Revista Chilena de Urología

Fundada en 1925 / *Founded in* 1925

Volumen 91 • Suplemento 1 • 2026

ISSN: 0716-0429
e-ISSN: 3087-2944
www.revistachilenadeurologia.com

Órgano oficial de la
Sociedad Chilena de Urología

SCHU

PERMANYER
www.permanyer.com

12198ACHI261


XLVII
CONGRESO ANUAL
Sociedad Chilena de
UROLOGÍA
21 al 24 Octubre 2026
VALDIVIA

XLVI Congreso Anual SCHU. Libro de resúmenes

CONTENIDO

ORALES 1

O01 HoLEP versus RTUP en próstatas menores de 80 cc: Análisis comparativo ajustado por propensity score 1

O02 Curva de aprendizaje de HoLEP en 250 procedimientos consecutivos: Análisis longitudinal de la eficiencia de enucleación y seguridad quirúrgica 1

O03 Disociación entre la eficiencia quirúrgica objetiva y la carga cognitiva subjetiva en la curva de aprendizaje del HoLEP: Evaluación prospectiva mediante SURG-TLX en 70 casos consecutivos 1

O04 ¿Cómo medir el rendimiento técnico durante HoLEP en bloc? Influencia del volumen prostático sobre distintas métricas de enucleación 1

O05 Incontinencia urinaria de esfuerzo tras HoLEP en bloc: Evolución durante los primeros tres meses 2

O06 Resultados de dispositivos de continencia urinaria masculina en una cohorte de alta complejidad reconstructiva 2

O07 Dilucidando la incontinencia de esfuerzo tras HoLEP: La geometría uretral como marcador biomecánico de riesgo 2

O08 Experiencia en manejo del absceso prostático según tamaño. ¿Hasta cuándo el antibiótico podría ser suficiente? 2

O09 Impacto de la modalidad de cirugía mayor ambulatoria en el resultado financiero según grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de HoLEP en un hospital público chileno 3

O10 Impacto asistencial y económico de un programa de cirugía robótica urológica en un hospital público chileno 3

O11 Surgiskills: Registro de la exposición quirúrgica y retroalimentación docente en un programa de residencia en urología. Estudio descriptivo del primer año de implementación 3

O12 UroSearch: Asistente de inteligencia artificial con conocimiento curado para urología en el sistema público. Desarrollo, piloto y despliegue multicéntrico 3

INGRESO 1

TI01 TRIFECTA en nefrectomía parcial laparoscópica: Resultados de una serie de 233 casos 4

TI02 Eficacia y seguridad de apalutamida y enzalutamida en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico: Un estudio en la práctica clínica real 4

TI03 Sobrevida en cáncer prostático hormono-sensible metastásico. Datos de un centro público chileno 4

TI04 ¿Llegamos a tiempo? Evaluación de los intervalos entre el diagnóstico, la quimioterapia neoadyuvante y la cistectomía radical en pacientes con cáncer vesical en Chile 4

TI05 Procedimientos, urgencias y hospitalizaciones por toxicidad de la radioterapia en cáncer de próstata: Cohorte chilena tratada mayoritariamente con SBRT 5

TI06 Resultados clínicos y oncológicos de pacientes sometidos a nefroureterectomía robótica por cáncer de urotelio alto en un centro oncológico de alto volumen 5

TI07 Curable pero aún letal: Tendencias de la mortalidad por cáncer testicular en Chile, 1990-2023. Análisis poblacional de registros de defunción 5

TI08 Desarrollo y validación de agente de inteligencia artificial para la extracción automatizada y estructuración de datos desde informes de tomografía computarizada y anatomía patológica en cáncer renal 5

INGRESO 2

TI09 Presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea: Estudio comparativo según la posición y la técnica 6

TI10 Ureteroscopia flexible asistida por robot ILY®: Experiencia inicial en litiasis urinaria 6

TI11 Más allá del número de casos: Progresión modular en un fellowship robótico urológico 6

TI12 Urocultivo preoperatorio y cultivo de pelvis renal en cirugía endourológica por urolitiasis: Rendimiento diagnóstico, concordancia microbiológica y resistencia antimicrobiana 6

ORALES 2

O13 Asociación de factores clínicos con la composición de cálculos urinarios analizados por espectroscopía infrarroja (FT-IR) 7

O14 Evaluación del desempeño del nomograma mimic para predecir la expulsión espontánea de litiasis ureteral en una cohorte chilena multicéntrica 7

O15 Medición de la carga litiásica renal volumétrica: Estudio de concordancia entre fórmula elipsoidal y una nueva aplicación web frente a software de segmentación 7

O16 ¿Sigue importando la densidad del cálculo en RIRS? La carga litiásica como determinante de la duración del procedimiento 7

O17 Impacto de la carga litiásica en la eficacia y seguridad de la ureteroscopia flexible: Análisis volumétrico de una serie consecutiva de gran tamaño 8

O18 Predicción de ureteroscopia frustra mediante inteligencia artificial: Comparación de modelos clínico, tomográfico y multimodal 8

O19 Efecto del flujo de irrigación y del control automatizado de presión intrarrenal sobre la temperatura renal durante la activación de láser de tulio pulsado en un modelo simulado de ureteroscopía flexible 8

O20 Complicaciones postoperatorias tempranas asociadas al uso de vaina de acceso ureteral con aspiración en cirugía intrarrenal retrógrada: Estudio de cohorte retrospectiva 8

O21 ¿Quién puede finalizar una RIRS sin doble J? Factores asociados a la omisión del drenaje ureteral postoperatorio 9

O22 La ruta del pigtail en hospital San José; evaluación de trazabilidad y caracterización de cohorte 9

O23 Nefroscopio digital descartable en Mini-PCNL; implementación, seguridad y resultados en cohorte multicéntrica 9

O24 Retando al mito: Drenaje percutáneo vs antibioterapia en abscesos renales según tamaño. Experiencia de un hospital público: Cohorte de 108 pacientes 9

INGRESO 3

TI13 Experiencia inicial de un programa de HoLEP en un hospital público: Resultados perioperatorios y funcionales de los primeros 100 casos 10

TI14 Implementación de enucleación prostática con láser en un hospital público: Beneficios hospitalarios durante la curva inicial de aprendizaje 10

TI15 Curva de aprendizaje inicial y resultados perioperatorios de enucleación prostática con láser de holmium (HoLEP) 10

TI16 Tiempo para alcanzar el desempeño de resección y seguridad experimentado en HoLEP: Efecto de la exposición previa durante la residencia. Experiencia de 1 cirujano 10

TI17 Resultados en HoLEP con resectoscopios miniaturizados y estándar: Experiencia de 5 años 11

TI18 Enucleación prostática con láser de holmio versus tulio pulsado: Análisis comparativo de resultados funcionales a tres meses en una serie de cirujano único 11

TI19 Enucleación prostática con láser de holmio para el manejo de uropatía obstructiva baja en pacientes con cáncer de próstata: Factibilidad, seguridad y resultados funcionales 11

TI20 Cáncer de próstata incidental posterior a HoLEP: Experiencia de un centro único 11

INGRESO 4

TI21 La sonda foley también importa: Bupivacaína para la prevención de malestar vesical asociado a catéter después de prostatectomía radical 12

TI22 Divertículo uretral femenino complejo: planificación anatómica y resultados quirúrgicos 12

TI23 Complicaciones asociadas al reservorio en la implantación de prótesis de pene inflables 12

TI24 Automatización frente a microscopia manual en el laboratorio de andrología 12

TI25 Estenosis de la arteria del injerto renal en pacientes trasplantados: Incidencia, factores de riesgo y evolución clinica posterior al tratamiento 13

TI26 Perfil clínico, manejo hospitalario y evolución del trauma renal en un hospital de urgencias: Estudio retrospectivo 13

TI27 Interconsultas urológicas de urgencia en un hospital público chileno: Manejo y resolución 13

TI28 Implementación temprana de un programa multidisciplinario de cirugía robótica en un hospital público chileno: Actividad operacional y resultado clínico-financiero en nefrectomía parcial y prostatectomía radical 13

ORALES 3

O25 Tumor volume ratio: Un nuevo biomarcador de resonancia para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo en biopsia transperineal por fusión 14

O26 Volumen tumoral derivado de inteligencia artificial en resonancia multiparamétrica de próstata: Validación y aplicaciones multimodales para predicción de invasión ganglionar y extensión extracapsular. resultados preliminares 14

O27 Resonancia magnética versus PET PSMA. ¿Cuál aporta mayor precisión en la evaluación local del cáncer de próstata? 14

O28 Más allá del PI-RADS: Predictores clínico-radiológicos de cáncer de próstata clínicamente significativo en 669 biopsias transperineales por fusión 14

O29 Curva de aprendizaje en biopsia prostática transperineal por fusión: Experiencia de 669 biopsias consecutivas por un único cirujano 15

O30 Fusión elástica versus rígida en biopsia prostática transperineal: Comparación de eficiencia y rendimiento diagnóstico en una serie de un único cirujano 15

O31 Biopsia prostática por fusión rm–microultrasonido: 2 años de experiencia 15

O32 ¿Es necesario el muestreo contralateral? Análisis sectorial en biopsia transperineal de lesiones unilaterales por resonancia magnética 15

O33 Cuando la biopsia dirigida y la sistemática discrepan en el grado: Valor de la biopsia sistemática en lesiones de bajo volumen 16

ORALES 4

O34 Evaluación del rendimiento de la calculadora identify para la detección de cáncer urotelial en pacientes estudiados por hematuria: Primera experiencia latinoamericana en una cohorte chilena 17

O35 ¿Existe un subgrupo de tumores ta de alto grado de riesgo intermedio? Comparación de desenlaces según las clasificaciones AUA/SUO y EAU 17

O36 Tiempo de exposición a gemcitabina intravesical postoperatoria inmediata en cáncer de vejiga no músculo invasor: Impacto en recurrencia 17

O37 Toxicidad y tolerancia de las cepas Moscow-I y danish 1331 de BCG intravesical en cáncer vesical no músculo invasor: Análisis interino de un ensayo aleatorizado de no inferioridad 17

O38 Modelo multimodal de inteligencia artificial basado en tomografía computarizada para la predicción de invasión muscular en cáncer de vejiga: Capacidad discriminativa comparable a la resonancia magnética 18

O39 Huella molecular del arsénico en el cáncer de vejiga: Caracterización genómica y transcriptómica 18

O40 Más allá de la cirugía: Implementación de un protocolo multidisciplinario eras en cistectomía radical 18

O41 Rendimiento del TAC de tórax en tumores renales T1a: Prevalencia de hallazgos sospechosos de metástasis 19

O42 Abordaje retroperitoneal versus transperitoneal en tumores renales posteriores sometidos a nefrectomía parcial robótica: Análisis ajustado mediante overlap weighting 19

ORALES 5

O43 Cinco décadas de trasplante renal de donante vivo en Chile: Evolución histórica, cambios durante la pandemia y recuperación reciente 20

O44 Supervivencia del injerto renal: Comparación entre el criterio expandido y el KDRI en una cohorte chilena 20

O45 El paciente trasplantado renal en urología: Carga infecciosa y resistencia bajo inmunosupresión 20

O46 Vigilancia activa versus tratamiento adyuvante en seminoma testicular estadio I: Estudio comparativo retrospectivo en un hospital terciario 20

O47 Acceso y oportunidad de la criopreservación espermática en pacientes con cáncer testicular en Chile 21

O48 Brechas público-privadas en torsión testicular: Análisis comparativo de tiempos críticos y salvataje testicular 21

O49 Disfunción eréctil en hombres menores de 40 años: Estudio etiológico y propuesta de un algoritmo de manejo clínico 21

O50 Más allá del conocimiento: Brechas en la cascada de profilaxis preexposición (PrEP) en hombres que tienen sexo con hombres en Chile 21

O51 Asociación entre el uso de aplicaciones de citas, infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo: Estudio transversal en 461 adultos chilenos 22

ORALES 6

O52 Vigilancia activa en cáncer de próstata de bajo riesgo: Seguimiento a largo plazo en un hospital público 23

O53 Valor del suvmax prostático en PET/CT PSMA para predecir ISUP definitivo tras egreso de vigilancia activa 23

O54 Impacto de patrón cribiforme en biopsia prostática preoperatoria: Análisis con propensity score matching de asociación a patología adversa 23

O55 Validación externa preliminar del nomograma Briganti 2023 en una cohorte chilena multicéntrica 23

O56 Resultados clínicos en la práctica real en pacientes con cáncer de próstata localizado sometidos a prostatectomía radical en Chile 24

O57 Más que un margen positivo: Factores asociados a recidiva bioquímica tras prostatectomía radical 24

O58 Resultados oncológicos y funcionales en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo sometidos a prostatectomía radical mínimamente invasiva: Serie multicéntrica 24

O59 Prostatectomía radical en pacientes PROTEUS-like: Resultados oncológicos, funcionales y supervivencia libre de segundo tratamiento en una cohorte multicéntrica 24

O60 Prostatectomía radical robótica con preservación anterior de la fascia pélvica versus técnica estándar: Recuperación de continencia urinaria en una serie unicéntrica chilena de 200 pacientes 25

ORALES 7

O61 Perfil clínico-epidemiológico del cáncer de próstata en Chile: Evidencia multicéntrica de práctica clínica real basada en UroData 26

O62 Enfermedad avanzada al diagnóstico y retrasos en el tratamiento del cáncer de próstata: Evidencia desde un hospital público terciario en Chile 26

O63 Cáncer de próstata incidental: Perfil, densidad oncológica y sobrevida cáncer-específica 26

O64 SBRT en cáncer de próstata: Cómo el cambio de fraccionamiento amplía el acceso al tratamiento 27

O65 Más allá de la deprivación androgénica aislada en mHSPC: Costo-efectividad de la intensificación sistémica en el sistema público chileno 27

O66 Contribución del cambio demográfico al aumento de egresos hospitalarios y mortalidad por cáncer de pene en Chile, 2002–2023 27

O67 ¿Centralización o dispersión? Evolución de la actividad nacional de amputación peneana en la red pública chilena, 2009–2025 en cáncer de pene 27

O68 Linfadenectomía inguinal abierta: Fundamento oncológico, resultados y vigencia clínica 28

O69 Linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) vs abierta en cáncer de pene: Cohorte histórica en un centro oncológico de referencia nacional 28

ORALES 8

O70 ¿Es la uretrocistografía un buen predictor de la extension real de la estenosis uretral?: Concordancia entre la longitud radiológica e intraoperatoria de la estenosis uretral en pacientes sometidos a uretroplastía 29

O71 Manejo contemporáneo de la estrechez uretral en hombres de 65 años o más: Selección terapéutica, resultados y rol de la cirugía abierta en un análisis multicéntrico 29

O72 Resultados clínicos y funcionales del balón medicado en estenosis uretral: Experiencia inicial de un centro universitario 29

O73 Balón uretral medicado con paclitaxel en práctica clínica real: Resultados iniciales más allá de los criterios robust 29

O74 Cuando la uretra limita el manejo del cáncer vesical: Tratamiento de la estrechez uretral para mantener el acceso oncológico 30

O75 Aplicabilidad de la actualización 2025 de la escala de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) de lesión renal: Concordancia diagnóstica entre urólogos, radiólogos y médicos de primera atención 30

O76 Resultados funcionales y morbilidad postquirúrgica en genitoplastía feminizante 30

O77 Morbilidad y resultados en genitoplastías de afirmación de género: Experiencia de un centro público de referencia macrozonal 30

O78 Metoidioplastia en pacientes trans masculino, más allá de la reconstrucción: Función sexual, longitud del neofalo y conformidad quirurgica en una serie chilena 31

PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P01 Retrato del cáncer de próstata en un hospital de alta complejidad del sur de Chile: Caracterización clínica y patrones de tratamiento de la cohorte 2025 32

P02 ¿Qué ocurre antes del ges? La biopsia prostática como indicador de capacidad resolutiva en un hospital público chileno 32

P03 Cuando la bpMRI informa PI-RADS 3, ¿Aporta información completar la rm multiparamétrica? Correlación con la biopsia 32

P04 No todas las lesiones PI-RADS 3 son iguales: Densidad de PSA y localización zonal para estratificar el riesgo de cáncer clínicamente significativo 32

P05 ¿Es la densidad del APE valido en la realidad nacional para la no realización de biopsia en lesiones PI-RADS 3? 33

P06 ¿Dónde puede fallar la rm biparamétrica? Rendimiento según localización anatómica en biopsia prostática transperineal por fusión RM/US 33

P07 Overlapping en biopsia prostática por fusión: Redefiniendo el aporte real de la biopsia sistemática 33

P08 Persistencia de sospecha tras biopsia prostática previa negativa: Rendimiento de la rebiopsia transperineal por fusión y aporte de la biopsia sistemática 33

P09 Reclasificación histológica durante vigilancia activa: Aporte complementario de la biopsia dirigida y sistemática transperineal por fusión 34

P10 Concordancia topográfica y valor del PET/CT-PSMA frente a resonancia magnética multiparamétrica en cáncer de próstata 34

P11 Predictores de upgrading histopatológico en cáncer de próstata: Rol de la resonancia magnética multiparamétrica y PET-PSMA en una cohorte quirúrgica 34

P12 Primary score como predictor de cáncer de próstata clínicamente significativo: Evaluación en una cohorte quirúrgica chilena 34

P13 Patrón de comportamiento en PET-PSMA de carcinoma intraductal y patrón cribiforme: Influencia del grado ISUP sobre el patrón e intensidad de captación 35

P14 Subestimación histológica en pacientes con ISUP 1–2 en biopsia: Valor de PI-RADS y psa para predecir ISUP ≥3 en prostatectomía radical 35

P15 Impacto de porcentaje de milímetros positivos en biopsia prostática dirigida sobre anatomía patológica adversa y recidiva bioquímica en pacientes sometidos a prostatectomía radical 35

P16 Compromiso ganglionar oculto en cáncer de próstata de riesgo intermedio: ¿Puede un PET-PSMA negativo evitar la linfadenectomía pélvica? 35

P17 Volumen prostático y morbilidad perioperatoria en prostatectomía radical: Análisis multicéntrico de 653 casos 36

P18 Reconstrucción del cuello vesical y continencia urinaria precoz tras prostatectomía radical asistida por robot 36

P19 Implementación de un programa de cirugía robótica en un hospital público: Resultados iniciales en prostatectomía radical 36

P20 Implementación de terapia focal con HIFU para cáncer de próstata localizado: Experiencia inicial y evaluación clínica, bioquímica e imagenológica 36

P21 Mortalidad por causas competitivas a largo plazo tras braquiterapia LDR de próstata 37

P22 Modificación del gradiente distal de dosis mediante incorporación proximal de las vesículas seminales en braquiterapia prostática LDR con I-125 como monoterapia 37

P23 Rol del PET-PSMA en el seguimiento del cáncer de próstata tratado con radioterapia con intención curativa sin recurrencia bioquímica: ¿Aporta información clínicamente relevante? 37

P24 Resultados oncológicos de la radioterapia prostática según criterios STAMPEDE asociada a terapia de deprivación androgénica en pacientes con cáncer de próstata N+ o metastásico de bajo volumen: Experiencia hospital de Coquimbo 37

P25 Resultados a mediano plazo en uso de apalutamida en cáncer de próstata hormono-sensible metastásico en centro chileno 38

P26 Terapia triplete en el cáncer de próstata metastásico hormonosensible: Experiencia chilena 38

P27 Respuesta del antígeno prostático específico a los 3 y 6 meses en pacientes con cáncer de próstata metastásico hormonosensible en tratamiento con apalutamida en una cohorte de vida real chilena 38

P28 Más allá de la eficacia: Tolerabilidad de los ARPI en pacientes con cáncer de próstata metastásico 38

P29 Brecha en la intensificación del cáncer de próstata metastásico hormonosensible frente al estándar de guías: Evaluación asistida por inteligencia artificial en una cohorte de un hospital de alta complejidad 39

P30 Perfil de riesgo cardiovascular y patrones de prescripción de terapia de deprivación androgénica en cáncer de próstata: Experiencia de un hospital regional chileno 39

P31 Discordancia entre el informe anatomopatológico externo y la revisión institucional en biopsias de cáncer de vejiga derivadas para segunda opinión: Impacto en la indicación terapéutica 39

P32 Músculo liso de tipo indeterminado en la resección transuretral vesical: Punto de bifurcación en la estadificación del carcinoma urotelial. Serie de ocho casos 39

P33 Dosis completa versus dosis reducida de BCG intravesical en cáncer de vejiga no músculo-invasor: Impacto sobre la respuesta al tratamiento, la recurrencia y la progresión 40

P34 Cepa Moscow 361-I intravesical como tratamiento adyuvante del cáncer de vejiga no músculo invasor: Actualización de seguridad y efectividad a corto plazo 40

P35 Después del diagnóstico: Indicadores asistenciales y oncológicos en la administración de BCG en unidad oncológica especializada (2023-2025) 40

P36 Cistectomía radical en el paciente añoso: Experiencia de los últimos 10 años de cistectomía radical en el hospital DR regional de Temuco 40

P37 Cistectomía radical asistida por robot con derivación urinaria intracorpórea: Resultados perioperatorios, oncológicos y evolución del desempeño quirúrgico en un hospital público chileno 41

P38 Cistectomía radical laparoscópica con derivación urinaria intracorpórea en un hospital público regional: Resultados perioperatorios y oncológicos iniciales 41

P39 Del riesgo germinal a la biología tumoral mediante el análisis multiómico de un panel de predisposición hereditaria en el carcinoma urotelial vesical 41

P40 Más allá de lo germinal con el análisis multiómico y pronóstico de un panel de predisposición hereditaria en el carcinoma renal de células claras 41

P41 Heterogeneidad fenotípica de las células T CD8+ de memoria en carcinoma renal. Población Trm CD69+CD103+ se asocia con menor sobrevida en una cohorte quirúrgica 42

P42 Discordancia radiológico-patológica en cáncer renal T3a y su impacto en la sobre indicación de nefrectomía radical: Realidad de un hospital público de referencia 42

P43 Utilidad de mayo adhesive probability score como predictor independiente de resultados perioperatorios en nefrectomía parcial robótica 42

P44 Nefrectomía parcial robótica retroperitoneal: Análisis de la curva de aprendizaje en los primeros 67 casos 42

P45 Nefrectomía parcial en recidiva de cáncer renal ipsilateral: Resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos 43

P46 Radioterapia corporal estereotáxica en carcinoma de células renales inoperable: Resultados de una cohorte prospectiva 43

P47 Experiencia local de radioterapia ablativa estereotáctica corporal en carcinoma de células renales 43

P48 Demora entre el inicio de síntomas y la primera consulta en tumores germinales testiculares: Asociación con estadios II–III al diagnóstico 43

P49 Evolución del cumplimiento de indicadores de proceso en el estudio inicial de tumores germinales testiculares: Análisis de una década 44

P50 Valor del IGCCCG en cáncer testicular avanzado: ¿Podemos anticipar la necesidad de quimioterapia de rescate? 44

P51 Morbilidad perioperatoria de la linfadenectomía retroperitoneal en cáncer testicular: Estudio retrospectivo basado en la clasificación EAUiaiC y Clavien-Dindo 44

P52 Características clínico-patológicas y sobrevida global en cáncer de pene: Serie retrospectiva de 13 años 44

P53 Seguridad en la curva de aprendizaje de HoLEP en bloque bajo un programa de mentoría estructurado: Análisis comparativo de las complicaciones frente a una serie de referencia internacional 45

P54 Impacto de la exposición a la enucleación prostática laser en la curva de aprendizaje de urólogos. Estudio comparativo entre 6 cirujanos 45

P55 Impacto de la miniaturización del instrumental en HoLEP en bloc: ¿Reduce la eficiencia de enucleación? 45

P56 Enuclear con lo que hay: Enucleación endoscópica de próstata multi-energía en el sur de Chile 45

P57 ¿Cuánto pesa realmente lo que enucleamos? Concordancia entre estimación imagenológica, peso intraoperatorio y anatomía patológica en pacientes sometidos a HoLEP en un centro chileno 46

P58 HoLEP en bloc bajo anticoagulación oral: ¿Aumentan los eventos hemorrágicos clínicamente relevantes? 46

P59 HoLEP en “terrenos hostiles”: Impacto de la complejidad clínica sobre rendimiento, seguridad y recuperación 46

P60 ¿Es segura la enucleación prostática con láser de holmio en pacientes octogenarios? Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico 46

P61 Resultados quirúrgicos y funcionales de la enucleación prostática con láser en pacientes usuarios y no usuarios de sonda Foley 47

P62 Impacto del momento quirúrgico en HoLEP: Morbilidad y resultados perioperatorios en pacientes con indicación formal versus relativa 47

P63 Recuperación clínica óptima tras HoLEP en bloc: Propuesta de una trifecta basada en seguridad, continencia y retiro precoz del catéter 47

P64 Implementación de un pabellón ambulatorio de alto rendimiento para HoLEP en un servicio público: Impacto sobre el volumen quirúrgico y la estancia 47

P65 Cáncer de próstata incidental en enucleación endoscópica de próstata: Prevalencia, caracterización clínico-patológica y manejo oncológico en una cohorte multicéntrica chilena 48

P66 Más allá del control oncológico: Resultados funcionales tras prostatectomía radical abierta 48

P67 Sling suburetral ajustable retropúbico (Vulko) para el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina. Reporte de primera serie chilena 48

P68 Ureteroscopía flexible sin vaina de acceso: Resultados de una estrategia selectiva en cálculos de baja carga 48

P69 Vaina flexible navegable con aspiración versus vaina convencional en RIRS: Desempeño perioperatorio y factibilidad de acceso 49

P70 Experencia inicial con vainas de acceso ureteral flexibles y navegables con aspiración en cirugía retrógrada intrarrenal: Primeros 100 casos en un hospital académico chileno 49

P71 RIRS bilateral en una misma sesión: Impacto temporal y resultados perioperatorios 49

P72 Nefrolitotomía percutánea con litotriptor de energías combinadas: Resultados de eficacia y seguridad en un hospital público chileno 49

P73 Rescate anterógrado tras fracaso del drenaje ureteral retrógrado en litiasis obstructiva: Caracterización y resultados en un hospital público 50

P74 Relación entre cirugías de urgencia por complicaciones y el retraso en el manejo definitivo de urolitiasis: Experiencia de un hospital público de referencia regional 50

P75 Tratamiento antibiótico preoperatorio para prevenir complicaciones infecciosas tras el tratamiento endoscópico resolutivo de cálculos urinarios infectados: Revisión sistemática 50

P76 Reversión de vasectomía – análisis de resultados de una serie consecutiva con foco en hombres vasectomizados sin hijos previos 50

P77 ¿Cuál es el destino reproductivo de los pacientes con biopsia testicular negativa para espermatozoides en Chile? - Analisis de 140 casos consecutivos 51

P78 Exoscopio de bajo costo como alternativa al microscopio quirúrgico en denervación microquirúrgica del cordón espermático: Experiencia inicial en un hospital público chileno 51

P79 Satisfacción de pacientes con prótesis de pene inflable evaluada mediante la versión en español del cuestionario SSIPI: Estudio retrospectivo de cohorte 51

P80 Respuesta bioquímica y clínica al uso de citrato de clomifeno versus anastrozol en pacientes con testosterona baja para su edad: Estudio prospectivo multicéntrico 51

P81 Recuperación de testosterona y factores asociados tras suspensión de terapia de deprivación androgénica 52

P82 Trasplante renal en un centro regional: Técnica quirúrgica, complicaciones y función del injerto en el período de registro completo 52

P83 Variaciones vasculares del injerto renal y resultados perioperatorios: Experiencia de un centro chileno 52

P84 Cultivos positivos del líquido de preservación en trasplante renal: Hallazgos microbiológicos y evolución clínica de un centro chileno 52

P85 Nefrectomía del injerto renal: Indicaciones, temporalidad y resultados en una serie contemporánea 53

P86 Pielonefritis enfisematosa en un hospital público de urgencia: Caracterización clínica, conducta terapéutica y desenlaces 53

P87 Evolución temporal de urocultivos en pacientes en lista de espera de nefro y/o ureterolitotomía 53

P88 Cistopatía asociada a ketamina: Caracterización histopatológica con énfasis en el componente eosinofílico y vascular 53

P89 Factores clínicos y demográficos asociados al éxito del cateterismo vesical en retención aguda de orina: Experiencia en un hospital público 54

P90 Interconsultas al servicio de urología en un hospital regional: Caracterización, reconsulta y manejo ambulatorio 54

P91 Uso de PrEP e infecciones de transmisión sexual no VIH en HSH: Análisis ajustado por conductas sexuales de riesgo 54

P92 Estimación del costo económico de los cánceres urológicos en Chile, periodo años 2025–2045 54

P93 Experiencia de un programa institucional de cirugía robótica en un centro universitario: Análisis de actividad, diversificación y capital humano (2021–2026) 55

P94 Más allá de la urología: Impacto de la expansión multidisciplinaria de un programa de cirugía robótica en un hospital público chileno 55 55

P95 Inteligencia artificial en urología chilena: Uso y barreras percibidas por urólogos y residentes 55

P96 Uso de inteligencia artificial en la práctica urológica en Chile: Primera encuesta nacional a urólogos/as y residentes de urología 55 55

P97 Reimplante vesicoureteral en lactantes menores. Resultados a corto y largo plazo 56

P98 Hacia una modelación traslacional de la TTNS: Evolución y verificación interna de un modelo FEM–axonal 56

VIDEOS 1

V01 Innovadora técnica quirúrgica en vasovasostomía: Descripción en base a un caso 57

V02 Denervación Microquirurgica del Cordón Espermático para el tratamiento del dolor testicular crónico - evolución de la técnica 57

V03 Sling mini-jupette y prótesis inflable de pene para manejo de paciente con climaturia y disfunción eréctil 57

V04 Cinta suburetral protegida con fascia autóloga como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo en paciente masculino neurogénico 57

V05 Colgajo escrotal para cobertura cutanea de pene luego de perdida de piel post circuncision con grapadora 58

V06 Uretroplastía anterior resecante con doble injerto de mucosa oral y colgajo prepucial: Video de técnica quirúrgica 58

VIDEOS 2

V07 Echolaser® step-by-step; ablación transperineal láser (TPLA) como alternativa quirúrgica mínimamente invasiva 59

V08 Crioterapia focal en cáncer de próstata: Descripción de la técnica paso a paso 59

V09 Técnica hood laparoscópica en prostatectomía radical: Adaptación anatómica y estandarización de pasos crítico 59

V10 Tips and tricks: Cistoprostatectomía radical robótica. Claves técnicas de nuestra experiencia 59

V11 Dominando la neovejiga intracorpórea tipo pirámide: Técnica paso a paso 60

V12 Conducto ileal (C.I.) retrosigmoideo intracorporeo laparoscopico 60

V13 Conducto ileal robótico: Aspectos técnicos paso a paso 60

V14 Enucleación en bloque de tumor urotelial superior: Enfoque diagnóstico y terapéutico 60

V15 Tratamiento quirúrgico de la estenosis ureteral mediante vejiga psoica con Lich-Grégoire y colgajo de Boari 61

V16 Ureteroplastía laparoscópica con injerto de mucosa oral en estenosis ureteral 61

V17 Linfadenectomía inguinal y pélvica robótica mediante técnica PISA: Descripción técnica y resultados iniciales 61

V18 Abordaje reconstructivo integral en penectomía parcial: Una alternativa para preservar longitud y apariencia genital 61

VIDEOS 3

V19 HoLEP asistido por robot: Un nuevo abordaje seguro y preciso con la plataforma Beacon 62

V20 Manejo del fenómeno de “beachball” durante la morcelación en HoLEP: Tips and tricks 62

V21 Enucleación endoscópica prostática en cáncer de próstata localmente avanzado: Experiencia quirúrgica con láseres Ho:YAG y p-Tm:YAG 62

V22 Prostatectomia simple laparoscopica (PSL) tecnica de Freyer: Una alternativa vigente y eficaz en el manejo quirurgico del crecimiento prostatico obstructivo (CPO) 63

V23 Prostatectomía simple robótica con conservación de uretra y técnica extraperitoneal transcapsular para preservar la eyaculación anterógrada 63

V24 Ureteroscopia flexible “non-touch” con equipo de 6.3 Fr: Selección de pacientes y resultados iniciales 63
V25 Primera experiencia con sistema de control de flujo en tiempo real en ureteroscopía flexible 63
V26 Utilización de apnea controlada en cirugía endoscópica retrograda renal y ureteral proximal: Buscando eficiencia y seguridad 64
V27 Inteligencia en el disparo: Uso de plataforma laser con tecnología de sensor de tejido para una RIRS mas segura y eficiente 64

VIDEOS 4

V28 Nefrectomía parcial robótica de single-port para tumores renales T1b 65
V29 Nefrectomía parcial robótica off-clamp con técnica sutureless 65
V30 Nefrectomía parcial robótica luego de neoadyuvancia con sunitinib 65
V31 Nefrectomía parcial en injerto renal, abordaje robótico. Un desafío uro-oncológico 65
V32 Apertura de vía urinaria en nefrectomía parcial compleja cT2; planificación y manejo que permite preservación renal vía trans o retroperitoneal 66
V33 De la simulación al trasplante: Modelo ex vivo de anastomosis vascular robótica 66
V34 Manejo de lesiones vasculares en cirugía robótica urológica. ¿Es necesario convertir? Tips and tricks 66
V35 Suprarrenalectomía parcial robótica; alternativa en adenoma funcionante 66
V36 Miniretroperc: Cuando el colon retrorrenal obliga a cambiar la estrategia 67
ÍNDICE DE AUTORES **68**

ORALES 1

O01

HoLEP versus RTUP en próstatas menores de 80 cc: Análisis comparativo ajustado por propensity score

Calvo I.[1] | Escudero A.[1] | Frías S.[2] | Rojas I.[1] | Ramirez G.[1] | Telayna F.[1] | Chacón R.[3] | Acuña J.[1]

[1]Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Hospital Dipreca, Santiago, Chile; [3]Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: La resección transuretral de próstata (RTUP) ha sido históricamente el estándar quirúrgico para próstatas de tamaño bajo a moderado. Sin embargo, la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se ha consolidado como una alternativa endoscópica eficaz, incluso en volúmenes prostáticos menores de 80 cc. La comparación entre ambas técnicas en escenarios reales puede estar influida por sesgo de selección, dado que la elección quirúrgica depende de características clínicas y anatómicas basales. El objetivo es comparar los resultados perioperatorios de RTUP versus HoLEP en pacientes con hiperplasia prostática benigna y volumen prostático menor a 80 cc, utilizando ajuste mediante propensity score.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo basado en el registro institucional UroData. Se incluyeron pacientes sometidos a RTUP o HoLEP con volumen prostático <80 cc. En pacientes con más de una cirugía elegible, se consideró la intervención más reciente como cirugía índice. El outcome primario fue alta dentro de 48 horas. Los outcomes secundarios incluyeron días de hospitalización, alta dentro de 24 horas, días de sonda postoperatoria, tiempo operatorio, transfusión, reintervención, complicaciones registradas, incontinencia postoperatoria y gramos resecados. Se estimó un propensity score con variables basales disponibles y se realizó matching 1:1 por nearest neighbor.

Resultados: Se incluyeron 576 pacientes: 273 RTUP y 303 HoLEP. Tras matching, se obtuvieron 151 pares. En la cohorte emparejada, HoLEP presentó mayor proporción de alta ≤48 horas que RTUP (75,8% vs 18,6%; p<0,001) y alta ≤24 horas (41,1% vs 2,1%; p<0,001). La mediana de hospitalización fue menor con HoLEP (2 vs 4 días; p<0,001). HoLEP presentó mayor tiempo operatorio (87 vs 75 minutos; p=0,047) y mayor cantidad de tejido resecado/enucleado (24 vs 18 g; p<0,001). No hubo diferencias significativas en transfusión, reintervención ni incontinencia postoperatoria registrada. Las complicaciones registradas fueron menores con HoLEP (7,3% vs 15,9%; p=0,019).

Conclusiones: En pacientes con volumen prostático menor a 80 cc, HoLEP se asoció a una recuperación hospitalaria más precoz que RTUP, evidenciada por menor estadía y mayor proporción de alta dentro de 48 horas. Estos hallazgos se mantuvieron luego del ajuste por propensity score, sin observarse mayor frecuencia de transfusión, reintervención o complicaciones.

O02

Curva de aprendizaje de HoLEP en 250 procedimientos consecutivos: Análisis longitudinal de la eficiencia de enucleación y seguridad quirúrgica

Eltit I. | Tirado D. | Garces I. | Mogollon J. | Herrera C. | Rodríguez-carlin A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) requiere un proceso progresivo de adquisición de experiencia, durante el cual pueden mejorar la velocidad y la eficiencia quirúrgica. El objetivo fue evaluar la evolución del desempeño operatorio y la seguridad a lo largo de 250 procedimientos consecutivos realizados por un único cirujano.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de los primeros 250 HoLEP consecutivos por un único cirujano. El número secuencial de cada procedimiento se utilizó como medida de experiencia acumulada. La eficiencia de enucleación se calculó como el peso del tejido enucleado dividido por el tiempo de enucleación (g/min). Los casos se agruparon en cinco bloques consecutivos de 50 procedimientos. La relación entre experiencia y desempeño se evaluó mediante correlación de Spearman, curvas LOESS, análisis CUSUM y regresión multivariable ajustada por peso enucleado y plataforma láser. Se analizaron complicaciones a 90 días, reintervenciones, incontinencia urinaria y estenosis uretral o de cuello vesical.

Resultados: La mediana de edad fue 66 años, el volumen prostático 84 cc y el peso enucleado 37 g. El tiempo de enucleación disminuyó de 90 a 45 minutos entre el primer y último bloque (rho=-0,564; p<0,001), mientras que la eficiencia aumentó de 0,32 a 0,82 g/min (rho=0,516; p<0,001). Por cada 50 procedimientos adicionales, el tiempo de enucleación disminuyó 16,9% y la eficiencia aumentó 20,3% tras ajustar por peso enucleado y plataforma láser (ambos p<0,001). El volumen prostático y el peso enucleado se mantuvieron estables durante la serie. El análisis CUSUM mostró un punto de transición alrededor del caso 117, seguido por una fase de mayor eficiencia quirúrgica. Las tasas de complicaciones a 90 días, reintervención y estenosis uretral/cuello vesical fueron 9,2%, 4,8% y 4,4%, respectivamente, sin asociación significativa con la experiencia.

Conclusiones: La mayor mejoría del desempeño ocurrió durante aproximadamente los primeros 120 procedimientos; posteriormente, la eficiencia continuó aumentando hasta el caso 250, sin incremento de las complicaciones. Estos hallazgos sugieren una fase inicial de adquisición de competencia seguida de una etapa prolongada de consolidación y perfeccionamiento técnico.

O03

Disociación entre la eficiencia quirúrgica objetiva y la carga cognitiva subjetiva en la curva de aprendizaje del HoLEP: Evaluación prospectiva mediante SURG-TLX en 70 casos consecutivos

González Pellegrino D.[1] | Herrera Navia C.[2] | Meza Concha N.[3]

[1]Hospital de San Vicente de Tagua Tagua, Rancagua, Chile; [2]Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile; [3]Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Universidad de Valparaíso, Valparaiso, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) ofrece resultados superiores en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna, pero su adopción global permanece limitada por una curva de aprendizaje exigente. La literatura clásica ha caracterizado esta curva casi exclusivamente mediante indicadores de rendimiento —tiempo de enucleación, tasa de extracción tisular—, sin cuantificar la experiencia subjetiva del cirujano ni su costo en seguridad. Este estudio buscó determinar si la competencia técnica y la comodidad cognitiva del operador progresan de manera sincrónica, y si esta progresión compromete la seguridad perioperatoria.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo de una cohorte consecutiva de 70 HoLEP realizados por un único cirujano en fase inicial de adopción de la técnica. Tras cada intervención se aplicó el Surgery Task Load Index (SURG-TLX), contrastando su evolución con los parámetros quirúrgicos objetivos y los eventos perioperatorios mediante comparación por bloques, análisis de umbrales con mediana móvil y modelos de regresión multivariados.

Resultados: La eficiencia quirúrgica se estabilizó tempranamente: la tasa de enucleación cruzó el umbral óptimo (≥1,0 g/min) en el caso 32, pese al aumento progresivo del volumen prostático tratado. La comodidad cognitiva del cirujano, en cambio, no se consolidó (SURG-TLX total <100; estrés y complejidad ≤2 puntos) hasta los casos 52-54 —una brecha de 20 casos respecto a la eficiencia técnica—. El SURG-TLX total correlacionó fuertemente con el tiempo de enucleación (rho=0,653; p<0,001), confirmando que la carga percibida refleja dificultad operatoria real. Pese al aumento de complejidad de casos, la tasa de eventos perioperatorios y de perforación capsular no se asoció significativamente con el número de caso ni con el volumen prostático en los modelos ajustados (p>0,05).

Conclusiones: El dominio técnico del HoLEP y la resiliencia cognitiva del cirujano no son procesos simultáneos: la destreza motora precede, por un margen considerable, a la adaptación mental. Esta disociación no compromete la seguridad perioperatoria, lo que sustenta el "valle de la desesperación" como una fase intrínseca y segura de la curva de aprendizaje, aportando fundamento empírico para sostener la mentoría y evitar el abandono prematuro de la técnica durante esta etapa crítica.

O04

¿Cómo medir el rendimiento técnico durante HoLEP en bloc? Influencia del volumen prostático sobre distintas métricas de enucleación

Reyes E.[1] | Cid Bertoglia A.[2] | Orellana Lobos A.[1] | Guerra Loyola J.[1] | Luz D.[2] | Tirado Barker D.[1] | Telayna F.[2] | Acuña J.[2] | Eltit I.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: La eficiencia de enucleación expresada en g/min es una de las métricas más utilizadas para comparar el rendimiento entre series de HoLEP. Sin embargo, puede verse condicionada por el tamaño prostático, ya que las glándulas mayores permiten extraer más tejido por minuto. El objetivo fue comparar distintas métricas de rendimiento técnico y determinar cuál depende menos del tamaño prostático.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 950 HoLEP en bloc realizadas entre 2020 y 2026. Se evaluaron la eficiencia de enucleación (peso/tiempo, g/min), la eficiencia de morcelación (peso/tiempo, g/min) y el enucleation ratio (peso enucleado/volumen prostático), este último como medida de completitud relativa de la enucleación. La relación de cada métrica con el volumen se estudió mediante modelos ajustados por cirujano y orden cronológico del procedimiento. Como referencia práctica, se analizó además el cumplimiento de una eficiencia de enucleación ≥0,5 g/min según tamaño glandular.

Resultados: Al duplicarse el volumen prostático, la eficiencia de enucleación (N=430) aumentó 52% (IC95% 41-64%; p<0,001) y la eficiencia de morcelación (N=429) 25% (IC95% 14-37%; p<0,001). En cambio, el enucleation ratio (N=494) cambió solo 5%, sin asociación significativa con el tamaño (p=0,196). Una eficiencia ≥0,5 g/min se alcanzó en 46,6% de las próstatas <80 cc, 70,6% entre 80-149 cc, 90,0% entre 150-199 cc y 100% (8/8) de aquellas ≥200 cc. Aunque los g/min de morcelación aumentaron con el volumen, el tiempo absoluto de morcelación también se prolongó progresivamente (medianas 10, 15, 17,5 y 25 min, respectivamente).

Conclusiones: El estudio confirma que la eficiencia de enucleación y de morcelación aumentan de forma marcada con el volumen prostático, lo que puede sobreestimar el rendimiento en glándulas grandes cuando se comparan series con distinta composición de tamaños. El enucleation ratio mostró una relación mucho menor con el volumen y, al reflejar completitud relativa más que velocidad, parece una métrica más apropiada para comparar la extensión técnica de la enucleación independientemente del tamaño glandular.

O05

Incontinencia urinaria de esfuerzo tras HoLEP en bloc: Evolución durante los primeros tres meses

Acuña J.[1] | Cid Bertoglia A.[1] | Quiroz Flores M.[2] | Silva A.[2] | Reyes E.[2] | Eltit I.[1] | Rodríguez-carlin A.[2]

[1]Unidad de Urología, Clinica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello/Servicio de Urologia Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile; [2]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es uno de los desenlaces funcionales que más preocupa después de HoLEP. Diferenciarla de la urgencia aislada permite evaluar de forma más específica la recuperación esfinteriana. El objetivo fue describir la frecuencia y evolución temprana de la IUE durante los primeros tres meses posteriores a HoLEP en bloc.

Material y Métodos: Se analizó retrospectivamente la evolución funcional durante los primeros tres meses posteriores a HoLEP en bloc, en una serie de 950 procedimientos realizados entre 2020 y 2026. Se consideró IUE la incontinencia de esfuerzo pura o mixta; la urgencia aislada no se consideró IUE. La frecuencia se estimó al primer y tercer mes y la evolución individual se analizó en los 382 pacientes evaluados en ambos controles.

Resultados: La IUE pudo clasificarse en 383 pacientes al primer mes y en 386 a los tres meses. Su frecuencia fue 25/383 (6,5%) al mes y 15/386 (3,9%) a los tres meses. Entre 382 pacientes con clasificación disponible en ambos controles, 17/24 (70,8%) con IUE inicial resolvieron el síntoma, 7 (29,2%) persistieron y 8 desarrollaron IUE durante el seguimiento. La diferencia global entre ambos controles no alcanzó significación estadística (McNemar p=0,108). La mayoría de los casos correspondió a IUE pura: 92,0% al mes y 93,3% a los tres meses.

Conclusiones: La IUE fue infrecuente desde el primer mes después de HoLEP y disminuyó de 6,5% a 3,9% a los tres meses, sin alcanzar significación estadística. Aproximadamente siete de cada diez pacientes con IUE temprana presentaron resolución durante este período, apoyando un patrón predominantemente transitorio de disfunción esfinteriana, aunque una minoría desarrolló IUE de novo durante el seguimiento.

O06

Resultados de dispositivos de continencia urinaria masculina en una cohorte de alta complejidad reconstructiva

Luz D. | Bravo C. | Rojas I. | Radtke V. | Hassi M. | Eltit I. | Velarde L. | Barria S.

Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La incontinencia urinaria masculina es una patología desafiante, especialmente secundaria a cirugías prostáticas, reconstrucción previa o radioterapia. El tratamiento quirúrgico incluye los dispositivos antiincontinencia. Se realizó un análisis de pacientes sometidos a implante de dispositivos con el objetivo de describir sus características clínicas, resultados funcionales, complicaciones, necesidad de reintervención y trayectoria terapéutica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a implante de AUS-800 o ATOMS por incontinencia urinaria entre 2018 y 2024 en el Hospital Félix Bulnes. Se analizaron antecedentes urológicos y reconstructivos, variables perioperatorias, resultados funcionales, complicaciones y reintervenciones. Los procedimientos posteriores a la falla se consideraron rescates y se analizaron por separado. Las variables continuas se expresaron como mediana[RIC] y las categóricas como n(%).

