORDANCIA EN UN HOSPITAL CHILENO ... 79, 321
¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON LESIONES PIRADS 5? EVIDENCIA DE UNA COHORTE DE BIOPSIA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN RM/US 48, 290
ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MASAS SUPRARRENALES: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. 224, 467
ADRENALECTOMÍA PARCIAL EN FEOCROMOCITOMA 126, 369
ADRENALECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA EN CANCER RENAL (CRCR) ESTADIO IV: TRATAMIENTO DE OLIGOMETASTASIS METACRONICA EN GLANDULA SUPRARRENAL (GSR) UNICA 132, 375
ANÁLISIS DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: USO DEL MÉTODO CUMULATIVE SUMATION (CUSUM) EN RELACIÓN A VARIABLES PERIOPERATORIAS. 82, 324
APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA INICIAL. 253, 496
APLICABILIDAD DE UN PANEL INMUNOHISTOQUÍMICO EN CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA EN CONTEXTOS DE RECURSOS LIMITADOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL REGIONAL. 193, 436
APLICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y SISTEMA VI-RADS EN CÁNCER DE VEJIGA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CHILENO 212, 455
APLICACIÓN DEL ÍNDICE ESTIMATED POST-TRANSPLANT SURVIVAL (EPTS) EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE CHILENO Y SU SEGUIMIENTO A 5 AÑOS 101, 344
ASISTENCIA ROBÓTICA PARA LA ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIO (ROLEP): PRIMER USO EN HUMANOS DE LA PLATAFORMA BEACON (ESTUDIO ASTRA) . 53, 295
ASOCIACIÓN ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y DESARROLLO DE ITU POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTORES PREDISPONENTES 111
AUTOMATIZACIÓN DEL ESPERMIOGRAMA, ¿ES EL FIN DEL BIÓLOGO? 103, 350
BAJO PRESIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PRESIÓN INTRARRENAL DURANTE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. IMPACTO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LA POSICIÓN DEL PACIENTE. 55, 297

BCG A DOSIS MÁXIMA EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO: IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA TOLERANCIA..... 206, 449
BENEFICIOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT VS. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SOLO CIRUJANO..... 188, 431
BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CISTITIS ACTÍNICA DEL HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO..... 221, 464
BIOPSIA DE PROSTATA TRANSPERINAL POR MICROULTRASONIDO: EXPERIENCIAL INCIAL. 141, 384
BIOPSIA PROSTÁTICA CON MICROULTRASONIDO: COMPARACIÓN ENTRE PRIMUS Y PIRADS EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN UN CENTRO TERCIARIO CHILENO..... 38, 280
BIOPSIA PROSTÁTICA FUSIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y SEGUIMIENTO A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN..... 230, 473
BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL..... 239, 482
BIOPSIA PROSTÁTICA POR MICRO ULTRASONIDO: DESCRIPCIÓN PRÁCTICA DE LA BIOPSIA TRANSRECTAL VS. TRANSPERINEAL..... 142, 385
BIOPSIA PROSTÁTICA POR RMMP FUSIÓN CON MICROUS VS US CONVENCIONAL: EVALUACIÓN COMPARATIVA EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE PROPENSITY SCORE MATCHING..... 39, 281
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL POR FUSIÓN DE IMÁGENES: TASAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN UNA SERIE DE 700 PACIENTES..... 29
BIOPSIAS PROSTATICA TRANSRECTAL EN CENTRO PRIVADO DE SALUD COMPARACION DE RESULTADOS DE 2 GRUPOS POBLACIONALES DISTINTOS..... 232, 475
BLOQUEO DEL CORDÓN ESPERMÁTICO CON ANESTESIA LOCAL COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR TESTICULAR CRÓNICO..... 152, 395
BLOQUEO DEL MÚSCULO CUADRADO LUMBAR BAJO VISIÓN LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ EN LA ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFRECTOMÍAS. 194, 437
CALIDAD DE VIDA ENTRE USUARIOS DE STENTS URETERALES..... 169, 412
CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL TRAS HOLEP: EXPERIENCIA LOCAL DE 15 AÑOS Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SEGÚN TRATAMIENTO..... 237, 480
CÁNCER DE PRÓSTATA PN1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA: INCIDENCIA, PATRONES DE TRATAMIENTO Y DESENLACES ONCOLÓGICOS..... 43, 285
CÁNCER DE VEJIGA EN INDIVIDUOS JÓVENES (=50 AÑOS): UN NUEVO DESAFIO EN UROLOGÍA ONCOLÓGICA..... 88, 330
CANCER INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA..... 244, 487
CÁNCER VESICAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTADIO AL DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE CHILENA..... 195, 438
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS..... 262, 505

CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTRECHEZ URETRAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS..... 177, 420
CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO 191, 434
CASO CLÍNICO: CIRUGÍA DE INJERTO EXTRATUNICAL EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE EN VARIANTE RELOJ DE ARENA..... 114, 357
CEPA MOSCOW 361-I INTRAVESICAL COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CANCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR: EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A CORTO PLAZO. 190, 433
CERTEZA DE PET-CT-PSMA + RNM EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO DESFAVORABLE Y ALTO RIESGO ¿SE PUEDE EVITAR LA BIOPSIA? 248, 491
CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA ROBOTICA PARA MANEJO DE LITIASIS URINARIAS: EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA AVICENNA ROBOFLEX..... 150, 393
CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE RENDIMIENTO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO ÚNICO 208, 451
CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO 202, 445
CISTITIS HEMORRAGICA POR VIRUS BK EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEMATOPOYETICO 222, 465
COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP EN HOSPITAL FACH 165, 408
COMPLICACIONES UROLÓGICAS DE RADIOTERAPIA: INCIDENCIA Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO..... 181, 424
COMPLICACIONES VASCULARES Y URINARIAS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: REPORTANDO LO QUE TODOS QUEREMOS EVITAR..... 97, 340
CONCORDANCIA DEL GLEASON GRADE GROUP ENTRE BIOPSIA PROSTÁTICA SISTEMÁTICA, BIOPSIA POR FUSIÓN Y PROSTATECTOMÍA RADICAL: CORRELACIÓN CON PIRADS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... 250, 493
CONCORDANCIA ENTRE UROCULTIVO PREOPERATORIO Y CULTIVO DE LITIASIS RENAL EN RIRS Y SU ASOCIACIÓN CON COMPLICACIONES INFECCIOSAS: ESTUDIO PROSPECTIVO 172, 415
CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE LA BIOPSIA POR FUSIÓN GUIADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA Y LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: SERIE CHILENA DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO 510
COPESILCUP ® UN CATETÉR URINARIO PERMANENTE CON NANOPARTÍCULAS DE COBRE QUE REDUCE LAS INFECCIONES SANITARIAS. 74, 316
CORIOCARCINOMA: UN ANÁLISIS DE NUESTRA POBLACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS 265, 508
CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DE LA VEJIGA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 49, 291
CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN MRI/TRUS: EXPERIENCIA EN 700 PACIENTES..... 337

DE LA INCERTIDUMBRE A LA DECISIÓN: IMPACTO DE LA IA EN LA RECLASIFICACION DE PIRADS 3..... 45, 287
DERMOLIPECTOMIA PÚBICA CON INJERTO DE PIEL PARCIAL EN PENE EN PACIENTE CON PENE ENTERRADO SECUNDARIO A LIQUEN ESCLEROSO..... 113, 356
DESARROLLO DE UN SONO-UROFLUJÓMETRO PARA LA MEDICIÓN NO INVASIVA DEL FLUJO DE ORINA: RESULTADOS DE UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE UROLOGÍA, DISEÑO E INGENIERÍA. 60, 302
DESCRIPCION DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL EN CENTRO CLÍNICO PRIVADO EN CHILE..... 256, 499
DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE VEJIGA EN POBLACIÓN DEL HOSPITAL EL CARMEN; COHORTE 2023-2025..... 33, 110
DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023 260, 503
DESDIFERENCIACIÓN MALIGNA DE TERATOMA CON METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE ORIGEN TESTICULAR: UNA SERIE DE CASOS NACIONALES. 264, 507
DESEMPEÑO DEL PROSTATE ABSCESS COMPLEXITY SCORE (PACS) EN LA PREDICCIÓN DE INTERVENCIÓN ADICIONAL EN ABSCESOS PROSTÁTICOS: VALIDACIÓN EXTERNA UNICÉNTRICA. 188, 431
DESTECHAMIENTO ENDOSCÓPICO LÁSER DE QUISTE DEL UTRÍCULO PROSTÁTICO: REPORTE DE UN CASO..... 119, 362
DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO MEDIANTE BIOPSIA FUSIÓN TRANSPERINEAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y HALLAZGOS CLÍNICOS ... 30, 348
DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO..... 178, 421
ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR DE ARTERIAS CAVERNOSAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN CHILE..... 156, 399
EL COSTO INVISIBLE DE LA CIRUGÍA: LA EPIDEMIA SILENCIOSA DEL SÍNDROME DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN LA UROLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE CHILE.. 76, 318
EL IMPACTO DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA EN EL TRACTO URINARIO: UNA CONDICIÓN UROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES CHILENOS..... 105, 352
EL PAPEL DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN... 225, 468
EL PARADIGMA DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CASTRACIÓN RESISTENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ES EL RECHALLENGE DE DOCETAXEL UNA ALTERNATIVA VIABLE?..... 47, 289
ENDOURETEROTOMÍA NEUMÁTICA SIN RADIACIÓN..... 64, 306
ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO LAPAROSCÓPICA EN MANEJO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTOPATÍA POR KETAMINA. 115, 358
ENUCLEACION LAPAROSCOPICA DE TUMOR RENAL COMPLETAMENTE ENDOFITICO RENAL SCORE 11HP: ABORDAJE LUMBOSCOPICO..... 133, 376
ENUCLEACIÓN LÁSER EN PACIENTES CON PRÓSTATAS MUY GRANDES >150 CC: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD. 54, 296
ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: MÁS ALLÁ DEL PABELLÓN, ¿QUÉ ESPERAR DE LAS COMPLICACIONES?..... 162, 405