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, con mediana de edad de 71,0 años[68,7-77,1]; 8 recibieron AUS-800 y 6 ATOMS, de etiología postquirúrgica por patología prostática.Tres pacientes(21,4%) habían sido sometidos a radioterapia previa, ocho(57,1%) presentaban estenosis de anastomosis uretrovesical y siete(50%) tenían antecedente de uretroplastía, predominantemente reconstrucciones posteriores anastomóticas/no transectantes, incluyendo casos bulbovesicales y transpubianos. Para evaluar el resultado funcional, los pacientes se clasificaron según continencia completa, pérdidas mínimas o resultado desfavorable.El resultado fue favorable en 9/14(64,3%; IC95% 35,1-87,2%), con 4/14 continentes y 5/14 con pérdidas mínimas.Se observaron 2 fallas estructurales/mecánicas, 2 explantes y 2 rescates. El tiempo mediano hasta la falla fue 9 meses [RIC 2,4-12]; ambos fracasos de ATOMS requirieron AUS-800 de rescate. La satisfacción quirúrgica global tuvo una mediana de 9/10. El IIEF-5 mediano fue 5 tanto pre como postoperatoria, lo cual es esperable debido a la etiología de la incontinencia.

Conclusiones: En nuestra cohorte de elevada complejidad reconstructiva, aproximadamente tres cuartos de los pacientes alcanzaron un resultado funcional final favorable. Sin embargo, la necesidad de procedimientos de rescate y la aparición de fallas tanto precoces como tardías destacan la importancia de una selección cuidadosa y de un seguimiento adecuado. Esta planificación no debe considerar solo el implante inicial, sino el potencial manejo secuencial de estos pacientes hasta la cirugía de rescate. Estos elementos son relevantes para una adecuada consejería preoperatoria, establecer expectativas realistas y planificar oportunamente alternativas terapéuticas ante una eventual falla del dispositivo inicial.

O07

Dilucidando la incontinencia de esfuerzo tras HoLEP: La geometría uretral como marcador biomecánico de riesgo

Eltit I.[1] | Tirado D.[1] | Rojas I.[2] | Ramirez G.[2] | Radtke V.[2] | Acuña J.[3] | Rodríguez-carlin A.[3]

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

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) transitoria continúa siendo una complicación relevante y difícil de anticipar después de HoLEP. Las variables clínicas e imagenológicas habituales no explican completamente su aparición. Planteamos que parte del riesgo depende de la deformación que la anatomía uretral impone al esfínter durante la enucleación. El objetivo fue evaluar un modelo trigonométrico preoperatorio de dilatación radial esfinteriana y su asociación con IUE postoperatoria.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a HoLEP con resonancia magnética preoperatoria y seguimiento de continencia. Se definió IUE como cualquier escape de esfuerzo, puro o mixto, registrado durante el seguimiento al mes. Se midieron longitud uretral (L) y ángulo máximo (α), incorporando el diámetro externo del resectoscopio (D) al cálculo W=[L×sin(α)+D]/cos(α). Se realizaron comparaciones entre grupos, regresión logística, análisis ROC y regresión de Firth. La estabilidad del punto de corte se evaluó mediante 5.000 remuestreos bootstrap.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes; 9 (11,1%) presentaron IUE. No hubo diferencias significativas en edad, PSA, volumen prostático, longitud uretral ni calibre del resectoscopio. Los pacientes con IUE presentaron mayor ángulo uretral (60,8° vs 53,8°; p=0,001) y mayor dilatación radial (33,9 [32,6-35,1] vs 26,1 [21,9-29,4] mm; p=0,001). Cada incremento de 5 mm en W triplicó las odds de IUE (OR 3,16; IC95% 1,60-8,13; p=0,005), asociación que persistió tras ajuste por edad (OR 3,11; p=0,007) y mediante Firth (OR 2,71; p=0,001). W mostró buena discriminación (AUC 0,830). Un umbral exploratorio de 30,5 mm identificó IUE en 42,1% de los pacientes sobre el corte frente a 1,6% bajo él (p<0,001; sensibilidad 88,9%; especificidad 84,7%).

Conclusiones: La geometría uretral preoperatoria se asoció de forma robusta con IUE después de HoLEP. La dilatación radial integra la anatomía junto al instrumental utilizado en una medida biomecánica capaz de identificar pacientes de mayor riesgo antes de la cirugía. Estos hallazgos desplazan el foco desde cuánto tejido se enuclea hacia cuánto debe deformarse el esfínter para enuclearlo, y abren una vía hacia una planificación quirúrgica individualizada.

O08

Experiencia en manejo del absceso prostático según tamaño. ¿Hasta cuándo el antibiótico podría ser suficiente?

Díaz Legarreta J.[1] | Acosta Garay A.[1] | García Gómez A.[1] | Madrid Deischler V.[2] | Escudero Perelló A.[2] | Pfeifer Esparza J.[3] | Marchant Bustos P.[3] | Maldonado Álvarez F.[3] | Henríquez Rissios I.[3] | Donoso González D.[3] | Durán García L.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Pasante Urología, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, HUAP, Santiago, Chile

Introducción: El absceso prostático (AP) es una complicación infrecuente de la prostatitis bacteriana aguda. Las series contemporáneas utilizan el tamaño como principal criterio para seleccionar tratamiento médico en lesiones <1-2 cm o drenaje sobre 3 cm, aunque la evidencia proviene de estudios retrospectivos pequeños. Describimos el éxito terapéutico según tamaño y extensión extraprostática (EEP).

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo, realizado en un hospital de urgencias entre julio de 2023 y junio de 2026, que incluyó todos los casos de AP. Se clasificaron según tamaño: <3 cm, 3-4,9 cm y ≥5 cm. Se definió éxito como no requerir cambio de manejo y fracaso como deterioro clínico, de laboratorio o aumento del tamaño en imagen de control. Se evaluó EEP, subdividida en extensión local por contigüidad y a distancia por vía hematógena. Se utilizaron test t de Welch para variables continuas y exacto de Fisher para proporciones.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes. Los AP <3 cm (n=21; 52,5%) presentaron EEP en 23,8%; 20 recibieron antibióticos, con 89,5% de éxito. En 3-4,9 cm (n=13), la EEP fue 21,8%; el éxito global fue 92%, con 8 (62%) RTU de entrada y 5 (38%) tratados con antibióticos, uno de los cuales falleció. En ≥5 cm (n=6), los pacientes presentaron mayor fragilidad, con dependencia funcional en 50% y EEP en 83,3%, todas por contigüidad. Cuatro recibieron cirugía y dos antibióticos, con 4 fracasos (éxito 33,3%) y un fallecimiento. El éxito del manejo antibiótico fue 88,9% en <3 cm, 80,0% en 3-4,9 cm y 0% en ≥5 cm; agrupando AP <5 cm, fue 87,0% (20/23). El éxito fue 94,1% (16/17) en enfermedad confinada versus 50,0% (4/8) en EEP (p=0,024). La mortalidad fue 5% (2/40).

Conclusiones: En esta serie el tamaño se asoció con la decisión terapéutica inicial, pero no con el fracaso del tratamiento. La EEP mostró una asociación más estrecha con el fracaso y podría constituir un criterio adicional para seleccionar drenaje precoz. Se requieren estudios mayores para establecer un protocolo terapéutico.

O09

Impacto de la modalidad de cirugía mayor ambulatoria en el resultado financiero según grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de HoLEP en un hospital público chileno

Juri Yamal D.[1] | Contreras C.[2] | Fernandez R.[2] | Gatica A.[1] | Calvo I.[1] | Luz D.[1] | Acuña J.[1] | Telayna F.[1] | Eltit I.[1]

[1]Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile; [2]Hospital Felix Bulnes Cerda - Departamento de Gestión Clínico Financiero, Santiago, Chile

Introducción: El HoLEP es el tratamiento de referencia para la hiperplasia prostática benigna (HPB). Sin embargo, la evidencia sobre su sostenibilidad financiera en sistemas públicos latinoamericanos es escasa. En Chile, el financiamiento hospitalario se rige por Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD), y un mismo procedimiento puede codificarse como Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o como hospitalización, con distinto financiamiento y costo. El objetivo fue comparar el resultado financiero del HoLEP según modalidad CMA vs hospitalizado, empleando dos metodologías de costeo complementarias.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de los egresos de HoLEP entre junio 2025 y junio 2026 en un hospital público. El financiamiento correspondió al valor GRD-FONASA real recibido por cada episodio. El costo se estimó con dos metodologías: (1) costeo teórico GRD (peso GRD × unidades productivas GRD) y (2) costo real otorgado por la Unidad de Gestión de Costos (UGDC) del hospital, que refleja el gasto efectivo de la institución. Para cada episodio se calculó el margen (financiamiento menos costo) bajo ambos métodos, y se controló la complejidad mediante el peso medio GRD de cada grupo.

Resultados: Se incluyeron 101 HoLEP: 32% CMA y 68% hospitalizados. El peso medio GRD fue equiparable entre grupos (CMA 0,6325; hospitalizado 0,6377), confirmando complejidad comparable. El financiamiento medio de FONASA otorgado al hospital por paciente fue similar en ambas modalidades (~$1,88 millones). En términos de costos hospitalarios, desde GRD, la vía CMA arrojó un margen positivo de $167.254, mientras que la modalidad no ambulatoria generó un margen negativo (-$1.155.169) por episodio. Desde la modalidad de costos de UGDC, incluyendo el día/cama, el patrón fue igual, CMA se mantuvo positivo ($471.722) y hospitalizado, negativo (-$572.561).

Conclusiones: Para la cirugía de HoLEP, la modalidad CMA genera un resultado financiero favorable, mientras que la hospitalización produce márgenes financieros negativos. Este hallazgo es consistente ante dos metodologías independientes. La convergencia en los resultados de ambos métodos refuerza la validez del análisis. Estos hallazgos respaldan la priorización de la vía ambulatoria, con implicancias para la gestión hospitalaria y la política de financiamiento GRD-FONASA. En un año calendario la modalidad CMA destaco por tener margenes financieros positivos.

O10

Impacto asistencial y económico de un programa de cirugía robótica urológica en un hospital público chileno

Eltit I.[1] | Contreras C.[2] | Juri D.[3] | Dominguez R.[1] | Orellana S.[3] | Fernandez R.[2] | Ramirez G.[3] | Lopez V.[3] | Rojas I.[3] | Plaza C.[3] | Hassi M.[3]

[1]Servicio de Urología Hospital Felix Bulnes Cerda/Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clinica INDISA, Santiago, Chile; [2]Departamento de Gestion Clinico Financiero Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

Introducción: La incorporación de cirugía robótica en hospitales públicos debe traducirse en mayor capacidad resolutiva, uso eficiente de camas y sostenibilidad financiera. El objetivo fue evaluar el impacto asistencial y económico de un programa de cirugía robótica urológica en un hospital público.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 246 procedimientos robóticos urológicos realizados entre octubre de 2024 y julio de 2026. Cada hospitalización robótica se comparó con la cohorte histórica no robótica institucional del mismo procedimiento principal y GRD, utilizando la estancia media de ese estrato. La estancia se resumió con media y mediana (RIQ); las diferencias se evaluaron mediante Wilcoxon. El análisis económico se estandarizó a valores 2026, sumando el costo convencional SIGCOM al costo de una configuración instrumental robótica uniforme y comparándolo con el financiamiento por GRD más Ajuste Tecnológico (AT). La resolutividad se expresó como procedimientos por mes.

Resultados: Se realizaron 246 cirugías, 242 hospitalizadas y 4 CMA, en 21 meses (11,7/mes). Frente a registros institucionales pre-robóticos, la tasa de prostatectomías aumentó de 3,8 a 6,4/mes y la de nefrectomías parciales de 1,5 a 2,4/mes. La mediana de estancia fue 1 dia (RIQ 1-1), con 75,2% de los hospitalizados dados de alta dentro del primer día. La estancia media fue 2,38 días frente a 3,28 días en la cohorte histórica comparable, una reducción de 0,90 días (27,5%; p<0,001), equivalente a 219 días-cama potencialmente liberados. El financiamiento total fue $1.531,4 millones y el costo reconstruido $1.191,3 millones, con un balance favorable de $340,1 millones (22,2%). El balance medio por caso fue +$1,53 millones en prostatectomia radical, +$1,62 millones en nefrectomía parcial, +$1,48 millones en nefroureterectomía y -$0,34 millones en cistectomia radical.

Conclusiones: La cirugia robótica urológica se asoció a mayor resolutividad, menor utilización de camas y un balance económico favorable. El AT cubrió el componente tecnológico y el financiamiento GRD cubrió, en promedio, el resto del episodio. El impacto de la robótica trasciende la sustitución de una técnica quirúrgica, integrando capacidad resolutiva, eficiencia hospitalaria y sostenibilidad financiera en el sistema público.

O11

Surgiskills: Registro de la exposición quirúrgica y retroalimentación docente en un programa de residencia en urología. Estudio descriptivo del primer año de implementación

Arrué K. | Libano L. | Umanzor P. | Dueñas L. | Brusoni S. | Astroza G.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La transición hacia una Educación Médica Basada en Competencias exige herramientas objetivas para registrar la exposición quirúrgica y la retroalimentación. El objetivo fue describir el primer año de implementación de la plataforma digital Surgiskills en un programa universitario de residencia en Urología, caracterizando el volumen quirúrgico, la progresión técnica y la tasa de evaluación docente.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que considera los registros quirúrgicos generados prospectivamente mediante la aplicación Surgiskills entre julio de 2025 y junio de 2026 en la Pontificia Universidad Católica de Chile (n=8 residentes: 4 R1, 2 R2, 2 R3; 20 docentes supervisores). Se contrastó el volumen total de procedimientos ingresados en la plataforma con el número total de intervenciones quirúrgicas del período para calcular la tasas de subregistro. Se utilizó estadística descriptiva estándar para resumir las variables cualitativas y cuantitativas, previa evaluación de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

Resultados: De las 1.463 cirugías realizadas en el período, se registraron 954 procedimientos en 747 pacientes, evidenciando una tasa de cobertura del 65.2% y un subregistro global del 34.8 % (n=509). Los residentes de primer año (R1) concentraron el 59,5% (n=568) de las intervenciones (predominando cirugía endourológica y ambulatoria), los R2 el 10,1% (n=96) y los R3 el 30,4% (n=290) (enucleación prostática láser, prostatectomía radical y nefrectomía laparoscópica), reflejando una clara progresión en la complejidad quirúrgica según el año formativo. Del total de solicitudes enviadas a evaluación, el 44,2% (n=422) fueron revisadas por los docentes, el 55.8% (n=532) quedaron pendientes. Un 39% (n=372) incluyó una calificación cuantitativa efectiva, mientras que solo un 8% (n=76) incorporó un comentario cualitativo escrito.

Conclusiones: Surgiskills permitió registrar la actividad quirúrgica y confirmó una adecuada progresión en la complejidad de los procedimientos según año de residencia. Sin embargo, el subregistro quirúrgico (34,8%) y la baja tasa de retroalimentación cualitativa docente (8,0%) muestran que la utilidad de la herramienta depende del compromiso activo de ambas partes. Optimizar el registro y la retroalimentación docente permitirá confeccionar curvas de aprendizaje quirúrgica, mejorando así el proceso de enseñanza-aprendizaje.

O12

UroSearch: Asistente de inteligencia artificial con conocimiento curado para urología en el sistema público. Desarrollo, piloto y despliegue multicéntrico

Gárate S.[1] | Ebel L.[2] | Toledo H.[2] | Foneron A.[2] | Foneron A.[2] | Oyanedel F.[2] | Cuevas P.[1] | De La Fuente M.[1] | Wagner T.[1] | Flores F.[2]

[1]Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: Los modelos de lenguaje responden con fluidez cualquier pregunta clínica, pero no permiten auditar de dónde sale la respuesta ni si se ajusta al protocolo local. Se desarrolló UroSearch, un asistente cuyo conocimiento está restringido a una base curada y versionada por el equipo —guías internacionales y protocolos institucionales—, que cita la fuente de cada respuesta y rechaza lo que está fuera de su dominio: seguridad por diseño en lugar de confianza en el modelo.

Material y Métodos: Aplicación web progresiva con tres módulos: asistente conversacional restringido a la base curada, gestión de pacientes diferenciada por rol y biblioteca educativa. Piloto observacional en un hospital regional con dos grupos de usuarios (residentes y urólogos; n=12): usabilidad con System Usability Scale (SUS, 0-100), métricas objetivas de uso y valor clínico-educativo percibido (Likert). Fase multicéntrica en curso en cuatro centros con protocolo prospectivo: banco de 50 preguntas clínicas con respuesta de referencia, evaluación ciega por tres urólogos de exactitud, daño potencial y trazabilidad, comparación pareada con un modelo de lenguaje general sin curación, prueba de rechazo con preguntas fuera de dominio, y adopción a 8 semanas por registros de uso.

Resultados: La usabilidad fue excelente en ambos grupos (SUS 88,0 y 85,4; umbral de referencia 68), con adopción sostenida durante el piloto y valor clínico-educativo percibido favorable. El ítem de menor puntuación fue la confianza en las respuestas generadas por IA, lo que motivó la incorporación de trazabilidad explícita de fuentes en cada respuesta antes del despliegue. La expansión a tres centros adicionales está iniciada, con base de conocimiento común versionada y el protocolo de evaluación de exactitud en ejecución.

Conclusiones: Un asistente de IA con conocimiento curado, trazable y con rechazo fuera de dominio es viable, usable y adoptable en un hospital público regional, y su desconfianza se aborda con trazabilidad y no con persuasión. El modelo es replicable a bajo costo en sistemas de recursos limitados; la fase multicéntrica entregará las cifras de exactitud y seguridad que un piloto de usabilidad no puede dar.

INGRESO 1

TI01

TRIFECTA en nefrectomía parcial laparoscópica: Resultados de una serie de 233 casos

Foneron A.

Hospital Base Valdivia/Universidad Austal de Chile/Clinica Alemana Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: La trifecta (isquemia caliente acotada, márgenes negativos y ausencia de complicaciones mayores) es un indicador integrado de calidad en nefrectomía parcial. El objetivo de esta trabajo fue evaluar el cumplimiento de sus tres criterios en una serie consecutiva de 233 pacientes, utilizando además dos criterios de isquemia.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de 233 nefrectomías parciales consecutivas (2008–2025) laparoscópicas transperitoneales realizadas por un solo cirujano. Se definió trifecta como isquemia ≤25 min (definición A) o ≤30 min (definición B), margen negativo o negativo corregido y ausencia de complicación mayor; (n análisis = 233). Comparaciones con U de Mann-Whitney y chi-cuadrado; $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 233 pacientes (161 hombres, 69,1%), con una edad media de 58,1 años (rango 23–85) y un IMC medio de 30,3 kg/m² (rango 17,4–47,8). El diámetro tumoral medio fue 3,3 cm (rango 0,7–14,0) y el RENAL score medio fue 7 (rango 4–10; disponible en 148 casos). El tiempo de isquemia medio fue 19,7 minutos (rango 0–80); 21 cirugías (9,0%) se realizaron sin clampeo. Cumplieron isquemia ≤25 minutos 179 (76,8%) y ≤30 minutos 206 (88,4%). El margen fue negativo en 206 casos (88,4%), y positivo en 27 (11,6%). El criterio de complicaciones lo cumplieron 226 pacientes (97,0%). La trifecta se alcanzó en 159 pacientes (68,2%; IC95% 62,0–73,9) con la definición A (isquemia ≤25 min), en 179 pacientes (76,8%; IC95% 71,0–81,8) con la definición B (isquemia ≤30 min).

Conclusiones: El análisis de esta seria en base a la TRIFECTA nos entrega resultados comparables a series tanto nacionales como internacionales, destacando la seguridad del procedimiento. Dentro de los criterios que componen la Trifecta, el tiempo de isquemia fue el componente que con mayor frecuencia impidió alcanzarla.

TI02

Eficacia y seguridad de apalutamida y enzalutamida en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico: Un estudio en la práctica clínica real

Cancino Bustos C.[1] | Vilaseca Cabo A.[2] | Kirmayr Zamorano M.[3] | Narvaez Fuentes P.[4] | González C.[5] | Oyanedel Farias F.[6]

[1]Hospital Higueras, Talcahuano, Chile; [2]Hospital Clinic, Barcelona, España; [3]Hospital Base de Osorno, Osorno, Chile; [4]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [5]Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; [6]Hospital Regional de Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes en hombres. La terapia de privación androgénica (TPA) asociada a enzalutamida o apalutamida ha demostrado eficacia y seguridad en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) en ensayos clínicos. Sin embargo, la evidencia en práctica clínica real es limitada.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo comparativo realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, que incluyó 204 pacientes con CPHSm tratados con TPA más apalutamida o enzalutamida entre enero de 2018 y abril de 2024. Se evaluaron supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) y efectos adversos (EA). La SG y SLP se estimaron mediante curvas de Kaplan-Meier y se compararon mediante Log-Rank. Se utilizó regresión de Cox para estimar el riesgo de muerte o progresión.

Resultados: La SG a 12 y 24 meses fue ligeramente superior en el grupo de apalutamida, mientras que la SLP no presentó diferencias significativas entre ambos tratamientos. La mayoría de los pacientes presentaba ECOG 0, PSA elevado y enfermedad de alto grado (ISUP 4). La distribución de las metástasis fue similar, predominando M1b y enfermedad de alto volumen. Los EA fueron más frecuentes con apalutamida (61,78%) que con enzalutamida (38,30%), sin diferencias significativas en su gravedad.

Conclusión: En esta cohorte de práctica clínica real, apalutamida y enzalutamida mostraron una SLP comparable, con una tendencia a mayor SG con apalutamida. Ambos tratamientos presentaron perfiles de seguridad aceptables y consistentes con los ensayos clínicos pivotales.

Palabras Clave: Cáncer de próstata; metástasis; hormonosensible; apalutamida; enzalutamida.

TI03

Sobrevida en cáncer prostático hormono-sensible metastásico. Datos de un centro público chileno

Manzanares S. V.[1] | Arias O. E.[1] | Walbaum S. J.[2] | Saez G. G.[1] | Ramírez E. J.[1] | Herrera C. L.[1] | Bustamante B. C.[1] | Lobos F. R.[1] | Quintana L. E.[1] | Bezama U. P.[1] | Torrado R. K.[1] | López M. P.[1] | Acevedo A. E.[1] | Barrios M. G.[3]

[1]Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Concepción, Chile; [2]Pontificia Universidad Católica de Chile, Concepción, Chile; [3]Hospital Higueras de Talcahuano, Talcahuano, Chile

Introducción: El pronóstico del cáncer prostático hormono-sensible metastásico (CPHSm) ha mejorado significativamente con la intensificación. Sin embargo, en el sistema público chileno existen barreras críticas de acceso. El objetivo del estudio es caracterizar y analizar las tasas de sobrevida del CPHSm en un hospital público de Chile

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. 129 pacientes con CPHSm entre 2022-2024. El volumen se clasificó según CHAARTED, la temporalidad en sincrónica o metacrónica. Análisis de Sobrevida Global (SG) y Libre de Progresión radiológica (SLPr) mediante curvas de Kaplan-Meier. Se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para identificar factores pronósticos.

Resultados: El 62.8% presentó enfermedad de alto volumen (AV) y el 82.2% fue sincrónico. 43.4% recibió intensificación a la terapia de deprivación androgénica (TDA). La mediana de SG fue de 37 meses (IC 95% 28–52) y la SLPr de 23 meses (IC 95% 19–29). Hubo diferencias significativas en SG según subgrupos (HR: 5.02, $p < 0.001$): bajo volumen 76 meses y AV 27 meses. AV (HR 4.91, $p < 0.001$), metástasis viscerales (HR 2.03, $p = 0.044$) y ECOG ≥ 2 (HR 3.41, $p = 0.004$) se asociaron de forma independiente con menor SG.

Conclusiones: Los resultados de sobrevida se aproximan a los de series históricas con TDA exclusiva, evidenciando brechas respecto a estudios pivotales contemporáneos. La baja intensificación, explicada principalmente por barreras de acceso a fármacos y comorbilidades, subraya la necesidad urgente de políticas públicas que garanticen el financiamiento de terapias de nueva generación en el sector público.

TI04

¿Llegamos a tiempo? Evaluación de los intervalos entre el diagnóstico, la quimioterapia neoadyuvante y la cistectomía radical en pacientes con cáncer vesical en Chile

Soto Cornejo G.[1] | Canales Rojas R.[2] | Guzman Karadima S.[2] | Narvaez Fuentes P.[2] | Elias Echaurren E.[3] | Menchaca Cruzat R.[3] | Filigrana Valle C.[4] | Tirado Barker D.[4] | Hassi Roman M.[5] | Radtke Lopez V.[5]

[1]Hospital el Carmen y Felix Bulnes, Santiago de Chile, Chile; [2]Clinica Las Condes, Santiago de Chile, Chile; [3]Hospital el Carmen, Santiago de Chile, Chile; [4]Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile; [5]Hospital Felix Bulnes, Santiago de Chile, Chile

Introducción: En el cáncer de vejiga músculo-invasor, la cistectomía radical (CR) precedida de quimioterapia neoadyuvante (NAC) con cisplatino es el tratamiento estándar, con beneficio de supervivencia. Demorar su inicio, o la CR tras finalizarla, empeora los resultados oncológicos. Este trabajo evaluó el cumplimiento de esos plazos en Chile, en los sectores público y privado.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico, con 29 pacientes con cáncer vesical que recibieron NAC seguida de CR en cuatro centros de Santiago (23 públicos, 6 privados) entre 2011 y 2026. Los datos se obtuvieron de Urodata y ficha clinica. Se midieron dos intervalos: diagnóstico (Dx)→inicio de NAC (umbral <8 semanas) y término de NAC→CR (umbrales <8 y <10 semanas), con análisis descriptivo e intervalos de confianza de Clopper-Pearson.

Resultados: El intervalo Dx→NAC tuvo una mediana de 48 días; solo 69% lo cumplió. El intervalo NAC→CR tuvo una mediana de 69 días, con 34,5% de cumplimiento a las 8 semanas y 51,7% a las 10 semanas. Solo 34,5% completó ambos plazos a tiempo (48,3% con el criterio más permisivo). Los tiempos fueron algo mayores en el público, sin diferencias significativas. Los retrasos, mayoritariamente administrativos, se concentraron en el público; en el privado predominó la segunda opinión médica.

Conclusión: El cumplimiento de los plazos recomendados fue bajo, con retrasos mayormente administrativos, corregibles con ajustes de gestión más que con nuevos recursos. Limitaciones: diseño retrospectivo, muestra acotada y que solo se incluyó a quienes llegaron a cirugía.

TI05

Procedimientos, urgencias y hospitalizaciones por toxicidad de la radioterapia en cáncer de próstata: Cohorte chilena tratada mayoritariamente con SBRT

Alliende C. | Villagrán M. | Soto G. | Robson J. | Brusoni S. | Canales R. | Menchaca R. | Gomez-lobo M. | Morán D. | Oporto S. | Navarrete D. | Elías E. | Rojas J. | Vicherat C.

Hospital el Carmen, Santiago, Chile

Introducción: Las escalas de toxicidad empleadas tras radioterapia por cáncer de próstata describen sintomas y hallazgos, pero no reflejan la atención requerida. El objetivo fue describir la frecuencia, temporalidad, tipo y carga asistencial de los episodios clínicamente significativos atribuidos a radioterapia en un hospital público chileno.
Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes con cáncer de próstata que recibieron radioterapia pélvica indicada por el comité oncológico entre marzo de 2022 y diciembre de 2025. Se definió como episodio clínicamente significativo un cuadro genitourinario o gastrointestinal atribuido a radioterapia que motivó un procedimiento diagnóstico o terapéutico ambulatorio, atención de urgencia u hospitalización. Los eventos potenciales fueron adjudicados independientemente y de forma ciega por dos investigadores. Se estimaron proporciones con intervalos de confianza de Wilson, tasa de episodios por personas-año y probabilidad acumulada del primer episodio mediante 1−Kaplan–Meier. Se realizaron modelos exploratorios de Cox y binomial negativa.
Resultados: Se incluyeron 282 pacientes; la mediana de edad fue 72 años, 84,0% recibió SBRT y la mediana de seguimiento fue 14,0 meses, acumulándose 391,6 personas-año. Cuarenta y seis pacientes presentaron al menos un episodio (16,3%; IC95% 12,5–21,1), con 80 episodios confirmados y una tasa de 20,4 por 100 personas-año (IC95% 14,5–26,9). La mediana hasta el primer episodio fue 8,9 meses. La probabilidad acumulada fue 10,9% a 12 meses y 23,4% a 24 meses. Hubo 53 episodios genitourinarios y 27 gastrointestinales; las manifestaciones más frecuentes fueron hematuria (36,2%), rectorragia (31,2%) y retención aguda de orina (25,0%). Cincuenta y tres episodios requirieron un procedimiento no mayor, 39 atención de urgencia, 18 hospitalización, 10 cirugía mayor y 6 transfusión. Un episodio requirió cuidados intensivos; se atribuyó una muerte. Entre los 46 pacientes afectados, 21 (45,7%) presentaron dos o más episodios. Ninguna asociación ajustada de los modelos exploratorios excluyó la unidad.
Conclusiones: En esta cohorte, tratada mayoritariamente con SBRT, uno de cada seis pacientes presentó un episodio clínicamente significativo atribuido a radioterapia y casi la mitad de los afectados tuvo recurrencias. Aunque la toxicidad grave fue infrecuente, la carga ambulatoria y de urgencia fue considerable. Estos resultados respaldan incorporar esta carga al consejo previo al tratamiento y al seguimiento.

TI06

Resultados clínicos y oncológicos de pacientes sometidos a nefroureterectomía robótica por cáncer de urotelio alto en un centro oncológico de alto volumen

Vidal Faune Á. | Diaz J. | Sandoval C. | Recabal P. | Altamirano J. | Falcón C. | Iñiguez S. | Neyra A. | Canals M.

Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

Introducción: La nefroureterectomía radical (NUR) con resección del uréter distal y manguito vesical constituye el tratamiento estándar del carcinoma urotelial del tracto urinario superior (UTUC) de alto riesgo. El abordaje robótico ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, manteniendo la eficacia oncológica. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados perioperatorios, anatomopatológicos y oncológicos de una serie de pacientes sometidos a NUR robótica (NURR).
Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes sometidos a NURR por UTUC en nuestra institución. Se analizaron variables demográficas, perioperatorias, anatomopatológicas y oncológicas. Se evaluaron la sobrevida libre de recurrencia (SLR), sobrevida libre de progresión (SLP) y sobrevida global (SG).
Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, con una mediana de edad de 68 años (41-87), siendo 29 mujeres (47.5%) y 32 hombres (52.5%) con un IMC promedio de 26.8 kg/m^2(18.4 - 38.5). La localización tumoral fue pelvis renal en 42 pacientes (69%), uréter en 14 (23%) y compromiso de ambas localizaciones en 5 pacientes (8.2%). Cinco pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante (8.2%). La mediana de tiempo operatorio fue 180 minutos (106–296) y la mediana de sangrado estimado fue 100 mL (10–400) y solo dos pacientes (3%) requirieron transfusión de glóbulos rojos. No hubo conversiones a cirugía abierta. La mediana de estadía hospitalaria fue de 1 día (1–4). Se registró en 4 pacientes complicaciones post operatorias Clavien-Dindo II. No se registró mortalidad perioperatoria. En la anatomía patológica definitiva, 11 pacientes presentaron enfermedad pT1 (18%), 19 pT2 (31%), 29 pT3 (47.5%)y 2 pT4 (3.3.%). Nueve pacientes presentaron compromiso linfonodal (pN1 8.2%, pN2 6.6.%). Cincuenta y un tumores fueron de alto grado (83.6%). Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en 58 pacientes (95.1%). Tratamiento adyuvante fue aplicado en 23 pacientes (quimioterapia 34,4%, inmunoterapia 3.4%). La sobrevida libre de recurrencia, libre de progresión y global estimada a 5 años fue 52.1% (38.6–70.2), 60.0% (44.3–81.3) y 71.1% (57.9–87.4) respectivamente.
Conclusiones: La NURR mostró resultados perioperatorios favorables con un adecuado control oncológico. Estos resultados respaldan la NUR robótica como una alternativa mínimamente invasiva segura y oncológicamente efectiva para el tratamiento del UTUC.

TI07

Curable pero aún letal: Tendencias de la mortalidad por cáncer testicular en Chile, 1990-2023. Análisis poblacional de registros de defunción

Iacobelli A.

Hospital Militar de Santiago/Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer testicular es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes y uno de los más curables. GLOBOCAN 2024 sitúa a Chile entre los países con mayor mortalidad estandarizada del mundo (0,93 por 100.000). El objetivo es describir las tendencias de la mortalidad por cáncer testicular en Chile entre 1990 y 2023 según edad y región, y acotar el aporte de los errores de certificación de la causa de muerte.
Material y Métodos: Análisis poblacional de registros de defunción del DEIS (CIE-9: 186; CIE-10: C62). Se calcularon tasas específicas y estandarizadas por edad (población de Segi-Doll) con denominadores del INE, y la tendencia se modeló con regresión de Poisson.
Resultados: Se registraron 3.440 defunciones; el 64,3% ocurrió entre los 15 y 39 años. La tasa estandarizada descendió de 1,36 (IC 95%: 1,21-1,53) en 1992-1994 a 0,96 (0,87-1,06) por 100.000 hombres en 2020-2023 (cambio anual: -1,2%; IC 95%: -1,5 a -0,8), con un descenso mayor en hombres de 60 años o más (-2,4% anual) que en menores de 60 (-1,0%). Aun excluyendo todas las defunciones en personas de 60 años o más, la tasa de 2020-2023 se reduciría solo un 10%. Algunas regiones del centro-sur alcanzaron tasas de hasta 1,5 veces la de la Región Metropolitana.
Conclusiones: La mortalidad por cáncer testicular en Chile desciende lentamente, se mantiene alta, se concentra en hombres jóvenes y presenta diferencias regionales compatibles con inequidades de acceso al tratamiento. La mala clasificación de la causa de muerte explicaría, a lo sumo, una fracción menor, hipótesis que requiere validación con registros clínicos.

TI08

Desarrollo y validación de agente de inteligencia artificial para la extracción automatizada y estructuración de datos desde informes de tomografía computarizada y anatomía patológica en cáncer renal

Rodriguez C. C.[1] | Cerda O. J.[2] | Alarcon R. J.[2] | Coloma O. F.[2] | Lancellotti G. D.[2] | Hassi R. M.[3]

[1]Hospital de Coquimbo, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile; [2]Facultad de Medicina, Universidad Catolica del Norte, Coquimbo, Chile; [3]Hospital Dipreca, Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha demostrado alta capacidad para extraer información estructurada desde documentos clínicos no estructurados mediante procesamiento de lenguaje natural. En uro-oncología, estudios recientes reportan desempeños superiores al 90% en la extracción de variables desde informes anatomopatológicos, aunque predominan las validaciones internas y existe escasa evidencia sobre su implementación clínica en cáncer renal. Asimismo, herramientas aplicadas a informes de tomografía computarizada (TAC) han demostrado capacidad para estructurar información y reducir tiempos de procesamiento, persistiendo desafíos relacionados con validación externa e integración clínica. El objetivo fue validar el desempeño de EMI, agente de IA integrado en la plataforma UroData, para identificar, extraer, estructurar y registrar automáticamente variables clínicamente relevantes desde informes de TAC y anatomía patológica (AP) de pacientes con cáncer renal.
Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de validación. EMI, previamente entrenado con informes de cáncer renal, fue evaluado en un conjunto independiente compuesto por 200 informes de TAC y 122 de AP (pacientes anonimizados de diferentes centros). La información extraída automáticamente se comparó con la revisión de un uro-oncólogo experto, considerada estándar de referencia. Los resultados se clasificaron como identificación y tabulación perfecta, casi perfecta —omisiones menores sin impacto relevante— o error.
Resultados: En los informes de TAC, EMI alcanzó identificación y tabulación perfecta en 90%, casi perfecta en 8% y errores en 2%, con valor predictivo positivo de 100%, valor predictivo negativo de 90,1% y exactitud de 94,5%. En AP, obtuvo resultados perfectos en 93%, casi perfectos en 7% y no presentó errores (0%). No se observaron diferencias significativas entre ambos tipos de informes (prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton; p=0,359).
Conclusiones: EMI demostró elevado desempeño para automatizar la extracción, estructuración y registro de información clínica en cáncer renal. Su integración directa en una plataforma especializada podría disminuir la carga administrativa asociada al registro manual y facilitar bases de datos multicéntricas destinadas a investigación, auditoría clínica y generación de evidencia del mundo real, manteniendo la supervisión médica como mecanismo de aseguramiento de calidad.

INGRESO 2

TI09

Presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea: Estudio comparativo según la posición y la técnica

Benítez Filselcker A.[1] | Águila F.[2] | Ávila C.[3] | Punte T.[4] | Barahona J.[4] | Marchant F.[5]

[1]Hospital El Pino, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital San José, Clínica BUPA, Santiago, Chile; [3]Residente Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Hospital San José, Santiago, Chile; [5]Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La elevación de la presión intrarrenal (IRP) >30 mmHg se ha asociado al aumento de complicaciones infecciosas y daño renal en cirugías endourológicas. Nuestro objetivo es comparar la IRP en nefrolitotomía percutánea (NLPC) según la modalidad quirúrgica y posición del paciente.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y observacional de 44 pacientes sometidos a NLPC en modalidades estándar (24Fr), Mini-Perc (18Fr) y Supermini-Perc (13Fr), clasificados según la posición quirúrgica: prono/supino. Se midió la IRP basal, media, máxima y, función renal y parámetros inflamatorios a las 24 horas postoperatorias.

Resultados: Se realizaron 30 NLPC prono (9 estándar, 17 mini, 4 supermini) y 14 en supino (4 estándar, 7 mini, 3 supermini). La mediana de IRP basal fue significativamente menor en supino que en prono (5.5 vs 10 mmHg, p=0.008), sin diferencias significativas en la mediana de IRPmax entre ambas posiciones (27 vs 22 mmHg, p=0.198). No hubo diferencias significativas entre NLPC estándar, mini y supermini (10.1 vs 9.6 vs 12.3 mmHg, p=0.715). No hubo asociación estadísticamente significativa entre IRP >30 mmHg y el deterioro de la función renal (χ^2=1.62, p=0.204), ni con elevación de parámetros inflamatorios postoperatorios (χ^2=0.003, p=0.954).

Conclusiones: La IRP basal está determinada por la posición de la NLPC, siendo mayor en prono que en supino y es independiente de la modalidad quirúrgica empleada. Sin embargo, no hay diferencias en IRPmax, lo cual es consistente con la ausencia de diferencias en complicaciones infecciosas o en falla renal descritas.

Palabras Clave: Endourología, Urolitiasis, Nefrolitotomía Percutánea, Presión Intrarrenal, Prono, Supino.

TI10

Ureteroscopia flexible asistida por robot ILY®: Experiencia inicial en litiasis urinaria

Punte Menendez T.[1] | Sanhueza J.[2] | De La Llera J.[1] | Barahona J.[1] | Siri J.[1] | Calvo Alarcon N.[1] | Vizuete E.[1] | Consigliere L.[1] | Aguila F.[1] | Marchant F.[3]

[1]Hospital San Jose, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopia flexible asistida por robot busca mejorar la ergonomía y el control del instrumental durante el tratamiento de la litiasis del tracto urinario superior. La evidencia clínica sobre la plataforma ILY® sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la factibilidad, seguridad, tasa libre de cálculos y curva de aprendizaje temprana de la ureteroscopia flexible asistida por ILY®.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó 9 pacientes adultos sometidos consecutivamente a ureteroscopia flexible robótica entre septiembre de 2025 y marzo de 2026. Se analizaron características litiásicas, tiempos quirúrgicos, tasa libre de cálculos, lesiones ureterales, complicaciones, manejo ambulatorio y procedimientos secundarios.

Resultados: La mediana de edad fue de 61 años y el tamaño mediano del cálculo fue de 11 mm. La mediana del tiempo de docking fue de 420 segundos, la del tiempo quirúrgico total de 90 minutos y la del tiempo intrarrenal de 60 minutos. El tiempo de docking disminuyó y se estabilizó desde el tercer caso. La tasa libre de cálculos intraoperatoria, definida como fragmentos residuales < 4 mm, fue de 88,9% (8/9). No se registraron lesiones ureterales, Traxer >1, conversiones ni complicaciones intraoperatorias o postoperatorias. Todos los pacientes fueron manejados ambulatoriamente. Cinco contaron con PieloTAC al mes, sin litiasis residual. Un paciente requirió una segunda ureteroscopia convencional.

Conclusiones: La ureteroscopia flexible asistida por ILY® fue factible y segura en esta experiencia inicial, con una alta tasa libre de cálculos y una reducción temprana del tiempo de docking.

TI11

Más allá del número de casos: Progresión modular en un fellowship robótico urológico

Eltit I.[1] | Krebs A.[2] | Bermúdez H.[2] | Pinochet R.[2] | Hugo O.[2] | Mario I. F.[2] | Marcelo O.[2]

[1]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA; Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes Cerda;, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Clínica Alemana de Santiago; Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El entrenamiento en cirugía robótica suele evaluarse mediante volumen y tiempo de consola. Estas métricas cuantifican exposición, pero no distinguen ejecución completa de módulos y pueden ocultar la progresión técnica.

Objetivo: Describir la progresión técnica modular durante un fellowship urológico y evaluar la eficiencia de la anastomosis vesicouretral como tarea centinela.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de un registro prospectivo completado tras cada procedimiento. Se incluyeron 315 cirugías robóticas: 188 RARP y 87 RAPN. Un módulo se atribuyó al fellow cuando fue ejecutado de inicio a término, con guía verbal y toma de consola del supervisor inferior al 10% de su duración. La progresión en RARP se analizó por terciles. Cuarenta y ocho anastomosis se evaluaron mediante LOESS, regresión lineal-meseta, bootstrap y CUSUM.

Resultados: Se documentaron 8.977 minutos de ejecución supervisada. Se registró al menos un módulo en 133/188 RARP (70,7%) y 73/87 RAPN (83,9%). En RARP, el bloque extirpativo completo aumentó de 1,6% a 12,9% entre el primer y tercer tercil (p=0,017), sin aumento sostenido del porcentaje de consola. El tiempo de anastomosis disminuyó de 42 a 20 minutos, una reducción de 52,4% (p<0,001); la transición hacia meseta se estimó en la repetición 40,6 (IC 95% bootstrap: 26,4-43,0).

Conclusiones: Durante un fellowship urológico anual, la progresión técnica se caracterizó mejor mediante registros modulares que por volumen o tiempo de consola. En RARP, la participación evolucionó hacia bloques extirpativos más completos y la anastomosis vesicouretral mostró una reducción del 52,4% en su tiempo, con estabilización alrededor de la repetición 41.

TI12

Urocultivo preoperatorio y cultivo de pelvis renal en cirugía endourológica por urolitiasis: Rendimiento diagnóstico, concordancia microbiológica y resistencia antimicrobiana

Vergara Faundez G. | Calvo I. | Escudero A.

Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

Introducción: El urocultivo preoperatorio es la principal herramienta microbiológica antes de la cirugía endourológica, pero puede no representar la microbiología del tracto urinario superior.

Material y Métodos: Estudio observacional analítico de 107 procedimientos endourológicos realizados entre febrero de 2025 y julio de 2026 en pacientes con diagnóstico litiásico explícito. Se comparó el urocultivo preoperatorio con una muestra de pelvis renal obtenida al inicio del procedimiento, antes de instrumentación significativa. Se evaluaron rendimiento diagnóstico, concordancia por microorganismo, resistencia antimicrobiana y factores asociados a positividad del cultivo de pelvis renal.

Resultados: El urocultivo fue positivo en 46/107 (43,0%) y el cultivo de pelvis en 15/107 (14,0%). La sensibilidad fue 86,7% (IC95% 59,5–98,3), especificidad 64,1% (53,5–73,9), VPP 28,3% (16,0–43,5) y VPN 96,7% (88,7–99,6). Kappa fue 0,272. Entre 13 procedimientos con ambos cultivos positivos, cinco fueron concordantes por germen, cinco discordantes y tres no clasificables. Nueve de 15 cultivos positivos de pelvis presentaron resistencia; en 5/9 (55,6%) esta no había sido anticipada por el urocultivo. El urocultivo preoperatorio positivo fue el factor más fuertemente asociado a positividad del cultivo de pelvis (OR 11,62; IC95% 2,47-54,67; p=0,0004).

Conclusiones: Un urocultivo negativo se asoció con baja probabilidad de cultivo de pelvis positivo, mientras que un resultado positivo tuvo baja capacidad confirmatoria. El cultivo de pelvis aportó información microbiológica complementaria, incluyendo resistencia no anticipada.

ORALES 2

O13

Asociación de factores clínicos con la composición de cálculos urinarios analizados por espectroscopía infrarroja (FT-IR)

Sáenz S.[1] | Herrera D.[2] | Arriagada M.[3] | Escobar S.[4] | Barroso J.[1] | Catalán G.[1] | Fernández M.[1] | Osorio F.[1] | Otaola H.[1] | Souper R.[1] | Krebs A.[1]

[1]Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; [2]Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [3] , Santiago, Chile; [4]Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile

Introducción: La prevalencia de litiasis urinaria ha aumentado significativamente en las últimas décadas, correlacionándose con cambios epidemiológicos poblacionales. Conocer la composición exacta de los cálculos mediante un método confiable es fundamental para el estudio etiológico y la prevención de recurrencias. El objetivo fue determinar la composición de litiasis urinarias en una cohorte unicéntrica y evaluar su asociación con variables demográficas, clínicas y pH urinario.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, analítico y de cohorte. Se incluyeron pacientes con litiasis urinaria atendidos entre enero de 2021 y octubre de 2025. Los cálculos se obtuvieron por intervención quirúrgica y fueron analizados mediante espectroscopía infrarroja por transformada de Fourier (FT-IR). Se extrajeron variables demográficas, antropométricas, clínicas, comorbilidades y pH urinario desde fichas clínicas electrónicas. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística multinomial usando Stata®, evaluando asociaciones entre variables y la composición preponderante.