ESTENOSIS PIELOURETREAL RECIDIVADA, ABORDAJE ENDOSCÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO 66, 308
ESTRECHEZ URETRAL: BALONES MEDICADOS CON PACLITAXEL PARA ESTRECHEZ URETRAL: SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES MODELOS AL MEDIANO PLAZO 106, 353
ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO PARA COMPARAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ENTRE LA CEPA DANISH1331 Y MOSCOW-I DE BCG EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR 203, 446
ESTUDIO PILOTO DE PROGRAMA ESTRUCTURADO DE SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA NEFRECTOMÍA PARCIAL Y PIELOPLASTIA EN LA FORMACIÓN EN UROLOGÍA 72, 314
ESTUDIO PRELIMINAR DE PREVALENCIA DE DELECIONES PARCIALES DE LA REGIÓN AZFC DEL CROMOSOMA Y COMO FACTOR DE RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR DE CÉLULAS GERMINALES EN PACIENTE CHILENOS. 104, 351
ESTUDIO TRASLACIONAL DE NUEVA CLASE DE RADIOLIGANDO [177LU]LU-SIBUDAB, EN CANCER DE PROSTATA CASTRACIÓN RESITENTE METASTASICO, PROGRESIVO A TERAPIAS CONVENCIONALES. 37, 279
EVALUACIÓN DE CALIDAD DE RESECCIÓN TRANSURETRAL EN UN HOSPITAL DOCENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VEJIGA. 217, 460
EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA UROLÓGICA CHILENA 2015 - 2025 ..... 76, 318
EVALUACIÓN DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRATUMORALES (TILS) EN UN SARCOMA VESICAL PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 223, 466
EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL MICRO-ULTRASONIDO PARA EL CANCER DE PROSTATA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: METAANALISIS BIVARIADO DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS 247, 490
EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE VIDEO-CISTOSCOPIO DESCARTABLE EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA: DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MINIPERC. 58, 300
EXPERIENCIA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 200, 443
EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO 184, 427
EXPERIENCIA EN EL USO DE FANS (FLEXIBLE URETERAL ACCESS SHEATH WITH SUCTION) EN EL MANEJO DE LITIASIS RENAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CHILENA. 68, 310
EXPERIENCIA EXPANDIDA DE BIOPSIA TRANSPERINEAL DE PRÓSTATA CON FUSIÓN RM MULTIPARAMÉTRICA Y ECOGRAFÍA: TÉCNICA Y RESULTADOS EN 700 PACIENTES 254, 497
EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN CHILE 87, 329
EXPERIENCIA INICIAL CON SISTEMA DE FUSIÓN ECOGRAFÍA–TOMOGRAFÍA (VENUS) PARA PUNCIÓN RENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA 146, 389
EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRLAP): RESULTADOS ONCOLÓGICOS A CORTO PLAZO 95, 338
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 743 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS CON EQUIPOS DESCARTABLES EN HOSPITAL PÚBLICO 59, 301

EXPERIENCIA LOCAL DE CISTECTOMÍA RADICAL; ANÁLISIS DE 11 AÑOS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ERAS BASADO EN RESULTADOS CLÍNICOS 209, 452
FACTORES DE RIESGO PARA UPSTAGING Y UPGRADING EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA T2/ISUP 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 168 CASOS 241, 484
FACTORES PREDICTORES DE RETENCIÓN URINARIA POST OPERATORIA LUEGO DE HOLEP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DE 170 PACIENTES, EN DOS CENTROS DE CHILE 164, 407
FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS ONCOLOGICOS Y FUNCIONALES EN LA TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA: ¿CUÁL ES EN NUESTRA REALIDAD? 217, 460
FILTRACION URINARIA EN NEFRECTOMIA PARCIAL: COMO APRENDIMOS Y COMO PREVENIMOS..... 134, 377
FORMACIÓN QUIRÚRGICA EN TRASPLANTE RENAL EN CHILE: UNA BRECHA URGENTE ... 257, 500
FOTOGRAFÍA DEL CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 258, 501
GASTROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN 30 AÑOS DESPUÉS? 109, 355
GLANSECTOMÍA CON INJERTO PARCIAL DE PIEL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE PENE CONFINADO AL GLANDE. 116, 359
HIPOGONADISMO, TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA Y RIESGO DE CÁLCULOS RENALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA 170, 413
HOLEP EN PACIENTES ANTICOAGULADOS O CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN: NUESTRA TÉCNICA 118, 361
IMPACTO ASISTENCIAL DE LA URETEROLITIASIS EN CHILE. ANALISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS 220, 463
IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN MUTACIONES SOMÁTICAS DEL CÁNCER DE VEJIGA: ESTUDIO GENÓMICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DE ANTOFAGASTA Y SANTIAGO 89, 331
IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS 67, 309
IMPACTO DE LA REALIMENTACIÓN PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO 207, 450
IMPACTO DE LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA EN PARÁMETROS METABÓLICOS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE CLÍNICA. 240, 483
IMPACTO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA (GES) ORIENTADA A DISMINUIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER TESTICULAR EN CHILE 84, 326
IMPACTO DEL SCREENING PROSTATICO EN POBLACION MASCULINA CERRADA 233, 476
IMPACTO EN HABILIDADES PRÁCTICAS Y FIDELIDAD DE UN TALLER DE SIMULACIÓN DE URETROPLASTIA DISTAL EN MODELO ANIMAL 69, 311
IMPACTO EN OUTCOMES PERIOPERATORIOS DE LA VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA UROLÓGICA ONCOLÓGICA COMPLEJA: ESTUDIO CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO CHILENO 34, 349
IMPLEMENTACIÓN DE HOLEP CON TÉCNICA EN BLOQUE EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD: DESAFIOS, EFICACIA FUNCIONAL Y REDUCCIÓN DE COSTOS VS CIRUGÍA ABIERTA..... 52, 294

IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ONCOLÓGICA (UGO) EN CÁNCER UROLÓGICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO. 78, 320
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL CHILENO 32, 346
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA UROLÓGICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: IMPACTO EN LA EFICIENCIA HOSPITALARIA Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA..... 91, 333
IMPLEMENTACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL CRUZADO EN CHILE: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA INICIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO 102, 345
IMPLEMENTACIÓN Y HALLAZGOS INICIALES DE ESTUDIO METABÓLICO DE LITIASIS URINARIA 174, 417
INCONTINENCIA URINARIA PERSISTENTE POSTERIOR A HOLEP 167, 410
INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN DEL CANCER DE PROSTATA CON TACTO RECTAL VERSUS LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS 238, 481
INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES EN LA AGRESIVIDAD DEL CANCER DE PROSTATA..... 46, 288
INSTALACIÓN DE CATÉTER DOBLE JOTA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ¿ES NECESARIO EL PABELLÓN?..... 73, 315
INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO COPILOTO DEL RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA..... 236, 479
LA RUTA DEL PIGTAIL EN EL HOSPITAL EL CARMEN; EXPERIENCIA DE BÚSQUEDA Y CARACTERIZACIÓN DE COHORTE..... 175, 418
LAS DISCREPANCIAS ENTRE FLUJO URINARIO LIBRE E INVASIVO VARIAN EN DISTINTOS CONTEXTOS CLÍNICOS..... 50, 292
LESIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO OBTURADOR EN LINFADENECTOMÍA PÉLVICA..... 139, 382
LESIONES PROSTÁTICAS PI-RADS 3: FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO 245, 488
LINFADENECTOMÍA LUMBOAORTICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA EN SANTIAGO.... 261, 504
LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA PRIMARIA NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA ... 192, 435
LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA. 136, 379
LINFADENECTOMÍA PÉLVICA E INGUINAL ROBÓTICA POR ACCESO ÚNICO: PISA TECHNIQUE 143, 386
LIQUEN ESCLEROSO EN INJERTO PREPUCIAL LIBRE POST CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS: CASO CLÍNICO 61, 303
LONGITUD DE LA URETRA MEMBRANOSA MEDIDA POR RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN CHILE. 234, 477
LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA..... 251, 494