Resultados: Se analizaron 809 cálculos; 801 pacientes tenían datos completos para el análisis multivariable. El 70,5% de los pacientes tenía entre 20 y 60 años, siendo el 59,8% hombres. El componente principal más frecuente fue oxalato de calcio monohidrato (73,9%), seguido por oxalato de calcio dihidrato (9,4%), ácido úrico (8,2%), la categoría apatita y estruvita (5,4%), y otros, incluyendo cistina y fosfatos (3,1%). En el análisis multivariable, los cálculos de ácido úrico se asociaron con diabetes mellitus tipo 2 (RRR 2,95; p=0,003), infección urinaria previa (RRR 2,16; p=0,031), sexo masculino (RRR 2,36; p=0,025) y menor pH urinario (RRR 0,42 por cada unidad de incremento; p=0,001). La categoría apatita/estruvita predominó en mujeres (p=0,032) y se asoció con antecedentes de infección urinaria (RRR 2,91; p=0,004), litiasis recurrente (RRR 2,80; p=0,029) y mayor pH urinario (RRR 1,74 por cada unidad de incremento; p=0,003). Las demás composiciones no mostraron asociaciones significativas.

Conclusiones: La integración de la composición litiásica con los antecedentes clínicos y el pH urinario permite establecer perfiles diferenciados de pacientes con litiasis urinaria. Esto contribuye a la implementación de estrategias preventivas secundarias individualizadas, enfocadas fuertemente en factores metabólicos e infecciosos. El tamaño de esta cohorte médica aporta evidencia clínica y epidemiológica altamente relevante en un área poco investigada a nivel nacional.

O14

Evaluación del desempeño del nomograma mimic para predecir la expulsión espontánea de litiasis ureteral en una cohorte chilena multicéntrica

Cid Bertoglia A.[1] | Acuña Madrid J.[1] | Perez Benedek C.[1] | Araya Carrasco C.[2] | Juri Yamal D.[1] | Silva A.[2] | Rodríguez-carlin A.[2] | Eltit I.[1]

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

Introducción: El manejo conservador de la litiasis ureteral permite evitar intervenciones innecesarias, aunque predecir la expulsión espontánea del cálculo (EEC) continúa siendo un desafío. El score MIMIC, desarrollado por el BURST Collaborative, estima la probabilidad de EEC a partir de variables clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas (AUC 0,77), pero aún no ha sido validado en Latinoamérica. El objetivo fue evaluar su desempeño en una cohorte chilena multicéntrica.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo (2023-2026) en un centro público y uno privado chilenos. Se incluyeron 84 pacientes adultos con litiasis ureteral confirmada por tomografía y manejo conservador. Se calculó el score MIMIC y se comparó con la EEC observada. La discriminación se evaluó con el área bajo la curva ROC (AUC) y la calibración con la concordancia entre probabilidades predichas y observadas.

Resultados: La edad media fue 47,9 años; 48 (57,1%) eran hombres. El tamaño del cálculo fue significativamente menor en quienes lograron EEC que en quienes no (4,9 vs. 7,3 mm; p<0,001). Cincuenta y ocho pacientes (69,0%) lograron EEC. No se observaron diferencias significativas según sexo (p=0,158), hidronefrosis (p=0,791), hidroureter (p=0,816), localización (p=0,434), PCR (p=0,448), leucocitos (p=0,400) ni neutrófilos absolutos (p=0,587), ni según uso de MET (p=0,277) o AINEs (p=0,310), aunque la gran mayoría recibió ambos tratamientos (76,2% y 98,8%), limitando la potencia para evaluar su efecto. La calibración mostró adecuada concordancia (diferencia media −7,9 pp) y la discriminación fue aceptable (AUC 0,725; IC 95%: 0,62–0,84).

Conclusiones: El score MIMIC mostró un adecuado desempeño para predecir la EEC en esta cohorte multicéntrica chilena, siendo el tamaño del cálculo la única variable clínica significativamente asociada.

O15

Medición de la carga litiásica renal volumétrica: Estudio de concordancia entre fórmula elipsoidal y una nueva aplicación web frente a software de segmentación

Benítez Filselcker A.[1] | Irarrazaval Infante S.[1] | Camhi Vainroj I.[2] | Mellado Mellado J.[1] | Lopez Vargas V.[3] | Ávila C.[3] | Romero Y.[1] | Donoso D.[1] | Rochefort A.[1] | Marchant F.[4]

[1]Hospital El Pino, Santiago, Chile; [2]Facultad De Medicina Universidad De Chile, Santiago, Chile; [3]Residente Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La medición de la carga litiásica volumétrica (CLV) constituye un elemento fundamental en la evaluación preoperatoria del paciente con litiasis renal. Sin embargo, su cuantificación presenta dificultades prácticas: la estimación basada en el diámetro máximo tiende a subestimar la carga real, en particular en cálculos irregulares o múltiples, mientras que la segmentación volumétrica mediante software requiere tiempo y no siempre resulta accesible. El objetivo es presentar una aplicación desarrollada para estimar la CLV y evaluar su concordancia con la fórmula elipsoidal y con la segmentación mediante software, como estándar de referencia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de concordancia de pacientes con litiasis renal que contaban con pieloTAC. La CLV se estimó mediante tres métodos: fórmula elipsoidal, segmentación volumétrica con software (estándar de referencia) y una aplicación web de desarrollo propio que estima el volumen a partir de un video del pieloTAC. La concordancia se evaluó mediante análisis de Bland-Altman y coeficiente de correlación de concordancia (CCC) de Lin, comparando la aplicación y la fórmula contra el estándar de referencia. Los análisis se realizaron con SPSS.

Resultados: Se analizaron 54 casos, con una mediana de CLV de 2.145 mm^3 (RIQ: 708–4.984). Frente al software de referencia, la aplicación mostró concordancia casi perfecta (CCC 0,997; IC95% 0,994–0,998), con sesgo medio de -42 mm^3 y límites de concordancia del 95% de -1.156 a +1.071 mm^3 (razón media 1,00; ±19%). La fórmula elipsoidal presentó un CCC de 0,985 (IC95% 0,974–0,991), con sesgo de +166 mm^3 y límites de concordancia considerablemente más amplios (−2.267 a +2.599 mm^3; ±108%). En ninguno de los métodos se detectó sesgo proporcional significativo.

Conclusiones: Esta serie constituye una primera experiencia en la cuantificación de la CLV mediante una aplicación web. La aplicación mostró concordancia casi perfecta frente a la segmentación por software, con límites de concordancia más estrechos que los de la fórmula elipsoidal. Estos resultados preliminares la posicionan como una alternativa accesible para estimar la CLV, aunque aún requiere validación, evaluación de su reproducibilidad y mejoras antes de su aplicación clínica sistemática.

O16

¿Sigue importando la densidad del cálculo en RIRS? La carga litiásica como determinante de la duración del procedimiento

Eltit I. | Bravo Volante C. | Orvieto Eterović G. | Cid Bertoglia A. | Herrera Navia C. | Rodríguez-carlin A. | Silva A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: Tradicionalmente, las Unidades Hounsfield (HU) han guiado la estimación de la dureza litiásica para anticipar la complejidad de su fragmentación quirúrgica. Sin embargo, los avances tecnológicos en las plataformas de litotricia actuales cuestionan su verdadero impacto en la práctica quirúrgica. Este estudio evalúa el rendimiento actual de la densidad, el diámetro máximo y el volumen del cálculo para predecir la duración de una cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) contemporánea.

Material y Métodos: Se analizaron RIRS terapéuticas con tiempo quirúrgico validado mediante la plataforma UroData. Se evaluó la relación entre densidad, diámetro y volumen litiásico con la duración del procedimiento utilizando correlaciones y modelos multivariados ajustados por bilateralidad, pre-stenting y año de intervención. Para comparar directamente el rendimiento predictivo (capacidad explicativa R^2 ajustado y error RMSE) de las tres métricas, se analizó una cohorte con datos completos.

Resultados: Se incluyeron 182 procedimientos con tiempo validado (102 contaban con las tres métricas). La mediana del tiempo quirúrgico fue de 83,5 minutos (62,2-112,0 minutos). La densidad del cálculo no mostró correlación relevante con el tiempo (rho=0,034; p=0,693). En cambio, el diámetro máximo presentó la asociación más sólida (rho=0,226; p=0,004): cada 5 mm adicionales incrementaron el tiempo de pabellón en 9,7 minutos (IC 95%: 2,3-17,0; p=0,011). Asimismo, duplicar el volumen litiásico agregó 3,3 minutos (p=0,055). En la comparación directa (n=102), el diámetro obtuvo la mayor precisión predictiva (R^2 ajustado 0,258; RMSE 29,1), seguido del volumen (R^2 0,211; RMSE 30,1) y la densidad (R^2 0,153; RMSE 31,1). La bilateralidad sumó en promedio 24 minutos al procedimiento.

Conclusiones: En la RIRS contemporánea, la carga litiásica desplaza a la densidad como principal factor predictivo del tiempo quirúrgico. El volumen supera a las Unidades Hounsfield como predictor, pero el diámetro máximo se consolida como la medida más simple, accesible y con mejor rendimiento global para planificar el uso del pabellón.

O17

Impacto de la carga litiásica en la eficacia y seguridad de la ureteroscopia flexible: Análisis volumétrico de una serie consecutiva de gran tamaño

Andriola M. | Rodríguez M. | Philipp S. | Punte T. | Barahona J. | De La Llera J. | Consigliere L. | Vizuete E. | Marchant F. | Águila F.

Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopia flexible (URSf) constituye una alternativa mínimamente invasiva ampliamente utilizada para el tratamiento de la litiasis renal. Sin embargo, el impacto de la carga litiásica sobre su eficacia y morbilidad continúa siendo relevante para la selección de pacientes. El objetivo fue evaluar la asociación entre el volumen litiásico preoperatorio y los resultados de eficacia y seguridad de la URSf.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 754 URSf consecutivas realizadas entre 2018 y 2026. Se registraron variables demográficas, características litiásicas, tiempo operatorio y complicaciones según Clavien-Dindo. La carga litiásica se cuantificó volumétricamente mediante TC y se estratificó en <500, 500-999, 1000-1999 y ≥2000 mm^3. El stone-free (SF) volumétrico se definió como volumen residual ≤33,28 mm^3 en TC postoperatoria. Para el análisis de seguridad según volumen se incluyeron 321 procedimientos con volumetría pre y postoperatoria completa y complicaciones clínicamente adjudicadas. Se realizaron análisis univariados y regresión logística multivariada.

Resultados: La mediana de edad fue 53 años [RIC 41-62], tamaño litiásico 15 mm [10-21] y volumen preoperatorio 557 mm^3 [270,5-1160,5]. La tasa de SF disminuyó progresivamente con mayor carga litiásica: 88,8%, 73,3%, 60,8% y 36,4%, respectivamente (p<0,001). Por cada incremento de 100 mm^3, las odds de alcanzar SF disminuyeron 7% (OR 0,93; IC95% 0,91-0,96). Se confirmaron 33 complicaciones (10,3%), predominantemente infecciosas. La tasa de complicaciones por estrato fue 10,0%, 8,3%, 14,8% y 8,3% (p=0,609), sin asociación con el volumen como variable continua (OR 0,999 por 100 mm^3; IC95% 0,969-1,030; p=0,945). El tiempo operatorio aumentó progresivamente con la carga litiásica (60, 75, 80 y 90 min; p<0,001) sin incremento paralelo de la morbilidad.

Conclusiones: La carga litiásica preoperatoria condiciona de manera significativa la eficacia de la URSf, con una disminución progresiva de la probabilidad de stone-free a medida que aumenta el volumen. Sin embargo, una mayor carga litiásica no se asoció con un incremento de la morbilidad postoperatoria, incluso a pesar del aumento progresivo del tiempo operatorio. Estos hallazgos sugieren que el volumen litiásico influye principalmente sobre la eficacia, más que sobre la seguridad del procedimiento.

O18

Predicción de ureteroscopia frustra mediante inteligencia artificial: Comparación de modelos clínico, tomográfico y multimodal

Líbano L. | Gallegos H. | Veas M. | Eyzaguirre M. | Jorquera J. | Castiglioni E. | Walbaum J. | Arrue K. | Umanzor P. | Dueñas L. | Astroza G.

Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopía frustra impide completar el tratamiento y frecuentemente obliga a instalar un catéter ureteral y realizar una segunda cirugía, aumentando la morbilidad, la exposición anestésica y el uso de recursos sanitarios. Aunque existen factores clínicos e imagenológicos asociados, su capacidad predictiva aislada es limitada. Integrar múltiples variables mediante aprendizaje profundo asistido por inteligencia artificial, podría anticipar este desenlace y optimizar la planificación quirúrgica.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva pareada, con 120 procedimientos índice, 36 con ureteroscopía frustra, definida como imposibilidad de avanzar de forma segura un ureteroscopio 8/9,8 Fr hasta el cálculo por un uréter estrecho o no complaciente. Se compararon: 1) regresión logística penalizada con edad, sexo, localización, urolitiasis previa, uso de tamsulosina y ureteroscopía previa; 2) una red neuronal convolucional (ResNet18) multivista preentrenada en ImageNet, con encoder compartido para tres capturas tomográficas de 320×320 píxeles y fusión de representaciones; 3) y un modelo multimodal. La red se entrenó en dos etapas: ajuste del cabezal con encoder congelado y ajuste fino de layer4, utilizando AdamW, entropía cruzada binaria ponderada, aumentación conservadora y detención temprana por AUC de validación. Se utilizó Python 3.12, PyTorch/TorchVision y scikit-learn.

Resultados: Los grupos frustros y no frustros, presentaban litiasis proximal-media-distal en 55,6%-5,6%-38,9%/50,0%-9,5%-40,5%, respectivamente. El modelo clínico obtuvo un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,459 (IC95%: 0,348-0,572), exactitud 42,5%, sensibilidad 66,7% y especificidad 32,1%. El modelo tomográfico alcanzó AUC 0,785 (IC95%: 0,685-0,874), exactitud 80,0%, sensibilidad 72,2%, especificidad 83,3% y F1-score 0,684. El modelo multimodal presentó el mejor rendimiento: AUC 0,832 (IC95%: 0,736-0,916), exactitud 85,0%, sensibilidad 80,6%, especificidad 86,9% y F1-score 0,763. Superó al modelo tomográfico en 0,047 de AUC (IC95%: +0,017- +0,082).

Conclusiones: El aprendizaje profundo aplicado a tomografía preoperatoria predijo la ureteroscopía frustra y superó ampliamente al modelo clínico. La integración multimodal incrementó el rendimiento y podría mejorar la planificación quirúrgica. Se requiere validación externa antes de su implementación clínica.

O19

Efecto del flujo de irrigación y del control automatizado de presión intrarrenal sobre la temperatura renal durante la activación de láser de tulio pulsado en un modelo simulado de ureteroscopía flexible

Ibáñez H.[1] | Guerrero M.[2] | Urrea F.[3] | Pauchard F.[4] | Salvadó J.[4]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [3]Clínica Santa María, Santiago, Chile; [4]University Hospitals, Clevenland Medical Center, Urology Institute, Cleveland, OH, Estados Unidos

Introducción: Durante la ureteroscopía flexible (fURS), el aumento excesivo de la temperatura renal y de la presión intrarrenal (PIR) pueden provocar lesión urotelial y complicaciones postoperatorias. Los láseres de Tulio pulsado ofrecen una fragmentación eficiente de cálculos, pero pueden generar un calor significativo. Este estudio buscó evaluar cómo distintas estrategias de irrigación (irrigación por gravedad e irrigación automatizada) impactan la temperatura renal y la PIR, mediante monitorización en tiempo real en un modelo validado de simulación de ureteroscopía.

Material y Métodos: Se utilizó un modelo in vitro de fURS usando una vaina de acceso ureteral convencional. La configuración del láser varió de 0,3 J × 25 Hz (7,5 W) a 0,4 J × 75 Hz (30 W), con duraciones de activación de 15 a 30 segundos. Se probaron cuatro condiciones de irrigación: flujo asistido por gravedad a 10 y 20 mL/min, e irrigación automatizada a 18 y 92 mL/min. La temperatura intrarrenal se midió con termocuplas, y la PIR continua se registró mediante monitorización endoscópica de presión. Todas las pruebas se realizaron tres veces.

Resultados: Un mayor flujo de irrigación se asoció con menores temperaturas intrarrenales. Por ejemplo, a 25 W durante 15 segundos, la temperatura alcanzó 34,6 °C con un flujo de 10 mL/min, en comparación con 25,8 °C a 92 mL/min. A 30W, la temperatura descendió de 33,5 °C (10 mL/min) a 26,0 °C (92 mL/min). En todas las configuraciones probadas, el flujo automatizado de 92 mL/min proporcionó el mejor control térmico. La PIR se mantuvo dentro de un rango seguro, aumentando de forma proporcional al caudal de irrigación, desde una media de 12 mmHg a 10 mL/min hasta 32 mmHg a 92 mL/min.

Conclusiones: La irrigación automatizada de alto flujo reduce significativamente la temperatura renal durante la litotripsia con láser de Tulio pulsado, sin exceder los umbrales críticos de presión. Combinada con la monitorización continua de la PIR, esta estrategia mejora la seguridad y el manejo térmico durante los procedimientos de fURS.

O20

Complicaciones postoperatorias tempranas asociadas al uso de vaina de acceso ureteral con aspiración en cirugía intrarrenal retrógrada: Estudio de cohorte retrospectiva

Ibáñez H.[1] | Ascorra S.[1] | Sepúlveda F.[1] | Chade J.[1] | Le Roy A.[1] | Henríquez I.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS) es eficaz y segura para la litiasis renal y ureteral proximal. Las vainas de acceso ureteral con aspiración buscan reducir la presión intrarrenal y mejorar la evacuación de fragmentos. El objetivo fue evaluar la incidencia de las complicaciones post-operatorias: infección urinaria (IU), sepsis, fiebre, cólico renal y reintervención a 30 días de RIRS con vaina de aspiración.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva, unicéntrico, en pacientes mayores de 18 años sometidos a RIRS con vaina de aspiración por litiasis renal o ureteral proximal. Se excluyeron procedimientos concomitantes, seguimiento incompleto, infección urinaria activa o sepsis, reintervención reciente sobre la misma unidad renal e inmunodeficiencia. Se registraron variables demográficas, litiásicas y perioperatorias, evaluando IU, sepsis, fiebre, cólico renal y reintervención a 30 días. El análisis multivariable se realizó con regresión de Firth y bootstrap interno.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes. Siete (11,9%) presentaron al menos una complicación. Dos (3,4%) IU, uno fiebre ≥38°C asociado a sepsis (1,7%), única causa infecciosa de rehospitalización; el otro cursó afebril. Cuatro pacientes presentaron cólico renal (6,8%) y tres reintervención (5,1%), de los cuales uno fue por cólico renal. El sexo masculino y un mayor SFR se asociaron a menor frecuencia de cólico renal y reintervención (p<0,001 y p=0,025 respectivamente). En el análisis multivariable, una densidad litiásica mayor a 1.300 UH (OR 11,25; IC95% 1,23-102,72) y su ubicación en pelvis renal (OR 14,12; IC95% 1,34-148,62) se asociaron a mayores odds de complicaciones, mientras que un mayor SFR fue protector (OR 0,917; IC95% 0,851-0,988). El modelo mostró buena discriminación (AUC 0,898).

Conclusiones: El uso de vainas de aspiración se asoció a baja frecuencia de complicaciones infecciosas tempranas. La fiebre y la sepsis (1,7%) observadas fueron menores a las reportadas con vaina convencional en la literatura (14-29% y 2-22% respectivamente). Una mayor dureza y la localización en pelvis se asociaron a mayor riesgo de cólico renal y reintervención, mientras que un mayor SFR fue protector, en relación a estos mismos outcomes nuestros resultados fueron similares a los reportados en la literatura en relación a vainas convencionales.

O21

¿Quién puede finalizar una RIRS sin doble J? Factores asociados a la omisión del drenaje ureteral postoperatorio

Cid Bertoglia A. | Orvieto Eterović G. | Quiroz Flores M. | Mardones Venegas J. | Tirado Barker D. | Eltit I. | Rodríguez-carlin A. | Silva A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La instalación de doble J tras una cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) sigue siendo la práctica más extendida, aunque buena parte de los pacientes probablemente no lo necesite. El stent agrega síntomas urinarios, consultas no programadas y un segundo procedimiento para su retiro. La evidencia sobre omisión selectiva existe, pero proviene de series pequeñas con criterios heterogéneos de selección. Evaluamos los factores asociados a finalizar la RIRS sin doble J, buscando criterios reproducibles para individualizar esta decisión.

Material y Métodos: Se analizaron RIRS terapéuticas con registro completo del drenaje postoperatorio, recolectado mediante UroData. El desenlace fue finalizar sin doble J, independiente de si el paciente traía pre-stent. Se evaluaron pre-stenting, diámetro, volumen, ubicación, bilateralidad y año de cirugía. Un análisis secundario incorporó uso de vaina y tiempo total de pabellón.

Resultados: Se incluyeron 233 RIRS; 98 (42,1%) finalizaron sin doble J. Entre los pacientes con pre-stent, 35/44 (79,5%) terminaron sin un nuevo stent, versus 63/189 (33,3%) entre quienes llegaron sin pre-stent. Los procedimientos sin drenaje posterior tuvieron menor diámetro (7 vs 8 mm), menor volumen (81 vs 161 mm^3) y menor tiempo de pabellón (70 vs 94 min). En el modelo principal, el pre-stenting fue el factor más asociado a omitir doble J (OR 16,7; IC95% 4,61-60,4; p<0,001), mientras cada 5 mm adicionales de diámetro redujeron esa probabilidad (OR 0,60; IC95% 0,43-0,84; p=0,003). En el modelo con volumen, cada duplicación de la carga se asoció a OR 0,66 (IC95% 0,54-0,82; p<0,001). No usar vaina también se asoció a mayor omisión del stent postoperatorio.

Conclusiones: El pre-stenting fue, por lejos, el predictor más fuerte de omitir el doble J, algo consistente con que un uréter ya dilatado permite un acceso más atraumático con la vaina. Junto con una menor carga litiásica, son datos conocidos antes de pabellón y podrían anticipar la decisión en vez de dejarla al criterio intraoperatorio. Como limitación, el diseño retrospectivo implica que la decisión de drenaje no fue aleatorizada sino determinada por el cirujano.

O22

La ruta del pigtail en hospital San José; evaluación de trazabilidad y caracterización de cohorte

Ruiz Espinosa T.[1] | Herrera Sepúlveda D.[2] | Alarcón Londoño N.[1] | Vargas Jiménez R.[3] | Figueroa Sharman C.[2] | Reyes Navarrete A.[2] | Basualto Osorio L.[4] | Barahona J.[5] | Consigliere L.[5] | Vizuete E.[5] | De La Llera J.[5] | Siri F.[5] | Águila F.[6] | Marchant F.[7] | Punte M. T.[8]

[1]Programa Especialidad Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [3]Pasantía Especialidad Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile; [5]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José, Santiago, Chile; [6]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José; Servicio de Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Servicio de Urología Clínica BUPA, Santiago, Chile; [7]Servicio de Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Servicio de Urología Clínica Las Condes; Servicio de Urología Clínica BUPA, Santiago, Chile; [8]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José; Servicio de Urología Clínica BUPA; Servicio de Urología Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: Los stents ureterales doble J (pigtails) son fundamentales para asegurar el drenaje del tracto urinario superior. Su permanencia prolongada tiene riesgo de calcificación, obstrucción e infección, pudiendo requerir nuevas cirugías para su retiro. En centros públicos de alto volumen, los tiempos de espera exceden el recomendado, creando un desafío asistencial en la trazabilidad. Si bien la Norma Técnica N°226 del MINSAL (2023) establece la trazabilidad obligatoria de dispositivos implantables, existe escasa información respecto del seguimiento de portadores. Nuestro objetivo fue crear un registro hospitalario que caracterizara la utilización y trazabilidad de pigtails en un hospital público de alta demanda.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó todas las instalaciones de doble J entre enero 2023 y diciembre 2025, identificadas mediante la integración de registros quirúrgicos y procedimentales. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales.

Resultados: Se cuantificaron 642 pabellones. El 60% fueron mujeres y 82% chilenos. Se instalaron 687 pigtails: 467 en cirugía por patología litiásica, 216 en drenaje de hidronefrosis y 4 en otras intervenciones. El 15% (95) se instaló en urgencia, 75 (79%) por pionefrosis. Los drenajes se diferenciaron por patología litiásica (38), estrechez de uréter (30), cáncer cervicouterino (9), compresión retroperitoneal (8) y otras neoplasias (8). El 89% (569) fue retirado, con estadía promedio de 122 días (2-854) sin considerar pigtails con hilos exteriorizados (128 casos). El tiempo de retiro promedio disminuyó de 125 días (2023) a 76 (2025) (p<0,001). Persisten 71 pacientes con pigtail: 15 esperando cirugía, 14 con pérdida de seguimiento y 23 fallecidos previo al retiro; 10 llevan menos de 12 meses, 25 entre 12-24 y 36 más de 24 meses.

Conclusiones: Se consolidó un registro hospitalario confiable que permitió caracterizar nuestra población intervenida y conocer nuestra trazabilidad. Se logró una mejoría entre 2023 y 2025, pero aún se presentan brechas asistenciales. El registro permitió identificar los pacientes con pérdida de seguimiento y los factores de riesgo de prolongación, destacando pabellones de urgencia (OR 4,05) y cáncer cervicouterino o colorrectal (OR 26,5). La estrategia es replicable, constituyendo una herramienta para conformar directrices institucionales que optimicen la trazabilidad de los pigtails.

O23

Nefroscopio digital descartable en Mini-PCNL; implementación, seguridad y resultados en cohorte multicéntrica

Ruiz Espinosa T.[1] | Herrera Sepúlveda D.[2] | Alarcón Londoño N.[1] | Córdova De Halleux V.[1] | Barahona J.[3] | Consigliere L.[3] | Vizuete E.[3] | De La Llera J.[3] | Siri F.[3] | Aguila F.[4] | Marchant F.[5] | Punte M. T.[6] | Benitez A.[7]

[1]Programa Especialidad Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [3]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José, Santiago, Chile; [4]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José; Servicio de Urología Clínica BUPA; Servicio de Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [5]Servicio de Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Servicio de Urología Clínica Las Condes, Santiago, Chile; [6]Subunidad de Litiasis Urinaria Servicio de Urología Hospital San José; Servicio de Urología Clínica BUPA; Servicio de Urología Hospital Padre Hurtado; Servicio de Urología Clínica BUPA, Santiago, Chile; [7]Departamento de Urología Hospital El Pino, Santiago, Chile

Introducción: La litiasis urinaria (LU) es una patología de alta prevalencia a nivel nacional. El manejo mediante nefrolitotomía percutánea (PCNL) constituye una primera línea para cálculos grandes (20 mm o 2500 mm3). Su miniaturización (Mini-PCNL) ha permitido mantener la tasa de resolución, reduciendo la morbilidad asociada. Su implementación requiere instrumental específico, con costos asociados a reprocesamiento y mantenimiento. Los nefroscopios digitales descartables (NDD) constituyen una alternativa de fácil disponibilidad e implementación. El sistema Redpine™ incorpora un NDD asociado a una vaina de acceso aspirativa, permitiendo evacuación continua, con beneficios en la seguridad del procedimiento. Su evidencia clínica disponible es limitada. Se presentan casos intervenidos con MINI-PCNL utilizando un NDD de Redpine™.

Material y Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo, que incluyó adultos intervenidos entre octubre 2024 y agosto 2026 en el Hospital San José y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se evaluaron parámetros demográficas, litiásicos y perioperatorios. Se estudió la caída de hemoglobina a las 24 horas y el Stone Free Rate (SFR) a los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (52.6% mujeres, edad media 58 años). En las variables litiásicas destacó un volumen litiásico mediano 2.472 mm^3, diámetro máximo medio 23.9 mm y densidad media 981 UH. El 29.4% correspondió a GUY´S 3-4. El tiempo operatorio medio fue 129 minutos. La mediana de hospitalización fueron 2 días. El 12% de los pacientes egresó sin necesidad de drenajes. La caída media de hemoglobina fue 1.7 g/dL, necesitando transfusión en 1 caso. Se registraron 11 complicaciones postoperatorias, principalmente Clavien-Dindo 1. La SFR fue 61,5%, con reducción mediana del volumen litiásico del 93.5% en la población con litiasis residual, siendo la principal causa la presencia de cálculos en cálices paralelos o no accesibles mediante trayecto percutáneo (64,3%).

Conclusiones: La utilización de un NDD para el abordaje de Mini-PCNL es una técnica implementable, con una baja tasa de complicaciones mayores. Se intervinieron litiasis con volúmenes mayores a las reportadas localmente, manteniendo un SFR aceptable, logrando reducir casi la totalidad del volumen litiásico preoperatorio en los casos residuales.

O24

Retando al mito: Drenaje percutáneo vs antibioterapia en abscesos renales según tamaño. Experiencia de un hospital público: Cohorte de 108 pacientes

Díaz Legarreta J.[1] | Acosta Garay A.[1] | García Gómez A.[1] | Madrid Deischler V.[2] | Escudero Perelló A.[2] | Pfeifer Esparza J.[3] | Marchant Bustos P.[3] | Maldonado Álvarez F.[3] | Henríquez Rissios I.[3] | Donoso González D.[3] | Durán García L.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Pasante Urología, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, HUAP, Santiago, Chile

Introducción: Las guías recomiendan antibioticoterapia exclusiva (AE) en el absceso renal (AR) <3 cm y drenaje percutáneo en ≥5 cm, dejando el tramo intermedio como zona de incertidumbre. Dicha recomendación proviene de series que mezclan abscesos obstructivos y no obstructivos, pese a que la obstrucción constituye una indicación quirúrgica independiente del tamaño.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo, realizado en un hospital de urgencias entre julio de 2023 y junio de 2026, que incluyó todos los casos de AR sin factor obstructivo. Se clasificaron según tamaño: <3 cm, 3-4,9 cm y ≥5 cm. El objetivo principal fue evaluar la asociación entre tamaño del absceso y fracaso del manejo inicial, definido como necesidad de modificar la estrategia terapéutica inicial. Se estimaron probabilidad y odds ratio de requerir tratamiento invasivo según tamaño, mediante test exacto de Fisher y regresión logística.

Resultados: En <3 cm, se indicó AE en 63/64 (98%), con éxito de 96,8%; los 2 fracasos correspondieron a fallecimientos en pacientes muy frágiles y comórbidos. En 3-4,9 cm, se realizó AE en 23/33 (70%), con éxito de 91,3%; sus 2 fracasos se resolvieron mediante drenaje percutáneo. El drenaje percutáneo de entrada (n=7) tuvo 100% de éxito. El catéter JJ (n=3) fracasó en 2 pacientes, ambos requiriendo nefrectomía. En ≥5 cm, se realizó drenaje percutáneo en 8/11 (72%), con éxito de 87,5%; el único fracaso terminó en nefrectomía. La positividad del urocultivo fue 71%, 55% y 36%, respectivamente. E. coli fue el agente más frecuente independiente del tramo; la resistencia a ciprofloxacino alcanzó 33-50% según tamaño y la resistencia a cefalosporinas de 3.ª-4.ª generación llegó a 25% en >3 cm. En AR ≤5 cm, la AE alcanzó 95,3% de éxito (82/86).

Conclusiones: En AR no obstructivo, la AE mostró alta tasa de éxito hasta 5 cm, mientras el drenaje percutáneo fue eficaz en lesiones ≥5 cm. El catéter JJ, al no drenar la colección, se asoció a fracaso y pérdida renal, sin aparente rol en ausencia de obstrucción.

INGRESO 3

TI13

Experiencia inicial de un programa de HoLEP en un hospital público: Resultados perioperatorios y funcionales de los primeros 100 casos

Brusoni Costoya S.[1] | Rodriguez Laporte M.[2] | Saldivia Zaror D.[2] | Oporto Uribe S.[3] | Navarrete Corsini D.[3] | Robson Cofré J.[3] | Huilipan Quinchavil F.[3] | Llantén Olea M.[3] | Merino Cofré A.[3] | Umanzor González P.[4] | Goic Vilaso C.[4] | Vicherat Mattar C.[3]

[1]Pontificia Universidad Catolica de Chile - Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada - Maipú, Santiago, Chile; [2]Residente de Urología - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada - Maipú, Santiago, Chile; [4]Residente de Urología - Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) es una alternativa quirúrgica eficaz y segura para la obstrucción prostática benigna. El objetivo fue describir los resultados iniciales de la implementación de un programa institucional de HoLEP en un hospital público.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohorte institucional, que incluyó consecutivamente a los primeros 100 pacientes sometidos a HoLEP desde junio de 2025. Se analizaron variables clínicas, perioperatorias, complicaciones y resultados funcionales pre y postoperatorios disponibles. El análisis estadistico se realizó con STATA®

Resultados: De los primeros 100 pacientes, 98 fueron incluidos en el análisis. La edad media fue 69,4 ± 8,2 años y el volumen prostático mediano 69 cc. El tiempo quirúrgico mediano fue 90 minutos y el peso del tejido enucleado 30,6 g. La hospitalización mediana fue de 1 día y el retiro de sonda a los 5 días. Se registraron 2 complicaciones intraoperatorias, 2 postoperatorias (Clavien-Dindo ≥III) y 1 reintervención. Cinco pacientes (5,1%) requirieron rehospitalización. En el análisis pareado, el IPSS disminuyó de 19 a 8 puntos (n=47; p<0,001), la calidad de vida de 4 a 2 (n=46; p<0,001), el APE de 2,42 a 0,52 ng/mL (n=57; p<0,001) y el Qmax aumentó de 10,5 a 16,6 mL/s (n=22; p=0,002).

Conclusiones: La implementación de HoLEP en un hospital público fue ue factible y mostró un perfil perioperatorio favorable, con hospitalización breve, baja tasa de reintervención y rehospitalización, y mejoria funcional precoz objetiva y subjetiva, incluso durante la etapa inicial del programa.

TI14

Implementación de enucleación prostática con láser en un hospital público: Beneficios hospitalarios durante la curva inicial de aprendizaje

Castro Henriquez E.

Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Concón, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser se asocia a menor hospitalización que las técnicas convencionales, pero existe menos evidencia sobre su impacto durante la implementación inicial en hospitales públicos. En este estudio se evaluaron los resultados clínicos, la utilización hospitalaria, la valorización GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y la curva de aprendizaje de un programa de enucleación láser, comparándolos con la cirugía prostática histórica de la misma institución.

Material y Métodos: Estudio observacional de 60 procedimientos consecutivos de enucleación láser. Cincuenta casos con GRD cerrado constituyeron la cohorte comparativa frente a 167 pacientes históricos intervenidos entre 2020–2023 mediante RTU de próstata o prostatectomía suprapúbica. El resultado principal fue la estadía postoperatoria. También se evaluaron egreso antes de 24 horas, valorización GRD en pesos chilenos de julio de 2026 y seguridad. Los 60 casos se utilizaron además para analizar la curva de aprendizaje mediante regresión ajustada por volumen prostático y CUSUM.

Resultados: La estadía postoperatoria mediana fue 1,85 [1,17–2,00] días en láser versus 4,00 [3,00–6,00] días en la cohorte histórica; diferencia −2,15 días (IC95% −2,77 a −2,04; p<0,001). El resultado se mantuvo al restringir el análisis a RTU y al período 2022–2023. El egreso antes de 24 horas ocurrió en 14/50 pacientes (28,0%) versus 0/167 (0%); (IC95% +17,2 a +41,7; p<0,001). La valorización GRD promedio fue $2.136.776 versus $2.720.701, diferencia −$583.925 (−21,5%; IC95% −$1.051.673 a −$175.074), con medianas similares. En los 60 procedimientos consecutivos, las complicaciones perioperatorias fueron 20%, predominantemente Clavien-Dindo I-II (15%); Clavien-Dindo ≥III ocurrió en 5% y la reintervención atribuible en 1,7%. El tiempo quirúrgico total disminuyó 8,21 minutos por cada 10 casos (IC95% −13,83 a −2,58; p=0,0042), mientras la eficiencia total aumentó 0,052 g/min por cada 10 casos (p<0,001), con una inflexión exploratoria del CUSUM alrededor del caso 41.

Conclusiones: La implementación de enucleación prostática con láser en un hospital público se asoció, desde su fase inicial, con menor estadia, mayor egreso precoz y menor valorización GRD promedio que la cirugía histórica, mientras la eficiencia operatoria continuó mejorando. Estos hallazgos sugieren un impacto institucional favorable incluso durante la curva inicial de aprendizaje.

TI15

Curva de aprendizaje inicial y resultados perioperatorios de enucleación prostática con láser de holmium (HoLEP)

Hartmann Arnouts J.[1] | Salazar Campos V.[2] | Rivera Santos B.[1] | Ayala Castro C.[1] | Leyton Naranjo R.[1] | Berkowitz Fiebich L.[3]

[1]Servicio de Urología, Hospital Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile, Santiago, Chile; [3]Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile

Introducción: HoLEP es una técnica eficaz e independiente del tamaño prostático. Su adopción se ha visto limitada por tener una curva de aprendizaje exigente, sin una definición consensuada de competencia. El objetivo de este estudio es evaluar la curva de aprendizaje inicial de un cirujano en HoLEP y compararla con una cohorte institucional contemporánea.

Material y Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo, que incluyó pacientes consecutivos sometidos a HoLEP (diciembre 2023-enero 2026). La serie personal (48 casos) se comparó con una cohorte contemporánea de cirujanos experimentados (62 casos). Mediante regresión multivariada, segmentada y CUSUM se evaluó asociación entre número secuencial de casos y desempeño quirúrgico.

Resultados: La serie personal presentó mayor tiempo operatorio (127,5 vs 80 min; p<0,001) y menor eficiencia de enucleación (0,4 vs 0,7 g/min; p<0,001), sin diferencias en complicaciones (14,6% vs 19,4%; p=0,615). El número de casos se asoció independientemente con menor tiempo operatorio (p=0,041) y mayor eficiencia (B=0,007 g/min/caso; p<0,001). El punto de quiebre se situó en torno al caso 37 (p=0,018).

Conclusiones: La curva de aprendizaje de HoLEP se manifestó por mejoría progresiva de eficiencia de enucleación y reducción del tiempo quirúrgico, con quiebre cercano al caso 37 y seguridad comparable a los cirujanos experimentados, apoyando una implementación estructurada y mentorizada.

TI16

Tiempo para alcanzar el desempeño de resección y seguridad experimentado en HoLEP: Efecto de la exposición previa durante la residencia. Experiencia de 1 cirujano

Durán García L.[1] | Reyes Sanchez E.[2] | Durruty Bostelmann J.[3] | Lyon Errázuriz J.[4] | Salazar Campos V.[4] | Rivera Santos B.[5]

[1]Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [2]Urólogo, Hospital Dipreca - Clínica Indisa, Santiago, Chile; [3]Urólogo, Clínica Dávila, Santiago, Chile; [4]Residente de Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [5]Médico General, Pasante de Urología Residente de Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile

Introducción: La competencia en la enucleación prostática con láser holmium(HoLEP) se alcanza clásicamente entre 25 y los 50 casos, y la eficiencia de enucleación es la métrica que mejor refleja la progresión técnica. No está dimensionado el impacto en un urólogo formado en un centro con alto volumen. Cuantificamos cuántos casos necesitó un urólogo con exposición previa para alcanzar el desempeño de cirujanos expertos.

Material y Métodos: Análisis de 306 HoLEP consecutivos realizados entre 2021 y 2026 por tres cirujanos: dos urólogos que adoptaron la técnica de forma autodidacta y un urólogo con exposición a HoLEP durante su residencia. Se definió como expertos a 2 cirujanos que cumplían al menos 25 casos acumulados y se tomó su desempeño a partir del caso 26 como referencia. El desenlace principal fue la eficiencia de enucleación(gramos resecado/minuto); secundarios, el tiempo de enucleación, el peso resecado y las complicaciones precoces y tardías. Se determinó el primer caso en que la mediana de cinco cirugías consecutivas alcanzaba la referencia experta, se modeló la trayectoria individual mediante regresión lineal sobre el número acumulado de casos y se estratificó por volumen prostático(<80 y ≥80 cc).

Resultados: La referencia experta fue 0,91 g/min(RIC 0,59–1,34), 50min de enucleación (35–66) y 48gr resecados (28–68), sobre 235 cirugías. El urólogo con exposición previa alcanzó ese nivel en su cuarto caso. Partiendo de 0,66 g/min (RIC 0,49–0,71) en sus primeros cinco casos, llegó a 1,11(0,80–1,43) entre los casos 11 y 15. Su eficiencia global no difirió de la experta(0,71 vs 0,91gr/min;p=0,203) pese a incluir todo su tramo inicial, ni tampoco al ajustar por volumen prostático(p=0,287). Al estratificar, en próstatas ≥80cc el desempeño fue equivalente al experto (1,11 vs1,18 g/min; 94 %) y en <80 cc alcanzó el 82%(0,52vs0,64). Las complicaciones precoces fueron 9,5% frente a 28,3%(p=0,073) y las tardías 5,0 vs 14,2%(p=0,489).

Conclusiones: Un urólogo con exposición previa a HoLEP durante su residencia alcanzó la eficiencia de enucleación de cirujanos consolidados en cuatro casos. Esto demuestra el impacto de la exposición de la técnica en la residencia.

TI17

Resultados en HoLEP con resectoscopios miniaturizados y estándar: Experiencia de 5 años

Chacón R.[1] | Eltit I.[2] | Baeza C.[3] | Rojas I.[2] | Bustamante A.[1]

[1]Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; [2]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Clínica Dávila Recoleta, Santiago, Chile

Introducción

Antecedentes: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es el estándar de oro para el crecimiento prostático benigno (CPB). La miniaturización instrumental busca mitigar el trauma uretral por fricción mecánica y reducir la incontinencia urinaria postoperatoria.

Objetivo: Comparar la experiencia clínica, los resultados perioperatorios, funcionales y las complicaciones derivadas de la técnica HoLEP utilizando tres calibres de resectoscopio láser (22, 24 y 26 Fr).

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de una cohorte consecutiva (265 pacientes) estratificada exclusivamente por el calibre instrumental utilizado (21 pacientes con 22 Fr, 80 con 24 Fr, y 164 con 26 Fr). Se evaluaron los resultados funcionales y las complicaciones de la vía urinaria mediante un seguimiento cronológico protocolizado hasta los 12 meses.

Resultados: La miniaturización no afectó la eficiencia quirúrgica global. Postoperatoriamente, el menor calibre demostró un factor protector contra la estenosis uretral al año de seguimiento (0% de incidencia en 22 Fr, 1.3% en 24 Fr y 2.4% en 26 Fr; p=0.611). Asimismo, se observó una acelerada recuperación de la continencia esfinteriana a los 21 días en los grupos miniaturizados, reportando una Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) global de 4.8% en la cohorte de 22 Fr frente a un 16.4% en la de 26 Fr. Los parámetros funcionales de flujo máximo (Qmax), residuo postmiccional (RPM) y antígeno prostático específico (PSA) se mantuvieron óptimos y resultaron estrictamente comparables entre todos los grupos a los 12 meses.

Conclusiones: El abordaje miniaturizado Slim HoLEP (22 y 24 Fr) resultó seguro y altamente eficaz. Este refinamiento minimizó significativamente el trauma físico sobre la mucosa uretral y el esfínter externo, reduciendo la incidencia de estenosis y limitando la incontinencia transitoria temprana sin comprometer la radicalidad anatómica del procedimiento.

TI18

Enucleación prostática con láser de holmio versus tulio pulsado: Análisis comparativo de resultados funcionales a tres meses en una serie de cirujano único

Rojas Ossa V.[1] | Carrillo Lizama I.[2] | Fernández Wenzel J.[3] | Calderón Herschmann D.[2] | Rubio Lozano G.[4]

[1]Hospital Del Salvador - Clínica Dávila - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Del Salvador - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Clínica Dávila - Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica con láser es un tratamiento de referencia para la hiperplasia prostática benigna. El objetivo fue comparar los resultados perioperatorios y funcionales a tres meses de la enucleación prostática con láser de Holmio (Ho:YAG) frente a Tulio pulsado (p-Tm:YAG).

Material y Métodos: Serie retrospectiva de 78 pacientes intervenidos por un mismo cirujano principal (40 Ho:YAG, 38 p-Tm:YAG). Se compararon variables perioperatorias y funcionales a tres meses (flujo máximo [Qmax], urgencia, disuria e incontinencia). Las variables continuas se expresan como mediana (RIC) o media ± DE y las categóricas como frecuencia (%); los desenlaces funcionales se ajustaron por edad.

Resultados: Los grupos fueron comparables en volumen prostático (78 vs 76 g; p=0,586) y PSA (p=0,424); los pacientes Ho:YAG fueron mayores (75 vs 69 años; p<0,001). El grupo Ho:YAG presentó mayor tiempo de láser (26 vs 20 min; p<0,001). La estancia y la sonda fueron menores con Ho:YAG (1 vs 2 días), sin diferencias en complicaciones (17,5% vs 10,5%). La urgencia (44,7% vs 7,9%; p<0,001) y la disuria (31,6% vs 8,1%; p=0,024) fueron más frecuentes con Ho:YAG. Tras ajustar por edad, el p-Tm:YAG mantuvo menor probabilidad de urgencia (OR 0,08), disuria (OR 0,13) e incontinencia (OR 0,16), y un Qmax medio 11,0 mL/s superior (p=0,030).

Conclusiones: Ambas técnicas fueron seguras. El p-Tm:YAG se asoció a un mejor perfil sintomático y de flujo a tres meses, independiente de la edad; el Ho:YAG mostró menor estancia y duración de sonda.

TI19

Enucleación prostática con láser de holmio para el manejo de uropatía obstructiva baja en pacientes con cáncer de próstata: Factibilidad, seguridad y resultados funcionales

Guerrero S. P.[1] | Cornejo V.[2] | Rojas V.[3] | Manterola C.[4] | Campos S.[5] | Arenas B.[5] | Calderon D.[2]

[1]Hospital del Salvador - Clínica Santa María - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Hospital del Salvador - Clínica Dávila - Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Hospital del Salvador - Clínica Dávila, Santiago, Chile; [5]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) para el manejo de la uropatía obstructiva baja secundario a hiperplasia de la próstata (HPB) en pacientes con cáncer de próstata (CaP) cuenta con evidencia limitada. El objetivo fue evaluar la factibilidad, seguridad y resultados funcionales de HoLEP como tratamiento desobstructivo previo al manejo oncológico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con CaP sometidos a HoLEP entre enero de 2024 y junio de 2026 en un centro terciario. Se analizaron características clínicas e histopatológicas, resultados perioperatorios, complicaciones según Clavien-Dindo e incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, con una mediana de seguimiento de 3 meses. La mediana de edad fue 77 años (RIC 72-82), IPSS 20 (15-24,5), APE 17,84 ng/mL (6,64-41,07) y volumen prostático 61,5 cc (51,5-87,5). Según PET-PSMA, 48% presentó enfermedad localizada, 16% localmente avanzada y 36% metastásica. Las medianas de tiempo quirúrgico, enucleación y morcelación fueron 84, 46 y 10 minutos, respectivamente. No hubo incidentes en el intraoperatorio. La mediana de hospitalización fue 1 día y se reportó complicaciones en el 9%. La IOE fue de 21% el primer mes y 6% al tercero.