MANEJO DE HPB: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN CON LÁSER QUE RESPALDADAN SU EFICACIA Y SEGURIDAD 161, 404
MAPA CHILENO DE LA ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA 163, 406
MARCACIÓN PROSTÁTICA PARA BIOPSIAS POR FUSIÓN: EL ROL DEL URÓLOGO FRENTE A UNA NECESIDAD 140, 383
MÁS ALLÁ DE LA HISTOLOGÍA: INTEGRACIÓN DE RM CON IA Y PET PSMA EN UN MODELO MULTIMODAL PARA LA PREDICCIÓN LINFONODAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA 92, 334
MÁS ALLÁ DEL DIÁMETRO: DETERMINACIÓN DE UMBRAL VOLUMÉTRICO Y EL ROL DE LA DENSIDAD LITIÁSICA PARA PREDECIR EL STONE FREE EN URETEROSCOPIA CONVENCIONAL MEDIANTE ANÁLISIS ROC Y REGRESIÓN LOGÍSTICA..... 56, 298
MASA SUPRARRENAL COMPLEJA, CLAVES DEL ABORDAJE ABIERTO 128, 371
MECANISMO LITOTRIPTOR BALÍSTICO/NEUMÁTICO PARA LA EXTRACCION DE CATETER DOBLE J CALCIFICADO O RETENIDO 147, 390
METÁSTASIS GENITALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA..... 242, 485
MIGRACIÓN Y FORMACIÓN DE CÁLCULOS EN HEM-O-LOCK EN CUELLO VESICAL, POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT..... 226, 469
MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE CARCINOMA RENAL: REPORTE DE CASO Y REFLEXIÓN SOBRE SU VALOR DIAGNÓSTICO. 198, 441
MODELO EX VIVO PARA ENTRENAMIENTO DE ECOGRAFÍA Y PUNCIÓN RENAL 185, 428
MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL BASADO EN VOLUMEN TUMORAL DETERMINADO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA PREDICCIÓN DE EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: AFINANDO LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 44, 286
MODULACIÓN DEL MICROAMBIENTE BACTERIANO DE PACIENTES CON VEJIGA NEUROGÉNICA PARA REGULAR LA APARICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS MEDIANTE EL USO DE UNA VACUNA: RESULTADOS PRELIMINARES. 158, 401
MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRARRENAL EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA..... 151, 394
NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES COMPLEJOS, LECCIONES APRENDIDAS 127, 370
NEFRECTOMÍA PARCIAL SIN ISQUEMIA (OFF-CLAMP): RESULTADOS QUIRÚRGICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS EN CENTRO TERCIARIO CHILENO 201, 444
NEFROURETERECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO: FACTIBILIDAD, SEGURIDAD Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS INICIALES..... 210, 453
NEOIMPLANTE URETERAL NO TRANSECTANTE LATERO LATERAL LAPAROSCOPICO ASISTIDO POR ROBOT..... 121, 364
NOMOGRAMA BASADO EN PET PSMA PARA MEJORAR LA INDICACIÓN DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENDIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: VALIDACIÓN EXTERNA Y COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS NOMOGRAMAS DE AMSTERDAM–BRISBANE–SYDNEY Y BRIGANTI 2018 EN UNA COHORTE NACIONALINT..... 41, 283
OPTIMIZACIÓN DE LA RETROALIMENTACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SIMULACIÓN UROLÓGICA: APLICACIÓN INICIAL 81, 323

PATOLOGIA URACAL SINTOMÁTICA: ¿DRENAJE PARA HOY Y URACO PARA MAÑANA?: RESULTADOS DE PATOLOGÍA URACAL EN SERIE DE CASOS DE 2 HOSPITALES EN EL SUR DE CHILE..... 219, 462
PENECTOMÍA TOTAL Y URETRA PERINEAL EN CÁNCER DE PENE..... 124, 367
PET PSMA Y COMPROMISO LINFÁTICO OCULTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISIS DEL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL 246, 489
PIONEFROSIS: ¿TIENE EL SISTEMA PÚBLICO LA CAPACIDAD DE RESOLVER OPORTUNAMENTE LA LITIASIS CAUSANTE? 173, 416
PI-RADS 5 Y BIOPSIA NEGATIVA: SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE NACIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES 230, 473
PREDICTORES CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN PACIENTES CON BIOPSIA PROSTÁTICA PREVIA NEGATIVA..... 40, 282
PRESENTACIÓN INUSUAL Y MANJEJO ENDOUROLÓGICO DE SIRINGOCELE 62, 304
PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN ATLETAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL 160, 403
PREVALENCIA Y HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO AMPLIADO EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN CHILE. 98, 341
PRIMERA EXPERIENCIA EN HUMANOS DE UN SISTEMA DE IRRIGACIÓN AUTOMATIZADO DE PRESIÓN INTRARRENAL PARA URETEROSCOPÍA FLEXIBLE. 57, 299
PRIMERA EXPERIENCIA URO-ONCOLÓGICA PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA EN AMÉRICA CON LA PLATAFORMA ROBÓTICA TOUMAI®: SERIE COLABORATIVA DE DOS CENTROS.. 94, 336
PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA & COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS: #LOQUECALLAMOSLOSUROLOGOS 145, 388
PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE CLIPS QUIRÚRGICOS. IMPACTO EN RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS..... 36, 278
QUISTES DE URACO EN PEDIATRÍA; SERIE DE CASOS..... 182, 425
QUISTES RENALES COMPLEJOS: ¿MÁSCARA BENIGNA O CÁNCER ENCUBIERTO?..... 215, 458
REIMPLANTE URETEROVESICAL LATEROLATERAL NO TRANSECTANTE POR ACCESO DE GIBSON..... 122, 365
REINTERVENCIÓN CON NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PARA TUMORES RENALES RECURRENTES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS 96, 339
RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS LINFOCITOS T CIRCULANTES Y RESIDENTES DE TUMORES EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES..... 80, 322
RENDIMIENTO DEL PET/CT CON PSMA EN RECIDIVA BIOQUÍMICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: ASOCIACIÓN CON RIESGO EAU, DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y DECISIONES TERAPÉUTICAS 235, 478
RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CULTIVO PREOPERATORIO Y FACTORES ASOCIADOS A CULTIVO POSITIVO DE PELVIS RENAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA: ESTUDIO INICIAL EXPLORATORIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO 176, 419
RESECCION EN BLOQUE DE TUMOR VESICAL CON LÁSER DE HOLMIO: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO..... 131, 374

RESECCION QUIRURGICA LAPAROSCOPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN CANCER DE TESTICULO. 83, 325
RESECCIÓN ROBÓTICA RETROPERITONEAL DE TUMORES RENALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VON HIPPEL-LINDAU: DESCRIPCIÓN DEL ACCESO, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CASO CLÍNICO 135, 378
RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA EN-BLOC: DIFICULTADES Y COMPLICACIONES 125, 368
RESECCIÓN TRANSURETRAL EN-BLOC DE TUMORES DE VEJIGA: IMPACTO EN COMPLICACIONES Y DESENLACES ONCOLÓGICOS 189, 432
RESONANCIA MAGNÉTICA PROSTÁTICA Y DISCORDANCIA ENTRE BIOPSIA TRANSRECTAL Y OPERATORIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA 93, 335
RESPUESTA BIOQUÍMICA AL USO DE CLOMIFENO EN PACIENTES CON TESTOSTERONA BAJA SEGÚN EDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NIVELES DE TESTOSTERONA TOTAL. 157, 400
RESPUESTA COMPLETA A 177LU-PSMA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A CASTRACIÓN TRAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO: REPORTE DE UN CASO. 228, 471
RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CÁNCER RENAL PT3: ANÁLISIS COMPARATIVO GLOBAL Y AJUSTADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN DE NEFRECTOMÍA PARCIAL VERSUS RADICAL 99, 342
RESULTADOS COMPARATIVOS DE BIOPSIA PROSTÁTICA COGNITIVA VERSUS FUSIÓN. 509
RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA EN 310 PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 227, 470
RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO 199, 442
RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA COMBINADA (ECIRS) EN LITIASIS RENAL: ACTUALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA 171, 414
RIRS CON FANS EN LITIASIS RENAL COMPLEJA: CUANDO EL ACCESO PERCUTÁNEO NO ES POSIBLE 149, 392
ROL DE LOS LINFOCITOS T CD4? CITOTÓXICOS Y DE MEMORIA RESIDENTES EN TEJIDO EN LA INMUNIDAD ANTITUMORAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. 225, 468
SATISFACCIÓN POST CIRCUNCISIÓN. ESTUDIO COMPARATIVO DE DIFERENTES TECNICAS. 186, 429
SEGURIDAD DEL RINGER LACTATO COMO SUERO DE IRRIGACIÓN EN LA CIRUGÍA PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM 51, 293
SEGURIDAD Y PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN BIOPSIA TRANSPERINEAL PROSTÁTICA CON FUSIÓN COGNITIVA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 84 PACIENTES 252, 495
SIMULACIÓN CON VEJIGAS PORCINAS PARA ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL: IMPACTO EN LA CONFIANZA Y ANÁLISIS TÉCNICO DE MATERIALES Y AGUJAS 65, 307
SIMULACIÓN NLP SUPINO: HÁGALO USTED MISMO 148, 391