Conclusiones: Esta es la primera serie chilena en evaluar HoLEP en pacientes con CaP. Esta técnica se reportó como factible y segura, con resultados funcionales concordantes con lo descrito en pacientes con HPB. Si bien las limitaciones del estudio obligan a interpretar los resultados con cautela, HoLEP emerge como una alternativa en pacientes seleccionados con CaP y HPB.

TI20

Cáncer de próstata incidental posterior a HoLEP: Experiencia de un centro único

Barroso J.[1] | Osorio F.[1] | Bustamante A.[1] | Rojas I.[2] | Eltit I.[2]

[1]Clinica Alemana, Santiago, Chile; [2]Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Resumen

Antecedentes: El cáncer de próstata incidental (CaPi) continúa siendo un hallazgo histopatológico relevante posterior a cirugías desobstructivas prostáticas, pese a la evaluación preoperatoria sistemática destinada a descartar enfermedad maligna.

Objetivo: Determinar la incidencia de CaPi posterior a enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) en una cohorte chilena de centro único e identificar factores clínicos preoperatorios asociados a su detección.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes sometidos a HoLEP entre 2019 y 2024. Se excluyeron pacientes con antecedente de cáncer de próstata. Se analizaron variables demográficas, clínicas, urológicas e imagenológicas. Se realizaron comparaciones entre grupos, regresión logística binaria para identificar predictores independientes y análisis de discriminación mediante curva ROC.

Resultados: De 337 pacientes inicialmente identificados, seis fueron excluidos, conformando una cohorte final de 331 pacientes. Se diagnosticó CaPi en 23 casos (6,9%), de los cuales 12 (52,2%) correspondieron a enfermedad clínicamente significativa (ISUP ≥2). Los pacientes con CaPi presentaron mayor edad que aquellos con histología benigna (73,9 ± 8,9 vs. 66,9 ± 8,2 años; p=0,001). En el análisis univariado, la edad, el PSA preoperatorio, la densidad de PSA y la presencia de lesiones PIRADS ≥3 se asociaron con la detección de CaPi. En el análisis multivariado, la edad (OR 1,17; IC95% 1,06-1,30; p=0,002) y la presencia de lesiones PIRADS ≥3 (OR 5,30; IC95% 1,07-26,32; p=0,041) permanecieron como predictores independientes, mientras que la densidad de PSA mostró una tendencia hacia la significancia estadística (OR 1,13; IC95% 0,98-1,31; p=0,096). El modelo presentó una adecuada calibración (Hosmer-Lemeshow p=0,567) y buena capacidad discriminativa (AUC=0,828).

Conclusiones: El CaPi posterior a HoLEP fue infrecuente en esta cohorte; sin embargo, más de la mitad de los casos correspondieron a enfermedad clínicamente significativa. La edad y la presencia de lesiones PIRADS ≥3 fueron predictores independientes de CaPi, mientras que la densidad de PSA mostró una tendencia a la asociación. Un modelo basado en estas variables demostró buena capacidad discriminativa, lo que sugiere su potencial utilidad para optimizar la evaluación preoperatoria de pacientes candidatos a HoLEP.

Palabras Clave: HoLEP; hiperplasia prostática benigna; cáncer de próstata incidental; PSA; enucleación prostática; diagnóstico incidental.

INGRESO 4

TI21

La sonda foley también importa: Bupivacaína para la prevención de malestar vesical asociado a catéter después de prostatectomía radical

Robson Jofré J.[1] | Vilches Páez R.[2] | Kerkebe Lama M.[3] | Domínguez Argomedo R.[4] | Hassi Román M.[4] | Larenas Huguet F.[5] | Orellana Sepúlveda S.[4] | Fullá Ortiz J.[5] | Orellana Salinas N.[6] | Soto Cornejo G.[7] | Gurovich Herrera J.[1] | Díaz Bravo G.[5] | Piñats Díaz N.[4] | Ávila Díaz C.[1] | Alliende Page C.[1] | Menchaca Cruzat R.[1] | Parada Bahamondes F.[8] | Brusoni Costoya S.[1]

[1]Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [2]Clinica MEDS, Santiago, Chile; [3]Clínica MEDS, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [4]Hospital Félix Bulnes, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [5]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [6]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [7]Hospital El Carmen, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [8]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: El malestar vesical asociado a catéter (MVAC), es una entidad clínica relevante en la práctica clínica. Se ha abordado el problema en relación específicamente a la cirugía prostática, realizándose intervenciones con resultados variables y efectos adversos frecuentes. Nuestro objetivo es administrar bupivacaína en forma tópica al finalizar la prostatectomía radical minimamente invasiva para reducir el MVAC, evaluando además su seguridad.

Metodología: Estudio multicéntrico, prospectivo, intervencional, randomizado, doble ciego y controlado. Tras la randomización, el grupo intervención recibió de manera protocolizada 50 mg de bupivacaína intravesical (tópica) al finalizar la cirugía y el grupo control recibió placebo (suero fisiológico). Se evitaron las intervenciones anestésicas que pudiesen afectar los resultados. Se realizaron evaluaciones a las 1, 6 y 24 horas para evaluar MVAC, dolor (EVA) y toxicidad. El análisis estadístico se realizó estimándose medidas de efecto e IC 95%. Para el análisis longitudinal se utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas, considerando p <0,05.

Resultados: De 86 pacientes reclutados, 83 fueron sometidos a análisis; 2 excluidos por cumplir criterios de exclusión protocolizados y 1 por retiro de consentimiento. No se demostró reducción significativa de MVAC con bupivacaína en el análisis longitudinal (OR 0,82; IC95% 0,34-1,95; p=0,646) ni en dolor por EVA (p=0,487). Tampoco se observó toxicidad sistémica atribuible a bupivacaína. La incidencia precoz de MVAC en el grupo control fue de 23,7%, inferior a la utilizada para el cálculo de tamaño muestral (65%).

Conclusión: Este estudio no logró demostrar que la bupivacaína administrada de manera tópica pueda disminuir el MVAC.

Palabras Clave: Bupivacaína, Administración intravesical, Prostatectomía, Catéteres urinarios, Procedimientos quirúrgicos robóticos, Laparoscopía.

TI22

Divertículo uretral femenino complejo: planificación anatómica y resultados quirúrgicos

Baeza Figueroa C.[1] | Opazo Marquez V.[2] | Escobar Urriola S.[3] | Maldonado Schoijet I.[4] | Capetillo Fuentes M.[1]

[1]Clínica Dávila, Santiago, Chile; [2]Clínica Dávila, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile; [3]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [4]Clínica Dávila, Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo uretral femenino es una patología infrecuente y anatómicamente heterogénea. Las lesiones complejas plantean dificultades particulares de planificación y reconstrucción. El objetivo fue describir nuestra experiencia en el manejo de divertículos uretrales femeninos complejos, con énfasis en la anatomía preoperatoria, la estrategia quirúrgica y los resultados.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 13 pacientes operadas por un mismo equipo reconstructivo con una cirujana principal constante, entre 2018 y 2025, identificadas a partir de un registro de 39 mujeres intervenidas por lesiones parauretrales. La complejidad se definió por tamaño >3 cm, localización proximal, compromiso ≥50% de la circunferencia uretral, multiloculación o multiplicidad. Se analizaron hallazgos en resonancia magnética (RM), variables quirúrgicas, histología, complicaciones, continencia y recurrencia.

Resultados: Siete lesiones (53,8%) fueron completamente circunferenciales, seis presentaron localización proximal y tres fueron multiloculadas. Se realizó uretrorrafia en 10/13 pacientes (76,9%) y colgajo de Martius en 4/13 (30,8%). El estudio histológico mostró predominio del epitelio urotelial. Hubo tres complicaciones perioperatorias, predominantemente menores. Tres pacientes presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo preoperatoria; una recibió sling autólogo concomitante. Seis pacientes desarrollaron incontinencia de esfuerzos de novo y dos requirieron cirugía posterior por incontinencia. No se observaron recurrencias durante una mediana de seguimiento de 313 días.

Conclusiones: La anatomia preoperatoria condicionó los requerimientos reconstructivos. La RM permitió identificar elementos relevantes para la planificación quirúrgica y adaptar la reconstrucción a la extensión de la lesión y la calidad tisular.

TI23

Complicaciones asociadas al reservorio en la implantación de prótesis de pene inflables

Calvo N.[1] | Tapia A.[2] | Sola A.[2] | D'anna M.[2] | Peri L.[2] | Alcaraz A.[2] | Torremadé J.[2]

[1]Complejo Hospitalario San José, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínic, Barcelona, España

Introducción: La colocación del reservorio es uno de los pasos de mayor complejidad en la implantación de prótesis de pene inflables. Su ubicación clásica en el espacio de Retzius resulta desafiante tras cirugía pélvica o radioterapia, lo que ha motivado posiciones ectópicas. El objetivo fue describir las complicaciones del reservorio, su incidencia, factores asociados y manejo.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, unicéntrico. Se incluyeron 253 reservorios implantados entre enero de 2022 y noviembre de 2025. Se consignaron antecedentes, factores de riesgo, características del reservorio, complicaciones y manejo. Las asociaciones se evaluaron mediante pruebas exactas de Fisher y U de Mann-Whitney (p<0,05).

Resultados: La edad media fue 61,8 ± 8,4 años y el índice de masa corporal 27,9 ± 3,7 kg/m². El reservorio se ubicó en el espacio de Retzius en 70,4% y en posición ectópica en 29,6%. Con una observación mediana de 27,4 meses (RIC 13,5-36,3), no hubo complicaciones intraoperatorias. Se documentaron 10 complicaciones postoperatorias (3,95%): 4 herniaciones/migraciones, 2 protrusiones palpables/visibles, 2 protrusiones/compresiones vesicales, 1 dolor persistente y 1 infección. Siete se manejaron conservadoramente y 3 (1,2%) requirieron reintervención. El tratamiento anticoagulante/antiagregante o trastorno de la coagulación fue el único factor asociado (27,3% vs 2,9%; p=0,006). Ni la localización (p=1,000) ni el modelo (p=0,130) se asociaron a complicaciones.

Conclusiones: Las complicaciones del reservorio fueron infrecuentes y mayoritariamente de manejo conservador. Los antecedentes pélvicos no se asociaron a mayor riesgo, probablemente por el uso selectivo de posiciones ectópicas.

TI24

Automatización frente a microscopia manual en el laboratorio de andrología

Sobell R.[1] | Carrasco J.[2] | Palma C.[3]

[1]Hospital Clinico Universidad de Chile - Clinica CER - Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; [2]Androlab, Santiago, Chile; [3]Hospital Clinico Universidad de Chile - Clínica Las Condes - SG Fertility, Santiago, Chile

Introducción: El espermiograma es la piedra angular para evaluar la infertilidad masculina, pero su análisis requiere de personal muy entrenado solo disponible en centros de alto volumen. La introducción de métodos automatizados basados en inteligencia artificial promete estandarizar estos procesos.

Objetivo: Evaluar la concordancia de los espermiogramas realizados por el sistema automatizado LensHooke X1 PRO y el análisis manual con cámara de Neubauer.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de 99 muestras seminales analizadas simultáneamente por un biólogo experto con cámara de Neubauer y el sistema LensHooke X1 PRO. Se evaluaron concentración, motilidad progresiva y morfología según la 6ª edición de la OMS. Se utilizaron análisis de correlación de Spearman (ρ), ICC y Bland-Altman para evaluar la concordancia y precisión diagnóstica.

Resultados: La concentración espermática mostró correlación muy alta (ρ = 0.933, p < 0.001) e ICC excelente (0.905). Para astenozoospermia, el sistema presentó una sensibilidad del 100%. La morfología mostró la menor concordancia ρ = 0.412, ICC 0.418).

Conclusiones: El sistema es confiable para parámetros cuantitativos con sensibilidad perfecta en astenozoospermia. La morfología requiere supervisión experta debido a su baja correlación.

TI25

Estenosis de la arteria del injerto renal en pacientes trasplantados: Incidencia, factores de riesgo y evolución clinica posterior al tratamiento

Neyra Vallejos A. | Saez C. | Cancino C. | Urrea R. | Delgado E. | Peña G. | Adan F. | Vargas R. | Ruiz J. | Cuberos J.

Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile

Introducción: La estenosis de la arteria del injerto renal (EAR) es una complicación vascular frecuente tras el trasplante renal, que puede comprometer la función y la sobrevida del injerto. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia, los factores de riesgo, el manejo y la evolución clínica posterior al tratamiento de la EAR en pacientes trasplantados en nuestro centro.
Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes adultos trasplantados entre enero de 2018 y enero de 2023. Se recopiló la evolución de los pacientes diagnosticados de EAR mediante angiografía, con seguimiento mínimo de dos años. Se analizaron variables clínicas, hemodinámicas y de función renal. Se excluyeron pacientes con seguimiento inadecuado.
Resultados: 75 trasplantes renales con 8 casos de EAR, incidencia del 10,53%. El principal factor de riesgo fue la presencia de variantes anatómicas arteriales en el injerto (OR 10,84; p=0,038). La angioplastia logró un éxito del 100%, tanto en la función renal a los 3 meses como en la presión arterial a la semana.
Conclusiones: La incidencia de EAR fue comparable a la descrita en la literatura, y las variantes anatómicas del injerto se asociaron a un mayor riesgo de desarrollarla, aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela dado el reducido número de eventos. La angioplastia se confirma como el tratamiento de elección, con resultados favorables y sostenidos en el tiempo en la presión arterial y la función renal, pese a la falta de consenso en la literatura sobre la definición de éxito terapéutico.

TI26

Perfil clínico, manejo hospitalario y evolución del trauma renal en un hospital de urgencias: Estudio retrospectivo

Olivares V.[1] | Sepulveda M.[1] | Pfeifer J.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile; [2]Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: El trauma renal es la lesión genitourinaria más frecuente y su manejo evolucionó hacia la preservación renal, pero la evidencia chilena escasea. El objetivo fue describir el perfil clínico, manejo y evolución de adultos con trauma renal en un hospital de urgencias.
Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie consecutiva del Registro de trauma renal en un hospital de urgencias de alta complejidad, entre enero de 2024 y julio de 2025, en adultos con trauma renal confirmado por tomografía contrastada.
Resultados: Se incluyeron 36 pacientes; edad media 38,2 años (DE 16,7) y 77,8% hombres. El 75% fue trauma cerrado (48,1% accidente vehicular, 40,7% atropello) y el 25% penetrante (88,9% arma blanca). La distribución AAST fue I 22,2%, II 13,9%, III 33,3%, IV 22,2% y V 8,3%; el alto grado (IV-V) alcanzó 30,6%, concentrado en trauma cerrado (10 de 27) frente al penetrante (1 de 9). Predominaron fracturas extrapélvicas (66,7%) entre las lesiones asociadas. Se realizó laparotomía en 30,6%, mayoritariamente por lesiones asociadas, y nefrectomía en 4 pacientes (11,1%), solo en grados IV-V.
Conclusiones: El manejo orientado a la preservación renal fue factible y seguro: 88,9% conservó el riñón, y las complicaciones y mortalidad alcanzaron 5,6%, dependiendo esta última de la carga lesional y no del grado AAST. El trauma penetrante fue mayor a lo descrito en la literatura, pero de menor severidad. La baja utilización de la angioembolización y la falta de evaluación urológica en un tercio de los casos son oportunidades de mejora local.

TI27

Interconsultas urológicas de urgencia en un hospital público chileno: Manejo y resolución

Pfeifer Esparza J.[1] | Duran Garcia L.[2] | Henríquez Rissios J.[2]

[1]Hospital de Urgencia y Asistencia Pública - Universidad Finis Terra, Santiago, Chile; [2]Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: La urgencia urológica se resuelve mayoritariamente mediante interconsulta (IC) al especialista: el volumen, el perfil y el horario de esas solicitudes condicionan la organización de recursos humanos y quirúrgicos de una unidad de urología, pero su caracterización sistemática en el sistema público chileno es escasa. Nuestro objetivo es describir el perfil de los pacientes, el intervalo hasta la resolución, la proporción que requiere intervención quirúrgica y la distribución horaria de las IC.
Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal en un hospital público de urgencia, sobre las IC de pacientes de 15 años o más registradas en un instrumento electrónico institucional entre septiembre de 2023 y junio de 2026. Se analizaron datos demográficos, servicio de origen, motivo de interconsulta, necesidad de procedimiento quirúrgico, horario de la interconsulta y del procedimiento, e intervalo entre la solicitud y cada procedimiento.
Resultados: Se analizaron 3.104 IC. La mediana de edad fue 58 (RIC 39-71) años y el 67,0% correspondió a hombres. Los motivos más frecuentes fueron la infección urinaria (24,2%) y el cólico renal (23,9%), con distribución distinta entre sexos (p<0,001). El 23,7% requirió algún procedimiento urológico. La mediana entre la IC y el procedimiento fue de 1 (RIC 0-3) días. El 54,5% de las IC y el 46,1% de los procedimientos ocurrieron fuera de horario hábil, y la mediana de respuesta pasó de 2,4 horas en horario hábil a 28,2 horas en fin de semana o festivo (p<0,001).
Conclusiones: Una de cada cuatro IC requiere resolución instrumental, más de la mitad se genera fuera de horario hábil y el tiempo de evaluación especializada se cuadruplica el fin de semana, base local para la planificación de recursos.

TI28

Implementación temprana de un programa multidisciplinario de cirugía robótica en un hospital público chileno: Actividad operacional y resultado clínico-financiero en nefrectomía parcial y prostatectomía radical

Orellana S.[1] | Toloza H.[1] | Calderón D.[1] | Testa I.[1] | Escudero M.[2] | Rojas J.[1]

[1]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital Félix Búlnes, Santiago, Chile

Introducción: La incorporación de cirugía robótica en hospitales públicos es un desafío organizacional que requiere planificación institucional y coordinación multidisciplinaria, además de justificar su costo frente a los mecanismos de pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) del sistema público chileno. La evidencia sobre su implementación y su impacto clínico-financiero en hospitales públicos latinoamericanos es limitada.
Objetivo: Describir la implementación temprana de un programa multidisciplinario de cirugía robótica en un hospital público chileno mediante sus primeros 100 procedimientos consecutivos, y cuantificar el resultado clínico y financiero de urología, nefrectomía parcial (NP) y prostatectomía radical (PR).
Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los primeros 100 procedimientos robóticos consecutivos (25 de marzo-7 de julio de 2026). Se analizaron especialidad, procedimiento, proctoría y tiempos perioperatorios, comparando los primeros y últimos 25 procedimientos urológicos. Para NP y PR (60 casos) se utilizó el registro institucional de GRD, valorización y ajuste tecnológico caso a caso, contrastado contra el costo del contrato de insumos/equipamiento y los costos de cirugía y hospitalización, estimando el impacto sobre la estancia hospitalaria y la derivación externa GES.
Resultados: Se completaron 100 procedimientos en 105 días (~30/mes); Urología fue el principal componente (66%), seguida de cirugía hepatopancreatobiliar (16%), colorrectal (10%) y digestiva alta (8%). La prostatectomía radical fue el procedimiento más frecuente (53 casos; 80,3% urológico). El 93,9% se realizó sin proctoría; el docking se redujo de 8 a 5 min (p=0,014), sin diferencias en los demás tiempos ni sangrado. En el componente financiero (60 casos: 7 NP, 53 PR), el ingreso real fue $355.922.490 y el costo total $354.832.440, con un margen neto de $1.090.050 (0,32% del contrato, $343.000.000). La estancia mostró 198 días-cama evitados, y la derivación GES cayó 82,4%, evitando $177.032.326.
Conclusión: La implementación de un programa multidisciplinario de cirugía robótica en un hospital público chileno fue operacionalmente factible, con actividad sostenida y autonomía temprana. El valor del programa reside principalmente en el aumento de la producción quirúrgica y en una reducción de la derivación externa, lo que se traduce en un ahorro financiero al sistema de salud.

ORALES 3

O25

Tumor volume ratio: Un nuevo biomarcador de resonancia para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo en biopsia transperineal por fusión

Rodríguez-carlin A.[1] | Quiroz M.[1] | Rojas C.[1] | Orvieto G.[1] | Guerra J.[1] | Herquiñigo D.[2] | Eltit I.[1]

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

Introducción: La resonancia magnética multiparamétrica caracteriza las lesiones prostáticas mediante PI-RADS, pero no incorpora rutinariamente la proporción de la glándula ocupada por la lesión. El tumor volume ratio (TVR), relación entre volumen tumoral y volumen prostático, podría aportar una medida volumétrica complementaria de riesgo. Su utilidad clínica y un posible umbral discriminativo continúan poco definidos. Nuestro objetivo fue evaluar el valor del TVR para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) e identificar un umbral asociado con mayor probabilidad de detección en biopsia transperineal por fusión.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de procedimientos con lesiones PI-RADS 3-5. Se calculo retrospectivamente el volumen de la lesión índice mediante fórmula elipsoidal y el TVR dividiendo ese volumen por el volumen prostático en RM. CPCS se definió como ISUP ≥2. La discriminación se evaluó mediante ROC; el umbral se obtuvo con índice de Youden y se realizó regresión logística ajustada por edad, PI-RADS y densidad de PSA.

Resultados: Se incluyeron 176 biospias con imagen de fusión disponible. Se detectó CPCS en 93/176 biopsias (52,8%). Los pacientes con CPCS presentaron mayor volumen tumoral (1,04 vs 0,66 cm^3; p=0,002), menor volumen prostático (45 vs 55 cc; p=0,044) y mayor TVR (0,021 vs 0,011; p<0,001). El AUC del TVR continuo fue 0,675 (IC95% 0,594–0,755). Un TVR ≥0,0143 identificó CPCS en 67,0% frente a 36,6% bajo ese umbral (p<0,001), con sensibilidad de 67,7% y especificidad de 62,7%. Tras ajustar por edad, PI-RADS y densidad de PSA, el TVR ≥0,0143 mantuvo asociación independiente con CPCS (OR 2,24; IC95% 1,07–4,67; p=0,031). El modelo combinado alcanzó AUC 0,788 (IC95% 0,719–0,849).

Conclusiones: El TVR identificó un grupo con mayor probabilidad de CPCS y mantuvo asociación independiente tras ajustar por variables clínicas y radiológicas establecidas. Puede constituir un biomarcador volumétrico simple para complementar la estratificación de riesgo en pacientes con RM positiva. El umbral propuesto requiere validación independiente antes de su incorporación clínica.

O26

Volumen tumoral derivado de inteligencia artificial en resonancia multiparamétrica de próstata: Validación y aplicaciones multimodales para predicción de invasión ganglionar y extensión extracapsular. resultados preliminares

Quiñones C. | Aliaga A. | Orvieto M. | Souper R. | Otaola H. | Pinochet R. | Chong G. | Labra A.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El volumen tumoral es un factor pronóstico relevante en cáncer de próstata, asociado a extensión extracapsular (ECE), invasión ganglionar (pN+) y recurrencia. La inteligencia artificial (IA) aplicada a la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) permite una cuantificación objetiva del volumen tumoral.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a prostatectomía radical entre 2021-2026 con RMmp preoperatoria; un subgrupo contó con PET-PSMA y linfadenectomía pélvica. El volumen tumoral se calculó mediante segmentación automática por IA (mdprostate©) y se comparó con el volumen patológico de pieza quirúrgica mediante correlación de Pearson y Spearman y análisis de Bland-Altman. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariable para predecir invasión ganglionar (densidad tumoral + SUVmax, versus nomograma de Briganti) y ECE (ECE por RM + densidad tumoral + SUVmax, versus RMmp sola), evaluados mediante AUC.

Resultados: Se analizaron 188 pacientes. El volumen tumoral por IA se correlacionó significativamente con el volumen patológico(r=0,67; ρ=0,65; p<0,001), con subestimación sistemática (sesgo -2,55 mL). En el subgrupo elegible (n=108), la densidad tumoral fue predictor independiente de invasión ganglionar (OR 1,17; p=0,001), con un modelo multimodal de AUC 0,756 (IC95% 0,645-0,860) versus 0,723 de Briganti (IC95% 0,598-0,835), sin diferencia significativa. Para ECE (n=135), el modelo multimodal superó a la RMmp sola (AUC 0,844 [IC95% 0,770-0,907] versus 0,756 [IC95% 0,683-0,826]), reduciendo los falsos negativos de 34,5% a 27,6%.

Conclusiones: El volumen tumoral derivado de IA es un biomarcador cuantitativo reproducible correlacionado con la anatomía patológica de manera significativa, pese a subestimarla sistemáticamente. Su integración multimodal con PET-CT PSMA mejora la predicción de ECE; su aporte a la predicción de invasión ganglionar frente a Briganti no tuvo diferencias. Este enfoque multimodal podría facilitar una toma de decisiones quirúrgicas más precisa e individualizada.

O27

Resonancia magnética versus PET PSMA. ¿Cuál aporta mayor precisión en la evaluación local del cáncer de próstata?

Mendoza M. E. | Mejías M. A. | Volosky M. | Márquez C. R. | Hohf R. P. | Marió G. C. | Herníquez G. P. | Muñoz H. S. | Saldaña A. | Riesle P. | Biancardi K. S.

Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La etapificación local del cáncer de próstata (CaP), basada en la clasificación TNM, es un punto clave para decidir el tratamiento. Históricamente, la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) ha sido el estándar para esta, con sensibilidad moderada y especificidad elevada. Por otro lado, en el último tiempo, el PET PSMA ha ganado terreno en la detección de enfermedad ganglionar y metastásica, con evidencia variable respecto a su desempeño a nivel local.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de la RMmp y PET PSMA en la etapificación local del CaP, tomando como referencia la biopsia de la pieza quirúrgica de prostatectomía radical.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, de cohortes, con comparación pareada. Se incluyeron pacientes con CaP de riesgo intermedio o alto según EAU 2026, sometidos a prostatectomía radical con intención curativa entre 2021-2026, con estudio previo con RMmp y PET con un máximo 6 meses de antigüedad al momento de la cirugía. Se analizaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, y exactitud diagnóstica para extensión extraprostática (EEP) e invasión de vesículas seminales (IVS), y se compararon los datos de ambos exámenes con prueba de McNemar. Además, se evaluó la asociación entre grupo de riesgo EAU y EEP. Debemos considerar que, en nuestro centro, ante imágenes sospechosas IVS, la indicación suele ser radioterapia.

Resultados: De un total de 31 pacientes, hubo 11 (35.5%) con EEP confirmada. La RMmp tuvo sensibilidad de 36.4% y especificidad de 90.0%, versus 18.% y 95.0% del PET PSMA, sin diferencia significativa (p=1.00). En cuanto a IVS, ambos exámenes tuvieron un VPN de 83.9%. Por otro lado, tuvimos 0% de pacientes de riesgo intermedio favorable con EEP, mientras que en el grupo de alto riesgo fue el 45.5% (p=0.05), lo que muestra una asociación entre mayor grupo de riesgo y EEP.

Conclusiones: Ambos exámenes tuvieron baja sensibilidad y alta especificidad en la detección de EEP, sin diferencia estadísticamente significativa. PET PSMA podría eventualmente usarse como herramienta para descartar IVS, pero se requieren estudios más robustos para tomar dicha conducta. De momento se debe mantener la RMmp como estudio basal.

O28

Más allá del PI-RADS: Predictores clínico-radiológicos de cáncer de próstata clínicamente significativo en 669 biopsias transperineales por fusión

Eltit I.[1] | Garcés Barros I.[1] | Tirado Barker D.[1] | Vidal I.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: En pacientes con resonancia magnética (RM) positiva, PI-RADS constituye el principal estimador radiológico de riesgo, pero dentro de una misma categoría persiste heterogeneidad en la probabilidad de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS). El objetivo fue identificar predictores prebiopsia de CPCS y cuantificar el aporte incremental de variables clínicas simples sobre PI-RADS.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión RM-ecografía en pacientes sin biopsia previa y con lesiones PI-RADS 3-5. CPCS se definió como ISUP ≥2 en la biopsia combinada. Se evaluaron edad, densidad de PSA (PSAD), tacto rectal sospechoso y PI-RADS mediante regresión logística. Se construyeron modelos secuenciales (PI-RADS; +PSAD; +edad; +tacto) y su discriminación se evaluó mediante área bajo la curva ROC (AUC); el IC95% del modelo completo se estimó mediante bootstrap.

Resultados: Se incluyeron 669 biopsias. Se detectó CPCS en 322/669 biopsias (48,1%): 17,0% en PI-RADS 3, 45,3% en PI-RADS 4 y 78,1% en PI-RADS 5. En el modelo multivariable (n=667), PI-RADS 4 (OR 4,37; IC95% 2,42-7,89), PI-RADS 5 (OR 9,23; IC95% 4,61-18,46), PSAD por +0,10 ng/mL/cc (OR 2,21; IC95% 1,74-2,81), edad por +10 años (OR 2,06; IC95% 1,61-2,62) y tacto sospechoso (OR 1,85; IC95% 1,11-3,07) fueron predictores independientes. El AUC aumentó de 0,695 con PI-RADS aislado a 0,788 al agregar PSAD, 0,816 al incorporar edad y 0,818 con el modelo completo (IC95% 0,786–0,851). En PI-RADS 4, la detección de CPCS varió de 30,2% con PSAD <0,10 a 69,8% con PSAD ≥0,15.

Conclusiones: PI-RADS concentra una parte importante de la información predictiva, pero no define por sí solo el riesgo individual de CPCS. En modelos secuenciales, la PSAD aportó la mayor ganancia de discriminación y la edad agregó información adicional; el tacto rectal mantuvo una asociación independiente de menor magnitud. Integrar variables simples disponibles antes de la biopsia permite una estratificación clínicamente más precisa.

O29

Curva de aprendizaje en biopsia prostática transperineal por fusión: Experiencia de 669 biopsias consecutivas por un único cirujano

Eltit I.[1] | Juri D.[1] | Roman F.[1] | Campos D.[1] | Cid A.[1] | Tirado D.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: La biopsia prostática transperineal por fusión RM-ecografía se ha consolidado como técnica diagnóstica, pero pocos estudios han caracterizado objetivamente cómo evoluciona su eficiencia durante la implementación y si esa optimización puede lograrse sin comprometer resultados oncológicos. El objetivo fue caracterizar la curva de aprendizaje mediante LOESS, CUSUM y CUSUM ajustado por riesgo, evaluando simultáneamente eficiencia y detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS).

Material y Métodos: Se analizaron biopsias transperineales por fusión en pacientes sin biopsia previa con lesiones PI-RADS 3-5, realizadas por un único cirujano. Los procedimientos se ordenaron cronológicamente y se dividieron en cinco quintiles de experiencia. Se compararon tiempo operatorio, cores totales, complicaciones y detección de cáncer. La evolución se caracterizó mediante LOESS y CUSUM; un CUSUM ajustado por riesgo, basado en regresión logística con edad, PSA, PI-RADS y volumen prostático, evaluó el rendimiento oncológico.

Resultados: 669 biopsias cumplían el criterio de inclusión. La mediana de tiempo operatorio disminuyó de 23 [20-28] a 13 [12-14] minutos entre el primer y último quintil (p<0,001); El numero de cores totales descendieron de 35 [29-35] a 22 [19-25] (p<0,001). LOESS y CUSUM mostraron optimización progresiva, con máximos CUSUM aproximadamente en los casos 316 para tiempo y 262 para cores. La detección de CPCS permaneció estable entre quintiles (45,5%, 44,0%, 48,5%, 55,2% y 47,4%; p=0,405), al igual que la detección global de cáncer (p=0,075). El CUSUM ajustado no mostró peor detección a menor tiempo. Edad, PSA, PI-RADS y volumen prostático fueron predictores independientes de CPCS; No así el número de casos acumulados. (OR 1,001; p=0,288).

Conclusiones: La experiencia produjo una optimización del procedimiento, con menor tiempo y menos cores, sin deterioro de la detección de CPCS. La curva de aprendizaje de esta técnica se expresó principalmente como ganancia de eficiencia, mientras el rendimiento oncológico se mantuvo estable.

O30

Fusión elástica versus rígida en biopsia prostática transperineal: Comparación de eficiencia y rendimiento diagnóstico en una serie de un único cirujano

Rodríguez-carlin A.[1] | Mogollon J.[1] | Mardones J.[1] | Vidal M.[1] | Rojas C.[1] | Herquiñigo D.[2] | Eltit I.[1]

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

Introducción: Las plataformas de fusión RM-ecografía emplean registro rígido o elástico para guiar la biopsia prostática. Aunque el registro elástico busca compensar la deformación glandular, no está establecido si esa mayor complejidad tecnológica se traduce en mejor eficiencia o mayor detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS).

Objetivo: Comparar eficiencia procedimental y rendimiento diagnóstico de una plataforma rígida BK-3000® y una plataforma elástica Koelis® en biopsias transperineales realizadas por un único cirujano.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión con lesiones PI-RADS 3-5, comparando las plataformas BK-3000® y Koelis®. Se analizaron características clínicas y de RM, tiempo operatorio, número de cores y detección dirigida, sistemática y combinada. CPCS se definió como ISUP ≥2. Se realizó regresión logística ajustada por edad, PI-RADS, densidad de PSA y experiencia acumulada.

Resultados: Se incluyeron 533 biopsias en pacientes sin biopsia previa: 409 con BK-3000® y 124 con Koelis®. Los grupos fueron similares en edad, PSA, densidad de PSA, volumen y PI-RADS; las lesiones anterior/apicales fueron más frecuentes con Koelis® (56,9% vs 37,0%; p<0,001). Koelis® presentó mayor tiempo operatorio, 18 [16-20] versus 14 [13-15] minutos, y más cores, 28 [23-29] versus 23 [21-27] (ambos p<0,001). La detección global de CPCS fue 43,5% con Koelis® y 50,6% con BK-3000® (p=0,168). En el análisis multivariable, la plataforma no se asoció independientemente con CPCS (Koelis® vs BK-3000®: OR 0,87; IC95% 0,44-1,73; p=0,695). Edad, PI-RADS y densidad de PSA fueron predictores independientes, no así la plataforma o experiencia del cirujano.

Conclusiones: La fusión elástica requirió más tiempo y más cores sin demostrar una ventaja en detección de CPCS. Tras ajustar por riesgo clínico-radiológico y experiencia, la plataforma no fue un predictor independiente. En esta serie de un único cirujano, la complejidad adicional del registro elástico no se tradujo en un beneficio diagnóstico demostrable.

O31

Biopsia prostática por fusión rm-microultrasonido: 2 años de experiencia

Schaub Cantin A.[1] | Sanhueza J.[1] | Rodriguez M.[1] | Marchant F.[2] | Ledezma R.[2] | Acevedo C.[2] | Olmedo T.[2]

[1]Residente Urología Universidad de Chile- HCUCH, Santiago, Chile; [2]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La biopsia prostática con Microultrasonido (MicroUS) permite identificar áreas sospechosas en vivo mediante la clasificación PRIMUS y puede complementar la información aportada por la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp). Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento de la biopsia prostática por fusión RM-MicroUS, la concordancia entre PIRADS y PRIMUS y los factores asociados a cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs; ISUP ≥2), con especial énfasis en lesiones PIRADS 3.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, Unicentro. 221 biopsias por fusión RM-MicroUS entre Junio 2024 y Agosto 2026. Se analizaron características clínicas, PSA, densidad de PSA (PSAD), volumen prostático, tacto rectal, PIRADS, PRIMUS y resultado histológico. Se definió CaPcs como ISUP ≥2. Se evaluó la correlación PIRADS-PRIMUS mediante Spearman y concordancia con kappa ponderado. Se calcularon curvas ROC y AUC para predicción de CaPcs y se realizaron regresiones logísticas uni y multivariadas. En lesiones PIRADS 3 se efectuó además análisis por lesión utilizando el ISUP específico de cada target.

Resultados: Se evaluaron 221 procedimientos; 150/221 (67,9%) presentaron cáncer y 129/221 (58,4%) CaPcs. PIRADS y PRIMUS mostraron correlación significativa (ρ=0,694; p<0,001), con concordancia exacta de 64,3% y kappa ponderado de 0,53. Las tasas de CaPcs aumentaron según PIRADS 3, 4 y 5 (30,0%, 54,3% y 71,1%) y PRIMUS 3, 4 y 5 (39,1%, 57,9% y 73,1%). La AUC de PRIMUS fue 0,647 y la de PIRADS 0,627, sin diferencia significativa. En análisis multivariado, PSAD fue el único predictor independiente de CaPcs (OR 1,50; p=0,02). En 27 lesiones PIRADS 3 evaluables, 7 (25,9%) presentaron CaPcs. PRIMUS ≥4 mostró 36,4% de CaPcs versus 18,8% con PRIMUS ≤3. PSAD presentó la mayor discriminación en este subgrupo (AUC 0,819) ; con PSAD ≥0,15 la tasa de CaPcs fue 55,6% versus 15,4% con PSAD <0,15, sin lograr significancia estadística (p= 0,074).

Conclusiones: PRIMUS mostró correlación y capacidad discriminativa comparable a PIRADS. La PSAD fue el predictor independiente más importante de CaPcs. La integración de MicroUS con variables clínicas podría eventualmente contribuir a una mejor estratificación de riesgo en pacientes seleccionados; sin embargo requiere validación en cohortes más amplias antes de establecer su utilidad clínica.

O32

¿Es necesario el muestreo contralateral? Análisis sectorial en biopsia transperineal de lesiones unilaterales por resonancia magnética

Eltit I.[1] | Mogollón J.[1] | Rivas Achard M.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

[1]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, CL; [2]Unidad de Radiología, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, CL

Introducción: En pacientes con una lesión unilateral visible en RM, la extensión óptima del componente sistemático sigue en discusión. Limitar el muestreo al target y al hemilóbulo ipsilateral reduciría cores, pero podría perder enfermedad contralateral. El objetivo fue cuantificar el aporte del muestreo contralateral mediante un registro sectorial transperineal A1-A6, distinguiendo bilateralidad de cáncer clínicamente significativo (CPCS) verdaderamente incremental.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión RM-ecografía. Se incluyeron procedimientos con lesión unilateral PI-RADS 3-5, mapeo A1-A6 completo y lateralidad evaluable. Se definió cáncer contralateral como al menos un sector positivo opuesto al target. El desenlace clínico principal fue CPCS que habría quedado sin detectar por la biopsia dirigida y el muestreo sistemático ipsilateral.

Resultados: De 805 biopsias de la serie, 194 cumplieron los criterios de inclusión. La sistemática mostró cáncer en 118/194 procedimientos (60,8%). Hubo compromiso ipsilateral en 104/194 (53,6%) y contralateral en 57/194 (29,4%). Cuarenta y tres (22,2%) tuvieron compromiso bilateral y en 14/194 (7,2%) el lado contralateral fue el único hemilóbulo sistemático positivo; 4/194 (2,1%) presentaron ISUP sistemático ≥2 en ese escenario. Al exigir además biopsia dirigida e ipsilateral negativas, 9/194 (4,6%) cánceres dependieron realmente del muestreo contralateral y solo 1/194 (0,5%) correspondió a CPCS. La frecuencia de cáncer contralateral fue 16,0%, 30,7% y 34,5% en PI-RADS 3, 4 y 5 (p=0,267).

Conclusiones: El cáncer contralateral fue frecuente y aportó información sobre bilateralidad, pero su rendimiento verdaderamente incremental para CPCS fue muy bajo: solo 1/194 procedimientos habría quedado sin diagnóstico de CPCS al omitir ese lado. Estos datos justifican evaluar prospectivamente estrategias selectivas de reducción de cores, preservando el valor del muestreo contralateral para el mapeo de la enfermedad.

O33

Cuando la biopsia dirigida y la sistemática discrepan en el grado: Valor de la biopsia sistemática en lesiones de bajo volumen

Eltit I.[1] | Orellana A.[1] | Mogollón J.[1] | Guerra J.[1] | Campos D.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez A.[1]

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

Introducción y Objetivo: La biopsia dirigida por RM concentra el muestreo sobre la lesión índice, pero el Grade Group obtenido puede diferir del observado en los cores sistemáticos, especialmente en targets pequeños o heterogéneos. La biopsia sistemática podría aportar no solo detección adicional, sino también información histológica complementaria. El objetivo fue evaluar la concordancia de ISUP entre ambas técnicas e identificar escenarios en que la sistemática asigna un grado mayor.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales combinadas por fusión RM-ecografía. Se incluyeron procedimientos PI-RADS 3-5 con ISUP evaluable en sistemática y dirigida; el análisis de concordancia se restringió a aquellos con cáncer detectado por al menos un componente. Se calculó kappa ponderado. En el subgrupo con tres diámetros ortogonales se estimó volumen tumoral y se definió bajo volumen como <0,6 cm^3.

Resultados: De 764 procedimientos incluidos, 480 presentaron cáncer en al menos un componente y conformaron el análisis de concordancia. Ambas técnicas asignaron el mismo ISUP en 373 (77,7%), la sistemática un ISUP mayor en 67 (14,0%) y la dirigida en 40 (8,3%); kappa ponderado=0,74. En PI-RADS 3, 28,3% presentó ISUP mayor en sistemática frente a 2,2% en dirigida; en PI-RADS 4, 16,0% versus 9,3%, y en PI-RADS 5, 5,9% versus 8,5%. En 127 cánceres con volumen reconstruible, un volumen <0,6 cm^3 se asoció con mayor probabilidad de ISUP superior en la sistemática: 30,8% (12/39) versus 8,0% (7/88); OR 5,14 (IC95% 1,84-14,39; p=0,002). Estos casos presentaron menor volumen tumoral mediano (0,44 vs 1,06 cm^3; p<0,001) y menor TVR (0,0068 vs 0,0216; p<0,001).

Conclusiones: La sistemática asignó un Grade Group mayor en 14% de los cánceres, especialmente en lesiones PI-RADS 3 y de bajo volumen. Aunque la concordancia global fue alta, omitirla podría perder información de mayor grado en un subgrupo clínicamente identificable. Estos hallazgos respaldan un uso selectivo de la biopsia sistemática según las características de la lesión, más que su eliminación indiscriminada.

ORALES 4

O34

Evaluación del rendimiento de la calculadora identify para la detección de cáncer urotelial en pacientes estudiados por hematuria: Primera experiencia latinoamericana en una cohorte chilena

Calvo I. | Gatica A. | Rojas I. | Ramirez G. | Vergara G.

Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La hematuria constituye uno de los principales motivos de derivación al urólogo y puede ser la manifestación inicial de un cáncer urotelial, aunque la mayoría de los pacientes no presenta enfermedad maligna. La estratificación del riesgo puede optimizar la indicación de estudios diagnósticos invasivos. La calculadora IDENTIFY fue desarrollada para este propósito; sin embargo, su rendimiento no ha sido evaluado en población latinoamericana. El objetivo es evaluar el rendimiento diagnóstico de la calculadora IDENTIFY para la detección de cáncer urotelial en una cohorte chilena de pacientes con hematuria.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con hematuria sometidos a cistoscopia diagnóstica en un hospital de alta complejidad. Se excluyeron pacientes con antecedentes de cáncer urotelial, cáncer renal, cáncer prostático y metástasis vesicales. El desenlace primario fue el diagnóstico histológico de cáncer urotelial. El riesgo se estimó mediante la calculadora IDENTIFY, clasificando a los pacientes según las categorías originales del modelo. Se evaluó la capacidad discriminativa mediante área bajo la curva ROC (AUC) y el rendimiento diagnóstico para los puntos de corte ≥5% y ≥20%.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, con una mediana de edad de 69,5 años (RIC 60-78); el 68,0% fueron hombres y el 77,7% presentó hematuria macroscópica. Se diagnosticó cáncer urotelial en 30 pacientes (20,0%). El 58,0% fue clasificado como de alto riesgo según IDENTIFY. La frecuencia de cáncer aumentó significativamente entre las categorías de riesgo (0% en bajo riesgo, 9,5% en riesgo intermedio y 29,9% en alto riesgo; p<0,001). El modelo presentó una AUC de 0,735 (IC95%: 0,633-0,832). Con un punto de corte ≥5%, la sensibilidad y el valor predictivo negativo fueron del 100%; con un punto de corte ≥20%, la sensibilidad fue de 86,7% y la especificidad de 50,0%.

Conclusiones: Este corresponde, hasta donde conocemos, al primer estudio latinoamericano que evalúa el rendimiento de la calculadora IDENTIFY. El modelo demostró una capacidad discriminativa clínicamente útil y una adecuada estratificación del riesgo de cáncer urotelial. Ningún paciente con riesgo estimado inferior al 5% presentó cáncer urotelial. Estos hallazgos respaldan la realización de una validación externa prospectiva y multicéntrica en población latinoamericana.

O35

¿Existe un subgrupo de tumores ta de alto grado de riesgo intermedio? Comparación de desenlaces según las clasificaciones AUA/SUO y EAU

Rojas Castiglione I.[1] | Aliaga A.[1] | Eltit I.[1] | Ramírez G.[1] | Westenenk K.[1] | Reinecke N.[1] | Contreras J.[2] | Schultz M.[2] | Pinochet R.[1] | Fernández M.[1]

[1]Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [2]Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: La estratificación de riesgo del cáncer de vejiga no músculo-invasor (CVNMI) difiere entre las guías, particularmente respecto de los tumores Ta de alto grado (TaAG). Las clasificaciones AUA/SUO y EAU permiten categorizar determinados TaAG como riesgo intermedio (RI), mientras que el International Bladder Cancer Group restringe esta categoría a tumores de bajo grado. Evaluamos si los desenlaces de los TaAG clasificados como RI difieren de aquellos clasificados como riesgo alto (RA).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados por CVNMI TaAG entre 2017 y 2025, reclasificados según criterios AUA/SUO 2024 y EAU 2026. El desenlace primario fue la supervivencia libre de recurrencia de alto grado (SLR-AG). Los desenlaces secundarios fueron recurrencia de alto grado y progresión tumoral. Las proporciones se compararon mediante prueba exacta de Fisher y SLR-AG mediante Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: Se incluyeron 53 casos, la mediana de seguimiento fue 40,9 meses (RIC 15,8-68,3). AUA/SUO clasificó 24 (45,3%) y 29 (54,7%) como RI y RA, respectivamente. EAU categorizó 33 (62,3%) y 20 (37,7%) como RI y RA respectivamente. Diez pacientes (18,9%) presentaron recurrencia de alto grado. Según AUA/SUO, ello ocurrió en el 20,8 y 17,2% de RI y RA respectivamente (p=1,00) mientras que según EAU ocurrió en 15,2 y 25,0%, respectivamente (p=0,47). Hubo progresión tumoral en 3 casos (5,7%). Según AUA/SUO, ello ocurrió en el 4,2 y 6,9% de RI y RA, respectivamente (p=1,00), mientras que según EAU se registró en el 3,0 y 10,0%, respectivamente (p=0,55). No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la SLR-AG de tumores TaAG clasificados como RI vs. RA, tanto para AUA/SUO como EAU (log-rank p=0,56 y 0,49, respectivamente).

Conclusiones: En esta cohorte de tumores TaAG, las clasificaciones AUA/SUO y EAU no identificaron subgrupos con diferencias significativas en recurrencia de alto grado o progresión. Estos hallazgos cuestionan la existencia de un subgrupo de TaAG con mejor pronóstico y son concordantes con la clasificación propuesta por el IBCG, que considera todos los tumores de alto grado como alto riesgo. No obstante, estos resultados deben interpretarse como exploratorios debido al tamaño muestral y al reducido número de eventos.

O36

Tiempo de exposición a gemcitabina intravesical postoperatoria inmediata en cáncer de vejiga no músculo invasor: Impacto en recurrencia

Ramírez Rocha G. | Rojas Castiglione I. | Reinecke Clark N. | Eltit Soler I. | Westenenk Smith K. | Aliaga De La Fuente A. | Catalán Ancic G. | Pinochet Fuenzalida R. | Fernández Arancibia M.

Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: La instilación intravesical inmediata de quimioterapia tras la resección transuretral de tumor vesical (RTU-V) reduce el riesgo de recurrencia en cáncer vesical no músculo-invasor (CVNMI). La gemcitabina es una alternativa eficaz y tolerada, con beneficio demostrado tras la resección. Las guías clínicas recomiendan mantenerla entre una y dos horas en la vejiga; sin embargo, el tiempo óptimo de exposición no está definido. Estudios sugieren que la captación tisular varía con la duración, pero se desconoce si un mayor tiempo de exposición (TE) mejora el control oncológico. Esto cobra importancia ante la variabilidad en tolerancia intravesical, siendo frecuente la necesidad de vaciar precozmente ante sintomatología irritativa. El objetivo fue evaluar el TE en nuestra serie y correlacionarlo con recurrencia tumoral.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte de RTU-V realizadas en un centro de referencia. Luego del análisis descriptivo, se comparó recurrencia mediante modelos GEE agrupados por paciente y supervivencia libre de recurrencia (RFS) mediante Kaplan-Meier. El modelo multivariable se ajustó por edad, sexo, multifocalidad, tamaño tumoral, anatomía patológica y tratamiento intravesical adyuvante. El análisis de sensibilidad consideró solo la primera RTU-V elegible por paciente.

Resultados: Se analizaron 149 pacientes con 257 RTU-V. 179 contaban con anatomía patológica tumoral y TE a quimioterapia intravesical inmediata conocido (1h en caso de molestias irritativas vesicales vs. el estándar institucional de 2h), correspondientes a 136 pacientes. Se identificaron 62 RTU-V con TE de 1h y 117 de 2h. La recurrencia fue 35,5 y 35%, respectivamente (RR 1,04; IC95% 0,71-1,51; p=0,84). Tras ajuste multivariable, el TE no se asoció con mayor recurrencia (RR ajustado 0,93; IC95% 0,54-1,61; p=0,80). La RFS a 24 meses fue 69,8 y 67%, sin diferencias entre ambas (p=0,85). Finalmente, el análisis de sensibilidad fue concordante: recurrencia 34,9 vs 35,5% (RR 0,98; IC95% 0,60-1,61; p=0,95).

Conclusiones: En nuestra cohorte, un menor TE a instilación inmediata con gemcitabina no se asoció con mayor recurrencia ni menor RFS en CVNMI. Estos hallazgos apoyan individualizar el tiempo de permanencia cuando la tolerancia limita el tratamiento. Su validación prospectiva permitirá optimizar eficacia oncológica y tolerabilidad.

O37

Toxicidad y tolerancia de las cepas Moscow-I y danish 1331 de BCG intravesical en cáncer vesical no músculo invasor: Análisis interino de un ensayo aleatorizado de no inferioridad

Bravo J.[1] | Larrañaga M.[1] | Lay R.[2] | Ruiz S.[1] | Parrao D.[1] | Guerrero R.[2] | Villalobos V.[1]

[1]Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile; [2]Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) intravesical es el tratamiento adyuvante estándar del cáncer vesical no músculo invasor (CVNMI) de riesgo intermedio y alto. La evidencia proviene mayoritariamente de Danish 1331, pero el abastecimiento público chileno incorporó Moscow-I sin estudios prospectivos comparativos de toxicidad. El objetivo fue comparar toxicidad, tolerancia y suspensión de tratamiento entre ambas cepas. Se reportan los resultados del primer análisis interino de seguridad.

Material y Métodos: Ensayo prospectivo, aleatorizado 1:1, abierto, estratificado por centro y riesgo, en CVNMI Ta o T1 de riesgo intermedio o alto, con dosis completa (120 mg), esquema SWOG. Desenlace primario: reducción de dosis y/o descontinuación por toxicidad, con margen de no inferioridad de 10%. Los eventos adversos se registraron en cada instilación (leve, moderado o severo). La inferencia principal fue un test de permutación exacto por paciente (48.620 asignaciones), complementado con intervalos score de Miettinen-Nurminen, regresión GEE con errores estándar robustos corregidos y un modelo bayesiano jerárquico.

Resultados: Entre mayo de 2025 y julio de 2026 se aleatorizaron 18 pacientes (9 por brazo), con 112 instilaciones (61 Moscow-I, 51 Danish 1331). Los brazos fueron comparables en edad (mediana 73 versus 74 años) y categoría de riesgo. Hubo eventos adversos en 37,7% de las instilaciones con Moscow-I y 19,6% con Danish 1331 (diferencia +18,1 puntos porcentuales; p = 0,443). Los eventos moderados o severos (4 versus 0), sistémicos (3 versus 0) y la única descontinuación por toxicidad ocurrieron solo con Moscow-I. La diferencia en descontinuación fue +11,1% (IC95% −22,0 a +44,5), muy por encima del margen preestablecido. El modelo bayesiano estimó un odds ratio de 1,75 (ICr95% 0,08 a 29,7), con 64% de probabilidad posterior de mayor toxicidad con Moscow-I. Se registró una recurrencia (Danish 1331) y ninguna progresión ni muerte; seguimiento mediano 180 días.

Conclusiones: La señal de toxicidad favorece consistentemente a Danish 1331 en todas las métricas, pero ninguna alcanza significación y la no inferioridad no es evaluable con el tamaño actual. Alcanzar el tamaño planificado exige participación multicéntrica efectiva.

O38

Modelo multimodal de inteligencia artificial basado en tomografía computarizada para la predicción de invasión muscular en cáncer de vejiga: Capacidad discriminativa comparable a la resonancia magnética

Bravo J.[1] | Larrañaga M.[1] | Lay R.[2] | Ruiz S.[1] | Guerreo R.[2] | Parrao D.[1] | Villalobos V.[1]

[1]Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile; [2]Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: La diferenciación preoperatoria entre cáncer de vejiga no músculo-invasor (NMIBC) y músculo-invasor (MIBC) determina la indicación de cistectomía radical. on la RTU, la resonancia magnética (RM) es el estándar para la estadificación de profundidad, pero su disponibilidad en el sistema público chileno es limitada. La tomografía computarizada (TC), de uso rutinario, es insuficiente en la evaluación visual de la invasión muscular. El objetivo fue desarrollar un modelo de aprendizaje profundo que integre imágenes de TC preoperatoria y variables clínicas para predecir invasión muscular y comparar su capacidad discriminativa con la de la RM.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo en un hospital público regional. Se incluyeron pacientes adultos con carcinoma urotelial de vejiga, TC preoperatoria e histopatología definitiva (RTU o cistectomía) como estándar de referencia. Se construyeron tres modelos: (1) Random Forest con ocho variables clínico-radiológicas; (2) red neuronal convolucional VGG16 preentrenada con ajuste fino sobre recortes de TC; y (3) modelo multimodal que fusiona ambas ramas. Se evaluaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y AUC en conjuntos de prueba independientes. El AUC del modelo multimodal se comparó mediante test de DeLong con el AUC de referencia de la RM multiparamétrica (0,87).

Resultados: Se analizaron 60 pacientes y 889 imágenes de TC (134 en el conjunto de prueba). El modelo clínico mostró especificidad de 100% pero sensibilidad de solo 25,0%; el modelo de imágenes, sensibilidad de 56,6% y especificidad de 85,3%. El modelo multimodal obtuvo el mejor desempeño: exactitud 76,9%, sensibilidad 73,6%, especificidad 79,0%, valor predictivo positivo 69,6% y valor predictivo negativo 82,1%. Su AUC fue 0,874 (IC 95%: 0,808–0,940), sin diferencia significativa respecto a la RM de referencia (Z = 0,11; p = 0,91), confirmando una capacidad discriminativa equivalente.

Conclusiones: La integración multimodal de imágenes de TC y variables clínicas mejoró la detección de invasión muscular y alcanzó una capacidad discriminativa estadísticamente comparable a la RM multiparamétrica. Esta prueba de concepto respalda a la inteligencia artificial aplicada a la TC como alternativa accesible para la estadificación local del cáncer de vejiga en el sistema público. La validación externa multicéntrica permitirá consolidar estos resultados.

O39

Huella molecular del arsénico en el cáncer de vejiga: Caracterización genómica y transcriptómica

Fernández M.[1] | Valdebenito P.[2] | Alfaro K.[3] | Marcelain K.[4] | Blanco A.[5] | Abazúa L.[5] | Westenenk K.[6] | Mino B.[7] | Aguilar P.[3] | Maya A.[8] | Bustamante A.[6] | Schultz M.[7] | Eltit I.[6] | Armisen R.[5] | Kim W.[9] | Milowsky M.[10] | Damrauer J.[10] | Fernandez M.[11]

[1]ICIM, Clinica Alemana Universidad del Desarrollo., Santiago, Chile; [2]Urología, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile; [3]Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta., Antofagasta, Chile; [4]Departamento de Oncología Básico Clínico. Facultad de Medicina, Universidad de Chile., Santiago, Chile; [5]ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [6]Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [7]Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [8]Urología, Hospital Regional de Antofagasta., Antofagasta, Chile; [9]Department of Medicine, Division of Oncology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC; Lineberger Comprehensive Cancer Center, Chapel Hill, NC., North Carolina, Estados Unidos; [10]Department of Medicine, Division of Oncology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC; Lineberger Comprehensive Cancer Center, Chapel Hill, NC, North Carolina, Estados Unidos; [11]Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo., Santiago, Chile

Introducción: La exposición a arsénico causa daño y mutaciones en el ADN, pudiendo afectar también la transcripción genética. Aunque la epidemiología vincula su exposición con mayor riesgo de cáncer de vejiga (CV), no está claro si induce mutaciones específicas en CV o variaciones a nivel de ARN que contribuyan a su desarrollo. En Chile, la población de Antofagasta estuvo expuesta significativamente a arsénico en el agua potable hasta 1971. En este estudio comparamos el impacto de esta exposición en perfiles mutacionales y transcripcionales de pacientes con CV provenientes de Antofagasta (expuestos) y Santiago (no expuestos).

Material y Métodos: Se reclutaron 65 pacientes de Antofagasta y 31 pacientes de Santiago. Las muestras tumorales fueron obtenidas de cirugías vesicales y evaluadas por un único uropatólogo especializado. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes fueron registrados en REDCap. Las variables continuas se analizaron con la prueba U de Mann-Whitney y las categóricas con x2 de Pearson o prueba exacta de Fisher. Mediante secuenciación de exoma completo identificamos genes drivers, frecuencia alélica, carga y firma mutacional. Mediante secuenciación de transcriptoma (RNA-Seq), clasificamos los tumores según UROMOL 2021, Lund, UNC y Consensus. Aplicando GSEA, identificamos alteraciones genómicas, subtipos moleculares y vías biológicas asociadas con exposición a arsénico.

Resultados: Nuestros datos muestran mayor agresividad tumoral en pacientes expuestos, presentando mayor tamaño tumoral, mayor frecuencia de enfermedad músculo invasora, mayor invasión linfovascular y menor sobrevida libre de recurrencia. Además, mostraron un mayor número de mutaciones relacionadas con mayor agresividad tumoral (TP53 y KMT2D), junto con sustituciones de bases distintas (T>C, C>A). El perfil transcriptómico reveló que los tumores expuestos están enriquecidos en subtipos moleculares agresivos de alto riesgo, con expresión génica basal y escamosa, transición epitelio-mesenquimal, detección metabólica y un microambiente inflamado inmunológicamente activo. Por otro lado, los tumores no expuestos exhibieron mayor frecuencia de alteraciones de bajo riesgo (FGFR3, KMT2C y ARID1A) y un perfil clínico relacionado con menor agresividad.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el arsénico, en línea con su comportamiento clínico, impulsa la progresión tumoral induciendo fenotipos moleculares vinculados a enfermedad de perfil agresivo, activación inmune e inferior pronóstico clínico.

O40

Más allá de la cirugía: Implementación de un protocolo multidisciplinario eras en cistectomía radical

Rojas Ruz P. | Vera Varela G. | Fuentes Espinoza A. | Barrera Cisternas D. | Arenas Kalil J.

Complejo Asistencial Dr Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical (CR) constituye una de las cirugías de mayor complejidad en urología oncológica y requiere coordinación multidisciplinaria durante el período perioperatorio. Los protocolos Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) proponen una vía clínica estructurada que integra preparación preoperatoria, optimización del paciente y medidas destinadas a acelerar su recuperación. Su implementación requiere adaptar la evidencia a la realidad y recursos de cada institución. El objetivo fue describir el diseño e implementación de un protocolo ERAS multidisciplinario para pacientes sometidos a CR.

Material y Métodos: Se diseñó e implementó desde 2024 un protocolo ERAS especifico para CR mediante trabajo coordinado entre urología, anestesiología, enfermería, nutrición y kinesiología. Se estructuró una vía clínica que abarca desde la preparación preoperatoria hasta el alta, estableciendo intervenciones y objetivos diarios estandarizados de recuperación.

Resultados: Desde 2024, 26 pacientes fueron incorporados al protocolo. La vía preoperatoria incluyó evaluación nutricional y anestésica, prehabilitación kinésica, educación por enfermería y marcación de la ostomía. El manejo postoperatorio incorporó analgesia multimodal con minimización de opioides, tromboprofilaxis, rehabilitación respiratoria, movilización y alimentación precoces, manejo protocolizado de fluidos y retiro programado de dispositivos. Previo al alta se reforzó la educación y autocuidado de la ostomia, se realizó reevaluación nutricional y se establecieron indicaciones de movilización, tromboprofilaxis extendida y seguimiento ambulatorio. La implementación permitió establecer una vía asistencial coordinada entre cinco disciplinas desde el período preoperatorio hasta el seguimiento posterior al alta.

Conclusiones: La implementación de un protocolo ERAS multidisciplinario permitió estructurar una vía asistencial estandarizada para pacientes sometidos a CR, integrando intervenciones desde la prehabilitación hasta el alta y seguimiento ambulatorio. Esta experiencia demuestra la factibilidad de implementar un modelo ERAS adaptado a la realidad local y establece una base para la evaluación prospectiva de adherencia, resultados clínicos y mejora continua.

O41

Rendimiento del TAC de tórax en tumores renales T1a: Prevalencia de hallazgos sospechosos de metástasis

De Oliveira A.[1] | Luz D.[2] | Domínguez R.[3] | Orellana S.[2] | Eltit I.[2] | Kerkebe M.[4] | Orellana N.[1] | Hassi M.[3]

[1]Hospital Dipreca, Santiago, Chile; [2]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Hospital Dipreca y Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [4]Hospital Dipreca y Clinica MEDS, Santiago, Chile

Introducción: La incidencia descrita de metástasis pulmonares en tumores renales cT1a (≤4 cm) es inferior al 1%, por lo que la utilidad del TAC de tórax durante la etapificación es controvertida. Su realización puede incrementar los costos, generar hallazgos incidentales y retrasar el tratamiento definitivo. El objetivo fue determinar la prevalencia de lesiones torácicas radiológicamente sospechosas de metástasis y evaluar su relevancia clínica en pacientes con tumores renales T1a.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y bicéntrico. Se revisaron registros de la base de datos UroData entre enero de 2015 y junio de 2026. Se incluyeron pacientes con tumores renales T1a, independientemente del manejo: nefrectomía radical o parcial, vigilancia, tratamiento no quirúrgico o pendiente. Se excluyeron lesiones benignas, tumores múltiples con alguna lesión >4 cm y registros inválidos o con etapificación insuficiente. Se evaluaron las imágenes torácicas pretratamiento y de seguimiento, registrando las lesiones descritas radiológicamente como sospechosas de metástasis.

Resultados: Se revisaron 210 pacientes. La cohorte incluyó 174 (82,9%) con tumores renales T1a; 17 (8,1%) no tenían cáncer renal, 13 (6,2%) presentaban tumores múltiples con al menos uno >4 cm y 6 (2,9%) fueron excluidos por registro inválido o etapificación insuficiente. De los 174 incluidos, 164 (94,3%) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y 10 (5,7%) recibieron manejo no quirúrgico o tenían tratamiento pendiente. Un total de 133 (76,4%) tenía TAC de tórax pretratamiento, sin lesiones torácicas sospechosas de metástasis (0/133; 0%), mientras que 41 (23,6%) no lo tenía. De estos 41, 18 (43,9%) realizaron TAC torácico a una mediana de 4 meses post tratamiento y ninguno presentó lesiones sospechosas.

Conclusiones: En pacientes con tumores renales T1a, no se identificaron lesiones torácicas sospechosas de metástasis durante la etapificación inicial y tampoco entre quienes no tenían TAC torácico pretratamiento y posteriormente fueron evaluados a corto plazo. Estos resultados sugieren un bajo rendimiento del TAC de tórax rutinario en tumores renales pequeños y respaldan su indicación selectiva según características tumorales y factores clínicos de mayor riesgo.

O42

Abordaje retroperitoneal versus transperitoneal en tumores renales posteriores sometidos a nefrectomía parcial robótica: Análisis ajustado mediante overlap weighting

Quiñones C. | Aliaga A. | Orvieto M. | Souper R. | Otaola H. | Krebs A. | Lyng R. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El abordaje retroperitoneal en nefrectomía parcial robótica (NPR) proporciona acceso directo al hilio renal y puede facilitar el tratamiento de tumores posteriores. Sin embargo, la evidencia comparativa con el abordaje transperitoneal en esta localización es limitada. Evaluamos la asociación entre la vía de acceso y los resultados perioperatorios, funcionales y patológicos en pacientes con tumores renales posteriores.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con tumores renales posteriores sometidos a NPR. Se compararon tiempo operatorio, isquemia, sangrado, complicaciones postoperatorias, márgenes y función renal aproximadamente a seis meses (creatinina sérica). Se utilizaron modelos multivariables y overlap weighting basado en propensity score. El balance se evaluó mediante diferencias de medias estandarizadas.

Resultados: Se analizaron 278 pacientes: 224 operados por vía transperitoneal y 54 por vía retroperitoneal. Los grupos presentaron edad, tamaño tumoral, creatinina basal y RENAL score similares. Los tumores tratados por vía retroperitoneal cruzaban con mayor frecuencia una línea polar (38,9% versus 23,7%; p=0,027) y mostraron una mayor proporción de alta complejidad (16,7% versus 8,5%; p=0,066). En el análisis crudo, el tiempo operatorio fue 132,5 versus 150minutos, la isquemia 17 versus 16minutos y el sangrado 100mL en ambos grupos para los abordajes retroperitoneal y transperitoneal, respectivamente. No se observaron diferencias en complicaciones postoperatorias(7,4% versus 9,8%), Clavien-Dindo ≥III (5,6% versus 3,6%) ni márgenes positivos(9,8% versus 12,6%). Después del overlap weighting se obtuvo adecuado balance basal(diferencias estandarizadas <0,10). El abordaje retroperitoneal no se asoció significativamente con tiempo operatorio(diferencia −9,5 min; IC95% −23,4 a 4,3), isquemia(+1,28 min; IC95% −1,72 a 4,27), sangrado(−82,0 mL; IC95% −182,6 a 18,6), complicaciones postoperatorias(OR 0,69; IC95% 0,22-2,14), márgenes positivos (OR 0,83; IC95% 0,29-2,33) ni función renal a seis meses (+0,014 mg/dL de creatinina; IC95% −0,096 a 0,124).

Conclusiones: En pacientes con tumores renales posteriores, el abordaje retroperitoneal no se asoció con peores resultados perioperatorios, funcionales ni patológicos. Sin mayor morbilidad, conversión, deterioro renal ni márgenes positivos, demostrando ser una técnica segura y eficaz. Se observó un menor tiempo operatorio en este abordaje sin alcanzar significancia estadística, posiblemente atribuible a curva de aprendizaje al ser primeros 50 casos realizados en nuestro centro.

ORALES 5

O43

Cinco décadas de trasplante renal de donante vivo en Chile: Evolución histórica, cambios durante la pandemia y recuperación reciente

Alfaro A. | Borgna V. | Castillo J. | Corvalán J. | Benchimol J. | Zamora D. | Alarcón L.

Hospital Barros Luco Trudeau, Equipo de Trasplante Renal, Santiago, Chile

Introducción: El trasplante renal de donante vivo (DV) permite ampliar la disponibilidad de órganos. En Chile, su contribución ha variado a lo largo del desarrollo del programa nacional. El objetivo fue caracterizar su evolución histórica y analizar los cambios recientes antes, durante y después del período pandémico.

Material y Métodos: Estudio ecológico retrospectivo de series temporales nacionales utilizando datos del Registro Nacional de Trasplante del Instituto de Salud Pública de Chile y del Registro de Diálisis de la Sociedad Chilena de Nefrología. Se describieron las tasas de trasplante renal por millón de habitantes (PMP) según tipo de donante entre 1975–2024. Para 2018–2024 se analizaron anualmente trasplantes de DV, donante fallecido (DF) y población prevalente en hemodiálisis crónica (HDC). Se calcularon la proporción de DV respecto del total renal y la razón de DV por 1.000 pacientes HDC. Se definieron los períodos prepandémico (2018–2019), pandémico (2020–2021) y de recuperación (2022–2024). Las proporciones DV/DF se compararon mediante χ^2 global, con contraste preespecificado prepandemia versus recuperación.

Resultados: La tasa de DV aumentó de 0,3 PMP en 1975 a 8,8 PMP en 1985; desde 1991 el DF mostró predominio sostenido. Entre 2018–2024 se realizaron 548 trasplantes DV y 1.800 DF. Los DV disminuyeron de 105 en 2018 a 23 en 2020 y aumentaron a 109 en 2024. Su participación en el total renal fue 33,1%, 9,7% y 25,1%, respectivamente. Agrupada por períodos, fue 28,9% prepandemia, 15,2% durante pandemia y 23,2% durante recuperación (p<0,001); recuperación permaneció inferior a prepandemia (p=0,005). La razón DV/1.000 HDC fue 4,71 en 2018, 0,98 en 2020 y 4,22 en 2024, mientras la población HDC aumentó de 22.310 a 25.841.

Conclusiones: El trasplante renal de DV presentó una marcada contracción durante la pandemia y recuperación posterior. En 2024 recuperó el volumen absoluto prepandémico, pero no su participación relativa en la actividad nacional ni su razón respecto de la creciente población en HDC. Estos resultados evidencian una recuperación relativa incompleta y espacio para fortalecer las estrategias nacionales de donación viva.

O44

Supervivencia del injerto renal: Comparación entre el criterio expandido y el KDRI en una cohorte chilena

Carrillo I.[1] | Herrera R.[2] | Orellana D.[3] | Márquez I.[1] | Santis J.[1] | Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Gambi G.[1] | Rojas V.[1] | Calderón D.[1] | Rubio G.[1] | Toloza H.[1] | Puelma F.[1] | Morales C.[1] | Manterola C.[1]

[1]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El Kidney Donor Risk Index (KDRI) estima el riesgo de pérdida del injerto de forma continua, a diferencia de la clasificación dicotómica estándar/expandido. Aunque ha sido validado, su discriminación es moderada y su desempeño en Chile no está caracterizado. Evaluamos su asociación con la supervivencia global y censurada por muerte del injerto, comparando su discriminación con la clasificación histórica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 94 trasplantes renales de donantes fallecidos realizados entre 2019–2021, con seguimiento hasta 60 meses. Se empleó la clasificación del Instituto de Salud Pública de Chile y el KDRI no escalado, calculado con los coeficientes de Organ Procurement & Transplantation Network (OPTN) 2024. Los antecedentes desconocidos (<1%) se imputaron probabilísticamente según recomendaciones OPTN. El desenlace principal fue pérdida global del injerto: retorno a diálisis o muerte con injerto funcionante. El secundario censuró estas muertes. Se utilizaron Kaplan–Meier, log-rank, Cox univariable e índice C de Harrell, con IC95%.

Resultados: Hubo 57 donantes estándar y 37 expandidos. El KDRI mediano fue 1,411 (RIC: 1,111–1,534), mayor en expandidos que estándar: 1,536 (RIC: 1,443–1,801) frente a 1,179 (RIC: 0,989–1,425); p<0,001. Se registraron 29 pérdidas globales: 15 renales y 14 muertes con función. La supervivencia global a cinco años fue 69,1% (IC95%: 58,7–77,4): 73,7% en estándar y 62,2% en expandido (p=0,226; HR 1,567; IC95%: 0,756–3,247). Cada aumento de 0,1 puntos del KDRI se asoció con pérdida global (HR 1,146; IC95%: 1,043–1,259; p=0,0048). Su índice C fue 0,669 frente a 0,557 para la clasificación histórica; diferencia 0,112 (IC95%: 0,025–0,200). La supervivencia censurada por muerte a cinco años fue 83,2% (IC95%: 73,7–89,5), sin diferencias entre grupos (p=0,476). El KDRI se asoció con pérdida renal (HR por 0,1 puntos: 1,193; IC95%: 1,048–1,357; p=0,0076) y presentó mayor discriminación: C=0,691 frente a 0,552; diferencia 0,139 (IC95%: 0,023–0,273).

Conclusiones: El KDRI se asoció con ambos desenlaces y discriminó mejor que la clasificación estándar/expandida, aportando información pronóstica al ser una caracterización continua del riesgo. El tamaño muestral y el limitado número de eventos impiden establecer su utilidad independiente. Se requiere validación en cohortes chilenas mayores.

O45

El paciente trasplantado renal en urología: Carga infecciosa y resistencia bajo inmunosupresión

Gárate S.[1] | Foneron A.[2] | Acosta L.[3] | Foneron A.[2] | Oyanedel F.[2] | Toledo H.[2] | Flores F.[2] | Cuevas P.[1] | De La Fuente M.[1] | Wagner T.[1] | Steuer A.[1] | Grandi D.[1] | Ebel L.[2]

[1]Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile; [3]Hospital de Los Ángeles, Los Ángeles, Chile

Introducción: El receptor de trasplante renal combina inmunosupresión, instrumentación de la vía urinaria y profilaxis prolongada con cotrimoxazol: el terreno perfecto para seleccionar resistencia. Su magnitud local no había sido medida.

Material y Métodos: 110 receptores de trasplante renal confirmados en la cohorte urológica del centro. Resistencia comparada a nivel de aislado (folio único) entre urocultivos de trasplantados y del resto de la cohorte.

Resultados: Terapia inmunosupresora documentada: tacrolimus 88%, micofenolato 89%, prednisona 94%; donante fallecido 85%; diálisis previa 79%; rechazo mencionado en 22%. En E. coli urinaria, el trasplantado duplica o triplica la resistencia del resto: ceftriaxona 39% vs 15% (p=0,002), cotrimoxazol 53% vs 23% (p<0,001), y el estado BLEE alcanza 48% vs 19% (p<0,0001); ciprofloxacino ya es inútil en ambos (41% vs 37%) y solo amikacina (6%) y nitrofurantoína (3%) conservan actividad. En los 61 con fecha de injerto (233 pacientes-año de seguimiento): 0,41 urocultivos positivos por paciente-año, ITU con consulta de urgencia u hospitalización 0,18 por paciente-año (28% con al menos una), litiasis sintomática 5%.

Conclusiones: La mitad de los aislados del trasplantado es BLEE: la ceftriaxona empírica —estándar en ITU febril— fracasaría en 4 de cada 10, y el cotrimoxazol profiláctico convive con 53% de resistencia. El esquema empírico del trasplantado con ITU febril debe discutirse con PROA aparte del resto (amikacina o carbapenémico según gravedad).

O46

Vigilancia activa versus tratamiento adyuvante en seminoma testicular estadio I: Estudio comparativo retrospectivo en un hospital terciario

Llano J.[1] | Poblete R.[2] | Narváez P.[1] | Blackburn S.[1] | Saldivia D.[1] | Díaz G.[1]

[1]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [2]Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: El seminoma testicular estadio I presenta una supervivencia cercana al 100% en una población joven y con larga expectativa de vida, por lo que el desafío contemporáneo no es solo curar, sino evitar sobretratamiento y toxicidad tardía sin comprometer la seguridad oncológica. La vigilancia activa permite evitar tratamientos adyuvantes innecesarios, aunque exige una adecuada adherencia a controles. El objetivo fue comparar características clínico-patológicas, seguimiento y resultados oncológicos de pacientes manejados mediante vigilancia activa o tratamiento adyuvante.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de pacientes con seminoma testicular estadio I diagnosticados y controlados entre 2016 y 2023 en un centro terciario. Se incluyeron 42 pacientes, divididos según conducta posterior a la orquiectomía en tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia (n=20) y vigilancia activa (n=22). Se compararon variables demográficas, tamaño tumoral, invasión de rete testis, número de controles, tomografías y marcadores tumorales, duración y pérdida de seguimiento y recurrencia. Se consideró estadísticamente significativo p<0,05.

Resultados: La edad media fue 38,5 años en el grupo tratado y 38,1 años en vigilancia (p=0,76). No se observaron diferencias significativas en invasión de rete testis (56% versus 43%; p=0,205), tamaño tumoral medio (5,39 versus 5,52 cm; p=0,87) ni tumores >4 cm (65% versus 61,9%; p=0,83). Tampoco hubo diferencias en número de controles (p=0,57), tomografías (p=0,39) o marcadores tumorales (p=0,96). La mediana de seguimiento fue 21,5 meses en tratamiento y 30,5 meses en vigilancia (p=0,66). Se registraron dos recurrencias (10%) en el grupo tratado y ninguna en vigilancia, sin diferencia estadísticamente significativa. La pérdida de seguimiento fue elevada en ambos grupos (65% versus 54%; p=0,49).

Conclusiones: En esta cohorte, la vigilancia activa mostró excelentes resultados oncológicos, sin registrarse recurrencias durante el período analizado. La ausencia de diferencias significativas en factores histológicos clásicos entre grupos refuerza que la selección de manejo no depende exclusivamente de ellos. La elevada pérdida de seguimiento, independientemente de la estrategia terapéutica, emerge como uno de los principales desafíos del manejo. La seguridad de la vigilancia debe entenderse como un binomio entre adecuada selección del paciente y capacidad institucional para asegurar adherencia y continuidad del seguimiento oncológico.

O47

Acceso y oportunidad de la criopreservación espermática en pacientes con cáncer testicular en Chile

Cornejo V.[1] | Arenas B.[2] | Campos S.[2] | Carrillo I.[1] | Santis J.[1] | Vivallo N.[1] | Gambi G.[1] | Márquez I.[1] | Calderón D.[1] | Sarmiento V.[1]

[1]Hospital Del Salvador/Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer testicular es la neoplasia sólida más frecuente en hombres jóvenes y presenta elevada curación, por lo que preservar la calidad de vida y la función reproductiva constituye un objetivo relevante. La orquiectomía y los tratamientos oncológicos pueden comprometer la fertilidad, haciendo de la criopreservación espermática una estrategia fundamental. Sin embargo, persisten brechas de acceso. Nuestro centro no dispone de banco de semen propio, por lo que requiere derivación al extrasistema.

Objetivo: Determinar la tasa y oportunidad de criopreservación espermática en pacientes con cáncer testicular en un hospital público de Santiago entre 2022 y 2026, y describir consejería, derivación, barreras y resultados reproductivos.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en adultos con tumores testiculares germinales sometidos a orquiectomía radical. Se revisaron fichas clínicas y se aplicó una encuesta telefónica sobre características oncológicas, tratamiento, consejería, derivación, criopreservación y resultados reproductivos.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes, con mediana de edad al diagnóstico de 33 años (RIC 27–41). El 60% presentó seminoma puro; el 62% recibió quimioterapia y 13,2% fue sometido a linfadenectomía retroperitoneal. El 51,6% recibió información sobre afectación de la fertilidad y 40,7% sobre criopreservación. La principal fuente fue el urólogo (47,7%); ningún paciente identificó a un especialista en medicina reproductiva y solo 32,3% consideró suficiente la información. La derivación alcanzó 19%, asistiendo 83% de los derivados. El 16% criopreservó: 20% antes de la orquiectomía y 80% posteriormente, antes del tratamiento sistémico. El procedimiento inicial tuvo cobertura de salud, aunque algunos pacientes debieron financiar el almacenamiento posterior, considerándolo relevante para continuar la conservación. La principal barrera fue no recibir información (42,1%); 47,4% habría criopreservado con información y acceso oportuno. El 100% consideró necesaria la consejería universal. Posteriormente, 10% intentó tener hijos y 5% reportó embarazos; ninguno utilizó las muestras.

Conclusiones: La tasa de criopreservación fue baja, con brechas en consejería, derivación y acceso. La ausencia de banco de semen propio es una barrera que dificulta este proceso. Se requiere consejería universal y derivación sistemática y oportuna, incorporando la preservación de la fertilidad al cuidado integral del paciente con cáncer testicular.

O48

Brechas público-privadas en torsión testicular: Análisis comparativo de tiempos críticos y salvataje testicular

Arrué K.[1] | Rodríguez M.[2] | Aranda C.[3] | Bittner M.[3] | Líbano L.[1] | Umanzor P.[1] | Dueñas L.[1] | Walbaum J.[1] | Vicherat C.[4] | Menchaca R.[4] | Astroza G.[1] | Brusoni S.[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Urología, Santiago, Chile; [2]Hospital El Carmen de Maipú, Departamento de Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Santiago, Chile; [4]Hospital El Carmen de Maipú, Departamento de Urología, Santiago, Chile

Introducción: La torsión testicular es una emergencia urológica tiempo-dependiente. La coexistencia de distintos modelos de gestión en Chile podría condicionar variaciones en los tiempos de respuesta y resultados clínicos.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico (2015-2025) que evaluó pacientes con sospecha clínica de torsión testicular. Se analizaron variables demográficas, flujos asistenciales (triage, tiempo de síntomas al ingreso, tiempo a primera atención y tiempo ingreso-cirugía), ecografía Doppler, resolución quirúrgica y seguimiento. El análisis incluyó Chi-cuadrado, test exacto de Fisher, U de Mann-Whitney y un modelo de regresión logística para orquiectomía ajustado por tiempo de síntomas, tiempo ingreso-cirugía y centro.

Resultados: Se incluyeron 122 casos (90% del total evaluado). La edad mediana fué de 20 años en el centro privado vs. 21 años en el público. El tiempo de síntomas al ingreso fue de 5.0 h (RIC 3-24) en el centro privado y 10.0 h (RIC 4-48) en el público (p=0.113). El centro privado mostró menor tiempo a primera atención, 0.5 h vs. 1.6 h (p<0.001), mayor uso de ecografía Doppler (97.4% vs. 75.0%; p<0.001) y menor tiempo ingreso-cirugía (3.5 vs. 8.6 h; p<0.001). La tasa de orquiectomía fue mayor en el hospital público (44.2% vs. 22.1%; p=0.013). En la regresión logística, cada hora adicional de síntomas se asoció a un 3.3% más de probabilidad de orquiectomía (OR=1.033; IC95% 1.014-1.052; p=0.0008), manteniendo su significancia tras ajustar por centro. El tiempo ingreso-cirugía y el centro no fueron predictores independientes significativos. El seguimiento ecográfico postoperatorio fue más frecuente en el centro privado (26.0% vs. 4.5%; p=0.003). No hubo diferencias en días de hospitalización, ni complicaciones.

Conclusiones: Existen diferencias significativas en los procesos asistenciales e imágenes entre centros. Sin embargo, el tiempo de evolución de los síntomas —y no el centro, ni el tiempo ingreso-cirugía— es el determinante independiente más relevante del riesgo de orquiectomía, subrayando la importancia de la consulta precoz.

O49

Disfunción eréctil en hombres menores de 40 años: Estudio etiológico y propuesta de un algoritmo de manejo clínico

Marconi M. | Libano L. | Dueñas L. | Arrue K. | Veas M. | Eyzaguirre M. | Sifri A.

Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La Disfunción Eréctil (DE) como motivo de consulta en hombres menores de 40 años representa un desafío diagnóstico. Habiendo descartado causas graves y evidentes, habitualmente se considera de etiología psicológica; en cuyo contexto la conducta habitual es dejar apoyo con fármacos (iPD5) y derivar a psicología. Sin embargo, una proporción de pacientes persiste con el problema, deja de responder a fármacos y se vuelve poli consultante. Lo anterior afecta severamente su calidad de vida y autoestima. El objetivo de este trabajo es describir una serie de pacientes menores de 40 años que consultaron por DE persistente y que fueron estudiados con perfil hormonal y metabólico completo más un Doppler Color de Arterias Cavernosas (DCAC). Con los resultados y experiencia acumulada se propone un algoritmo de manejo para estos casos.

Material y Métodos: Se realizo un análisis retrospectivo de las fichas clínicas e informes de DCAC de los últimos 10 años en una unidad especializada de Andrología, de pacientes menores de 40 años que consultaron por DE.

Resultados: 120 pacientes cumplieron con los criterios descritos y tenían información disponible. El 8% tenía entre 15 y 20 años, 42% entre 20 y 30 años, 50% entre 30 y 40 años. El 90% y 95%, respectivamente, refirió que sus erecciones matinales eran de menor calidad o ausentes y que la erección en la masturbación también fallaba. Todos habían consumido iPD5 y referian que no lograban rigidez optima con el tratamiento. En el perfil metabólico y hormonal no se diagnosticó ninguna patología significativa. El 83% tenía un DCAC normal, y en el 17% se detectó alguna anormalidad: Fuga venosa genuina (n=11), Insuficiencia Arterial (n=10). Todos los pacientes con evaluación orgánica normal fueron derivados a dirigidamente a terapia psicología especializada; solo el 12% finalmente consulto a la psicóloga sugerida.

Conclusiones: En los pacientes menores de 40 años con DE persistente preguntar por erecciones matinales y/o con masturbación tiene escasa utilidad diagnostica. Hasta un 17% puede tener alteraciones vasculares del pene que explican una DE persistente. En los pacientes que se descarta organicidad la adherencia a asistir a un tratamiento psicológico es bajísima.

O50

Más allá del conocimiento: Brechas en la cascada de profilaxis preexposición (PrEP) en hombres que tienen sexo con hombres en Chile

Ramírez Quintero J.[1] | Urzúa Salas R.[1] | Mejías Briceño A.[2] | Sarmiento Arancibia V.[1]

[1]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La profilaxis preexposición (PrEP) es altamente eficaz para prevenir el VIH, pero su impacto depende del conocimiento, la disposición y el uso. Persisten brechas entre estas etapas y existe escasa información en Chile. Se buscó caracterizar esta cascada e identificar factores asociados al uso actual o previo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Material y Métodos: Estudio transversal y analítico mediante encuesta difundida por redes sociales. Se incluyeron personas de sexo masculino y orientación homosexual, bisexual o pansexual, excluyendo a quienes se declararon como portadores de VIH. Mediante regresión logística se evaluó la asociación del uso actual o previo de PrEP con más de una pareja sexual, sexo sin preservativo con pareja no estable, sexo bajo efecto de sustancias y parejas casuales, ajustando por sistema de salud y categoría etaria.

Resultados: Se incluyeron 210 participantes. El 99,5% conocía PrEP y 70,5% reportó uso actual o previo; 58,6% la utilizaba actualmente y 11,9% la habían usado. Entre quienes la conocían y nunca la habían utilizado (n=61), 82,0% manifestó disposición a su uso. Solo 53,6% identificó la existencia de modalidades diaria y a demanda. Entre las conductas evaluadas, tener parejas casuales fue la única asociada independientemente al uso de PrEP (ORa=2,80; IC95% 1,30–6,02; p=0,009), mientras que las demás conductas y el acceso al sistema de salud no mostraron asociaciones significativas. Cada aumento de categoría etaria se asoció con menores probabilidades de uso (ORa=0,59; IC95% 0,39–0,87; p=0,008). Las principales barreras para no uso fueron falta de información (75,7%), estigma (37,6%) y costo (32,4%).

Conclusiones: En esta muestra reclutada por redes sociales, el conocimiento, disposición y uso de PrEP fueron elevados, aunque persistieron brechas el conocimiento de sus modalidades de uso y alta percepción de falta de información. El uso se relacionó con un patrón específico de exposición, tener parejas casuales, y no con todas las conductas evaluadas. Estos hallazgos respaldan incorporar consejería y evaluación de conductas sexuales en la atención urológica. El diseño transversal y el muestreo por conveniencia limitan la generalización y no permiten establecer causalidad.

O51

Asociación entre el uso de aplicaciones de citas, infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo: Estudio transversal en 461 adultos chilenos

Sarmiento Arancibia V.[1] | Ramírez Quintero J.[1] | Mejías Briceño A.[2] | Urzúa Salas R.[1]

[1]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: Chile registra un aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS): la notificación de gonorrea aumentó de 5,2 a 13,3 por 100.000 habitantes en cinco años y la sífilis alcanzó 55,2 por 100.000 habitantes. Entre 2021 y 2025, el 87 % de los casos de gonorrea se concentró en personas de 15 a 39 años. La evidencia internacional asocia el uso de aplicaciones de citas con más parejas sexuales y menor uso de preservativo, con escasa evidencia local. Evaluamos la asociación entre el uso de aplicaciones de citas, el diagnóstico autorreportado de infecciones de transmisión sexual (ITS) y las conductas sexuales de riesgo en adultos chilenos.

Material y Métodos: Estudio transversal mediante encuesta anónima en línea aplicada a personas de 18 años o más residentes en Chile, con muestreo por conveniencia. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y regresión logística ajustada por edad, sexo, orientación sexual y estado civil. Se definió uso frecuente como uso diario o varias veces por semana.

Resultados: Se analizaron 461 encuestas válidas; el 79,8 % (n=368) había utilizado aplicaciones de citas. La prevalencia de ITS diagnosticada fue mayor entre usuarios que en no usuarios (44,0 % vs. 11,8 %; OR=5,86; IC95 % 3,02-11,37; p<0,001), asociación que se mantuvo tras el ajuste sociodemográfico (ORa=2,64; IC95 % 1,26-5,56; p=0,010). Entre quienes concretaron encuentros sexuales mediante apps (n=320), el 70,9 % reportó sexo sin preservativo alguna vez y solo 41,2 % lo usa siempre; el uso frecuente de aplicaciones se asoció con mayor sexo sin preservativo (81,7 % vs. 65,7 %; p=0,003) y con seis o más parejas sexuales en 12 meses (67,3 % vs. 34,3 %; p<0,001). El 67,9 % consideró que las apps aumentan el riesgo de ITS; el 14,1 % nunca se testea para ITS y el 7,2 % no recibe educación sexual.

Conclusiones: El uso de aplicaciones de citas se asoció con mayor prevalencia de ITS diagnosticadas, incluso tras el ajuste sociodemográfico, y su uso frecuente con más conductas sexuales de riesgo. El diseño transversal y el muestreo por conveniencia limitan la generalización y no permiten establecer causalidad.

ORALES 6

O52

Vigilancia activa en cáncer de próstata de bajo riesgo: Seguimiento a largo plazo en un hospital público

Oyanedel F.[1] | Alvar B.[2] | Sabugo F.[2] | Copaja M.[2] | Wagner T.[1] | Foneron A.[1] | Toledo H.[1] | Flores F.[1] | Troncoso L.[1] | Foneron A.[1] | Ebel L.[1]

[1]Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Interno(a) de Medicina - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción: El cáncer de próstata de bajo riesgo conlleva un alto potencial de sobretratamiento. La vigilancia activa (VA) permite diferir o evitar la terapia radical y sus secuelas, reservando el tratamiento curativo para quienes muestran progresión. En 2021 comunicamos los resultados a mediano plazo de esta cohorte (n=70, seguimiento mediano 23,5 meses); presentamos ahora su actualización con más pacientes y un seguimiento considerablemente más extenso.

Material y Métodos: Cohorte histórica de pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo (ISUP 1) incorporados a un programa de VA en un hospital público desde 2013. Se consideraron elegibles quienes tenían al menos 12 meses de seguimiento potencial. Se registraron características basales, evolución, reclasificación de riesgo y causa de egreso; la reclasificación se definió como la salida de VA por progresión documentada a un grupo de mayor riesgo. Las proporciones se informan con intervalo de confianza del 95% (método de Wilson) y el procesamiento se efectuó en R.

Resultados: La cohorte analizada comprendió 139 pacientes (edad mediana 64 años; PSA mediano 5,7 ng/mL), con un seguimiento mediano de 76 meses. A la fecha de corte, el 55,4% permanecía en VA, el 38,8% había egresado y el 5,8% se encontraba sin seguimiento. Un 24,5% (IC 95%: 18,1–32,2) se reclasificó a un grupo de mayor riesgo, mayoritariamente por progresión del grado histológico. El 28,8% (IC 95%: 21,9–36,8) accedió a tratamiento con intención curativa: 22 prostatectomías radicales y 18 radioterapias. No se registraron muertes atribuibles a cáncer de próstata.

Conclusiones: En una cohorte de hospital público con seguimiento prolongado, la VA se confirma como una alternativa segura y aplicable en el cáncer de próstata de bajo riesgo, sin evidencia de pérdida de la ventana curativa. El incremento de reclasificaciones en el tiempo es previsible y no restringió el acceso a tratamiento curativo. Los hallazgos apoyan mantener la VA como estándar y sustentan la actualización del protocolo local, actualmente en desarrollo.