SÍNDROME DE PERSISTENCIA DE CONDUCTOS DE MÜLLER DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE. ... 71, 313
SLIM HOLEP VIA URETROSTOMIA PERINEAL TRANSITORIA 117, 360
SUPERPOSICIÓN DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Y CÁNCER PROSTÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A HOLEP 166, 409
TÉCNICA DE SKULLCAP EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA TUMOR COMPLETAMENTE ENDOFÍTICO..... 129, 372
TESE Y MICRO-TESE PARA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN HOMBRES INFÉRTILES: EXPERIENCIA DE 400 CASOS CONSECUTIVOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ANDROLOGÍA EN CHILE..... 155, 398
TIPS AND TRICKS DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO (RAKT) 138, 381
TRASPLANTE RENAL EXITOSO UTILIZANDO RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 255, 498
TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO DE DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO ESPAÑOL Y DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE 31, 110
TRECE AÑOS DE EXPERIENCIA EN CIRUGÍA RENAL ONCOLÓGICA: LECCIONES DESDE UN CENTRO DOCENTE DE ALTO VOLUMEN. 213, 456
TUMOR TESTICULAR DE CÉLULAS DE SERTOLI DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO 259, 502
TUMORECTOMÍA RENAL ROBÓTICA BILATERAL EN CÁNCER SINCRÓNICO CON ROBOT TOUMAI: PRIMER CASO REPORTADO EN AMÉRICA..... 137, 380
TUMORECTOMÍA RENAL SIN DISECCIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. EXPERIENCIA INICIAL. ... 213, 456
TUMORES TESTICULARES BILATERALES: EXPERIENCIA DE 35 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NACIONAL..... 85, 327
URETROSTOMÍA PERINEAL COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS 179, 422
USO DE BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO 108, 354
USO DE MODELO PREDICTIVO MULTIMODAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON Y VARIABLES CLÍNICAS COMO PREDICTORES DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA..... 90, 332
USO DEL BALÓN MEDICADO CON PACLITAXEL EN LA ESTRECHEZ URETRAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICO INICIALES..... 180, 423
UTILIDAD DEL SCORE DE PALACIOS EN LA ESTIMACIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL TRAS NEFRECTOMÍA..... 215, 458
VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA SUBCLASIFICACIÓN IBCG DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA COHORTE CHILENA 86, 328
VIDEO: PIELOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN UNA PACIENTE CON ESTENOSIS PIELOURETERAL IATROGÉNICA. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REPORTE DE 1 CASO. 123, 366
VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER TESTICULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. .. 263, 506

Índice por Autor

Abarzua, L. 89, 331
Acevedo Castillo, C. 40, 230, 282, 473
Acevedo Miranda, E. 50, 292
Acevedo, C. 38, 39, 49, 140, 280, 281, 291, 383
Acosta Garay, A. 111
Acosta, A. 84, 265, 326, 508
Acuña Galvez, E. 95, 133, 145, 218, 338, 376, 388, 461
Acuña Madrid, J. 163, 406
Acuña Muijica, C. 62, 304
Acuña Mujica, C. 69, 311
Acuña, C. 67, 182, 309, 425
Acuña, J. 174, 176, 212, 417, 419, 455
Adalid-loma, G. 113, 356
Affeld Perez, M. 173, 416
Affeld, F. 52, 294
Affeld, M. 219, 462
Aguila, F. 58, 59, 146, 300, 301, 389
Águila, F. 55, 56, 151, 297, 298, 394
Aguilar, P. 89, 331
Aguirre, J. 203, 446
Alarcon Rios, J. 78, 320
Alarcón Ríos, J. 184, 221, 427, 464
Alarcón, L. 80, 102, 190, 194, 201, 224, 225, 257, 322, 345, 433, 437, 444, 467, 468, 500
Albaladejo, P. 31, 110
Alfaro, A. 80, 102, 190, 194, 201, 223, 224, 225, 257, 322, 345, 433, 437, 444, 466, 467, 468, 500
Alfaro, D. 264, 507
Alfaro, K. 89, 331
Aliaga De La Fuente, A. 35, 349
Aliaga, A. 41, 43, 44, 45, 82, 85, 86, 88, 92, 94, 97, 98, 125, 130, 134, 135, 189, 202, 235, 246, 261, 283, 285, 286, 287, 324, 327, 328, 330, 334, 336, 340, 341, 368, 373, 377, 378, 432, 445, 478, 489, 504
Alonso, F. 75, 317
Altamirano, J. 31, 348
Alvarado Vázquez, P. 230, 473
Álvarez-ossorio, J. 31, 110, 139, 382
Amaral, H. 37, 279
Andriola, M. 56, 59, 130, 298, 301, 373
Andrusco Fidalgo, A. 95, 132, 338, 375
Andrusco, A. 32, 94, 137, 213, 336, 346, 380, 456
Antunez, C. 84, 326

Aquez Chirino, P. 221, 464
Arancibia Ibaceta, A. 79, 321
Araya Salcedo, F. 95, 132, 338, 375
Araya, F. 32, 137, 346, 380
Araya, J. 34, 347
Arce Olave, C. 33, 110, 209, 217, 452, 460
Arenas Kalil, J. 230, 473
Arenas, J. 100, 108, 213, 215, 343, 354, 456, 458
Arevalo-vega, D. 50, 292
Arias Gallardo, M. 247, 252, 490, 495
Arias Orellana, E. 208, 451
Arias, E. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Arias, M. 44, 92, 236, 286, 334, 479
Armisen, R. 89, 331
Arribas, D. 36, 96, 189, 226, 278, 339, 432, 469
Arrué, K. 29, 112
Arrus-soldi, J. 113, 356
Arzeno, L. 176, 419
Ascanio Rojas, J. 95, 133, 145, 218, 338, 376, 388, 461
Ascorra Hormaechea, S. 185, 207, 256, 428, 450, 499
Astete, A. 74, 316
Astroza Eulufi, G. 72, 81, 314, 323
Astroza, G. 53, 295
Avaca, F. 169, 412
Avila, C. 58, 140, 147, 300, 383, 390
Ávila, C. 55, 56, 85, 104, 151, 157, 181, 251, 261, 264, 297, 298, 327, 351, 394, 400, 424, 494, 504, 507
Ayala Castro, C. 165, 408
Ayala, C. 167, 410
Azua, N. 223, 466
Bacarrezza Cantarellas, R. 200, 443
Bacarrezza, R. 91, 333
Bacco, B. 93, 139, 335, 382
Baeza Blanco, S. 221, 464
Baeza Figueroa, C. 117, 177, 178, 179, 360, 420, 421, 422
Baeza, C. 124, 367
Ball Tzichinovsky, J. 182, 425
Barahona Chomali, J. 58, 300
Barahona, D. 235, 246, 478, 489
Barahona, J. 56, 59, 80, 102, 146, 298, 301, 322, 345, 389
Barrera, D. 100, 108, 213, 215, 343, 354, 456, 458
Barrios Muñoz, G. 208, 451
Barrios, G. 146, 389
Barroso Salvestrini, J. 260, 503