O53

Valor del suvmax prostático en PET/CT PSMA para predecir ISUP definitivo tras egreso de vigilancia activa

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Otaola H. | Pinochet R. | Orvieto M.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El rol del PET/CT PSMA en pacientes en vigilancia activa (VA) no está establecido. La intensidad de captación prostática podría aportar información sobre agresividad tumoral antes del tratamiento definitivo. Evaluamos el rendimiento del SUVmax prostático para predecir ISUP definitivo tras prostatectomía radical.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que salieron de VA con PET/CT PSMA, evaluando SUVmax prostático y anatomía patológica (AP) de prostatectomía radical. Se describió patrón de captación, SUVmax e ISUP definitivo. Se comparó SUVmax entre ISUP 1-2 e ISUP ≥3 y se estimó su capacidad discriminativa mediante curva ROC. De forma exploratoria, se identificó un punto de corte mediante índice de Youden y se compararon proporciones con prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes. Todos presentaron captación limitada a próstata, sin captación en vesículas seminales, linfonodos o sitios metastásicos. El SUVmax mediano fue 8,1 [RIC 6,7–14,6]. En la AP definitiva, ISUP 1 en 1/13 (7,7%), 2 en 6/13 (46,2%), 3 en 2/13 (15,4%), 4 en 1/13 (7,7%) y 5 en 3/13 (23,1%); siendo 6/13 (46,2%) ISUP ≥3. El SUVmax mediano fue 13,25 [10,48–15,73] en ISUP ≥3 y 7,8 [5,9–8,05] en ISUP 1-2 (p=0,101). El AUC para ISUP ≥3 fue 0,79. Un SUVmax ≥10 se asoció a ISUP ≥3 en 5/6 (83,3%) frente a 1/7 (14,3%) con SUVmax <10 (p=0,029), con sensibilidad 83,3% y especificidad 85,7%.

Conclusiones: En pacientes que salieron de VA, el SUVmax prostático mostró capacidad discriminativa para enfermedad ISUP ≥3 en la pieza quirúrgica. Un umbral cercano a 10 presentó buen rendimiento exploratorio y podría complementar la re-etapificación previa al tratamiento definitivo. El reducido tamaño muestral exige validar estos resultados antes de proponer un punto de corte clínico.

O54

Impacto de patrón cribiforme en biopsia prostática preoperatoria: Análisis con propensity score matching de asociación a patología adversa

Quiñones C. | Aliaga A. | Pinochet R. | Otaola H. | Souper R. | Schultz M. | Orvieto M.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El patrón cribiforme en biopsia prostática se asocia a un comportamiento tumoral agresivo, pero su utilidad para anticipar la anatomía patológica definitiva y la relevancia de distinguir un compromiso focal de global no está establecido. Evaluamos su valor pronóstico en pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte prospectiva pacientes sometidos a PR robótica entre 2021-2026. Análisis de presencia o no de patrón cribiforme y extensión (focal versus global) en biopsia preoperatoria, comparándola con biopsia pieza quirúrgica para determinar asociación con patología adversa (pT≥3a y/o Grade Group (GG) patológico ≥3). Se realizó propensity score matching 1:2 utilizando edad, PSA, PI-RADS, GG, estadio clínico y año de cirugía. Persistencia de antígeno prostático (PSA) y recurrencia bioquímica (RBQ) fueron evaluadas por separado y como desenlace combinado.

Resultados: Se analizaron 903 pacientes: 771 sin cribiforme, 50 patrón focal y 82 global. La patología adversa aumentó progresivamente desde pacientes sin cribiforme a patrón focal y global (60,3%, 80,0% y 93,9%; p<0,001). El patrón cribiforme global presentó mayor riesgo de patología adversa que el focal en el análisis inicial (OR 3,85; IC95% 1,23–12,03; p=0,020), esta diferencia se atenuó al ajuste (aOR 1,83; p=0,469). Al comparar pacientes con y sin cribiforme con ajuste de características preoperatorias, la patología adversa permaneció más frecuente en aquellos con cribiforme (89,5% vs 77,9%; OR robusto 2,23; IC95% 1,19–4,19; p=0,013). La sensibilidad de biopsia prostática para detección de cualquier patrón cribiforme fue de 21.5%, especificidad 91.8%. El desenlace combinado de persistencia PSA o RBQ ocurrió en 18,4%, 26,2% y 21,4% de los pacientes sin cribiforme, focales y globales respectivamente (p=0,394), sin diferencias en supervivencia libre de RBQ (log-rank p=0,891) con mediana de seguimiento 18.1 meses.

Conclusiones: El patrón cribiforme en biopsia preoperatoria permite reconocer pacientes con mayor probabilidad de enfermedad adversa en PR, pudiendo cambiar conducta en planificación quirúrgica con respecto a agresividad de resección. Su extensión (focal o global) en biopsia prostática preoperatoria no demuestra diferencias significativas, probablemente debido a la baja sensibilidad de detección, como tampoco muestra diferencias en persistencia de PSA o RBQ al menos con nuestro seguimiento.

O55

Validación externa preliminar del nomograma Briganti 2023 en una cohorte chilena multicéntrica

Cid Bertoglia A.[1] | Ramirez Rocha G.[2] | Juri Yamal D.[1] | Rojas Castiglione I.[2] | Calvo Bernasconi I.[2] | Radtke V.[2] | Domínguez Argomedo R.[1] | Orellana Sepulveda S.[2] | Testa I.[3] | Vidal Mora I.[3] | Hassi Román M.[2] | Rodríguez-carlin A.[3] | Eltit I.[1]

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

Introducción: El nomograma Briganti 2023 estima el riesgo de invasión ganglionar (N+) en pacientes con cáncer de próstata localizado y PET-PSMA preoperatorio negativo (miN0M0), integrando variables clínicas, radiológicas e histopatológicas. Aunque ha sido validado internacionalmente, su desempeño no ha sido evaluado en la población chilena. El objetivo fue realizar una validación externa preliminar en una cohorte multicéntrica nacional.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de próstata miN0M0 sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía pélvica extendida y estado ganglionar patológico conocido. Se calculó el riesgo individual mediante la fórmula publicada del Briganti 2023. La discriminación se evaluó mediante AUC-ROC. Se analizó el umbral clínico de 5% descrito en la literatura y, exploratoriamente, el punto de corte con máximo índice de Youden, calculando sensibilidad, especificidad, VPP y VPN.

Resultados: Se analizaron 46 pacientes; dentro de ellos 7 (15,2%) presentaron pN1. Según PSA, grupo de grado de biopsia y extensión local por mpMRI, 2 pacientes (4,3%) fueron de bajo riesgo, 16 (34,8%) de riesgo intermedio y 28 (60,9%) de alto riesgo. El riesgo Briganti 2023 mediano fue 3,95% (RIC 2,1–6,2%; rango 1,1–43,8%). El AUC fue 0,606 (IC95%: 0,38–0,82). Con un umbral ≥5%, la sensibilidad fue 42,9%, especificidad 64,1%, VPP 17,6% y VPN 86,2% (J=0,07); se habrían evitado 29 linfadenectomías (63,0%), omitiendo 4/7 pN1. El umbral exploratorio ≥2% presentó sensibilidad y VPN de 100%, especificidad 23,1% y VPP 18,9% (J=0,23), permitiendo evitar 9 linfadenectomías (19,6%) sin omitir pN1.

Conclusiones: En esta cohorte chilena, Briganti 2023 mostró una capacidad discriminativa moderada. El umbral de 5% permitiría evitar más linfadenectomías, pero omitiendo más de la mitad de los casos pN1. Un punto de corte exploratorio de 2% no omitió ningún pN1, por lo que podría ser más adecuado en esta población. Estos hallazgos requieren validación en cohortes de mayor tamaño.

O56

Resultados clínicos en la práctica real en pacientes con cáncer de próstata localizado sometidos a prostatectomía radical en Chile

Ramírez Rocha G.[1] | Escudero Perelló A.[1] | Vilches Paez R.[2] | Yutronic Pezoa I.[2] | Rojas Castiglione I.[1] | Kerkebe Lama M.[3] | Vargas Jimenez R.[3] | Calvo Bernasconi I.[1] | Eltit Soler I.[1] | Domínguez Argomedo R.[1] | Orellana Sepúlveda S.[1] | Mulchi Espildora C.[4] | Napole Perfetti H.[4] | Loyola Maturana J.[5] | Rodríguez Concha C.[5] | Miqueleiz Legaz M.[5] | Martínez Osorio C.[6] | Hassi Román M.[1]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile; [3]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [4]Hospital Van Buren, Valparaiso, Chile; [5]Hospital de Coquimbo, Coquimbo, Chile; [6]Clínica MEDS, Santiago, Chile

Introducción: Los datos multicéntricos de práctica clínica real sobre prostatectomía radical (PR) en Chile son limitados. El objetivo fue caracterizar los resultados perioperatorios, anatomopatológicos, oncológicos y funcionales de pacientes con cáncer de próstata localizado sometidos a PR.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de pacientes sometidos a PR abierta, laparoscópica o robótica en 10 centros chilenos. Se registraron variables clínicas, perioperatorias, anatomopatológicas, seguimiento bioquímico y resultados funcionales. Las variables continuas se resumieron mediante mediana y rango intercuartílico y las categóricas mediante frecuencia y porcentaje. Los resultados se describieron globalmente y por abordaje. La supervivencia libre de recidiva bioquímica se estimó mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 1.139 pacientes, 1061 de centros públicos y 78 de centros privados; edad mediana 71 años (IQR 65-75) y PSA 7,8 ng/mL (IQR 5,3-12,0). El abordaje fue robótico en 41,1%, laparoscópico en 36,9% y abierto en 18,8%. Entre 965 pacientes clasificados por D'Amico, 57,3% presentó riesgo intermedio y 28,8% alto. Globalmente, la mediana de sangrado fue 250 mL (IQR 200-400), la hospitalización 2 días (IQR 1-2) y las complicaciones 9,7%, siendo 3,0% Clavien-Dindo ≥III. En 1.043 pacientes con anatomía patológica disponible, el 34,2% presentó márgenes positivos, de ellos el 52,1% correspondían a pT3a o superior. El seguimiento mediano fue de 17,5 meses (IQR 6,0-36,0). El 26,4% presentó recidiva bioquímica y 13,3% persistencia bioquímica, de predominio en el grupo de alto riesgo según D'Amico. La supervivencia libre de recidiva fue 85,4%, 76,4% y 70,0% a 12, 24 y 36 meses, respectivamente. Entre pacientes con evaluación funcional, la continencia estricta fue 79.7% a 12 meses.

Conclusiones: En esta cohorte multicéntrica de práctica clínica real y en distintos contextos asistenciales en Chile, la PR mostró resultados post operatorios oncológicos y funcionales favorables, con baja frecuencia de complicaciones mayores, en una población predominantemente de riesgo intermedio y alto.

O57

Más que un margen positivo: Factores asociados a recidiva bioquímica tras prostatectomía radical

Ramírez Rocha G.[1] | Escudero Perelló A.[1] | Vilches Páez R.[2] | Vargas Jimenez R.[3] | Kerkebe Lama M.[3] | Yutronic Pezoa I.[2] | Juri Yamal D.[1] | Calvo Bernasconi I.[1] | Domínguez Argomedo R.[1] | Orellana Sepúlveda S.[1] | Loyola Maturana J.[4] | Rodríguez Concha C.[4] | Miqueleiz Legaz M.[4] | Martínez Osorio C.[5] | Vera Veliz Á.[6] | Mulchi Espildora C.[7] | Napole Perfetti H.[7] | Larenas Huguet F.[8] | Hassi Román M.[1]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile; [3]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [4]Hospital de Coquimbo, Coquimbo, Chile; [5]Clínica MEDS, Santiago, Chile; [6]Hospital de La Serena, La Serena, Chile; [7]Hospital Van Buren, Valparaiso, Chile; [8]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción: Los márgenes quirúrgicos positivos (MQP) tras la prostatectomía radical se asocian con mayor riesgo de recidiva bioquímica (RBQ), aunque su impacto pronóstico es heterogéneo. El objetivo fue identificar las características de los MQP asociadas con RBQ y progresión metastásica en la práctica clínica real.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 395 pacientes sometidos a prostatectomía radical con MQP confirmado en 12 establecimientos de salud en Chile. Se evaluaron longitud (<3 vs ≥3 mm), distribución y localización del margen, tipo y Gleason del margen, estadio pT, ISUP, PSA preoperatorio, técnica y abordaje quirúrgico. La supervivencia libre de RBQ se estimó mediante Kaplan-Meier y las asociaciones mediante log-rank y regresión de Cox uni y multivariable.

Resultados: La edad mediana fue 70 años (IQR 65,5-75,0) y el PSA diagnóstico 8,98 ng/mL (IQR 5,95-13,62). En la cohorte, 103 pacientes (26,1%) presentaron RBQ y 20 (5,1%) progresión metastásica. La longitud mediana del MQP fue 3 mm (IQR 1,0-5,0). La RBQ ocurrió en 13,9% con márgenes <3 mm y 32,7% con márgenes ≥3 mm (p=0,004). Un margen ≥3 mm se asoció con mayor riesgo de RBQ en el análisis univariable (HR 2,63; IC95% 1,32-5,21; p=0,006) y permaneció como predictor independiente tras ajustar por PSA, pT e ISUP (HR 2,92; IC95% 1,52-5,61; p=0,001). El PSA preoperatorio y pT3b-4 también fueron predictores independientes. Las múltiples localizaciones se asociaron con RBQ en análisis univariable (HR 1,72; IC95% 1,09-2,71). La localización aislada, tipo de margen, Gleason del margen, técnica y abordaje no mostraron asociaciones significativas. La progresión metastásica fue 7,1% con márgenes ≥3 mm y 1,3% con márgenes <3 mm.

Conclusiones: En pacientes con MQP, una longitud ≥3mm identifica un subgrupo con un riesgo de RBQ aproximadamente tres veces mayor, independientemente del PSA, pT e ISUP. El estadio pT3b-4 y la multifocalidad aportan información pronóstica adicional, apoyando una estratificación basada en las características del margen y el contexto patológico, en lugar de considerar todos los MQP como una entidad homogénea.

O58

Resultados oncológicos y funcionales en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo sometidos a prostatectomía radical mínimamente invasiva: Serie multicéntrica

Poblete Burgos V.[1] | Rozental De Mayo M.[1] | Tarp-hansen Schmidlin E.[1] | Mardonez Contreras P.[1] | Martínez Suazo T.[2] | Frias Muñoz S.[3] | Orellana Sepúlveda S.[4] | Kerkebe Lama M.[1] | Dominguez Argomedo R.[1] | Eltit Soler I.[4] | Orellana Salinas N.[1] | Hassi Roman M.[1]

[1]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Universidad Mayor, Santiago, Chile; [4]Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La prostatectomía radical es una de las opciones de tratamiento en el cáncer de próstata de alto riesgo según guías clínicas internacionales. Presentamos los resultados de oncológicos y funcionales de pacientes con cáncer de próstata alto riesgo, sometidos a prostatectomía radical mínimamente invasiva (PRmi).

Material y Método: Serie retrospectiva y multicéntrica de 119 pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo según criterios EAU sometidos a PRmi. Se definió persistencia como PSA ≥0,1 ng/ml a las 6 semanas y recidiva como ascenso ≥0,2 ng/ml tras PSA indetectable. La sobrevida se estimó con curva Kaplan-Meier (truncada a 24 meses) y un modelo de Cox (pT3-pT4, ISUP 4-5, márgenes quirúrgicos positivos, PSA ≥20 ng/ml, pN+). Se definió como continencia social (CS) el uso de 0 a 1 PADS al día y se evaluó a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: La mediana de edad fue 71,0 años (RIC 66,0-74,8) y la de PSA preoperatorio 10,0 ng/ml (RIC 6,05-20,9). La mediana de seguimiento fue de 16,1 meses. 67 (56.3%) pacientes no presentaron falla bioquímica. De los pacientes que sí, 33 presentaron (27,7%) persistencia bioquímica y 19 (16,0%) recidiva bioquimica. Dentro del seguimiento reportado, 37 (31.1%) pacientes requirieron una segunda estrategia. La sobrevida libre de recidiva bioquímica fue de 91,5% a los 12 meses y 70,5% a los 24 meses. El modelo preespecificado identificó al ISUP 4-5 de la pieza como predictor independiente (HR 2,53; IC95% 1,27-5,07; p=0,009); el pT3-pT4 no alcanzó significancia (p=0,060). La CS fue 67,8%, 84,7% y 86,4% a los 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes se mantuvo libre de falla bioquímica a 2 años, y la falla observada se debió principalmente a persistencia de PSA. El ISUP 4-5 de la pieza fue el principal factor pronóstico. Casi siete de cada diez pacientes operados no requirió un segundo tratamiento, aunque la consejería preoperatoria debe anticipar esa posibilidad. La continencia social no parece ser un factor relevante al momento de considerar una PRmi en un centro de alto volumen.

O59

Prostatectomía radical en pacientes PROTEUS-like: Resultados oncológicos, funcionales y supervivencia libre de segundo tratamiento en una cohorte multicéntrica

Filigrana C.[1] | Infante I.[2] | Orellana S.[1] | Domínguez R.[1] | Kerkebe M.[2] | Orellana N.[2] | Hassi M.[2]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile, Chile; [2]Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile

Introducción: Los pacientes con cáncer de próstata que cumplen criterios histológicos PROTEUS-like presentan un perfil de mayor riesgo oncológico. La prostatectomía radical (PR) puede constituir el primer componente de una estrategia multimodal. El objetivo fue evaluar resultados anatomopatológicos, oncológicos y funcionales tras PR y la supervivencia libre de segundo tratamiento (STFS) en una cohorte multicéntrica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes PROTEUS-like sometidos a PR en dos hospitales públicos de la región metropolitana (centro "A" y centro "B"). Se analizaron datos clínicos, anatomopatológicos, PSA, imágenes, tratamientos y resultados funcionales. Las variables categóricas se compararon mediante χ^2 o Fisher y las continuas mediante Mann-Whitney, según correspondiera. Se definió persistencia como PSA ≥0,1 ng/mL a las 6 semanas postcirugía y recurrencia bioquímica (RBQ) como PSA ≥0,2 ng/mL confirmado tras alcanzar <0,1 ng/mL. La STFS se definió desde PR hasta el primer tratamiento oncológico posterior y se estimó mediante Kaplan-Meier. Los centros se compararon mediante log-rank y regresión de Cox exploratoria. La continencia se evaluó a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes: 34 de centro A y 28 de centro B. Presentaron ≥ pT3 33/58 (56,9%), pN1 14/57 (24,6%) y márgenes positivos 30/58 (51,7%). Se logró PSA indetectable en 34/58 (58,6%). La persistencia de PSA ocurrió en 13/58 (22,4%) y la RBQ en 11/58 (19,0%). Recibieron tratamiento posterior 32/62 (51,6%). Durante el seguimiento desarrollaron progresión metastásica 8/62 (12,9%). La STFS global fue 63,6% a 12 meses y 40,1% a 24 meses, con mediana de 20,1 meses de seguimiento, sin diferencias entre centros (log-rank p=0,952; HR 0,98; IC95% 0,47-2,05). A 12 meses, 28/34 (82,4%) pacientes evaluables utilizaban 0 pads y 32/34 (94,1%) ≤1 pad/día.

Conclusiones: Los pacientes PROTEUS-like presentaron elevada carga patológica y frecuente multimodalidad. Sin embargo, aproximadamente dos tercios permanecieron libres de segundo tratamiento al año, con resultados urinarios favorables. En el contexto de PROTEUS y de las series internacionales de alto/muy alto riesgo, nuestros resultados respaldan la PR como componente inicial de una estrategia multimodal, aportando evidencia de vida real sobre el intervalo libre de tratamiento adicional y preservación funcional.

O60

Prostatectomía radical robótica con preservación anterior de la fascia pélvica versus técnica estándar: Recuperación de continencia urinaria en una serie unicéntrica chilena de 200 pacientes

Vidal-mora I.[1] | Arribas D.[1] | Vidal M.[2] | Testa I.[1]

[1]Clinica Indisa, Santiago, Chile; [2]Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción: Los abordajes con preservación de la fascia pélvica (PFS) durante la prostatectomía radical asistida por robot (RARP) podrían mejorar la recuperación de continencia urinaria, pero las comparaciones directas en series unicéntricas latinoamericanas son escasas. Comparamos la continencia entre técnica estándar y preservación anterior de la fascia pélvica (APFS) en una serie de cirujano único.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico, 200 RARP (100 estándar, 100 APFS). Objetivo primario: continencia a 3 meses (0-1 apósito/día). Objetivos secundarios: continencia a 12 meses, márgenes quirúrgicos positivos, recurrencia bioquímica (BCR). Modelos multivariables ajustados por edad, IMC, PSA y preservación nerviosa.

Resultados: La continencia a 3 meses fue significativamente mayor con APFS (83% vs. 64%; OR 2,75; IC 95% 1,42-5,33; p = 0,002). La continencia a 12 meses fue numéricamente mayor con APFS (89% vs. 84%), sin significación (OR 1,54; IC 95% 0,68-3,51; p = 0,30). Los márgenes positivos fueron similares (30,0% vs. 29,5%; OR 1,05; IC 95% 0,58-1,91; p = 0,94). La BCR fue numéricamente menor con APFS (16% vs. 22%), sin significación (OR 0,68; IC 95% 0,33-1,38; p = 0,28).

Conclusiones: En esta serie unicéntrica de cirujano único, APFS se asoció con mayor continencia a 3 meses frente a la técnica estándar, consistente con la evidencia internacional reciente. Las tendencias a 12 meses, márgenes positivos y BCR favorecieron a APFS sin alcanzar significación, limitadas por el tamaño muestral. Estos hallazgos constituyen la primera evaluación de este tipo en un centro chileno y respaldan APFS como estrategia razonable para la recuperación funcional temprana, sujeta a validación con mayor seguimiento y muestra.

ORALES 7

O61

Perfil clínico-epidemiológico del cáncer de próstata en Chile: Evidencia multicéntrica de práctica clínica real basada en UroData

Rodríguez C. C.[1] | Hassi Román M.[2] | Cerda Ortiz J.[1] | Julio Durán A.[1] | Cortés Araya N.[1] | Vilches Páez R.[3] | Domínguez A. R.[2] | Kerkebe L. M.[4] | Orellana S. S.[5] | Loyola Maturana J.[1] | Miqueleiz Legaz M.[1] | Munizaga Ramírez R.[6] | Ramírez-santana M.[6]

[1]Hospital de Coquimbo, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile; [2]Hospital Felix Bulnes, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [3]Instituto Nacional del Cáncer, Clínica MEDS, Santiago, Chile; [4]Hospital DIPRECA, Clínica MEDS, Santiago, Chile; [5]Hospital Felix Bulnes, Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [6]Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

Introducción: El cáncer de próstata constituye el principal problema oncológico en hombres en Chile. Sin embargo, la fragmentación de la información clínica entre instituciones dificulta una caracterización integrada de variables demográficas, clínicas, terapéuticas y de oportunidad asistencial. Los datos del mundo real (RWD) provenientes de registros estructurados permiten complementar los indicadores epidemiológicos tradicionales. Objetivo: caracterizar el perfil clínico-epidemiológico del cáncer de próstata registrado en UroData y evaluar su relación con: gravedad de presentación, estrategias terapéuticas y acceso al tratamiento, incluyendo diferencias entre sectores asistenciales.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico basado en registros de 1.506 pacientes con cáncer de próstata provenientes de cinco centros públicos, privados e institucionales de Chile. Para los análisis por estadio se dispuso de 1.310 pacientes clasificables en ocho categorías derivadas de la estratificación EAU. Se evaluaron características clínicas, PSA basal, grupo ISUP, estrategia terapéutica inicial y tiempo hasta tratamiento. Se realizaron análisis no paramétricos, pruebas de asociación, regresión logística multivariada y un modelo lineal generalizado Gamma.

Resultados: La mediana de edad fue 72 años (IQ 66-77) y la mediana de PSA basal 9,3 ng/mL (IQ 5,9-17,0). Se observó un gradiente significativo de PSA según gravedad clínica (p<0,001), desde 5,7 ng/mL en bajo riesgo hasta 78,4 y 79,5 ng/mL en M1b y M1c. La estrategia terapéutica se asoció significativamente con el estadio (p<0,001): predominó la prostatectomía radical en enfermedad localizada y tratamientos sistémicos en enfermedad metastásica. La mediana global hasta tratamiento fue 112 días (IQ 62-193), siendo mayor en el sector público que en el privado/institucional (126 vs. 86 días; p<0,001). Tras ajustar por edad y estadío, el sector público presentó un tiempo esperado hasta tratamiento 78% mayor (p<0,001). La edad se asoció con mayor probabilidad de presentación avanzada o metastásica, aumentando aproximadamente 3% por año (p<0,001), mientras el sector asistencial no mostró asociación independiente con gravedad al diagnóstico (p=0,59).

Conclusiones: Se evidencia un claro gradiente clínico-biológico del cáncer de próstata y una estrecha relación entre estadío y tratamiento. Se identifica una importante brecha intersectorial en oportunidad terapéutica, mostrando el valor de registros clínicos multicéntricos para detectar patrones de enfermedad y desigualdades asistenciales.

O62

Enfermedad avanzada al diagnóstico y retrasos en el tratamiento del cáncer de próstata: Evidencia desde un hospital público terciario en Chile

Radtke López V.[1] | Loyola Muñoz M.[1] | Tirado Barker D.[1] | De Pablos-rodríguez P.[2] | Hassi Román M.[1] | Domínguez Argomedo R.[1]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) constituye la neoplasia más frecuente en hombres en Chile. A nivel mundial, se estima que hasta un 69% de los casos son diagnosticados en etapas localizadas de la enfermedad. No obstante, en Chile existe escasa evidencia epidemiológica sobre la realidad nacional. El objetivo de este estudio es describir el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico y el tiempo hasta el inicio del tratamiento en pacientes de reciente diagnóstico, atendidos en un hospital chileno.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con CaP de reciente diagnóstico registrados en la base institucional de Garantías Explícitas en Salud (GES) entre enero de 2022 y diciembre de 2025. Se evaluaron características clínicas y oncológicas basales, modalidad de estadificación, estadio al diagnóstico, estrategia de manejo inicial y tiempo desde la confirmación histológica hasta el inicio del tratamiento, mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 495 pacientes. La mediana de edad fue 71 años (rango intercuartílico [RIC] 66-76) y mediana de PSA 14 ng/ml (RIC 7,6-40). Al diagnóstico, solo el 50% de los pacientes presentaba enfermedad localizada, y entre aquellos con enfermedad metastásica (n=143), el 72% presentaba enfermedad de alto volumen. La prostatectomía radical y la radioterapia asociada a terapia de deprivación androgénica fueron las estrategias iniciales más frecuentes, empleadas en el 41% y 25%, respectivamente. La mediana del tiempo desde la confirmación histológica hasta el inicio del tratamiento fue de 138 días (RIC 69-227), sin diferencias entre pacientes con enfermedad localizada y aquellos con enfermedad localmente avanzada o metastásica: 127 días (RIC 71-225) vs. 146 días (RIC 66-239), respectivamente; p = 0,57.

Conclusiones: En esta cohorte chilena, la mitad de los pacientes se presentó con CaP incurable. La mediana del tiempo hasta el inicio del tratamiento superó los 4 meses, independientemente de la forma de presentación del CaP. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar las estrategias de tamizaje, las vías de derivación y los circuitos de priorización rápida, con el fin de identificar precozmente a los pacientes de alto riesgo y garantizar una atención oportuna.

O63

Cáncer de próstata incidental: Perfil, densidad oncológica y sobrevida cáncer-específica

Gárate S.[1] | Ebel L.[2] | Acosta L.[3] | Foneron A.[2] | Foneron A.[2] | Oyanedel F.[2] | Toledo H.[2] | Flores F.[2] | Cuevas P.[1] | De La Fuente M.[1] | Wagner T.[1] | Steuer A.[1] | Grandi D.[1]

[1]Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile; [3]Hospital de Los Ángeles, Los Ángeles, Chile

Introducción: El cáncer de próstata incidental (CaPi), hallado en cirugía desobstructiva por hiperplasia, tiene un perfil que podría estar cambiando con la resonancia multiparamétrica (RMmp) y que varía según la técnica quirúrgica. Su historia natural está poco caracterizada en cohortes latinoamericanas. Se describen prevalencia, grado y carga tumoral, y se estima la sobrevida cáncer-específica según estrategia de manejo.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de piezas de cirugía desobstructiva (2015-2026) con criterios estrictos de CaPi genuino (exclusión de cáncer previo y, post-RMmp, de mayores de 80 años). Se compararon prevalencia y grado ISUP entre eras pre- y post-RMmp, y la densidad oncológica (porcentaje de cáncer por gramo resecado) entre resección transuretral (RTU-P) y prostatectomía abierta. En los 79 pacientes con CaPi se registró la estrategia de manejo, la causa de muerte y la sobrevida cáncer-específica por Kaplan-Meier.

Resultados: La prevalencia se mantuvo estable entre eras (~4%), confirmando que la RMmp transforma más que reduce el hallazgo. El alto grado mostró tendencia a la baja: ISUP ≥4 21,6% frente a 9,1% (p=0,197) e ISUP 5 18,9% frente a 3,0% (p=0,058). La densidad oncológica fue 11,5 veces mayor en RTU-P que en prostatectomía abierta (0,28 frente a 0,024 %/g; p<0,001), con mayor porcentaje de cáncer pese a piezas menores (4,5% frente a 2,0%), y el porcentaje de cáncer se correlacionó con el grado (rho=0,57; p<0,001). De los 79 pacientes, 75% se manejó conservadoramente. Hubo 20 fallecimientos (25,3%), de los cuales solo 4 (5,1%) fueron atribuibles al cáncer: el 80% obedeció a causas competitivas. Las cuatro muertes oncológicas se concentraron íntegramente en seguimiento expectante y la vigilancia activa no registró ninguna. La sobrevida cáncer-específica fue 94% a 5 años.

Conclusiones: El CaPi mantiene prevalencia con tendencia a menos alto grado tras la RMmp, concentra su carga tumoral en el tejido resecado por vía transuretral y muestra excelente sobrevida cáncer-específica, dominada por mortalidad competitiva. La vigilancia activa fue segura, mientras las muertes por cáncer se concentraron en el seguimiento expectante. Esto respalda un muestreo e informe anatomopatológico cuidadoso del tejido transuretral y la vigilancia activa como estrategia preferente.

O64

SBRT en cáncer de próstata: Cómo el cambio de fraccionamiento amplía el acceso al tratamiento

Letelier H. | Melej N. | Carrión K. | Pacheco J. | Tamayo I. | Castillo P.

Fundacion Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile

Introducción: El uso de radioterapia estereotáxtica (SBRT) en 5 fracciones ha crecido de forma sostenida en cáncer de próstata. Entre 2023 y 2026 nuestro servicio sustituyó el hipofraccionamiento moderado por SBRT en tratamiento definitivo y postoperatorio. Este análisis cuantifica su efecto sobre la capacidad del acelerador lineal (LINAC) y su impacto en el servicio.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de los tratamientos registrados en el Servicio de Radioterapia Avanzada de Fundación Arturo López Pérez (FALP) entre enero de 2023 y junio de 2026. Se contabilizan 1.615 tratamientos registrados en plataforma MOSAIQ (1.188 definitivos, 427 postoperatorios). Se excluyeron 76 realizados en Cyberknife, quedando 1.539 tratamientos en LINAC. A cada tratamiento se le asignó como referencia el esquema largo de su categoría (60 Gy/20 fracciones en definitivos, 62,5 Gy/25 fracciones en postoperatorios) y el ahorro de fracciones se obtuvo por diferencia con las fracciones administradas. El ahorro se convirtió a horas de búnker y jornadas de ocho horas asumiendo 15 minutos por fracción, y se calcularon la adopción semestral de SBRT, el rendimiento por hora de LINAC y la capacidad liberada.

Resultados: El uso de SBRT en tratamiento definitivo aumentó de 9,5% en 2023 a 85,6% en el primer semestre de 2026; en postoperatorios, de 0% en 2023 a 92,9% en el mismo período, con inflexión en el segundo semestre de 2025. Los 1.539 tratamientos requirieron 27.515 fracciones, frente a las 32.915 que habrían requerido con esquemas largos, con un ahorro de 5.400 fracciones (16,4% del período completo y 67,0% en el primer semestre de 2026), equivalente a 1.350 horas de búnker y 169 jornadas de ocho horas. El rendimiento por hora de LINAC se multiplicó por 2,6 en tratamientos definitivos y por 3,9 en rescates.

Conclusiones: La sustitución de los esquemas de hipofraccionamiento moderado por SBRT se completó en tres años y liberó capacidad sustancial de LINAC sin inversión adicional significativa en equipamiento. Este margen permite ampliar el acceso a un mayor número de pacientes y sostener técnicas de mayor precisión, y desplaza previsiblemente el factor limitante del servicio desde las horas de máquina hacia la planificación y el personal.

O65

Más allá de la deprivación androgénica aislada en MHSPC: Costo-efectividad de la intensificación sistémica en el sistema público chileno

Ávila C.[1] | Benítez-filselcker A.[2] | Contreras H.[3] | Román J.[4] | Sathianathen N.[5]

[1]Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital El Pino, Santiago, Chile; [3]Departamento de Oncología Básico Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Servicio de Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile; [5]Department of Urology, The University of Melbourne, The Royal Melbourne Hospital, Parkville, Australia

Introducción: En Chile, abiraterona y enzalutamida se financian públicamente solo en mCRPC, tras progresión a quimioterapia con taxanos o por contraindicación/intolerancia; no están cubiertas por GES en mHSPC, pese a que la intensificación (con docetaxel y/o ARPI) es el estándar en guía clínicas. Adaptamos un modelo de Markov validado por Sathianathen et al. (Eur Urol Oncol 2024) al pagador público chileno (FONASA) para evaluar la costo-efectividad de esta intensificación temprana bajo condiciones reales de adquisición pública.

Material y Métodos: Se construyó un modelo de Markov en hombres con mHSPC recién diagnosticado, que reciben 6 estrategias de intensificación (+ docetaxel, + abiraterona, + enzalutamida, + apalutamida, o tripletes docetaxel+abiraterona o +darolutamida) o TDA sola. La progresión a mCRPC se moduló por el hazard ratio de cada estrategia (metaanálisis en red). El modelo corre en ciclos mensuales a horizonte vitalicio (cohorte de 70 años), con costos y AVAC descontados 3% anual, desde la perspectiva de FONASA: precios de fármacos adjudicados de CENABAST/Mercado Público y costos de toxicidad grado ≥3 del Arancel FONASA MAI 2026. El ICER se calculó aplicando dominancia absoluta y extendida.

Resultados: El triplete TDA + docetaxel + abiraterona fue la estrategia dominante en el análisis de costo-efectividad, mostrando mayor AVAC a menor costo que enzalutamida, apalutamida y el triplete con darolutamida, en todo el rango de precio. Frente a TDA sola, generó 1,27 AVAC adicionales por paciente con un ICER de $1.800.741 CLP/AVAC (USD 1.936; 0,11 PIB per cápita chileno), sustancialmente menor que los ICER de triplete reportados por Sathianathen et al. para EE. UU. (USD 287.722) y Australia (AUD 107.083). La probabilidad de que el triplete tuviera el mayor beneficio neto superó 99% considerando 1 PIB per cápita como umbral de disposición a pagar.

Conclusiones: Actualmente, la canasta GES no contempla ARPI; abiraterona y enzalutamida solo son accesibles como DAC tras progresión a mCRPC. El presente estudio demuestra la costo-efectividad de adelantar el uso de abiraterona a mHSPC junto con docetaxel y TDA. Esta brecha entre evidencia y financiamiento debería informar la priorización de nuevas coberturas GES en cáncer de próstata metastásico.

O66

Contribución del cambio demográfico al aumento de egresos hospitalarios y mortalidad por cáncer de pene en Chile, 2002-2023

Alfaro A.[1] | Briceño F.[2] | Borgna V.[1] | Alarcón L.[1]

[1]Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Urología, Santiago, Chile; [2]Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Chile ha experimentado un marcado envejecimiento poblacional durante las últimas décadas, cuyo efecto sobre la carga hospitalaria y mortalidad por cáncer de pene no ha sido cuantificado. El objetivo fue evaluar las tendencias de egresos hospitalarios y mortalidad por cáncer de pene en Chile y cuantificar la contribución del crecimiento poblacional, envejecimiento y cambios en las tasas específicas por edad.

Material y Métodos: Estudio ecológico nacional utilizando egresos hospitalarios y defunciones DEIS por neoplasia maligna de pene (CIE-10 C60), junto con estimaciones poblacionales INE, entre 2002–2023. Se calcularon tasas crudas y estandarizadas directamente por edad a la población masculina chilena de 2017. Las tendencias se estimaron como cambio porcentual anual promedio mediante modelos log-lineales con errores de Newey-West. Se compararon los quinquenios 2002–2006 y 2019–2023 mediante descomposición aditiva de Shapley, atribuyendo el cambio absoluto a tamaño poblacional, estructura etaria y tasas específicas por edad. Los análisis se realizaron en R.

Resultados: La tasa cruda de egresos no mostró tendencia significativa (+0,55% anual; IC95% −0,24 a +1,35), mientras la tasa estandarizada disminuyó −1,62% anual (IC95% −2,42 a −0,82). La mortalidad cruda aumentó +2,70% anual (IC95% +1,50 a +3,92), pero la mortalidad estandarizada no mostró tendencia significativa (−0,07% anual; IC95% −1,11 a +0,98). Entre ambos quinquenios, los egresos aumentaron de 637 a 853 (+216): +154 por crecimiento poblacional, +276 por envejecimiento y −214 por cambios en tasas específicas. Manteniendo las tasas iniciales se habrían esperado 1.134 egresos versus 853 observados. Las defunciones aumentaron de 109 a 211 (+102): +32 por crecimiento, +68 por envejecimiento y +2 por tasas específicas; el contrafactual estimó 210 muertes versus 211 observadas.

Conclusiones: El aumento absoluto de la mortalidad por cáncer de pene en Chile se explica casi completamente por crecimiento y envejecimiento poblacional, sin evidencia de incremento de la mortalidad ajustada por edad. Paralelamente, las tasas ajustadas de egresos disminuyeron, atenuando sustancialmente el incremento esperado por el cambio demográfico. Los egresos representan eventos hospitalarios y no pacientes únicos ni incidencia.

O67

¿Centralización o dispersión? Evolución nacional de la actividad de amputación peneana en la red pública chilena, 2009-2025

Alfaro A.[1] | Toro D.[2] | Briceño F.[2] | Borgna V.[1] | Alarcón L.[1]

[1]Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Urología, Santiago, Chile; [2]Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de pene es infrecuente y su manejo requiere experiencia acumulada. Se desconoce cómo se distribuye en Chile la actividad de amputación peneana y si el volumen hospitalario se relaciona con el tipo de amputación. El objetivo fue evaluar la concentración de actividad y la asociación entre volumen anual y amputación parcial versus total.

Material y Métodos: Estudio ecológico nacional con Reportes Estadísticos Mensuales (REM), Serie BS, 2009–2025. Se identificaron amputaciones parciales y totales, armonizando códigos y establecimientos. Se definió centro-año activo como aquel con ≥1 procedimiento anual. Se calcularon centros activos, participación anual de los cinco centros de mayor volumen y HHI normalizado. Las tendencias se evaluaron mediante regresión con errores de Newey-West; el HHI se modeló logarítmicamente. La asociación volumen–amputación parcial se estimó mediante GEE binomial agrupado por establecimiento, ajustado por año y macroregión, con volumen en log2. Los análisis y sensibilidades se realizaron en R.

Resultados: Se identificaron 1.804 amputaciones en 66 establecimientos: 1.134 parciales (62,9%) y 670 totales (37,1%). En 637 centro-años activos, la mediana fue 2 procedimientos (RIC 1–3); 80,8% registró ≤3 y concentró 48,1% de la actividad. Los centros activos aumentaron de 30 a 47 (+1,25/año; IC95% 1,00–1,49). La participación de los cinco centros principales disminuyó de 59,8% a 31,1% (−1,74 puntos porcentuales/año; IC95% −2,34 a −1,13) y el HHI normalizado de 0,083 a 0,015 (−11,3%/año; IC95% −14,5 a −8,0). No se observó asociación ajustada entre volumen y amputación parcial (OR por duplicación 0,83; IC95% 0,63–1,10; p=0,191), con resultados similares en sensibilidades (OR 0,94 y 1,04).

Conclusiones: La actividad de amputación peneana mostró dispersión progresiva, con casi la mitad de los procedimientos en centro-años con ≤3 casos. No se observó asociación entre volumen y proporción de amputaciones parciales. Estos hallazgos justifican evaluar si la concentración de experiencia se relaciona con calidad y resultados oncológicos. REM no vincula cada prestación a diagnóstico, estadio o indicación quirúrgica.

O68

Linfadenectomía inguinal abierta en cáncer de pene: Fundamento oncológico, resultados y vigencia clínica

Volosky M. | Mejías A. | Márquez R. | Mendoza E. | Saldaña A. | Riesle P. | Peter H. | Marió C. | Sobell R. | Henríquez P. | Muñoz S. | Iturriaga C.

Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: El compromiso ganglionar es el principal factor pronóstico del cáncer de pene y la linfadenectomía inguinopélvica tiene intención terapéutica. En alta carga ganglionar, el manejo es multimodal y las guías mantienen la vía abierta como estándar, aunque su morbilidad es alta. La tasa global no siempre refleja la naturaleza, gravedad y tratamiento de las complicaciones. El objetivo fue describir sus resultados y perfil de morbilidad.

Material y Métodos: Serie retrospectiva de 15 pacientes consecutivos operados entre 2018 y 2025 (30 linfadenectomías inguinales). La disección abierta fue superficial o superficial y profunda según la carga ganglionar. Se preservó la vena safena cuando fue oncológicamente posible y se transpuso el sartorio para cubrir los vasos femorales expuestos; la linfadenectomía pélvica se agregó cuando estuvo indicada. Se registraron estadio clínico, quimioterapia de inducción con paclitaxel, ifosfamida y cisplatino (TIP), anatomía patológica y complicaciones a 90 días. Los eventos linfáticos se analizaron por lado y se informó el peor Clavien-Dindo por paciente.

Resultados: Nueve pacientes (60%) presentaban cN2-cN3 y cuatro recibieron TIP. La disección fue superficial en 10/30 lados y superficial y profunda en 20/30; se agregó linfadenectomía pélvica en 14/30. Hubo compromiso ganglionar en 10/15 pacientes y pN3/ypN3 en 3/15; tras TIP, dos alcanzaron ypN0 y dos persistieron ypN3. Mediana: 28 ganglios/paciente (12-67). Se registraron eventos linfáticos no excluyentes en 12/30 lados y en 8/15 pacientes. Cuatro pacientes no presentaron complicaciones. El peor Clavien-Dindo por paciente fue I en tres, II en tres, IIIa en cuatro e IVb en uno (sepsis de foco cutáneo). Los eventos IIIa correspondieron a drenajes percutáneos sin anestesia general. No hubo grados IIIb, reoperaciones, necrosis cutánea ni mortalidad a 90 días.

Conclusiones: En una cohorte con alta carga ganglionar, la vía abierta permitió adecuar la disección a las necesidades oncológicas, incluida su extensión a la pelvis. Aunque las complicaciones fueron frecuentes y predominantemente linfáticas, su manejo fue principalmente no quirúrgico. Estos resultados respaldan la vigencia de la vía abierta, realizada según principios técnicos establecidos, como componente del tratamiento multimodal en pacientes seleccionados.

O69

Linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) vs abierta en cáncer de pene: Cohorte histórica en un centro oncológico de referencia nacional

Gurovich J. | Benitez A. | Aliaga A. | Vega A. | Román J. | Iñiguez S. | Henríquez D. | Vilches R.

Instituto Nacional del Cáncer, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La linfadenectomía inguinal es fundamental en el manejo del cáncer de pene, aun cuando el abordaje abierto clásico implica alta morbilidad local. Si bien la técnica mínimamente invasiva ha demostrado ser oncológicamente equivalente y con resultados perioperatorios superiores, su implementación clínica suele verse limitada por la curva de aprendizaje y el bajo volumen de casos. El objetivo de este estudio es comparar los resultados perioperatorios y oncológicos entre la linfadenectomía abierta convencional y la endoscópica (VEIL) en un centro oncológico de referencia.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron 26 pacientes operados por cáncer de pene: 12 sometidos a cirugía abierta (2014-2020) y 14 mediante técnica VEIL (2020-2026). Se evaluaron variables demográficas, oncológicas, tiempo quirúrgico, sangrado, uso de drenajes, estancia hospitalaria y rendimiento ganglionar. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y Test de Fisher, considerando significancia estadística un valor $p \leq 0.05$.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en edad, índice de masa corporal y carga de comorbilidades basales. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el estadio clínico, tipo de cirugía primaria, histología ni estadio anatomopatológico final. El tiempo operatorio fue equivalente entre la técnica abierta y VEIL (mediana 200 vs 225 min; $p=0.519$). El abordaje VEIL logró una mayor preservación de la vena safena (92.9% vs 33.3%; $p<0.001$) y presentó un menor sangrado (mediana 20 vs 100 ml; $p=0.248$). En el postoperatorio, VEIL redujo significativamente la estancia hospitalaria (mediana 2 vs 4.5 días; $p=0.016$), observándose un uso de drenajes de 31 vs 19 días ($p=0.089$). Oncológicamente, VEIL demostró un excelente rendimiento, con una tendencia a mayor resección total de linfonodos (mediana 31 vs 18.5; $p=0.05$).

Conclusiones: La técnica VEIL es segura y oncológicamente equivalente a la cirugía abierta, logrando una óptima resección ganglionar, disminuyendo significativamente la hospitalización, favoreciendo la preservación de la vena safena y evitando el flap de sartorio. Esta es, a conocimiento de los autores, la mayor serie clínica de esta técnica reportada en el país hasta la fecha. Estos hallazgos respaldan sólidamente su viabilidad y consolidan los beneficios del abordaje mínimamente invasivo en nuestro medio.

ORALES 8

O70

¿Es la uretrocistografía un buen predictor de la extension real de la estenosis uretral?: Concordancia entre la longitud radiológica e intraoperatoria de la estenosis uretral en pacientes sometidos a uretroplastía

Luz D. | Bravo C. | Ramirez G. | Eltit I. | Velarde L. | Barria S.

Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La uretrocistografía es el estudio de elección para identificar la longitud, localización y gravedad de la estenosis uretral y así poder planificar la estrategia reconstructiva. No obstante, la imágen es bidimensional y dependiente de la posición del paciente y el grado de tracción peneana y puede no correlacionarse a lo encontrado en el intraoperatorio. El objetivo fue evaluar la concordancia entre la longitud estimada mediante uretrocistografía y la longitud intraoperatoria en pacientes sometidos a uretroplastía.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a uretroplastía con uretrocistografía como principal estudio preoperatorio. Se excluyeron procedimientos endoscópicos y registros sin mediciones pareables. En estenosis multifocales se consideraron todos los segmentos documentados. Se analizaron 27 pacientes. La asociación se evaluó mediante correlación de Spearman y la concordancia mediante coeficiente de concordancia de Lin. Las diferencias pareadas se compararon con Wilcoxon. Se definió como subestimación clínicamente relevante una longitud intraoperatoria ≥1 cm mayor que la radiológica.

Resultados: La longitud mediana estimada por uretrocistografía fue 3,0cm (RIC 2,0-3,0) al igual que la longitud intraoperatoria (RIC 2,0-3,5). Existió una correlación fuerte entre ambas mediciones (rho de Spearman=0,864; p<0,001) y una concordancia global elevada (Lin=0,878). La diferencia mediana entre la medición intraoperatoria y radiológica fue 0 cm (RIC 0-0,5), sin diferencia sistemática significativa en el análisis pareado (p=0,356). En 15/27 pacientes (55,6%) ambas mediciones fueron idénticas. La cirugía evidenció una estenosis al menos 1 cm mayor que la estimada por uretrocistografía en 7/27 pacientes (25,9%) y en 4/27 (14,8%) la UCG sobreestimó la longitud en ≥1 cm.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la uretrocistografía mostró buena concordancia global con la longitud hallada en la cirugía. Sin embargo, en uno de cada cuatro pacientes el estudio subestimó lo encontrado en al menos 1 centímetro, lo que es concordante con lo reportado en la literatura. Debido a esto, la uretrocistografía debe considerarse como un predictor razonable pero imperfecto con tendencia a la subestimación, por lo que la planificación quirúrgica debe considerar una estenosis más extensa que la reportada radiológicamente.

O71

Manejo contemporáneo de la estrechez uretral en hombres de 65 años o más: Selección terapéutica, resultados y rol de la cirugía abierta en un análisis multicéntrico

Irarrázaval Infante S.[1] | Escobar Urrejola S.[2] | Fernández Wenzel J.[3] | Manterola Flores C.[4] | Baeza Figueroa C.[5] | Opazo Márquez V.[6]

[1]Hospital El Pino, Santiago, Chile; [2]Clínica Dávila, Hospital del Salvador, Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile; [3]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [4]Clínica Dávila, Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [5]Clínica Dávila, Santiago, Chile; [6]Clínica Dávila, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: El manejo de la estrechez uretral en hombres de edad avanzada requiere integrar anatomía, comorbilidad y antecedentes terapéuticos, pero la evidencia sobre cirugía reconstructiva en pacientes ≥65 años es escasa. El objetivo fue describir las estrategias terapéuticas, resultados perioperatorios y recidiva, e identificar factores asociados con la selección de uretrostomía perineal.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (por mismo equipo) de hombres ≥65 años tratados quirúrgicamente por estrechez uretral entre 2019 y 2026. Se registraron características clínicas, procedimientos, evolución perioperatoria, complicaciones y recidiva. Los factores asociados con la selección de uretrostomía perineal se analizaron mediante regresión logística multivariable.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes; mediana de edad 74,2 años (RIC 70,7-79,6) e índice de Charlson 4 (RIC 3-5); 91,7% eran ASA II-III. La etiología fue iatrogénica en 80,6% y 48,4% tenía tratamiento uretral previo. Las técnicas más empleadas fueron uretroplastia con injerto de mucosa oral (31,6%), uretrostomía perineal (28,4%), balón medicado (13,7%), uretrotomía interna o dilatación (12,6%) y escisión primaria y anastomosis (10,5%). La cirugía abierta representó el 70,4% de los procedimientos, congruente con estrecheces más complejas. En los pacientes que requirieron injerto, su longitud media fue 7,2 cm (rango 4-12 cm). La hospitalización mediana fue de 1 día. Las complicaciones ocurrieron en 8% tras tratamiento endoscópico (Clavien-Dindo I y II) y 17,5% tras cirugía abierta (Clavien-Dindo I-II, un evento III en relación a drenaje retenido). El seguimiento mediano fue 7,8 meses (RIC 2,1 - 29,1). La recidiva fue 16,1% (14/87): descriptivamente 26,1% tras tratamiento endoscópico y 11,5% tras cirugía abierta. La longitud de la estrechez (OR 1,47 por 10 mm; IC95% 1,08-2,01; p=0,015) y Charlson (OR 1,59 por punto; IC95% 1,11-2,27; p=0,012) se asociaron independientemente con uretrostomía perineal.

Conclusiones: En hombres ≥65 años, la cirugía reconstructiva abierta fue la estrategia predominante, con hospitalización breve y baja morbilidad perioperatoria. La selección de uretrostomía perineal se asoció independientemente con mayor longitud de estrechez y comorbilidad. Estos resultados respaldan una selección terapéutica basada en las características anatómicas y clínicas, más que en la edad cronológica de forma aislada.

O72

Resultados clínicos y funcionales del balón medicado en estenosis uretral: Experiencia inicial de un centro universitario

Acevedo E. | Pino A. | Daniel B. | Agustin V. | Cristian T. | Carlos C.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El balón medicado con paclitaxel se ha popularizado como una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de la estenosis uretral, buscando mejorar la durabilidad del tratamiento endoscópico mediante la inhibición de la fibrosis. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con balones medicados para el tratamiento de la estenosis uretral en un centro universitario.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con estenosis uretral tratados con balón medicado con paclitaxel. El resultado primario fue la recurrencia, definida como imposibilidad de franquear el segmento tratado con cistoscopio flexible durante el seguimiento o necesidad de una nueva dilatación uretral. Se evaluaron complicaciones perioperatorias y cambios en flujo urinario máximo (Qmax) y USS-PROM (0-24). Las variables pre y postoperatorias fueron comparadas mediante test de Wilcoxon.

Resultados: Se analizaron 18 procedimientos. La edad media de los pacientes fue 63,9±15 años. La estenosis fue bulbar en 72,2%, bulbomembranosa en 16,7% y membranosa en 11,1%. La longitud mediana fue 1,0 cm (RIC1,0-1,6). Se utilizó Optilume 30Fr en 11/18 y otros balones similares 7/18. La mediana de seguimiento fue de 10,9 meses (RIC3,8-15,5). Se observaron 4 recurrencias (22,2%), entre 2-13 meses. El Qmax aumentó de 7,6 mL/s (RIC4,6-16,0) a 27,5 mL/s (RIC24, 0-30,6; p=0,008). El USS-PROM disminuyó de 12 (RIC10-17) a 4 (RIC3-7; p<0,001). Asimismo, se observó una mejoría significativa en la calidad de vida (2,12 a 0,71 puntos; p=0,002) y en la percepción de la fuerza del chorro (3,44 a 2,44 puntos; p=0,004). Se registró una complicación intraoperatoria por rotura del balón y una complicación postoperatoria: uretrorragia persistente durante tres meses autolimitada.

Conclusiones: En esta experiencia inicial, el tratamiento de la estenosis uretral con balón medicado presentó una tasa de recurrencia de 22,2%, asociándose a una mejoría significativa del Qmax y USS-PROM. Los hallazgos apoyan su utilización como técnica mínimamente invasiva, se requiere mayor número de casos y seguimiento prolongado para establecer su durabilidad.

O73

Balón uretral medicado con paclitaxel en práctica clínica real: Resultados iniciales más allá de los criterios robust

De Oliveira A.[1] | Ramírez J.[2] | Gómez I.[1] | Marió C.[3]

[1]Hospital Dipreca, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [3]Hospital Dipreca y Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La dilatación uretral con balón recubierto con paclitaxel combina dilatación y acción antiproliferativa para reducir la recurrencia. La evidencia se concentra en estenosis anteriores recurrentes tratadas con dispositivos de 3,5 µg/mm². El objetivo fue describir los resultados iniciales de esta técnica en un centro chileno.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, bicéntrico y multioperador, de 14 pacientes tratados entre diciembre de 2024 y junio de 2026. Los datos se obtuvieron de Urodata. Se analizaron caracteristicas de la estenosis, antecedentes, parámetros técnicos, tiempo de sonda Foley, IPSS y uroflujometría. Se utilizó balón con paclitaxel 2,2 µg/mm² y dextrán 0,7 µg/mm².

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes. Todos tenían cistoscopia y 11 (78,6%), uretrocistografía preoperatoria. Nueve pacientes (64,3%) presentaban estenosis bulbar, mientras que cinco (35,7%) presentaban compromiso bulbomembranoso, membranoso o de la anastomosis uretrovesical. La longitud estuvo disponible en 12 pacientes: diez (83,3%) presentaban estenosis ≤2 cm y dos (16,7%) >2 cm. Diez (71,4%) tenían al menos una intervención endoscópica previa y cuatro (28,6%) más de una. Las medianas de insuflación y presión máxima fueron 10 minutos (5-15) y 10 ATM (10-12). El tiempo medio de sonda fue 3,5 días (1-8). 13 tenían IPSS y uroflujometría postoperatorios (92,9%). La mediana del IPSS fue 10 (4-13): cinco (38,5%) presentaron síntomas leves, seis (46,2%) moderados y dos (15,4%) graves. La mediana del Qmax fue 10,2 ml/s (6,9-15,6): seis (46,2%) presentaron <10 ml/s, tres (23,1%) entre 10 y <15 ml/s y cuatro (30,8%) ≥15 ml/s. En siete pacientes con mediciones pre y postoperatorias comparables, el Qmax promedio aumentó de 7,9 a 13,0 ml/s (+64,2%). La uroflujometría postoperatoria se realizó a una mediana de 3,4 meses.

Conclusiones: En esta experiencia inicial, los pacientes con mediciones comparables presentaron mejoría del Qmax, aunque los resultados funcionales fueron heterogéneos. La menor carga superficial de paclitaxel, la heterogeneidad anatómica y la variabilidad en los tiempos de seguimiento limitan la comparación con ROBUST. Se requiere un seguimiento estandarizado que evalúe recurrencia y reintervención para determinar su efectividad en la práctica clínica real.

O74

Cuando la uretra limita el manejo del cáncer vesical: Tratamiento de la estrechez uretral para mantener el acceso oncológico

Manterola C.[1] | Escobar S.[2] | Irarrázabal S.[3] | Fernández J.[4] | Opazo V.[5] | Baeza C.[6]

[1]Hospital Del Salvador, Clínica Dávila, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador, Hospital Luis Tisné, Clínica Dávila, Santiago, Chile; [3]Hospital del Pino, Santiago, Chile; [4]Universidad De los Andes, Santiago, Chile; [5]Hospital Barros Luco Trudeau, Clínica Dávila, Santiago, Chile; [6]Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer vesical no músculo invasor requiere vigilancia prolongada e instrumentalización transuretral repetida. La coexistencia de una estrechez uretral puede dificultar o impedir ésto, por lo que su tratamiento debe considerar no solo la permeabilidad uretral, sino también la necesidad de mantener un acceso precoz y duradero para el manejo oncológico. El objetivo fue describir las estrategias utilizadas y sus resultados en pacientes con cáncer vesical y estrechez uretral concomitante.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de adultos con cáncer vesical y estrechez uretral tratados por un equipo reconstructivo en tres centros terciarios. La estrategia se definió según las características del paciente y de la estrechez, los tratamientos uretrales previos y necesidad prevista de instrumentalización transuretral. El outcome primario fue mantener un acceso uretral que permitiera realizar los procedimientos oncológicos requeridos sin reintervenciones sobre la estrechez. Se evaluaron además reestenosis, reintervención y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes, con una mediana de edad de 75 años (rango 56-92). Siete (63,6%) presentaban cáncer vesical de alto riesgo según la EAU y siete (63,6%) tumores de alto grado. Ocho estrecheces (72,7%) fueron de etiología iatrogénica. Ocho fueron tratados mediante uretrostomía perineal, uno de ellos asociada a cervicotomía; uno fue sometido a uretroplastía con injerto de mucosa oral, uno a uretrotomía interna bajo visión directa (DVIU) y otro a DVIU asociada a balón medicado. Todos requirieron posteriormente instrumentalización transuretral mediante cistoscopia, RTU-V y/o instilaciones con BCG. El acceso uretral oncológico se mantuvo en 10 de los 11 pacientes (90,9%). En el paciente restante, el calibre uretral permitió realizar cistoscopias, pero insuficiente para efectuar la RTU-V requerida. Con una mediana de seguimiento de 12,9 meses (rango 0,8-68,2), no hubo reintervenciones para restablecer el acceso uretral. Se registró una complicación Clavien-Dindo I (9,1%).

Conclusiones: En pacientes con cáncer vesical y estrechez uretral, una estrategia orientada a mantener un acceso uretral precoz y duradero permitió realizar los procedimientos oncológicos requeridos en la mayoría de los pacientes, sin necesidad de reintervenciones para restablecer el acceso. La elección del tratamiento debe considerar las necesidades futuras de instrumentalización y no únicamente la resolución inmediata de la estrechez.

O75

Aplicabilidad de la actualización 2025 de la escala de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) de lesión renal: Concordancia diagnóstica entre urólogos, radiólogos y médicos de primera atención

Pfeifer Esparza J.[1] | Ibañez Holmgren H.[2] | Henríquez Rissios J.[3] | Duran Gacía L.[3] | Donoso González D.[3] | Maldonado Álvarez F.[3] | Marchant Bustos P.[3] | Campaña Weitz N.[3] | Montecinos Gaete J.[3] | Pérez Ostergaard C.[3] | Espinal Vásquez C.[3] | Ziegler Heredia W.[3]

[1]Hospital de Urgencia y Asistencia Pública - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [3]Hospital de Urgencia y Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: La clasificación de trauma renal AAST, revisada en 2018, fue actualizada en 2025 para mejorar la estimación del riesgo de sangrado y la necesidad de intervención, reemplazando umbrales basados en opinión de expertos por criterios de imagen más objetivos. Su reproducibilidad interespecialidad no ha sido establecida. Estudios previos reportaron entre radiólogos y urólogos concordancia solo sustancial (kappa ponderado 0,61-0,76), con heterogeneidad marcada según el grado, especialmente baja en grado II, sin incluir médicos de primera atención. El objetivo fue evaluar la aplicabilidad de la actualización 2025 mediante el análisis de concordancia diagnóstica entre evaluadores de distintas especialidades.

Material y Métodos: Serie de 34 pacientes con trauma renal evaluados con tomografía computada contrastada, seleccionados retrospectivamente. La evaluación fue prospectiva y ciega: diez evaluadores clasificaron de forma independiente cada caso: cinco urólogos, tres radiólogos y dos médicos de primera atención (340 valoraciones). El estándar de referencia se definió por consenso previo e independiente entre el urólogo y el radiólogo de mayor experiencia, quienes fueron excluidos del análisis de su propio grupo. Se calculó kappa de Cohen ponderado frente al estándar de referencia, kappa de Fleiss por especialidad (ambos con IC95%) y porcentaje de acuerdo exacto por grado.

Resultados: El kappa ponderado medio fue 0,90 (0,80-0,95) para radiólogos, 0,82 (0,72-0,89) para urólogos y 0,64 (0,45-0,77) para médicos de primera atención; este último con intervalo amplio dado el bajo número de evaluadores (n=2). El kappa de Fleiss fue 0,62, 0,52 y 0,23 respectivamente. El acuerdo exacto global fue 69,1%, concentrando el grado II el mayor desacuerdo (54,6%). En la dicotomía bajo/alto grado el acuerdo fue 92,6%, con subestadificación de lesiones de alto grado en 11,1% global y 27,8% en médicos de primera atención.

Conclusiones: La actualización 2025 mostró concordancia numéricamente superior entre urólogos y radiólogos a la reportada previamente para versiones anteriores de la escala, lo que es consistente con un beneficio de sus criterios cuantitativos más explícitos. La baja concordancia en médicos de primera atención podría respaldar que es necesario confirmar la estadificación inicial con el especialista.

O76

Resultados funcionales y morbilidad postquirúrgica en genitoplastía feminizante

López Vargas V.[1] | Gjuranovic I.[2] | Gjuranovic M.[3] | Iturbe R.[4] | Gjuranovic Sardy M.[5]

[1]Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Lo Barnechea, Chile; [2]Universidad de los Andes, ; [3]Universidad Católica de Chile; [4]Hospital Base Osorno; [5]Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: La genitoplastía feminizante tiene como objetivos tanto la creación de un complejo perineogenital, como la obtención de una neovagina apta para el coito y un neoclítoris sensorialmente competente. Por ello, la evaluación del impacto quirúrgico exige integrar los resultados reportados por las pacientes respecto a su calidad de vida sexual. El objetivo de este estudio es analizar la morbilidad quirúrgica y evaluar los resultados funcionales postoperatorios (actividad sexual, capacidad orgásmica y autopercepción genital) empleando escalas estandarizadas (oMtFSFI y FGSIS), contextualizando los hallazgos con la evidencia internacional reciente.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 48 pacientes transgénero sometidas a genitoplastía feminizante por dos cirujanos. Se revisaron variables demográficas, operatorias y complicaciones perioperatorias. Para la evaluación de los desenlaces funcionales y estéticos, se aplicaron las encuestas oMtFSFI (función sexual) y FGSIS-S (autopercepción genital), respondidas por 20 pacientes.

Resultados: La edad promedio al momento de la cirugía fue de 26,4 ± 6,0 años, con un tiempo operatorio de 243,6 ± 37,6 minutos. Se documentó una tasa de complicaciones Clavien-Dindo ≥ III del 8,3%. Respecto a los resultados funcionales, el 95% de las pacientes encuestadas retomó su actividad sexual post-cirugía. Un 95% reportó conservar la capacidad orgásmica, alcanzando el orgasmo siempre o la mayoría de las veces en el 65% de los casos. En contraste, solo un 32% refirió una lubricación adecuada y apenas el 38% reportó ausencia de dolor durante o después del coito. La evaluación de la autoimagen reveló que el 95% percibe de forma positiva sus genitales, el 85% no siente vergüenza de ellos y el 75% está satisfecha con su apariencia estética.

Conclusiones: La genitoplastía feminizante evidencia resultados funcionales globales favorables, con excelente preservación de la capacidad orgásmica y una buena autoimagen genital postoperatoria. Si bien, la tasa de morbilidad severa es aceptable y concordante con series internacionales, la prevalencia observada de dispareunia y déficit de lubricación subraya la necesidad de implementar protocolos de seguimiento clínico y optimizar la rehabilitación sexual a largo plazo.

O77

Morbilidad y resultados en genitoplastías de afirmación de género: Experiencia de un centro público de referencia macrozonal

Soler D.[1] | Toledo J.[1] | Coloma F.[2] | Alarcon J.[2] | Rojas A.[2] | Rojas J.[1] | Araya F.[1] | Vera A.[1] | Valenzuela R.[1] | Andrusco A.[1] | Soler S.[1]

[1]Servicio de Urología, Hospital de La Serena, La Serena, Chile; [2]Residente de Urología, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, La Serena, Chile

Introducción: La cirugía de afirmación de género genital-constituye un paso definitivo en transición transgénero, con un impacto trascendental en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, por su complejidad y la falta de cirujanos entrenados, existen muy pocos centros público y privados que ofrezcan este tipo de prestaciones. En el presente trabajo mostramos la experiencia, morbilidad y resultados de un centro de referencia público macrozonal.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una cohorte longitudinal de pacientes sometidos a genitoplastía primaria de afirmación de género entre 2014 y 2025, realizadas por un cirujano entrenado. Se registraron complicaciones según Clavien-Dindo, impacto en calidad de vida utilizando cuestionario WHOQOL-BREF, y satisfacción anatómica y funcional específica, con el cuestionario GENDER-Q.

Resultados: Se registró un total de 55 pacientes: 52 genitoplastías feminizantes (94,5%; técnica de inversión peneana), y 3 genitoplastías masculinizantes (5,5%; metoidioplastía). La mediana de estadía hospitalaria fue de 4 días (3-8). Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron: 19,2% (10) necrosis de colgajo (9 de ellos en los primeros 30 casos); 5,8% (3) lesión rectal; 9,6% (5) estenosis uretral; 7,7% (4) fístula uretral; y 4,8% (2) atrofia neovaginal. Hubo un 5,5% de complicaciones graves (Clavien Dindo ≥III). En Calidad de Vida se evidenció un impacto estadísticamente significativo en Dominio Psicológico (mediana 89/100), con mejora sustancial en autoimagen y reducción de la disforia; el Dominio Relaciones Sociales alcanzó puntuaciones destacadas (92/100). GENDER-Q demostró un alto grado de éxito quirúrgico: Satisfacción con Apariencia Genital alcanzó 87/100 (mediana), incremento estadísticamente significativo respecto a evaluación basal ($p<0.001$); Función Sexual mostró 76/100 (mediana), destacando la preservación de sensibilidad erógena y capacidad orgásmica, que se alcanzó en un 80% de los pacientes; el bienestar psicológico general se situó en cuartil superior (82/100), consolidando el impacto positivo de la reconstrucción anatómica en congruencia de género. Se reportó solo un arrepentimiento.

Conclusiones: En un centro público de referencia, las genitoplastías de afirmación de género presentan una morbilidad y resultados de satisfacción comparables a series internacionales de alto volumen. Las complicaciones más serias se concentraron en la fase inicial del programa, propio del efecto de curva de aprendizaje.

O78

Metoidioplastia en pacientes trans masculino, más allá de la reconstrucción: Función sexual, longitud del neofalo y conformidad quirurgica en una serie chilena

García M.[1] | Barriga J.[1] | Oliveros P.[2] | Marchant I.[2] | Cifuentes M.[3] | Calvo N.[4]

[1]Residente de urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile; [2]Unidad de Estudios Clínicos (UEC), Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile; [3]Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile; [4]Servicio de Urología, Hospital de Quilpué, Quilpue, Chile

Introducción: La metoidioplastia es una cirugía de reasignación genital para personas trans masculinas que utiliza el clítoris hipertrofiado por efecto de la testosterona para construir un neofalo, preservando su tejido eréctil, vascularización e inervación. Estas características favorecen la sensibilidad erógena y la erección; sin embargo, el menor tamaño del neofalo puede limitar la penetración. Su evaluación es relevante para establecer expectativas realistas, orientar el asesoramiento preoperatorio y valorar los resultados posquirúrgicos. El objetivo fue describir presencia de erección, sensibilidad erógena y capacidad de penetración, además de longitud del neofalo y conformidad con el resultado quirúrgico, en pacientes sometidos a metoidioplastia por un equipo quirúrgico chileno.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes sometidos a metoidioplastia por un equipo quirúrgico de la zona central de Chile entre 2012 y 2026. Se combinó revisión retrospectiva de registros clínicos con evaluación transversal mediante encuesta estructurada de autorreporte aplicada en septiembre de 2022 y agosto de 2026. Se identificaron 21 pacientes elegibles; tres no respondieron y 18 fueron incluidos. Se evaluó presencia de erección, sensibilidad erógena, penetración, longitud del neofalo y conformidad con el resultado quirúrgico. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 32,5 años (RIC 28,3-35,8) y la mediana de seguimiento estimado de 4 años (RIC 1-5). Todos los pacientes (18/18) reportaron sensibilidad erógena preservada. La presencia de erección fue referida por 17/18 pacientes (94,4%) y la capacidad de penetración por 8/18 (44,4%). La longitud mediana del neofalo fue de 4,5 cm (RIC 3,6-7) y 12/18 pacientes (66,7%) se declararon conformes con el resultado quirúrgico.

Conclusiones: La metoidioplastia mostró elevada preservación de sensibilidad erógena y presencia de erección. La penetración fue reportada por una proporción relevante y dos tercios manifestaron conformidad con el resultado quirúrgico. Estos resultados deben interpretarse considerando diferencias metodológicas en su evaluación. No se identificaron series latinoamericanas directamente comparables que evaluaran conjuntamente estos desenlaces, por lo que esta experiencia aporta información regional y puede impulsar futuros estudios prospectivos, multicéntricos y con instrumentos estandarizados de evaluación sexual.

PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P01

Retrato del cáncer de próstata en un hospital de alta complejidad del sur de Chile: Caracterización clínica y patrones de tratamiento de la cohorte 2025

Oyanedel F.[1] | Muñoz M.[2] | De La Fuente M.[1] | Gallardo I.[3] | Ebel L.[1]

[1]Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Médico EDF Hospital de Lanco, Valdivia, Chile; [3]Médico EDF CESFAM de Máfil, Valdivia, Chile

Introducción: El cáncer de próstata (CáP) integra el régimen GES, que garantiza por ley el acceso al diagnóstico y tratamiento en la red pública. Pese a esta cobertura, la magnitud de la enfermedad avanzada al diagnóstico está poco descrita. El objetivo fue describir la presentación al diagnóstico —con foco en la enfermedad metastásica— y los patrones de tratamiento en un hospital público de alta complejidad.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de los 220 pacientes con CaP ingresados al GES en 2025 en un hospital público de alta complejidad. Extracción estructurada de ficha clínica (edad, PSA, ISUP, estadio TNM, grupo de riesgo y tratamiento). Análisis descriptivo; variables continuas como mediana (rango intercuartílico, RIC).

Resultados: La edad mediana fue 71 años (RIC 65-76) y un tercio presentó enfermedad de alto grado histológico (ISUP GG4-5: 74; 33,6%). Según la extensión al diagnóstico, 149 pacientes (67,7%) tenían enfermedad localizada, 15 (6,8%) localmente avanzada (N+) y 56 (25,5%) enfermedad metastásica, con predominio de compromiso óseo (M1b 39; 69,6% de los metastásicos). El PSA mediano al diagnóstico ascendió progresivamente con la extensión: 9,2 ng/mL en localizados, 19,0 en localmente avanzados y 38,5 en metastásicos. En los 149 pacientes localizados, el tratamiento indicado se distribuyó de forma equilibrada: prostatectomía radical 48 (32,2%), radioterapia + hormonoterapia 44 (29,5%), vigilancia activa 21 (14,1%), radioterapia sola 20 (13,4%) y ADT sola 10 (6,7%).

Conclusiones: En un sistema con cobertura universal garantizada por el GES, uno de cada cuatro pacientes con CáP se diagnostica en etapa metastásica —mayoritariamente ósea y con PSA muy elevado— y un tercio presenta enfermedad de alto grado. Este patrón, en un centro de alta complejidad, revela una brecha en la detección oportuna que la garantía de acceso no ha cerrado. En la enfermedad localizada, el tratamiento se reparte de forma equilibrada entre cirugía, radioterapia y vigilancia activa. Fortalecer la sospecha y derivación precoz en la red es la prioridad.

P02

¿Qué ocurre antes del ges? La biopsia prostática como indicador de capacidad resolutiva en un hospital público chileno

Radtke López V. | Loyola Muñoz M. | Rojas I. | Ramirez G. | Hassi Román M. | Domínguez Argomedo R.

Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: En Chile, el cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia de mayor incidencia en hombres. Sin embargo, las Garantías Explícitas en Salud (GES) se activan una vez obtenida la confirmación histológica, por lo que la etapa comprendida entre la sospecha clínica y la realización de la biopsia carece de un plazo definido para su resolución. La proporción de biopsias realizadas por un centro público, frente a las realizadas de forma particular por un prestador extrahospitalario, refleja en parte, el acceso oportuno al diagnóstico. El objetivo fue describir el sitio de biopsia (intra versus extrahospitalaria) en pacientes con CaP reciente y su asociación con el estadio.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CaP de reciente diagnóstico, registrados en la base GES de un hospital público terciario entre 2022 y 2025. Se evaluó el sitio de biopsia, estadio al diagnóstico, antígeno prostático específico (PSA) y edad. Se analizó la asociación entre sitio de biopsia y el estadio mediante chi-cuadrado y regresión logística ajustada por PSA y edad.

Resultados: Se analizaron 502 pacientes (mediana de edad 71 años). El 37,6% (189) de las biopsias fueron intrahospitalarias y el 62,4% (313) restante fue extrahospitalario. En el análisis no ajustado, los biopsiados intrahospitalariamente presentaron mayor frecuencia de enfermedad avanzada (56,5% vs. 45,9%; p=0,029). Al ajustar por PSA y edad, la asociación no se mantuvo significativa (OR 0,97; IC95% 0,62-1,52; p=0,90), siendo el PSA el único predictor independiente.

Conclusiones: En esta cohorte, cerca de dos tercios de las biopsias prostáticas se realizaron fuera del hospital, lo que evidencia una capacidad resolutiva intrahospitalaria limitada. Estos resultados sugieren que el sistema público no logra resolver, la mayoría de las biopsias que confirman CaP en su población, y ponen de manifiesto la necesidad de establecer un plazo GES que cubra el período entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica.

P03

Cuando la bpMRI informa PI-RADS 3, ¿Aporta información completar la rm multiparamétrica? Correlación con la biopsia

Eltit I.[1] | Cid A.[1] | Tirado D.[1] | Orvieto G.[1] | Mogollon J.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: Las lesiones PI-RADS 3 constituyen la principal zona de incertidumbre al adoptar una estrategia de RM sin contraste (bpMRI). Si completar el estudio multiparamétrico aporta información relevante, su lectura debería reclasificar estas lesiones hacia categorías asociadas a mayor riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS). El objetivo fue evaluar el comportamiento de las lesiones bpMRI PI-RADS 3 al confrontarlas con el informe mpMRI y con la histología.

Material y Métodos: Se analizaron 25 lesiones clasificadas como PI-RADS 3 en una relectura bpMRI ciega. Cada lesión se comparó con la categoría PI-RADS del informe mpMRI original y con el resultado de la biopsia transperineal por fusión RM/US (dirigida y combinada). El CPCS se definió como ISUP ≥2. Dado el tamaño de la cohorte, las comparaciones se realizaron mediante pruebas exactas. Como ambas lecturas fueron independientes, los cambios de categoría deben interpretarse como discordancia entre las dos evaluaciones y no como el efecto aislado del contraste.

Resultados: Dieciséis lesiones (64%) se mantuvieron como PI-RADS 3 en mpMRI y 9/25 (36%) fueron reclasificadas a PI-RADS 4. Ninguna de estas nueve lesiones presentó CPCS en la biopsia dirigida, CPCS global ni ISUP ≥3. Entre las 16 que permanecieron PI-RADS 3, se detectó CPCS dirigido en 1/16 (6,3%) y CPCS global en 2/16 (12,5%). Así, la reclasificación a una categoría superior por mpMRI no identificó un subgrupo con mayor carga de enfermedad significativa. La densidad de PSA fue incluso menor en las lesiones reclasificadas como PI-RADS 4 (0,084 vs 0,127; p=0,019).

Conclusiones: En esta serie inicial, completar la evaluación multiparamétrica reclasificó más de un tercio de las lesiones bpMRI PI-RADS 3, pero esa reclasificación no identificó lesiones con mayor riesgo histológico. El hallazgo sugiere que el beneficio incremental de la mpMRI en este grupo podría ser limitado y respalda un estudio prospectivo con lectura secuencial antes y después del contraste.

P04

No todas las lesiones PI-RADS 3 son iguales: Densidad de PSA y localización zonal para estratificar el riesgo de cáncer clínicamente significativo

Eltit I.[1] | Orellana A.[1] | Mogollón J.[1] | Campos D.[1] | Herquiñigo D.[2] | Manzano R.[1] | Rodríguez A.[1]

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

Introducción: Las lesiones PI-RADS 3 representan un desafío por su probabilidad intermedia y heterogénea de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS). Integrar parámetros clínicos y anatómicos podría identificar subgrupos con riesgos suficientemente distintos para optimizar la indicación de biopsia. El objetivo fue evaluar el valor de la densidad de PSA (PSAD) y la localización zonal para estratificar CPCS en PI-RADS 3.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión RM-ecografía con lesión PI-RADS 3 e histología evaluable. CPCS se definió como ISUP ≥2 en la biopsia combinada. La PSAD se analizó como variable continua y con punto de corte 0,15 ng/mL/cc. La localización se clasificó como zona periférica (ZP) o zona de transición (ZT) cuando pudo establecerse a partir de la información de RM. Se utilizaron Fisher, Mann-Whitney y curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 126 biopsias. Se detectó CPCS en 20/126 biopsias (15,9%). La PSAD fue mayor con CPCS: 0,140 versus 0,095 ng/mL/cc (p=0,004), con AUC 0,704. La detección fue 33,3% (9/27) con PSAD ≥0,15 versus 11,2% (11/98) con PSAD <0,15 (OR 3,95; IC95% 1,43-10,93; p=0,014). La localización zonal estuvo disponible en 108 casos. En ZT exclusiva con PSAD <0,15, CPCS se detectó en 1/21 (4,8%); en ZP exclusiva con PSAD ≥0,15, en 6/12 (50,0%). Dentro de ZP, la detección aumentó de 10,3% con PSAD baja a 50,0% con PSAD ≥0,15 (p=0,004).

Conclusiones: Las lesiones PI-RADS 3 son clínicamente heterogéneas. Una PSAD ≥0,15 se asoció con cerca de cuatro veces mayores odds de CPCS y, combinada con la localización zonal, identificó subgrupos con probabilidades desde 4,8% hasta 50,0%. Integrar PSAD y anatomía de RM puede refinar la estratificación de riesgo en PI-RADS 3.

P05

¿Es la densidad del APE valido en la realidad nacional para la no realización de biopsia en lesiones PI-RADS 3?

Tarp-hansen E. | Poblete V. | Mardonez P. | Neira R. | Garcia V. | Acuña J. | Rozental M.

Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción: La indicación de biopsia en lesiones PI-RADS 3 permanece controvertida, debido a la probabilidad intermedia de diagnóstico de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs), por lo que se han evaluado diversos factores predictores para la indicación de biopsia próstata, en donde la literatura internacional ha posicionado a la densidad del antígeno prostático (dAPE) como uno de los factores más importante para la evaluación. En este trabajo buscamos evaluar el riesgo de diagnóstico de CPcs en los pacientes con lesiones PI-RADS 3.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de 82 pacientes con lesión índice PI-RADS 3 en resonancia magnética multiparamétrica. En nuestro centro se biopsia a todo PI-RADS 3 independente de la dAPE, por lo que la densidad no intervino en la selección de la cohorte. Se consignó antígeno prostático específico (APE), volumen prostático y dAPE. Se definió CPcs como ISUP ≥2, estratificando según en dAPE <0,12 ng/mL y ≥0,12 ng/mL.

Resultados: De los 82 pacientes del estudio presentaban una mediana de APE de 5,65 ng/mL (RIC 4,60-8,70), con un volumen prostático de 57.5 cc (RIC 38-66,8) y dAPE de 0,11 ng/mL/cc (RIC 0,08-0,18). La biopsia prostática fue positiva para cáncer en 40.2% de los pacientes, siendo un 25,6% con CPcs del total de pacientes. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los subgrupos según dAPE, ni para cáncer en general (p=0,82) ni para CPcs (p=1,00). El VPN de una dAPE <0,12 ng/mL/cc fue 61,2% para cáncer de próstata y 73,5% para CPcs.

Conclusiones: En una cohorte donde la biopsia fue independiente de la densidad, el umbral de 0,12 ng/mL/cc no discriminó CPcs, lo que es diferente a los últimos estudios publicados a nivel internacional, pero nuestros resultados sugieren que la dAPE no deberia utilizarse de manera aislada para decidir omitir la biopsia de momento en nuestra realidad local.

P06

¿Dónde puede fallar la rm biparamétrica? Rendimiento según localización anatómica en biopsia prostática transperineal por fusión RM/US

Eltit I.[1] | Quiroz M.[1] | Herrera C.[1] | Guerra J.[1] | Rojas C.[1] | Vidal M.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: La adopción de protocolos de resonancia magnética (RM) prostática sin contraste plantea una preocupación específica: perder rendimiento en localizaciones de interpretación más compleja, especialmente la zona transicional y las lesiones anteriores o apicales. Evaluamos si la RM biparamétrica (bpMRI) mantiene su capacidad para identificar cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) en estos territorios, usando como referencia la histología de la biopsia dirigida transperineal por fusión RM/US.

Material y Métodos: Se incluyeron 177 procedimientos con relectura bpMRI ciega, informe mpMRI original e histología evaluable. Se comparó la discriminación para CPCS dirigido (ISUP ≥2) mediante AUC en zona periférica (ZP) y transicional (ZT) exclusivas, lesiones anterior/apicales y no anterior/apicales, ápex y tercio medio. Se evaluó además si la diferencia de AUC entre lecturas variaba según zona o localización anterior/apical mediante bootstrap. Las lecturas fueron independientes, por lo que la comparación no representa el efecto aislado del contraste.

Resultados: La bpMRI mantuvo alta discriminación en las localizaciones más exigentes. En ZT exclusiva el AUC fue 0,972 frente a 0,877 con mpMRI (ΔAUC +0,096); en lesiones anterior/apicales, 0,852 frente a 0,737 (Δ +0,115; IC95% 0,042–0,207), y en ápex 0,776 frente a 0,733 (Δ +0,043; IC95% −0,017–0,123). En ZP exclusiva fue 0,716 frente a 0,636 (Δ +0,079; IC95% 0,019–0,147). No hubo evidencia de heterogeneidad entre ZP y ZT (ΔΔAUC −0,016; IC95% −0,204 a 0,113) ni entre lesiones anterior/apicales y el resto (ΔΔAUC +0,023; IC95% −0,083 a 0,135).

Conclusiones: La bpMRI mantuvo su capacidad para discriminar CPCS dirigido en las principales localizaciones prostáticas, incluidas ZT y lesiones anteriores y apicales. No se identificó un territorio anatómico con pérdida evidente de rendimiento frente al informe mpMRI original. La localización de la lesión, por sí sola, no parece limitar el uso de protocolos biparamétricos, hallazgo que requiere confirmación prospectiva.

P07

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

Eltit I.[1] | Tirado Barker D.[1] | Manzano Ramírez R.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: La biopsia prostática combinada incorpora cores dirigidos a las lesiones visibles en resonancia magnética (RM) y cores sistemáticos destinados a detectar enfermedad no identificada en las imágenes. Sin embargo, parte del cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) atribuido exclusivamente a la sistemática puede provenir de cores que coinciden con la propia lesión objetivo. El objetivo fue cuantificar el rendimiento incremental real de la biopsia sistemática para detectar CPCS fuera del target de RM.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias prostáticas transperineales combinadas mediante fusión RM-ecografía en aquellos pacientes con lesiones PI-RADS 3-5. Se definió CPCS como ISUP ≥2. Se comparó la detección sistemática y dirigida mediante McNemar. En los casos con CPCS exclusivo de la sistemática, se revisó la localización del core positivo respecto del target, clasificándolo como intratarget u off-target. El desenlace principal fue CPCS exclusivo de la sistemática localizado fuera del target.

Resultados: 772 biopsias cumplieron criterios de inclusión. La detección global de CPCS fue 47,7% (368/772): 44,3% por sistemática y 43,5% por dirigida (p=0,512). Ambas técnicas detectaron CPCS en 310 procedimientos (40,2%), la dirigida exclusivamente en 26 (3,4%) y la sistemática exclusivamente en 32 (4,1%). En 31 de estos 32 casos pudo establecerse la relación con el target: 4 (12,9%) fueron intratarget y 27 (87,1%) off-target. El rendimiento incremental confirmado fuera de las lesiones visibles en RM fue, por tanto, 3,5% (27/772); 12/27 (44,4%) correspondieron a ISUP ≥3. La detección off-target no se asoció con la categoría PI-RADS (p=0,725).

Conclusiones: Aunque sistemática y dirigida mostraron tasas globales similares de CPCS, una parte de los casos atribuidos exclusivamente a la sistemática correspondió al muestreo de la propia lesión visible. Su rendimiento verdaderamente off-target fue 3,5%, pero 44,4% de esos tumores fueron ISUP ≥3. El aporte cuantitativo de la sistemática es limitado, aunque potencialmente relevante por el grado de la enfermedad detectada fuera del target.

P08

Persistencia de sospecha tras biopsia prostática previa negativa: Rendimiento de la rebiopsia transperineal por fusión y aporte de la biopsia sistemática

Mogollón J.[1] | Quiroz Flores M.[1] | Guerra Loyola J.[1] | Luz D.[1] | Eltit I.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: Una biopsia prostática previa negativa no excluye cáncer de próstata clínicamente significativo (CPCS) cuando persiste la sospecha clínica o radiológica. La RM y la biopsia dirigida permiten focalizar la rebiopsia, pero el valor adicional del muestreo sistemático sigue siendo relevante. El objetivo fue evaluar el rendimiento de la rebiopsia transperineal por fusión e identificar factores asociados a CPCS.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión RM-ecografía. Se incluyeron procedimientos con antecedente de biopsia previa negativa, excluyendo cáncer previamente diagnosticado y vigilancia activa; se requirió histología evaluable para el análisis. CPCS se definió como ISUP ≥2. Se analizó el rendimiento combinado y exclusivo de dirigida y sistemática, además de PI-RADS y PSAD con corte 0,15 ng/mL/cc.

Resultados: De 805 biopsias de la serie, 49 cumplieron los criterios clínicos y 48 tuvieron histología evaluable. Entre estas 48 rebiopsias se detectó cáncer en 29 (60,4%) y CPCS en 20 (41,7%). De los 20 CPCS, 14 fueron detectados por ambas técnicas, cuatro solo por sistemática y dos solo por dirigida; la dirigida aislada habría omitido 4/20 (20,0%), equivalente a un rendimiento incremental absoluto de la sistemática de 4/48 (8,3%). La detección aumentó con PI-RADS: 0/4 en PI-RADS 3, 9/31 (29,0%) en PI-RADS 4 y 11/13 (84,6%) en PI-RADS 5. PI-RADS 5 se asoció a CPCS frente a PI-RADS 3-4 (OR 15,89; IC95% 2,94-85,82; p<0,001), al igual que PSAD ≥0,15: 64,7% versus 29,0% (OR 4,48; IC95% 1,27-15,82; p=0,031).

Conclusiones: La rebiopsia transperineal por fusión mostró alto rendimiento para CPCS en pacientes con sospecha persistente. PI-RADS 5 y PSAD ≥0,15 identificaron subgrupos de riesgo elevado. La sistemática mantuvo un aporte clínicamente relevante, rescatando exclusivamente 4/20 CPCS diagnosticados y respaldando su combinación con el muestreo dirigido en este escenario.

P09

Reclasificación histológica durante vigilancia activa: Aporte complementario de la biopsia dirigida y sistemática transperineal por fusión

Eltit I.[1] | Herrera Navia C.[1] | Marín C.[1] | Vidal I.[1] | Herquiñigo D.[2] | Rodríguez-carlin A.[1]

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

Introducción: La vigilancia activa depende de una adecuada clasificación inicial y de identificar oportunamente enfermedad de mayor grado. La RM permite dirigir el muestreo hacia lesiones sospechosas, pero omitir la biopsia sistemática podría perder focos clínicamente significativos fuera del target. El objetivo fue determinar la frecuencia de reclasificación a ISUP ≥2 en vigilancia activa y evaluar el aporte relativo de dirigida y sistemática.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de biopsias transperineales por fusión RM-ecografía. Se incluyeron procedimientos en pacientes en vigilancia activa con Gleason 3+3/ISUP 1 previo; se requirió histología evaluable para el análisis. Se definió reclasificación como ISUP ≥2 en la rebiopsia. Se analizó según PI-RADS, comparando PI-RADS 4-5 versus 2-3 mediante Fisher, y se identificó qué componente determinó la reclasificación.

Resultados: Se identificaron 57 procedimientos en pacientes en vigilancia activa con Gleason 3+3/ISUP 1 previo; 55 tuvieron histología evaluable y fueron incluidos en el análisis. De estos, 23 (41,8%) presentaron reclasificación. La frecuencia fue 14,3% en PI-RADS 2, 11,1% en PI-RADS 3, 51,6% en PI-RADS 4 y 62,5% en PI-RADS 5. PI-RADS 4-5 mostró 21/39 (53,8%) reclasificaciones versus 2/16 (12,5%) con PI-RADS 2-3 (OR 8,17; IC95% 1,63-40,85; p=0,006). De los 23 casos, 18 fueron detectados por ambas técnicas, tres solo por sistemática y dos solo por dirigida. La dirigida aislada habría detectado 20/23 (87,0%) y omitido 3/23 (13,0%). En RM positiva PI-RADS 3-5, 22/48 fueron reclasificados; dos fueron exclusivos de sistemática y dos de dirigida.

Conclusiones: En pacientes con ISUP 1 seleccionados para rebiopsia, la reclasificación fue frecuente y se asoció fuertemente a PI-RADS 4-5. Dirigida y sistemática aportaron información complementaria: ninguna identificó por sí sola todos los casos. Estos hallazgos respaldan mantener un esquema combinado durante la reevaluación en vigilancia activa, especialmente ante lesiones PI-RADS 4-5.

P10

Concordancia topográfica y valor del PET/CT-PSMA frente a resonancia magnética multiparamétrica en cáncer de próstata

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Otaola H. | Labra A. | Schultz M. | Pinochet R. | Orvieto M.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: La resonancia magnética multiparamétrica(RNMmp) define la anatomía local del cáncer de próstata, mientras el PET/CT-PSMA aporta información molecular. El objetivo fue comparar ambas modalidades para localizar la lesión dominante, predecir pT3b y evaluar la asociación del SUVmax con PIRADS y Grade Group (GG) de la prostatectomía radical (PR).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte prospectiva de pacientes con RNMmp, PET/CT-PSMA y anatomía patológica de PR. Se comparó exclusivamente la lesión principal, estandarizando lateralidad, nivel longitudinal y zona prostática. La invasión de vesículas seminales en la pieza definida pT3b. Se analizó SUVmax prostático según PIRADS y GG, incluyendo un análisis específico de PI-RADS 3. Se utilizaron McNemar, Kruskal-Wallis/Mann-Whitney y curvas ROC.