Barroso, J. 161, 162, 171, 404, 405, 414
Bascur Moenen-locoz, L. 173, 416
Bassa Moyano, C. 207, 450
Bastias, C. 149, 392
Bello, A. 71, 313
Benchimol, J. 102, 257, 345, 500
Benítez Filselcker, A. 151, 394
Benitez, A. 35, 85, 140, 202, 261, 327, 349, 383, 445, 504
Benítez, A. 59, 181, 301, 424
Benítez-filselcker, A. 55, 56, 58, 82, 104, 157, 251, 264, 297, 298, 300, 324, 351, 400, 494, 507
Bermudez, H. 98, 341
Bermúdez, H. 97, 99, 134, 135, 210, 340, 342, 377, 378, 453
Bernal, J. 108, 354
Bernardello, M. 180, 198, 206, 423, 441, 449
Bernier, P. 41, 43, 44, 45, 92, 142, 235, 246, 283, 285, 286, 287, 334, 385, 478, 489
Bezama Urriola, P. 208, 451
Bezama, P. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Bittner Prado, M. 111
Blackburn Bersezio, S. 57, 262, 263, 299, 505, 506
Blackburn, S. 172, 199, 415, 442
Blanco, A. 89, 331
Bogado, J. 101, 344
Borgna, V. 47, 80, 102, 190, 194, 201, 223, 224, 225, 257, 289, 322, 345, 433, 437, 444, 466, 467, 468, 500
Bravo Izurieta, J. 83, 325
Bravo, J. 46, 90, 203, 238, 288, 332, 446, 481
Bresky Gomez, E. 221, 464
Briceño Muga, F. 76, 318
Briceño, F. 47, 289
Brito, F. 105, 160, 352, 403
Bruzzone Correa, A. 230, 473
Bruzzone, A. 100, 108, 213, 215, 343, 354, 456, 458
Bustamante Basso, C. 208, 451
Bustamante Valenzuela, P. 95, 133, 145, 218, 338, 376, 388, 461
Bustamante, A. 86, 88, 89, 106, 125, 161, 162, 171, 189, 246, 328, 330, 331, 353, 368, 404, 405, 414, 432, 489
Bustamante, C. 191, 192, 225, 259, 434, 435, 468, 502
Bustamante, P. 182, 425
Cacho Olivares, J. 234, 477
Cajales, M. 29, 112
Calderon, D. 101, 344
Calderón, D. 149, 150, 168, 204, 216, 243, 392, 393, 411, 447, 459, 486
Calderón, N. 150, 393

Calvo Bernasconi, I. 91, 200, 333, 443
Calvo, C. 50, 292
Calvo, I. 121, 176, 195, 197, 364, 419, 438, 440
Camhi, I. 166, 168, 409, 411
Campillo, M. 60, 302
Campos, D. 30, 48, 118, 131, 172, 250, 254, 290, 337, 361, 374, 415, 493, 497
Campos, M. 227, 470
Campos, R. 109, 355
Campusano Aedo, A. 111
Canales Rojas, R. 209, 452
Canales, R. 87, 329
Cañas, R. 51, 53, 293, 295
Cañoles Ramirez, R. 509
Cañoles, R. 239, 482
Carafi Laso, A. 33, 110, 241, 484
Carafí Laso, A. 217, 460
Carafí, A. 82, 123, 324, 366
Carpio Paniagua, J. 509
Carpio, J. 239, 482
Carrasco Sanchez, F. 173, 416
Carrasco, F. 219, 462
Carrasco, J. 103, 350
Carrillo, I. 101, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 344, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Castiglioni Del Rio, E. 72, 81, 314, 323
Castiglioni, E. 29, 84, 112, 170, 265, 326, 413, 508
Castillo Cárdenas, A. 78, 184, 320, 427
Castillo, A. 158, 401
Castillo, O. .. 30, 36, 48, 96, 118, 131, 189, 226, 250, 254, 278, 290, 337, 339, 361, 374, 432, 469, 493, 497
Castillo, P. 164, 169, 407, 412
Castro, A. 104, 351
Castro, D. 187, 430
Castro, E. 180, 198, 206, 423, 441, 449
Catalan, G. 171, 414
Catalán, G. 86, 88, 125, 189, 328, 330, 368, 432
Chacón Caorsi, R. 117, 360
Chacón, R. 122, 161, 162, 365, 404, 405
Chade Vergara, J. 256, 499
Chavez, C. 31, 47, 289, 348
Chiang, H. 158, 401
Chodowiecki Gebauer, A. 173, 416
Chodowiecki, A. 219, 462
Cid, A. 195, 197, 438, 440
Cifuentes, M. 105, 160, 352, 403

Cisternas Pinto, D. 78, 320
Claro, A. 244, 487
Cofre, A. 52, 294
Coloma Ortiz, F. 78, 184, 221, 320, 427, 464
Concha Grossi, G. 66, 308
Consigliere, L. 56, 59, 146, 298, 301, 389
Consiglieri, L. 58, 300
Contreras-garcía, R. 113, 356
Cordova Pedreros, J. 34, 347
Córdova, V. 93, 335
Cornejo, V. .. 101, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 344, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Correa T., R. 69, 311
Correa, R. 182, 425
Cortéz, C. 181, 424
Cruz Montiel, C. 33, 111
Cruz, P. 227, 470
Cuesta, N. 93, 115, 139, 180, 193, 198, 206, 335, 358, 382, 423, 436, 441, 449
Cuevas Seguel, P. 509
Cuevas, P. 127, 128, 222, 244, 258, 370, 371, 465, 487, 501
D Guillo, G. 113, 356
Davinson, R. 34, 347
De La Fuente Arcos, M. 509
De La Fuente, M. 127, 128, 222, 370, 371, 465
De La Llera, J. 56, 58, 59, 146, 298, 300, 301, 389
De Oliveira Costa, A. 95, 218, 338, 461
De Oliveira, A. 132, 212, 375, 455
De Rocco-ponce, M. 113, 356
Del Valle, F. 100, 108, 213, 215, 230, 343, 354, 456, 458, 473
Delgado Valdivia, J. 78, 184, 320, 427
Dell'oro, A. 50, 292
Díaz Bravo, G. 57, 262, 263, 299, 505, 506
Diaz, G. 172, 199, 415, 442
Diaz, J. 31, 348
Diaz, P. 123, 366
Diaz-fontdevila,, M. 104, 351
Dinamarca, I. 260, 503
Doll Garay, C. 78, 184, 320, 427
Domínguez Argomedo, R. 200, 443
Domínguez, J. 84, 265, 326, 508
Dominguez, R. 91, 195, 197, 333, 438, 440
Domínguez, R. 121, 143, 364, 386
Donoso O, V. 66, 308
Donoso R, G. 66, 308
Dueñas Cancino, L. 156, 399

Dueñas, L. 155, 398
Dumas-castro, S. 113, 356
Durán García, L. 165, 408
Durán, L. 167, 249, 253, 410, 492, 496
Durruty Bostelmann, J. 165, 408
Ebel Sepúlveda, L. 509
Ebel, L. 127, 128, 222, 239, 244, 258, 370, 371, 465, 482, 487, 501
Ebensperger, M. 104, 158, 227, 351, 401, 470
Echeverria Saavedra, P. 71, 313
El Rassi, A. 247, 490
Elías E, E. 217, 460
Elias Echaurren, E. 33, 110
Elorrieta Decombe, V. 147, 148, 390, 391
Eltit Soler, I. 116, 359
Eltit, I. 41, 43, 44, 45, 86, 88, 92, 94, 97, 98, 99, 106, 122, 125, 134, 135, 142, 143, 161, 162, 171, 189, 210, 235, 236, 246, 283, 285, 286, 287, 328, 330, 334, 336, 340, 341, 342, 353, 365, 368, 377, 378, 385, 386, 404, 405, 414, 432, 453, 478, 479, 489
Epifani Villalobos, C. 78, 184, 320, 427
Escobar Urrejola, S. 177, 178, 179, 420, 421, 422
Escobar, M. 93, 335
Escobar, S. 124, 367
Espinoza, C. ... 93, 115, 139, 172, 180, 193, 198, 206, 335, 358, 382, 415, 423, 436, 441, 449
Espinoza, G. 180, 198, 206, 423, 441, 449
Esse Pérez, P. 214, 457
Esse, P. 74, 316
Estay, R. 37, 279
Eyzaguirre, M. 170, 413
Falcon, C. 31, 348
Fasce, R. 169, 412
Fernández Wenzel, J. 164, 407
Fernandez, J. 260, 503
Fernández, J. 169, 412
Fernandez, M. 171, 246, 414, 489
Fernández, M. 86, 88, 89, 125, 189, 210, 328, 330, 331, 368, 432, 453
Fernandez, R. 37, 279
Ferriere-steinert, S. 49, 291
Figueroa D., M. 68, 310
Filigrana, C. 136, 379
Finsterbusch, C. 64, 306
Flores, A. 219, 462
Flores, F. 127, 128, 222, 244, 258, 370, 371, 465, 487, 501
Foneron B, A. 222, 465
Foneron B., A. 258, 501
Foneron V, A. 222, 465

Foneron V., A. 258, 501
Foneron, A. 127, 128, 244, 370, 371, 487
Fraga, M. 80, 223, 225, 322, 466, 468
Frías, S. 167, 410
Fuentes Carrion, M. 152, 395
Fuentes Espinoza, A. 230, 473
Fuentes Flores, G. 262, 263, 505, 506
Fuentes, A. 84, 100, 108, 213, 215, 260, 265, 326, 343, 354, 456, 458, 503, 508
Fuentes, G. 158, 401
Fuentes, P. 60, 302
Fulla Ortiz, J. 262, 263, 505, 506
Fullá Ortiz, J. 57, 299
Fulla, J. 172, 199, 227, 415, 442, 470
Gaete Dañobeitía, M. 72, 81, 314, 323
Gallardo Saavedra, I. 509
Gallardo, I. 239, 482
Gallegos Méndez, I. 230, 473
Gallegos Moran, H. 230, 473
Gallegos Morán, H. 108, 354
Gallegos Valenzuela, I. 214, 457
Gallegos, H. 50, 100, 213, 215, 292, 343, 456, 458
Gallegos, I. 74, 316
Gana G., R. 69, 182, 311, 425
Gana, R. 67, 309
Gárate Ortega, S. 509
Gárate Paz, R. 230, 473
Garate, S. 127, 128, 222, 370, 371, 465
Gárate, S. 244, 258, 487, 501
Garcia Becerra, C. 247, 252, 490, 495
Garcia Gutierrez, C. 247, 252, 490, 495
García, M. 93, 115, 139, 180, 193, 198, 206, 335, 358, 382, 423, 436, 441, 449
García, V. 212, 455
Garcia, X. 60, 302
García-baquero, R. 31, 110, 139, 382
Gavilan Leñam, D. 54, 141, 296, 384
Gil, A. 56, 59, 85, 153, 181, 202, 245, 261, 298, 301, 327, 396, 424, 445, 488, 504
Gilling, P. 53, 295
Gjuranovic, M. 181, 424
Gomez Lopez, I. 174, 417
Gómez, I. 212, 455
Gomez, R. 109, 355
Gomez-lobo F, M. 217, 460
Gomez-lobo Fehling, M. 33, 110, 147, 148, 390, 391
Gomez-lobo R., C. 217, 460

Gomez-lobo Roa, C. 33, 110, 148, 391
Gómez-sancha, F. 53, 295
Gonzalez B., M. 220, 463
González Pellegrino, D. 104, 351
Gonzalez, A. 60, 302
Gonzalez, F. 236, 479
Gonzalez, J. 260, 503
Gorena Palominos, M. 173, 416
Goronea, M. 219, 462
Grandi Pincheira, D. 76, 318
Grandi, D. 93, 335
Grille Diaz, E. 33, 111
Guerreo, R. 46, 288
Guerrero Carmona, G. 120, 363
Guerrero Carmona, M. 256, 499
Guerrero, G. 114, 357
Guerrero, P. 150, 166, 168, 204, 215, 243, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Guerrero, R. 90, 203, 238, 332, 446, 481
Guglielmi, J. 172, 415
Gurovich, J. 35, 38, 39, 82, 85, 140, 202, 261, 264, 280, 281, 324, 327, 349, 383, 445, 504, 507
Hanna, J. 36, 278
Hartmann Arnouts, J. 165, 408
Hartmann, J. 167, 410
Hassi Román, M. 200, 443
Hassi, M. 91, 121, 136, 143, 195, 197, 228, 333, 364, 379, 386, 438, 440, 471
Henríquez Guerrero, P. 79, 321
Henriquez, C. 34, 347
Henriquez, D. 35, 202, 261, 349, 445, 504
Henríquez, D. 82, 85, 245, 324, 327, 488
Henriquez, P. 187, 188, 430, 431
Hernández Monsalve, A. 33, 110
Hernandez, A. 80, 225, 322, 468
Herquiñigo, D. 254, 497
Herrera Canales, L. 208, 451
Herrera Sepúlveda, D. 175, 418
Herrera, L. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Heskia Araya, S. 57, 299
Heskia, S. 49, 56, 59, 291, 298, 301
Hidalgo, D. 182, 425
Hidalgo, S. 80, 225, 322, 468
Hinrichs, A. 87, 329
Hohf Riveros, P. 79, 321
Hohf, P. 187, 188, 430, 431

Horn, C. 164, 407
Hornig, A. 34, 347
Huidobro, J. 255, 498
Hurtado, J. 194, 224, 437, 467
Iacobelli Ovalle, A. 117, 360
Iacobelli, A. 124, 126, 169, 367, 369, 412
Ibáñez Holmgren, H. 120, 363
Ibañez, H. 57, 299
Infante, I. 212, 455
Iñiguez, S. 31, 35, 85, 130, 327, 348, 349, 373
Íñiguez, S. 82, 324
Inostroza A., C. 220, 463
Inzunza N., J. 220, 463
Islas, N. 243, 486
Iturriaga Villarroel, C. 79, 321
Iturriaga, C. 188, 431
Jaederlund, S. 260, 503
Jara C., C. 220, 463
Juarez Garcia, J. 247, 252, 490, 495
Juri Yamal, D. 200, 443
Juri, D. 91, 121, 197, 333, 364, 440
Kerkebe, M. 87, 136, 212, 329, 379, 455
Kirmayr Zamorano, M. 34, 347
Klinowski, M. 67, 309
Kompatzki Gaete, Á. 256, 499
Kramer, F. 115, 139, 193, 358, 382, 436
Kramer, V. 37, 279
Krebs, A. 97, 98, 99, 134, 135, 171, 210, 340, 341, 342, 377, 378, 414, 453
Kreisberg, M. 29, 112
Krieger, K. 37, 279
Labra, A. 44, 45, 92, 236, 246, 286, 287, 334, 479, 489
Lagos, M. 74, 316
Lancellotti Giganti, D. 184, 427
Lara, D. 93, 115, 139, 193, 335, 358, 382, 436
Lardone, C. 104, 351
Larenas Huguet, F. 40, 57, 230, 262, 263, 282, 299, 473, 505, 506
Larenas, F. 172, 199, 227, 415, 442, 470
Larrañaga Riquelme, M. 83, 325
Larranaga, M. 232, 233, 475, 476
Larrañaga, M. 46, 203, 238, 288, 446, 481
Lay, R. 46, 90, 203, 238, 288, 332, 446, 481
Ledezma, C. 50, 292
Ledezma, R. 38, 39, 51, 53, 153, 280, 281, 293, 295, 396
Ledo, M. 31, 110

Letelier, N. 64, 306
Libano Brañas, L. 111, 156, 399
Libano, L. 77, 155, 319, 398
Lira G., J. 68, 310
Lira, N. 115, 139, 193, 358, 382, 436
Lladser, A. 80, 223, 225, 322, 466, 468
Llaguel, M. 237, 480
Lobo, T. 226, 469
Lobos Fredes, R. 208, 451
Lobos Sepulveda, C. 173, 416
Lobos, C. 219, 462
López Egañaq, P. 65, 307
López Moya, P. 191, 192, 208, 259, 434, 435, 451, 502
López Ponce De León, L. 40, 230, 282, 473
López, J. 29, 112
Lopez, V. 153, 396
López, V. 181, 424
López-fernandez, S. 113, 356
Lopez-ponce-de-leon, L. 50, 292
Loyola Maturana, J. 78, 184, 221, 320, 427, 464
Loyola Muñoz, M. 200, 443
Loyola Prado, G. 76, 318
Loyola, M. 91, 121, 136, 143, 176, 195, 197, 333, 364, 379, 386, 419, 438, 440
Lozano, C. 193, 436
Luengo, P. 104, 351
Luz Montecinos, D. 200, 443
Luz, D. 91, 121, 176, 195, 197, 333, 364, 419, 438, 440
Lyng, R. 97, 98, 99, 134, 135, 161, 162, 340, 341, 342, 377, 378, 404, 405
Lyon Errázuriz, J. 165, 408
Lyon, J. 167, 249, 253, 410, 492, 496
Mainguyague, R. 64, 306
Majerson, A. 77, 255, 319, 498
Malca-caballero, L. 113, 356
Maldonado, F. 511
Manterola, C. 84, 326
Manzanares Sánchez, V. 208, 451
Manzanares, V. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Marcelain, K. 89, 331
Marchant Bustos, P. 207, 450
Marchant, A. 29, 112
Marchant, F. 38, 39, 55, 56, 58, 59, 87, 123, 140, 146, 151, 280, 281, 297, 298, 300, 301, 329, 366, 383, 389, 394
Marchant, P. 114, 357, 511
Marchetti, P. 53, 295, 511

Marconi Toro, M. 156, 399
Marconi, M. 60, 155, 302, 398
Mardonez Contreras, P. 165, 408
Mardonez, P. 167, 249, 410, 492
Marió Guzman, C. 234, 477
Marió Guzmán, C. 79, 321
Mario, C. 187, 430
Márquez Cordero, R. 79, 321
Márquez Correa, I. 177, 179, 420, 422
Márquez, I. 164, 407
Marquez, M. 49, 291
Marquez, R. 187, 430
Márquez, R. 188, 431
Martínez Osorio, C. 57, 262, 263, 299, 505, 506
Martinez, C. 172, 199, 415, 442
Martinez, M. 197, 440
Martinez, N. 74, 316
Maureira Alfaro, M. 78, 184, 221, 320, 427, 464
Maya, A. 89, 331
Mejias Briceño, A. 187, 430
Mejías Briceño, A. 79, 234, 321, 477
Mejías, A. 188, 431
Mellado, J. 47, 190, 199, 201, 224, 289, 433, 442, 444, 467
Menchaca Cruzat, R. 33, 110, 217, 460
Mendoza Meléndez, E. 79, 321
Mendoza, E. 187, 188, 430, 431
Mercado, A. 158, 401
Mercado-campero, A. 49, 291
Meriño Donoso, I. 78, 184, 320, 427
Merino, M. 244, 487
Mino, B. 89, 331
Miranda, D. 86, 328
Miranda, M. 251, 494
Mogollon, J. 30, 250, 337, 493
Mogollón, J. 48, 118, 131, 254, 290, 361, 374, 497
Mohr Oelckers, E. 53, 295
Montiel, I. 34, 347
Moraga Valdes, G. 221, 464
Morales, C. . 101, 149, 150, 166, 168, 169, 204, 216, 243, 344, 392, 393, 409, 411, 412, 447, 459, 486
Morales, I. 169, 412
Morales, J. 194, 437
Moreno, N. 84, 170, 326, 413
Moreno, S. 114, 357

Moya González, F. 40, 230, 282, 473
Moya Villalobos, B. 173, 416
Mulchi Espíldora, C. 76, 318
Mülchi, C. 115, 139, 193, 358, 382, 436
Müller, C. 37, 279
Mullins, M. 98, 341
Muñoz M., O. 68, 310
Muñoz, C. 34, 347
Muñoz, S. 187, 430
Nápole, H. 115, 139, 193, 358, 382, 436
Narvaez, P. 199, 442
Narváez, P. 31, 110
Navarrete C., D. 175, 418
Navarrete Cabello, J. 116, 359
Navarrete Corsini, D. 147, 148, 390, 391
Navarrete Lara, M. 509
Navarrete Ponce, F. 79, 321
Navarrete, M. 127, 128, 222, 239, 244, 258, 370, 371, 465, 482, 487, 501
Navarro Capone, R. 170, 413
Navarro, L. 227, 470
Neman Cerda, A. 215, 458
Neman, A. 204, 447
Nicolai, H. 37, 227, 279, 470
Nome Farbinger, C. 71, 313
Novoa Brunet, C. 214, 457
Novoa, C. 74, 316
Ochoa, G. 128, 371
Olea, M. 49, 291
Olemdo, T. 53, 295
Olivares, V. 114, 357
Oliveiro, P. 193, 436
Olmedo, T. 38, 39, 123, 140, 251, 280, 281, 366, 383, 494
Olmos Iturrieta, C. 509
Olmos, C. 239, 244, 482, 487
Ondarza, C. 115, 139, 193, 358, 382, 436
Opazo Márquez, V. 177, 178, 179, 420, 421, 422
Opazo, V. 124, 367
Oporto Uribe, S. 33, 111, 147, 148, 175, 217, 390, 391, 418, 460
Orellana, N. 180, 198, 206, 212, 423, 441, 449, 455
Orellana, S. 87, 91, 136, 197, 329, 333, 379, 440
Orio Alvarez, M. 173, 416
Orio, M. 219, 462
Ortiz Roldan, F. 83, 325
Ortiz, F. 232, 233, 475, 476

Ortiz, N. 139, 382
Orvieto, M. 41, 43, 44, 45, 92, 94, 99, 142, 210, 235, 236, 246, 283, 285, 286, 287, 334, 336, 342, 385, 453, 478, 479, 489
Osorio Martini, F. 116, 260, 359, 503
Osorio, F. 171, 414
Otaola Arca, H. 210, 453
Otaola, H. 41, 43, 44, 45, 92, 94, 97, 98, 99, 134, 135, 142, 171, 235, 236, 246, 283, 285, 286, 287, 334, 336, 340, 341, 342, 377, 378, 385, 414, 478, 479, 489
Oyanedel Farías, F. 509
Oyanedel Muñoz, P. 165, 408
Oyanedel, F. 127, 128, 222, 239, 244, 258, 370, 371, 465, 482, 487, 501
Oyanedel, P. 167, 249, 253, 410, 492, 496
Pablo, G. 149, 392
Páez Cortes, J. 65, 307
Palma, C. 103, 104, 153, 350, 351, 396
Parada Aguirre, V. 120, 363
Parada Bahamondes, F. 200, 443
Parada, F. 91, 121, 136, 143, 176, 195, 197, 333, 364, 379, 386, 419, 438, 440
Paredes Escobar, M. 75, 317
Parra Camaño, L. 247, 252, 490, 495
Parrao Ruz, D. 83, 325
Parrao, D. 46, 90, 203, 238, 288, 332, 446, 481
Paul, B. 260, 503
Peredo Cueva, L. 215, 458
Peredo, L. 204, 447
Perez Lavandero, A. 71, 313
Pérez, D. 150, 393
Philipp, S. 38, 39, 172, 199, 280, 281, 415, 442
Phillip, S. 264, 507
Piaggio, E. 80, 322
Pichon, J. 180, 198, 206, 423, 441, 449
Pichott, A. 66, 308
Pieressa Pizarro, N. 173, 416
Pieressa, N. 219, 462
Piñats Diaz, N. 163, 234, 406, 477
Piñats, N. 212, 455
Pino, M. 52, 294
Pinochet, R. 41, 43, 44, 45, 86, 88, 92, 125, 142, 189, 235, 236, 246, 283, 285, 286, 287, 328, 330, 334, 368, 385, 432, 478, 479, 489
Pinto Martinez, U. 95, 133, 145, 218, 338, 376, 388, 461
Pinto, F. 227, 470
Pizzi Lazo, P. 120, 363
Poblete Burgos, V. 214, 457
Poblete, M. 114, 357, 511

Poblete, V. 74, 316
Punte Menendez, T. 58, 300
Punte, T. 56, 59, 146, 298, 301, 389
Quilodran, F. 180, 198, 423, 441
Quilodrán, F. 93, 115, 139, 193, 206, 335, 358, 382, 436, 449
Quintana Lacoste, E. 208, 451
Quintana, E. 34, 191, 192, 259, 347, 434, 435, 502
Quintanilla, L. 60, 302
Radic, N. 236, 479
Radtke López, V. 200, 443
Radtke, V. 91, 121, 176, 195, 197, 333, 364, 419, 438, 440
Ramírez Espinoza, J. 208, 451
Ramírez Pastén, S. 75, 317
Ramirez Quintero, J. 187, 430
Ramirez Rocha, G. 200, 443
Ramirez, G. 41, 43, 88, 91, 134, 197, 235, 283, 285, 330, 333, 377, 440, 478
Ramírez, G. 86, 121, 125, 135, 176, 189, 195, 210, 328, 364, 368, 378, 419, 432, 438, 453
Ramirez, J. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Ramírez, J. 101, 344
Ramírez, R. 100, 213, 215, 343, 456, 458
Rammsy Serón, F. 81, 323
Recabal, P. 31, 348
Recabal, X. 62, 64, 304, 306
Reed López-güereña, F. 62, 64, 65, 68, 69, 182, 304, 306, 307, 310, 311, 425
Reyes Sánchez, A. 158, 401
Reyes, A. 172, 199, 415, 442
Rioseco, B. 199, 442
Ritt, P. 37, 279
Rivera Reyes, F. 173, 219, 416, 462
Rivera Santos, B. 185, 428
Riveros, J. 172, 415
Rochefort, A. 201, 444
Rodriguez Castillo, R. 78, 184, 320, 427
Rodriguez Concha, C. 78, 221, 320, 464
Rodríguez Concha, C. 184, 427
Rodriguez H., J. 182, 425
Rodríguez H., J. 69, 311
Rodriguez Troncoso, J. 173, 416
Rodriguez, A. 30, 48, 250, 290, 337, 493
Rodriguez, C. 52, 294
Rodriguez, J. 219, 462
Rodríguez-carlin, A. 118, 131, 254, 361, 374, 497
Roessler, E. 255, 498
Rojas Aravena, M. 241, 484

Rojas C, E. 220, 463
Rojas Castiglione, I. 106, 122, 135, 142, 143, 161, 162, 353, 365, 378, 385, 386, 404, 405
Rojas Cohen, A. 108, 116, 265, 354, 359, 508
Rojas Molina, E. 262, 263, 505, 506
Rojas Ruz, P. 230, 473
Rojas Salas, A. 95, 132, 133, 145, 218, 338, 375, 376, 388, 461
Rojas Varas, J. 95, 132, 338, 375
Rojas, A. 32, 77, 84, 137, 237, 255, 319, 326, 346, 380, 480, 498
Rojas, I. 41, 43, 44, 45, 86, 88, 92, 99, 125, 134, 171, 189, 235, 246, 283, 285, 286, 287, 328, 330, 334, 342, 368, 377, 414, 432, 478, 489
Rojas, J. .. 32, 101, 137, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 344, 346, 380, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Rojas, P. 100, 108, 213, 215, 343, 354, 456, 458
Rojas, V. 101, 149, 150, 166, 168, 204, 216, 243, 344, 392, 393, 409, 411, 447, 459, 486
Roman, J. 35, 202, 261, 264, 349, 445, 504, 507
Román, J. 82, 85, 104, 324, 327, 351
Román, P. 47, 289
Romero S, V. 78, 320
Rondini, F. 155, 398
Rozental De Mayo, M. 174, 417
Rozental, M. 212, 455
Rubio, G. 101, 126, 344, 369
Ruiz Espinosa, T. 33, 110, 175, 209, 217, 241, 418, 452, 460, 484
Ruiz, S. 93, 139, 335, 382
Ruíz, S. 193, 436
Ruiz-castañe, E. 113, 356
Saavedra Zamora, Á. 116, 359
Saavedra, A. 108, 354
Saavedra, Á. 106, 122, 353, 365
Saavedra, C. 46, 90, 238, 288, 332, 481
Saavedra, F. 80, 225, 322, 468
Sabugo, F. 222, 465
Sáenz, S. 117, 360
Sáez Galaz, G. 208, 451
Saez, G. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Sáez, I. 164, 407
Sáez, N. 157, 400
Salazar Campos, V. 165, 167, 249, 408, 410, 492
Salazar R, D. 66, 308
Salazar, V. 253, 496
Saldivia Zaror, D. 40, 57, 230, 262, 263, 282, 299, 473, 505, 506
Saldivia, D. 172, 199, 415, 442
Salgado, C. 180, 198, 206, 423, 441, 449
Salinas Valenzuela, Y. 221, 464

Salinas, C. 253, 496
Salinas, F. 98, 341
Salinas, J. 222, 465
Salvado Besnier, J. 185, 428
Salvadó Besnier, J. 57, 299
Salvador, N. 52, 294
Sanchez Fernandez, A. 215, 458
Sánchez, A. 204, 447
Sánchez, C. 158, 401
Sanchez, R. 52, 294
Sanchez-curbelo, J. 113, 356
Sandoval, C. 31, 348
Sandoval, F. 52, 294
Sanhouse, R. 66, 308
Sanhueza, J. 38, 39, 123, 140, 280, 281, 366, 383
Santis Lobos, J. 178, 179, 421, 422
Santis, J. 84, 101, 124, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 326, 344, 367, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Sapiain, I. 93, 115, 139, 193, 335, 358, 382, 436
Sarras Jadue, M. 111
Schalper, M. . 87, 101, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 329, 344, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Schaub, A. 38, 39, 140, 280, 281, 383
Scherpenisse Duarte, D. 116, 359
Schiappacasse, G. 236, 479
Schultz, M. 86, 88, 89, 328, 330, 331
Sebastian, P. 140, 383
Seguel, O. 227, 470
Segura Díaz, F. 54, 141, 296, 384
Sepúlveda Tapia, F. 214, 457
Sepulveda, F. 74, 316
Sepúlveda, M. 114, 357
Serrano, L. 182, 425
Sifri, M. 108, 354
Silva Camus, C. 207, 256, 450, 499
Silva Cornejo, M. 83, 325
Silva, C. 126, 164, 369, 407
Silva, M. 232, 233, 475, 476
Silva, S. 232, 233, 475, 476
Silva, T. 232, 233, 475, 476
Sirebrenik Gateño, A. 133, 145, 218, 376, 388, 461
Sirebrenik, A. 228, 471
Sirebrenik, Y. 228, 471
Sobell, R. 103, 187, 350, 430

Soler Andonie, D. 95, 132, 133, 145, 218, 338, 375, 376, 388, 461
Soler Soler, S. 95, 132, 338, 375
Soler, D. 137, 380
Soler, S. 32, 137, 346, 380
Soltero Molinar, V. 247, 252, 490, 495
Sorrentino, G. 67, 309
Soto, G. 91, 195, 197, 333, 438, 440
Soto, R. 187, 430
Soublett, Ó. 212, 455
Souper, R. 41, 43, 44, 45, 92, 94, 97, 98, 99, 108, 134, 135, 142, 171, 210, 213, 235, 246, 283, 285, 286, 287, 334, 336, 340, 341, 342, 354, 377, 378, 385, 414, 453, 456, 478, 489
Soza-ried, C. 37, 279
Stein, C. 161, 162, 404, 405
Steuer, A. 127, 128, 370, 371
Storme, Ó. 157, 400
Sylvester Frías, M. 116, 359
Telayna, F. 176, 419
Testa, I. 31, 110, 139, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 249, 382, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486, 492
Thorkelsen, G. 220, 463
Toledo Correa, V. 111
Toledo, H. 127, 128, 222, 239, 244, 258, 370, 371, 465, 482, 487, 501
Toloza, H. 87, 101, 329, 344
Toro, D. 47, 289
Torrado Rico, K. 208, 451
Torrado, K. 191, 192, 259, 434, 435, 502
Troncoso, C. 155, 398
Troncoso, F. 222, 465
Troncoso, L. 127, 128, 222, 244, 258, 370, 371, 465, 487, 501
Trucco, C. 53, 237, 295, 480
Umaña Rodriguez, J. 173, 416
Umaña, J. 219, 220, 462, 463
Urrea, F. 150, 393
Urrutia Varela, S. 173, 416
Urrutia, C. 31, 348
Urrutia, S. 219, 462
Valdebenito, P. 89, 331
Valdevenito, J. 49, 291
Valenzuela Grau, R. 95, 132, 338, 375
Valenzuela V,, R. 220, 463
Valenzuela Viale, R. 173, 416
Valenzuela, J. 49, 291
Valenzuela, R. 32, 94, 137, 219, 336, 346, 380, 462
Valero Fuentealba, G. 83, 325

Valero, G. 46, 232, 233, 238, 288, 475, 476, 481
Van Cauwelaert, R. 30, 118, 131, 250, 254, 337, 361, 374, 493, 497
Van Cauwelart, R. 48, 290
Vantman Luft, D. 152, 395
Vantman-luft, D. 113, 356
Varas Cohen, J. 72, 81, 314, 323
Vargas Moreno, B. 156, 399
Vargas, A. 74, 316
Vargas, C. 227, 470
Vargas, F. 227, 470
Veas Zafira, M. 111
Vega Sepulveda, F. 173, 416
Vega, A. 35, 82, 85, 202, 261, 264, 324, 327, 349, 445, 504, 507
Vega, F. 146, 219, 389, 462
Velásquez Larraín, L. 148, 262, 263, 391, 505, 506
Velasquez Zavala, M. 111
Venegas, J. 93, 115, 139, 193, 241, 335, 358, 382, 436, 484
Vera Arroyo, N. 83, 325
Vera Varela, G. 230, 473
Vera Veliz, A. 95, 132, 133, 145, 218, 338, 375, 376, 388, 461
Vera, A. 94, 137, 336, 380
Vera, Á. 32, 346
Vera, G. 100, 108, 213, 215, 343, 354, 456, 458
Vera, N. 232, 233, 475, 476
Verdugo, C. 47, 102, 190, 201, 224, 289, 345, 433, 444, 467
Vergara, G. 176, 419
Vial, R. 108, 354
Vicherat M., C. 175, 418
Vicuña, A. 90, 332
Vidal, A. 31, 348
Vidal, M. 36, 96, 189, 226, 278, 339, 432, 469
Vidal-mora, I. 36, 96, 189, 226, 278, 339, 432, 469
Vila, P. 109, 355
Vilches Páez, R. 241, 484
Vilches, R. 35, 82, 85, 87, 130, 202, 251, 261, 324, 327, 329, 349, 373, 445, 494, 504
Vilchez B, L. 66, 308
Vildósola, C. 29, 112
Villagrán Cordero, I. 221, 464
Villagran, F. 255, 498
Villalobos, T. 93, 335
Villalobos, V. 93, 139, 335, 382
Villanueva Figueroa, M. 123, 209, 261, 366, 452, 504
Villanueva, M. 35, 85, 202, 327, 349, 445
Villarroel, J. 75, 317

Viñambres, J. 29, 112
Vivallo, N. 101, 149, 150, 166, 168, 204, 215, 243, 344, 392, 393, 409, 411, 447, 458, 486
Vizuete, E. 56, 58, 59, 146, 298, 300, 301, 389
Volosky Medina, M. 79, 321
Volosky, M. 187, 188, 430, 431
Wagner Cuesta, T. 509
Wagner, T. 127, 128, 222, 370, 371, 465
Walbaum, J. 77, 84, 237, 265, 319, 326, 480, 508
Walton, A. 35, 202, 261, 349, 445, 504
Walton-diaz, A. 82, 324
Walton-díaz, A. 85, 327
Westenenk, K. 43, 86, 88, 89, 125, 142, 189, 235, 285, 328, 330, 331, 368, 385, 432, 478
Westermeier, D. 29, 112, 237, 480
Yankovic, F. 62, 64, 304, 306
Zambrano, N. 87, 329
Zamora, D. 102, 257, 345, 500
Zapata, G. 66, 308
Zhernosekov, K. 37, 279