Resultados: Se analizaron 328 pacientes. La concordancia RNMmp-pieza fue 95,9% para lateralidad, 85,2% para nivel y 92,9% para zona; para PET/CT-PSMA fue 96,3%, 86,7% y 90,2%, respectivamente, sin diferencias significativas(p=0,4-0,7). 39 pacientes presentaron pT3b; RNMmp tuvo una sensibilidad 46,2%, especificidad 99,3% y exactitud 92,6%; PET/CT-PSMA, 33,3%, 98,1% y 90,0% respectivamente; sin superioridad significativa(p=0,24-0,63). Se dispuso de SUVmax en 286 pacientes. Su mediana aumentó numéricamente con PI-RADS (2: 7,6; 3: 8,3; 4: 9,75; 5: 10,35), sin diferencia global(p=0,492). Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en correlación SUVmax con agresividad patológica: SUVmax mediano 9,05 en GG1-2, 9,8 en GG3 y 10,1 en GG4-5(p=0,858), con AUC 0,506 para GG≥3. En PI-RADS 3 con SUVmax y GG disponibles(n=37), GG≥3 presentó SUVmax mayor que GG1-2 (11,05 vs 7,5; p=0,098), con AUC 0,668.

Conclusiones: RNMmp y PET/CT-PSMA presentan alta concordancia con la topografía de la lesión dominante, sin beneficio incremental del PET/CT-PSMA para localización o pT3b en nuestra serie. El SUVmax no tuvo impacto estadísticamente significativo para predecir el GG. En PI-RADS 3 se observó mayor SUVmax en tumores GG≥3 sin significancia estadística, que requiere validación en cohortes mayores.

P11

Predictores de upgrading histopatológico en cáncer de próstata: Rol de la resonancia magnética multiparamétrica y PET-PSMA en una cohorte quirúrgica

Poblete M.[1] | Acosta A.[1] | Ibáñez H.[1] | Zúñiga Á.[2] | Velasco A.[2] | Guerrero P.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile; [2]Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción: La incorporación de la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) y la biopsia por fusión ha mejorado la detección y caracterización del cáncer de próstata (CaP) clínicamente significativo. Sin embargo, el upgrading histopatológico entre biopsia y pieza de prostatectomía radical continúa siendo de hasta 30% en series recientes. Esto refleja la naturaleza multifocal de la enfermedad y las limitaciones del muestreo por biopsia, con impacto directo en la estratificación de riesgo. El objetivo fue identificar factores preoperatorios asociados al upgrading histopatológico en una cohorte quirúrgica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico que incluyó 288 pacientes con CaP evaluados mediante RMmp, biopsia por fusión y PET-PSMA, sometidos a prostatectomía radical entre 2019 y 2026. Se construyó un modelo de regresión logística con edad, densidad de antígeno prostático específico (APE), PI-RADS (≥4 vs. <4), porcentaje de cilindros positivos (≥10% vs. <10%), SUVmax (≥9 vs. <9) e ISUP basal. La representación categórica de SUVmax se seleccionó por mejor ajuste global (AIC/BIC) frente a su versión continua.

Resultados: La concordancia histopatológica fue de 59,4% (171/288), con upgrading en 20,8% (60/288). El modelo multivariable, construido sobre los 266 pacientes presentó buena discriminación y calibración (AUC 0,876). PI-RADS ≥4 (OR 4,20; IC95% 1,21-14,56; p=0,023), el porcentaje de cilindros positivos ≥10% (OR 13,38; IC95% 2,78-64,35; p=0,001) y SUVmax ≥9 (OR 3,81; IC95% 1,46-9,93; p=0,006) se asociaron de manera independiente con un mayor riesgo de upgrading. La edad y la densidad de APE no alcanzaron significancia estadística en el modelo final.

Conclusiones: Esta serie es la primera en evaluar conjuntamente SUVmax, PI-RADS ≥4 y carga tumoral (≥10% de cilindros positivos) para predecir el upgrading histopatológico en pacientes con CaP sometidos a cirugía. Estos factores se asociaron de manera independiente con un mayor riesgo de upgrading. Su integración en la evaluación preoperatoria podría contribuir a una mejor estratificación de riesgo y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

P12

Primary score como predictor de cáncer de próstata clínicamente significativo: Evaluación en una cohorte quirúrgica chilena

Poblete M.[1] | Acosta A.[1] | Ibáñez H.[1] | Zúñiga Á.[2] | Velasco A.[2] | Guerrero P.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile; [2]Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción: El PET-PSMA ha adquirido un rol creciente en la etapificación y caracterización del grado de enfermedad del cáncer de próstata (CaP). El PRIMARY score integra patrones de captación intraprostática y SUVmax, y puede complementar la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) en la identificación de enfermedad clínicamente significativa. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento del PRIMARY score para predecir cáncer de próstata clínicamente significativo, definido como ISUP ≥2 en la pieza de prostatectomía radical.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con CaP sometidos a prostatectomía radical entre 2016 y 2026. De 1256 pacientes operados, se incluyeron 206 con evaluación preoperatoria completa (RNMmp, PET-PSMA, PRIMARY score, PI-RADS, SUVmax, APE e histopatología definitiva). Se consideró PRIMARY ≥3 como test positivo, usando como estándar de referencia el ISUP final en la pieza quirúrgica. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y área bajo la curva ROC para la detección de ISUP ≥2.

Resultados: La media de edad fue 64,5 años, la mediana de APE 7,09 ng/mL y el SUVmax mediano 7,25. La distribución del ISUP final fue: 6 pacientes con ISUP 1, 77 con ISUP 2, 76 con ISUP 3, 29 con ISUP 4 y 18 con ISUP 5. El cáncer clínicamente significativo estuvo presente en 200 de 206 pacientes (97,1%). Un total de 179 pacientes presentó PRIMARY ≥3. Para la detección de ISUP ≥2, el PRIMARY score mostró sensibilidad de 88,5%, especificidad de 66,7%, valor predictivo positivo de 98,9%, valor predictivo negativo de 14,8% y AUC de 0,823. El PRIMARY score mostró buena capacidad discriminativa para enfermedad clínicamente significativa, aunque el bajo número de pacientes ISUP 1 limitó la precisión de la especificidad y del valor predictivo negativo.

Conclusiones: En esta cohorte quirúrgica, con elevada prevalencia de enfermedad clínicamente significativa y el bajo número de pacientes ISUP 1, PRIMARY score presentó buen rendimiento para identificar cáncer de próstata clínicamente significativo. PRIMARY ≥3 mostró alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo para ISUP ≥2, apoyando su utilidad como herramienta complementaria en la evaluación preoperatoria.

P13

Patrón de comportamiento en PET-PSMA de carcinoma intraductal y patrón cribiforme: Influencia del grado ISUP sobre el patrón e intensidad de captación

Poblete M.[1] | Acosta A.[1] | Ibáñez H.[1] | Zúñiga Á.[2] | Velasco A.[2] | Guerrero P.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile; [2]Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción: No está completamente definido si las variantes histológicas adversas presentan baja captación intraprostática en PET-PSMA o si esta depende principalmente del grado histológico. El PRIMARY score combina el patrón de localización con el SUVmax, aunque utiliza un corte explícito de SUVmax >12 solo para su categoría más alta (score 5). Por lo tanto, un PRIMARY score bajo (1-2) no implica necesariamente un SUVmax bajo. El objetivo es evaluar por separado el PRIMARY score y el SUVmax en pacientes con carcinoma intraductal prostático (IDC-P) o patrón cribiforme en la pieza quirúrgica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó 206 pacientes con cáncer de próstata sometidos a PET-PSMA y prostatectomía radical. Los pacientes que presentaron IDC-P o patrón cribiforme en la pieza quirúrgica constituyeron la población de análisis (n=58). Se consideró PRIMARY ≥3 como captación significativa y se evaluó el valor de SUVmax. Mediante análisis multivariable se exploró la asociación entre SUVmax, ISUP, APE y tipo de variante.

Resultados: De los 58 pacientes incluidos (29 IDC-P, 29 cribiforme), se observó PRIMARY ≥3 en el 79,3% de los IDC-P y en el 93,1% de los cribiformes. PRIMARY 1-2 fue más frecuente en IDC-P que en cribiforme (20,7% vs 6,9%), aunque sin significancia estadística (p=0,253). El SUVmax mediano fue similar entre ambos grupos (7,30 vs 7,70; p=0,709), y aumentó de forma progresiva según el ISUP de la pieza quirúrgica (rho=0,408; p=0,001). En el modelo multivariable, el ISUP y el APE se asociaron de forma independiente con un mayor SUVmax, mientras que el tipo de variante no fue un predictor independiente de la captación.

Conclusiones: El IDC-P presentó una mayor proporción de PRIMARY 1-2 que el patrón cribiforme, aunque sin alcanzar significancia estadística. Sin embargo, el SUVmax fue similar entre ambas variantes. Esta diferencia se explica porque las categorías 1-2 del PRIMARY score reflejan principalmente el patrón de localización de la captación y no un corte cuantitativo de SUVmax. En conjunto, la intensidad de captación se asoció más con el ISUP y el APE que con el tipo de variante histológica.

P14

Subestimación histológica en pacientes con ISUP 1-2 en biopsia: Valor de PI-RADS y psa para predecir ISUP =3 en prostatectomía radical

Testa I. | Rivas Achard M. | Tirado Baker D. | Marín C. | Eltit I. | Vidal I. | Rodríguez-carlin A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La discordancia entre el grado histológico de la biopsia y la pieza de prostatectomía puede modificar significativamente la estratificación de riesgo. En pacientes con ISUP 1-2 resulta clínicamente relevante identificar aquellos con mayor probabilidad de presentar enfermedad de mayor grado en la pieza quirúrgica. El objetivo fue determinar la frecuencia de reclasificación a ISUP ≥3 en pacientes con ISUP 1-2 y PI-RADS 4-5, y evaluar variables preoperatorias asociadas a subestimación histológica.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a prostatectomía radical en nuestro centro. Se incluyeron pacientes con ISUP 1-2 en biopsia, PI-RADS 4-5 y anatomía patológica definitiva disponible. El desenlace principal fue ISUP ≥3 en la pieza. Se evaluaron PI-RADS, PSA, PSAD, ISUP inicial, edad, volumen prostático y porcentaje de cilindros positivos. Se utilizaron regresiones logísticas penalizadas de Firth. El modelo principal incluyó PI-RADS 5, PSA transformado en log2 e ISUP 2 versus 1 en biopsia.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes; 30 (36,1%) presentaron ISUP ≥3 en la pieza. La reclasificación ocurrió en 19/62 (30,6%) pacientes PI-RADS 4 y 11/21 (52,4%) PI-RADS 5 (p=0,114). En el modelo multivariable, PI-RADS 5 (OR 1,61; IC95% 0,55-4,65; p=0,384), PSA por duplicación (OR 1,70; IC95% 0,91-3,43; p=0,098) e ISUP 2 en biopsia (OR 2,36; IC95% 0,82-7,50; p=0,114) no alcanzaron significación independiente; la discriminación global fue moderada (AUC 0,678; IC95% 0,556-0,799). En el subgrupo PI-RADS 4, 19/62 (30,6%) presentaron ISUP ≥3 y cada duplicación del PSA se asoció con mayor riesgo de reclasificación (OR 2,73; IC95% 1,22-7,12; p=0,013).

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes con ISUP 1-2 en biopsia presentó ISUP ≥3 en la prostatectomía. PI-RADS 5 concentró una mayor frecuencia de reclasificación, aunque sin asociación independiente. En pacientes PI-RADS 4, el PSA preoperatorio aportó información adicional para identificar subestimación histológica.

P15

Impacto de porcentaje de milímetros positivos en biopsia prostática dirigida sobre anatomía patológica adversa y recidiva bioquímica en pacientes sometidos a prostatectomía radical

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Pinochet R. | Otaola H. | Schultz M. | Orvieto M.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: Existen múltiples variables estudiadas de biopsia preoperatoria que nos informan sobre el riesgo y agresividad del tumor, el impacto de la extensión tumoral en cilindros positivos de biopsia dirigida aún no se define. El objetivo es determinar si el porcentaje de milímetros positivos en biopsia target es un predictor independiente para anatomía patológica adversa en prostatectomía radical (PR) y recidiva bioquímica (RBQ).

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a PR entre 2021-2026 con biopsia preoperatoria dirigida a lesión. La métrica se calculó como milímetros positivos divididos por los milímetros totales en biopsia dirigida ×100. Se analizó de forma continua por cada incremento de 10 puntos porcentuales. Anatomía patológica adversa se definió como ≥pT3a y/o Gleason Grade Group (GG) patológico ≥3. Se ajustó por edad, antígeno prostático (PSA), PIRADS, GG, cT y año de cirugía. La discriminación del modelo se evaluó mediante área bajo la curva(AUC). La RBQ se analizó mediante regresión de Cox.

Resultados: 736 pacientes; mediana 31.6% (RIC 12.4-54.3) de porcentaje milímetros positivos en biopsia dirigida. Al análisis inicial pacientes con anatomía patológica adversa presentaron mayor porcentaje milimetros positivos que aquellos sin (36.3% frente a 25.4%; p<0.001). Cada incremento de 10 puntos porcentuales se asoció con anatomía patológica adversa en el análisis univariable (OR 1.15, IC 95% 1.09-1.22; p<0.001), aunque la discriminación fue modesta (AUC 0.602). Tras el ajuste, la asociación se atenuó (ORa 1.04, IC 95% 0.96-1.13; p=0.297). Al analizar pacientes sin el porcentaje de la biopsia dirigida alcanzó un AUC de 0.846; al añadir la métrica, el AUC solo cambió a 0.847 y no mejoró el ajuste del modelo (p de la prueba de razón de verosimilitud=0.297). En el análisis de RBQ, el porcentaje de milímetros positivos no tuvo impacto estadísticamente significativo(HR 1.05; p=0.266; HR ajustado 1.03; p=0.531).

Conclusiones: El porcentaje de milímetros positivos en la biopsia dirigida se asocia con anatomía patológica adversa en el análisis no ajustado, pero aporta escasa información pronóstica independiente al realizar el ajuste por las variables mencionadas. Cuantificar este dato de la biopsia target puede describir la carga tumoral, pero no debe interpretarse como un predictor aislado de anatomía patológica adversa ni de RBQ.

P16

Compromiso ganglionar oculto en cáncer de próstata de riesgo intermedio: ¿Puede un PET-PSMA negativo evitar la linfadenectomía pélvica?

Tirado Barker D.[1] | Radtke López V.[2] | Juri D.[2] | Luz D.[2] | Vera Á.[3] | Kerkebe M.[4] | Rodríguez-carlin A.[5] | Hassi M.[2] | Eltit I.[1]

[1]Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes Cerda./Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes Cerda., Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, Hospital San Pablo de Coquimbo., Coquimbo, Chile; [4]Servicio de Urología, Clínica MEDS., Santiago, Chile; [5]Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La linfadenectomía pélvica extendida (ePLND) es el estándar de referencia para la estadificación ganglionar en cáncer de próstata (CaP). Las guías la indican en riesgo intermedio o alto cuando el riesgo de invasión ganglionar, estimado mediante nomogramas preoperatorios, supera el umbral recomendado. En riesgo intermedio esta indicación es controvertida por la morbimortalidad, pues la mayoría de los pacientes no presenta compromiso ganglionar en histología final. El PET-PSMA es más preciso que la imagen convencional en alto riesgo, pero su rendimiento en riesgo intermedio es heterogéneo (VPN 84-95%), con poca evidencia en latinoamérica. El objetivo fue determinar la precisión del PET-PSMA en riesgo intermedio y evaluar si un resultado negativo permite omitir la linfadenectomía.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en pacientes con CaP de riesgo intermedio sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía pélvica, evaluados con PET-PSMA preoperatorio. Se excluyeron pacientes de riesgo alto o con PET-PSMA positivo, constituyendo la cohorte final de 40 pacientes. Se calculó el VPN para metástasis ganglionar (estándar de referencia:pN), con IC95% (Wilson). Como análisis secundario, se estratificó por grupo de riesgo NCCN (favorable/desfavorable) según factores de riesgo intermedio, ISUP y porcentaje de cilindros positivos.

Resultados: La cohorte final (n=40) tuvo mediana de edad 69 años (RIQ 65-73) y PSA 7.58 ng/mL (RIQ 4.81-10.16). Tres pacientes (7.5%) presentaron metástasis ganglionar confirmada y 37 (92.5%) fueron verdaderos negativos, con VPN global de 92.5% (IC95% 80.1-97.4%). Al estratificar por NCCN, el VPN fue 90.6% (IC95% 75.8-96.8%, n=32) en desfavorable y 100% (IC95% 51.0-100%, n=4) en favorable, este último no informativo por su tamaño muestral. Tres pacientes permanecieron indeterminados por falta de informe de biopsia.

Conclusiones: El PET-PSMA mostró un VPN global de 92.5% para metástasis ganglionar en riesgo intermedio, con un desempeño aún mayor en el subgrupo favorable. Aunque el tamaño muestral limita conclusiones definitivas, estos resultados son alentadores y sugieren que este examen podría seleccionar con mayor precisión a los pacientes en quienes omitir la ePLND. Se requieren estudios prospectivos con mayor volumen de pacientes para confirmar estos hallazgos.

P17

Volumen prostático y morbilidad perioperatoria en prostatectomía radical: Análisis multicéntrico de 653 casos

Carafí Laso A.[1] | Hassi Román M.[2] | Yutronic Pezoa I.[1] | Bravo Volante C.[3] | Vargas Jimenez R.[1] | Cruz Mackenna I.[4] | Vilches Páez R.[5]

[1]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Dipreca, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [4]Universidad Mayor, Santiago, Chile; [5]Instituto Nacional del Cáncer, Clinica MEDS, Santiago, Chile

Introducción: El mayor volumen prostático puede aumentar la dificultad técnica de la prostatectomía radical, incrementando el riesgo de sangrado, mayor tiempo operatorio y complicaciones postoperatorias. Gran parte de la evidencia disponible proviene de series de una sola técnica o centro. Se evaluó la asociación entre volumen prostático y resultados perioperatorios, exploró un posible umbral de riesgo y analizó su comportamiento según el abordaje abierto, laparoscópico y robótico.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de un registro multicéntrico que incluyó 653 prostatectomías radicales. El volumen se evaluó como variable continua por cada 10 cc y categorizado en <40, 40-79, 80-99 y ≥100 cc. Se analizaron tiempo operatorio, sangrado estimado, complicaciones según Clavien-Dindo, días de sonda vesical y estancia hospitalaria, mediante regresión lineal y logística ajustadas por técnica quirúrgica y centro, incluyendo un análisis exploratorio de punto de corte.

Resultados: La mediana de volumen prostático fue 43 cc. En el análisis ajustado por cada 10 cc, el volumen se asoció con mayor tiempo operatorio (+3,0 minutos; IC95% 1,4-4,6; p<0,001), mayor sangrado (+14,1 mL; IC95% 4,7-23,5; p=0,003) y mayor riesgo de complicaciones (OR 1,10; IC95% 1,00-1,20; p=0,045), sin asociación significativa con días de sonda ni estancia hospitalaria. La tasa de complicaciones fue de 7,7%, 8,1% y 5,9% en <40, 40-79 y 80-99 cc, respectivamente, aumentando a 25,7% en próstatas ≥100 cc (p=0,004). Un análisis exploratorio sugirió un punto de corte cercano a 104 cc (p corregida por permutaciones=0,013). El patrón observado difirió entre abordajes: en laparoscopia predominó el mayor tiempo operatorio (+5,0 min/10 cc; p<0,001) y en cirugía robótica, el mayor sangrado (+14,7 mL/10 cc; p=0,013). Entre los pacientes con volumen ≥100 cc, predominaron complicaciones Clavien-Dindo I-II, con solo 2 eventos IIIa y ninguno IIIb o superior.

Conclusiones: Un mayor volumen prostático se asoció con mayor tiempo operatorio, sangrado y frecuencia de complicaciones en prostatectomía radical. El abordaje laparoscópico se asoció a mayor tiempo operatorio y el robótico a mayor volumen de sangrado. Las próstatas ≥100 cc podrían representar un grupo de mayor complejidad perioperatoria. Esta información podría ser útil para la planificación quirúrgica y la consejería preoperatoria.

P18

Reconstrucción del cuello vesical y continencia urinaria precoz tras prostatectomía radical asistida por robot

Llano J.[1] | Poblete R.[2] | Retamal R.[3] | Martínez C.[1] | Diaz G.[1] | Blackburn S.[1] | Saldivia D.[1]

[1]Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [2]Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile; [3]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La recuperación precoz de la continencia es relevante tras la prostatectomía radical robótica. Las maniobras reconstructivas presentan evidencia heterogénea; no existe una definición validada de cuello vesical amplio ni comparaciones prospectivas entre cuellos amplios reparados y no reparados. Evaluamos la asociación entre reconstrucción del cuello vesical y continencia precoz.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de 32 pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica, agrupados según reconstrucción o cierre sin reconstrucción (16 por grupo). El desenlace primario fue continencia completa (0 pads/día) en el control más próximo a 30 días, dentro de 14–60 días; si no existía, se utilizó el control más cercano hasta 90 días. Secundariamente se evaluó continencia social (0–1 pads/día). Se calcularon riesgos relativos (RR), intervalos de confianza del 95% (IC95%) y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Los grupos presentaron igual edad media (63,8 años) e IMC (28,3 kg/m^2). El volumen prostático medio fue 60,4 mL con reconstrucción y 46,0 mL sin ella (p=0,580); cinco de seis próstatas ≥80 mL pertenecían al grupo reconstruido (31,3% vs 6,7%; p=0,172). La continencia completa ocurrió en 4/16 pacientes reconstruidos y 7/16 no reconstruidos (25,0% vs 43,8%; RR 0,57; IC95% 0,21–1,58; p=0,458). La continencia social fue 43,8% y 75,0%, respectivamente (RR 0,58; IC95% 0,31–1,09; p=0,149). Excluyendo pacientes con urgencia basal, se mantuvo la dirección del resultado (23,1% vs 46,7%; RR 0,49; IC95% 0,16–1,53; p=0,254). Ninguna diferencia alcanzó significación estadística.

Conclusiones: En esta cohorte, la reconstrucción del cuello vesical no demostró mejorar la continencia precoz. Los IC amplios y el tamaño muestral impiden concluir equivalencia o daño. La mayor frecuencia de próstatas grandes entre los reconstruidos sugiere selección anatómica y posible confusión por indicación. Estos resultados exploratorios justifican un estudio multicéntrico prospectivo que defina el cuello amplio, estandarice la técnica y controle anatomía y factores quirúrgicos.

P19

Implementación de un programa de cirugía robótica en un hospital público: Resultados iniciales en prostatectomía radical

Testa I.[1] | Orellana S.[2] | Toloza H.[3] | Rojas J.[3] | Rojas V.[3] | Guerrero P.[4] | Manterola C.[3] | Calderón D.[1]

[1]Hospital del Salvador/Clínica INDISA, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador/Hospital Félix Bulnes/Uromed, Santiago, Chile; [3]Hospital del Salvador/Clínica Dávila, Santiago, Chile; [4]Hospital del Salvador/Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La prostatectomía radical robótica se ha incorporado a la práctica urológica; sin embargo, su experiencia inicial en hospitales públicos latinoamericanos ha sido escasamente descrita. El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios, anatomopatológicos, oncológicos tempranos y funcionales de la implementación de un programa de cirugía robótica en un hospital público chileno.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de las primeras 56 prostatectomías radicales robóticas consecutivas de tres cirujanos entre el 25 de marzo y el 24 de julio de 2026. Las variables se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) o frecuencia y porcentaje, según datos disponibles. Las complicaciones a 30 días se clasificaron según Clavien-Dindo.

Resultados: La mediana de edad fue 67 años (RIC 62–70), IMC 27,6 kg/m^2 (RIC 24,6–30,1), PSA 8,12 ng/mL (RIC 6,25–10,47) y volumen prostático 47,5 cc (RIC 36,8–57). El 60,5% de los pacientes clasificables presentó enfermedad de alto riesgo según D'Amico. La mediana de tiempo operatorio total fue 179,5 minutos (RIC 141,5–212), tiempo de consola 135 minutos (RIC 100–174), sangrado 200 mL (RIC 150–300) y hospitalización 1 día (RIC 1–1). No hubo transfusiones, conversiones ni complicaciones intraoperatorias. Nueve pacientes (16,1%) presentaron complicaciones postoperatorias y dos (3,6%), Clavien-Dindo ≥III. En la pieza, el 45,5% presentó ISUP ≥3, el 44,4% estadio ≥pT3 y hubo márgenes positivos en 32/54 pacientes (59,3%). Se realizó linfadenectomía en 23 pacientes (41,1%), identificándose dos pN1. El PSA postoperatorio fue <0,1 ng/mL en 26/35 pacientes (74,3%). Entre los pT2 y pT3 con márgenes positivos y PSA evaluable, presentaron PSA ≥0,1 ng/mL 1/12 (8,3%) y 5/9 (55,6%), respectivamente. La continencia inmediata, definida como 0–1 protectores, se observó en 41 pacientes (73,2%).

Conclusiones: La prostatectomía robótica se implementó de forma factible y segura en un hospital público, incluso en una cohorte con elevada proporción de pacientes de alto riesgo. La ausencia de conversiones y transfusiones, la baja morbilidad mayor y los resultados funcionales y bioquímicos tempranos respaldan la consolidación del programa. Un seguimiento más prolongado permitirá establecer resultados oncológicos definitivos.

P20

Implementación de terapia focal con HIFU para cáncer de próstata localizado: Experiencia inicial y evaluación clínica, bioquímica e imagenológica

Rodríguez-carlin A.[1] | Herquiñigo D.[2] | Van Cauwelaert R.[1] | Eltit I.[1]

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

Introducción: La terapia focal con HIFU busca tratar selectivamente el foco tumoral preservando el tejido prostático no comprometido. Su implementación exige integrar resonancia magnética (RM), histología y seguimiento estructurado. Describimos la experiencia inicial de un programa institucional, caracterizando selección, seguridad y resultados bioquímicos e imagenológicos tempranos.

Material y Métodos: Serie retrospectiva de los primeros pacientes tratados con HIFU focal (Focal One) por cáncer de próstata localizado. Se analizaron variables clínicas, histológicas y de RM pretratamiento, además de estadía, cateterización y complicaciones a 30 días según Clavien-Dindo. Como resultados tempranos se evaluaron variación del PSA y RM postratamiento; cuando estuvo disponible, se registró PI-FAB.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes. La mediana de edad fue 65 [61,8–73] años, PSA 6,23 [3,47–8,18] ng/mL, volumen prostático 46 [33,3–60,5] mL y densidad de PSA 0,165 [0,07–0,258] ng/mL/cc. Nueve (75%) presentaban PI-RADS 4 y tres (25%) PI-RADS 5; el diámetro mediano de la lesión índice fue 10 [9,25–14,75] mm (n=10), 83,3% se localizaba en zona periférica y ninguno presentaba sospecha de extensión extracapsular. Diez pacientes (83,3%) fueron ISUP 2, siendo los mismos de riesgo intermedio favorable. Todos fueron dados de alta dentro de 24 horas y la cateterización fue de 4 [3–6] días. No se registraron complicaciones Clavien-Dindo ≥III. Se observaron dos infecciones urinarias y un evento tromboembólico Clavien-Dindo II que requirió rehospitalización y anticoagulación terapéutica. En cinco pacientes con PSA aproximadamente a 3 meses, la reducción mediana fue 81,3%. Nueve contaban con RM postratamiento precoz, sin hallazgos sospechosos in-field u out-of-field; entre seis estudios informados con PI-FAB, cinco fueron PI-FAB 1 y uno PI-FAB 2.

Conclusiones: La implementación inicial de HIFU focal fue factible, con hospitalización breve y ausencia de complicaciones mayores en una cohorte seleccionada predominantemente de riesgo intermedio favorable. La respuesta bioquímica y los hallazgos iniciales en RM son favorables, pero requieren confirmación mediante seguimiento estandarizado antes de establecer eficacia oncológica.

P21

Mortalidad por causas competitivas a largo plazo tras braquiterapia LDR de próstata

Garcia A.[1] | Sepulveda M.[1] | Poblete M.[1] | Ibañez H.[1] | Pizzi P.[2] | Balbontín F.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clinica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: En cáncer de próstata localizado las decisiones terapéuticas se basan en el riesgo de progresión y mortalidad cáncer-específica. Sin embargo, por su historia natural prolongada, muchos fallecen por otras causas antes de que el cáncer determine su supervivencia. Estas muertes son eventos competitivos, pues impiden que ocurra el evento de interés. Cuantificarlos permite estimar el beneficio potencial del tratamiento local. El objetivo fue analizar la mortalidad cáncer-específica y competitiva tras braquiterapia LDR.

Material y Métodos: Se analizaron pacientes con cáncer de próstata localizado tratados con braquiterapia LDR I-125 como monoterapia entre 2005 y 2024, incluyendo 379 pacientes con al menos 24 meses de seguimiento potencial y control con APE. La causa de muerte se obtuvo de la ficha clínica o del Registro Civil, clasificándose como atribuible al cáncer o a otras causas. Siendo ambos desenlaces mutuamente excluyentes, la incidencia acumulada se estimó con Aalen-Johansen y su magnitud relativa con Lunn-McNeil.

Resultados: La edad media fue 64,0 años (DE 8,4) y el APE basal promedio 7,2ng/ml. El seguimiento mediano fue 9,0 años (RIC 4,2–15,1). Fallecieron 58 pacientes (15,3%), sólo 11 (19,0%) por cáncer. Las 47 restantes correspondieron a otras neoplasias (13), causas cardiovasculares (13), respiratorias o infecciosas (11) y otras (10). La incidencia acumulada de muerte por cáncer fue 1,3% y 3,1% a 5 y 10 años, frente a 3,8% y 10,8% por causas competitivas. Morir por causa distinta al cáncer fue 4,3 veces más probable (IC95% 2,18–9,14; p<0,001). La diferencia aumentó con la edad: a 10 años la mortalidad competitiva fue 6,3% bajo 65 años y 17,2% desde los 65 años (p<0,001).

Conclusiones: Tras braquiterapia LDR la mortalidad por causas competitivas fue más de cuatro veces superior a la mortalidad por cáncer, representando más del 80% de las muertes observadas. Estos resultados concuerdan con Taira y Merrick (2013), quienes en 2.234 pacientes con braquiterapia observaron baja mortalidad cáncer-específica frente al predominio de muertes por otras causas. La edad al implante se asoció significativamente con la mortalidad competitiva. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar expectativa de vida, edad y comorbilidad al estimar el beneficio real del tratamiento local.

P22

Modificación del gradiente distal de dosis mediante incorporación proximal de las vesículas seminales en braquiterapia prostática LDR con I-125 como monoterapia

Garcia A.[1] | Poblete M.[1] | Ibañez H.[1] | Sepulveda M.[1] | Betolli P.[2] | Pizzi P.[3] | Balbontín F.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clinica Davila, Santiago, Chile; [3]Clinica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: La evidencia emergente respalda la braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR-BT) como monoterapia en pacientes seleccionados con cáncer de próstata de riesgo intermedio desfavorable (UIR-PCa). En este contexto, la cobertura de las vesículas seminales proximales (SV-prox) podría ser relevante, dado que la radioterapia externa complementaria no se administra rutinariamente. El objetivo fue cuantificar el gradiente geométrico de dosis más allá de la glándula y determinar cómo la incorporación intencional del primer 1cm de las vesículas seminales modifica la distribución distal de dosis durante LDR-BT con I-125.

Material y Métodos: Se incluyeron 55 pacientes consecutivos con UIR-PCa tratados con LDR-BT con semillas stranded (144Gy). En el grupo intervención (SV+), se incorporó el primer 1cm proximal de las vesículas seminales a la geometría del implante. Se realizó dosimetría mediante TC a los 30 días. La región SV-prox fue subdividida en incrementos de 3mm (3, 6 y 9mm desde la base prostática). Se calculó la D90 mediana en cada profundidad y se comparó con una cohorte control tratada mediante implantación exclusiva prostática (SV−). Se cuantificó además el número de semillas adicionales requeridas.

Resultados: Los volúmenes prostáticos, cobertura del objetivo y parámetros uretrales y rectales fueron comparables entre cohortes y permanecieron dentro de límites aceptados. En SV−, la D90 de SV-prox disminuyó progresivamente con la distancia desde la base prostática. En contraste, SV+ mantuvo dosis distales mayores. La D90 mediana a 3mm fue 109.8Gy versus 52.4Gy (p<0.001); a 6mm, 96.0Gy versus 40.6Gy (p<0.001); y a 9mm (≈1cm), 87.6Gy (RIC 64.8–121.4; 61% de la dosis prescrita) versus 35.2Gy (24%) (p<0.001). La incorporación SV-prox requirió 16 semillas adicionales (RIC 13–21), aproximadamente 12% más que el implante prostático.

Conclusiones: La LDR-BT exclusiva prostática presenta rápida atenuación distal de dosis más allá de la glándula, con cobertura incidental limitada de las vesículas seminales proximales. La incorporación intencional del primer 1cm proximal permite una extensión distal sostenida de dosis y modifica el gradiente dosimétrico, con un incremento modesto en el número de semillas. Estos hallazgos respaldan la incorporación proximal de las vesículas seminales como una modificación técnicamente factible de la LDR-BT en pacientes seleccionados con UIR-PCa.

P23

Rol del PET-PSMA en el seguimiento del cáncer de próstata tratado con radioterapia con intención curativa sin recurrencia bioquímica: ¿Aporta información clínicamente relevante?

Frías Muñoz S.[1] | Lyon Errázuriz J.[2] | Salazar Campos V.[3] | Berrías Aguilar S.[4] | García Urólogo L.[5] | Leyton Narnajo R.[5] | Sandoval Ramirez J.[5] | Fuentes Carrión M.[6] | Ayala Castro C.[5] | Hartmann Arnouts J.[5] | Oyanedel Muñoz P.[5]

[1]Médico Cirujano, Pasante Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [2]Residente 3er año, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [3]Residente 2do año Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [4]Alumno 5to año, Universidad Mayor de Santiago, Santiago, Chile; [5]Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Áerea, Santiago, Chile; [6]Uróloga, Hospital Clínico de la Fuerza Áerea, Santiago, Chile

Introducción: En el tratamiento del Cáncer de Próstata (CaP) con intención curativa, la radioterapia externa(RT) es parte del arsenal terapéutico (CaP-RT). El seguimiento de estos pacientes se basa en control seriado del antígeno prostático específico (APE). Se ha visto que pacientes con RT curativa con PET-PSMA solicitados, la aparición de captaciones de interpretación incierta. El objetivo de este estudio es evaluar el uso y utilidad del PET-PSMA en el seguimiento de pacientes con CaP tratados con RT en ausencia de RBQ.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de PET-PSMA solicitados como seguimiento en pacientes con CaP-RT. Se registró el SUVmax por localización, lesiones indeterminadas (LI), la concordancia entre el TNM propuesto por el PET y el final, y manejo posterior. Se identificaron los pacientes con PET-PSMA de etapificación para comparar el SUVmax.

Resultados: Se incluyeron 19 PET-PSMA correspondientes a 13 pacientes, con edad media de 73.4±6.0 años. El APE fue indetectable en 95%. La distribución de ISUP fue 36.8% ISUP 2, 26.3% ISUP 3 y 36.8% ISUP 4-5. El PET mostró captación prostática en 14/19 estudios (73.7%), captación extraprostática en 8/19 (42.1%) y ausencia de captación en 4/19 (21.1%). Se informaron lesiones indeterminadas en 6 estudios (31.6%), todas extraprostáticas, con un SUVmax de 3.59±0.60. La correspondencia entre hallazgos indeterminados y desconfianza clínica fue absoluta: todas las lesiones indeterminadas fueron desestimadas. Ningún estudio (0%) modificó la conducta. En los 6 pacientes con PET de etapificación, el SUVmax de lesión prostática descendió de una mediana de 7.9 a 4.8, con reducción relativa media de 23.9% (p=0.625), concentrándose el descenso en los dos pacientes con SUVmax basal elevado (−85.6% y −66.9%) y manteniéndose estable en los cuatro con SUVmax basal bajo.

Conclusiones: En esta serie de pacientes, el PET-PSMA mostró una alta frecuencia de captación residual o indeterminada, pese a una respuesta bioquímica completa. En ningún estudio de la serie el examen modificó la conducta terapéutica. Estos hallazgos respaldan que, en ausencia recidiva bioquímica, el uso rutinario del PET genera hallazgos sin impacto terapéutico.

P24

Resultados oncológicos de la radioterapia prostática según criterios STAMPEDE asociada a terapia de deprivación androgénica en pacientes con cáncer de próstata N+ o metastásico de bajo volumen: Experiencia hospital de Coquimbo

Loyola Maturana J.[1] | Tabilo Zepeda G.[2] | Diaz Tapia V.[2] | Zuñiga Soria M.[2] | Miqueleiz Legaz M.[1] | Coloma Ortiz F.[1] | Rodriguez Concha C.[1] | Maureira Alfaro M.[1]

[1]Hospital de Coquimbo - Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile; [2]Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

Introducción: La radioterapia al tumor primario en pacientes con cáncer de próstata con compromiso ganglionar regional o metastásico hormonosensible de bajo volumen ha demostrado beneficio oncológico a partir de los resultados del estudio STAMPEDE. Sin embargo, existe limitada evidencia en cohortes de práctica clínica habitual y en pacientes tratados sin intensificación sistémica adicional. El objetivo fue evaluar los resultados oncológicos de pacientes con cáncer de próstata N+ o metastásico de bajo volumen tratados con Radioterapia prostática según criterios STAMPEDE, asociada a terapia de deprivación androgénica (TDA) a largo plazo.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer de próstata N+ o metastásico de bajo volumen, diagnosticados en el Hospital de Coquimbo entre marzo de 2021 y mayo de 2026, con indicación de Radioterapia prostática según criterios STAMPEDE asociada a TDA a largo plazo. Se utilizo URODATA como base de datos. El endpoint primario fue la progresión de la enfermedad, definida como progresión bioquímica y/o imagenológica. Como endpoint secundario la necesidad de iniciar una nueva terapia sistémica.

Resultados: De 74 pacientes con indicación de Radioterapia prostática según criterios STAMPEDE, 25 fueron excluidos por falta de seguimiento o cambio en la indicación terapéutica. Se analizaron 49 pacientes. El 88% (43/49) presentaba ISUP ≥3. Todos fueron etapificados mediante PET-CT PSMA. 27 pacientes (55%) correspondieron a miTxN1M0, 10 (20%) a miTxNxM1a y 12 (25%) a miTxNxM1b. La mediana de seguimiento fue de 15 meses (6–61). La mediana de PSA nadir fue de 0,02 ng/mL (0,003–20,5), alcanzándose a los 7,3 meses (2,5–30,2). 4 pacientes presentaron progresión a cáncer de próstata resistente a la castración, entre los 6 y 32 meses. De ellos, dos recibieron docetaxel y dos fallecieron antes de iniciar una nueva terapia sistémica. Se registró una complicación menor asociada a RT, correspondiente a disuria.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la Radioterapia prostática asociada a TDA a largo plazo mostró un adecuado control oncológico inicial, con baja tasa de progresión a resistencia a la castración y escasa toxicidad. Estos resultados respaldan la factibilidad y seguridad de esta estrategia en pacientes N+ y metastásicos de bajo volumen en práctica clínica habitual.

P25

Resultados a mediano plazo en uso de apalutamida en cáncer de próstata hormono-sensible metastásico en centro chileno

Mardonez P.[1] | Tarp-hansen E.[1] | Poblete V.[1] | Gómez I.[1] | Madrid V.[2] | Vargas A.[3] | Hassi M.[1] | Rozental M.[1]

[1]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [2]Universidad Diego Portales, Santiago, Chile; [3]Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: El tratamiento de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPSHm) con inhibidores de la vía de receptores androgénicos (ARPI) se ha posicionado como el estándar de manejo recomendado por las guías clínicas internacionales; sin embargo, en nuestro país son pocos los pacientes que reciben intensificación. Presentamos nuestra experiencia inicial con apalutamida en nuestro centro.
Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de 31 pacientes con CPSHm. Se analizaron variables demográficas, clínico-patológicas, progresión de PSA y radiológica, sobrevida global y tolerabilidad. CRPC se definió de forma compuesta (PSA y/o radiológica).
Resultados: La características de la población en estudio fue edad promedio 76,2 años (rango 58-87), con APE al inicio de Apalutamida de 71,0 ng/mL (0,11 - 664,0 ng/mL). Presentación sincrónica en 58,1% y 71% de bajo volumen, con una mediana de seguimiento de 17.4 meses. El 52% alcanzó PSA indetectable a los 12 meses. La sobrevida libre de progresión o muerte fue de 78.8% a los 12 meses y 66.5% los 24 meses, con 6.5% pacientes con progresión discordante de APE. La sobrevida global de 88.7% a los 12 meses y 76.4% a los 24 meses. Las RAMs más frecuentes fueron: fatiga (13%), artralgia (13%), rash cutáneo (10%), bochornos (10%), prurito (6%) y 6.5% suspendió el uso del medicamento antes de los 6 meses.
Conclusiones: En esta cohorte chilena, apalutamida en CPSHm mostró eficacia y seguridad concordante con lo descrito en la literatura, siendo un ARPI resulta efectivo y seguro en la práctica clínica chilena.

P26

Terapia triplete en el cáncer de próstata metastásico hormonosensible: Experiencia chilena

Palacios Stark S.[1] | Bravo Escobar R.[2] | Maturana Leiva E.[3] | Rodriguez Laporte M.[4] | Elías Echaurren E.[4] | Narvaez Fuentes P.[5]

[1]Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Servicio de Oncología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; [4]Servicio de Urología, Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [5]Servicio de Urología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La terapia triplete (deprivación androgénica [ADT] + docetaxel + inhibidor de la vía del receptor androgénico) ha demostrado prolongar la supervivencia en el cáncer de próstata metastásico hormonosensible (mHSPC); en Chile se realiza aún en pocos centros y la información local es escasa. El objetivo de este trabajo fue describir las características clínicas, el tratamiento y los desenlaces oncológicos de pacientes con mHSPC tratados con terapia triplete (ADT + docetaxel + darolutamida o abiraterona) en tres centros chilenos.
Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, tipo serie de casos, en tres centros chilenos. Se analizaron variables demográficas, tumorales, terapéuticas, respuesta del PSA a seis meses, progresión, desarollo de resistencia a la castración y efectos adversos. No se realizaron estimaciones de supervivencia por tamaño muestral.
Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, con una mediana de edad de 66 años (RIC 60-71). 92,3 % presentaba enfermedad de alto volumen y 84,6 % de alto riesgo. Todos completaron seis ciclos de docetaxel; 53,8% recibieron abiraterona y 46,2% darolutamida, con una mediana de un día entre el inicio de ambos fármacos. La mediana de PSA disminuyó de 17,6 ng/mL a 0,045 ng/mL a los seis meses, alcanzando <0,2 ng/mL en 8/12 pacientes evaluables (66,7%). Tras una mediana de seguimiento de 16,2 meses, no hubo progresiones, resistencia a la castración ni fallecimientos. Ocho pacientes (61,5%) presentaron efectos adversos, sin suspensiones por toxicidad.
Conclusiones: En esta serie la terapia triplete fue factible y se asoció a una respuesta bioquímica profunda, sin suspensiones por toxicidad. La ausencia de progresiones debe interpretarse en el contexto de un seguimiento aún breve y de una evaluación por imágenes heterogénea. La selección del inhibidor de la vía del receptor androgénico estuvo determinada por el centro tratante y por el acceso, más que por criterios clínicos.

P27

Respuesta del antígeno prostático específico a los 3 y 6 meses en pacientes con cáncer de próstata metastásico hormonosensible en tratamiento con apalutamida en una cohorte de vida real chilena

Gomez I. | Poblete V. | Vargas A. | Rozental M. | Dominguez R. | Hassi M.

Hospital DIPRECA, Santiago de Chile, Chile

Introducción: El manejo con inhibidores de la vía de receptor de andrógenos (ARPI) + Terapia de deprivacion androgenica (TDA) actualmente se considera el gold standard para pacientes con cancer de prostata metastasico hormonosensible (CPHSm) de bajo volumen y como una de las opciones terapeuticas en alto volumen. La respuesta del antígeno prostático especifico (APE) se ha posicionado como factor pronostico de respuesta oncologica, con la posibilidad de ayudar en la decision de intensificacion en algunos pacientes.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con CPHSm en tratamiento con Apalutamida desde Mayo/23 hasta marzo/26 en el hospital DIPRECA. Se definieron 3 grupos de respuesta de PSA, respuesta completa (≥0,02), respuesta parcial (>0,02- ≤0,2) y respuesta incompleta (>0,2), siendo el objetivo principal evaluar la respuesta del psa a los 3 y 6 meses.
Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, con una mediana de edad de 77,5 años (IQR:72-82.5), con una mediana de APE basal de 9.12 (IQR:1.45-32.25) y una mediana de seguimiento de 11,1meses. El 56,2% con ISUP ≥4, El 61% se presentó como enfermedad de bajo volumen, 58% M1b y el 58% una presentación sincrónica. A los 3 meses, 32,3% alcanzaron respuesta completa (IC95% 18,6-49,9), 35,5% respuesta parcial (IC95% 21,1-53,1) y 32,3% respuesta incompleta (IC95% 18,6-49,9). Se alcanzó un APE50 y APE90 en el 87,1% y 77,4% respectivamente. A los 6 meses la proporción con respuesta completa aumentó a 46,2% (IC95% 28,8-64,5), 26,9% respuesta parcial (IC95% 13,7-46,1%) y 26,9% respuesta incompleta (IC95%13,7-46,1%) con tasas de APE50 92,3%, y APE90 80,8%. Hubo solo 8 eventos de sobrevida libre de progresion radiografica (rPFS), con un seguimiento mediano de 11 meses, sin diferencia significativa entre categorías (log-rank p=0.34). Durante el seguimiento se evidencio una buena tolerancia al medicamento, registrándose un 9,4% tolerancia "moderada" (ajuste de dosis/ suspensión temporal) (IC95%3,2-24,2) y 6,2% "mala" (Suspensión total) (IC95%1,7-20,1).
Conclusiones: El tratamiento con Apalutamida demostró en nuestra serie, una proporción similar de respuesta global de la registrada en la literatura. Es necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar su correlación directa con la sobrevida libre de progresión y sobrevida global en nuestro medio.

P28

Más allá de la eficacia: Tolerabilidad de los ARPI en pacientes con cáncer de próstata metastásico

Lyon Errázuriz J.[1] | Salazar Campos V.[2] | Rivera Santos B.[3] | Salinas Simonetti C.[4] | Leyton Naranjo R.[5] | Ayala Castro C.[5] | Hartmann Arnouts J.[5] | Fuentes Carrion M.[5] | Sandoval Ramírez J.[5] | Oyanedel Muñoz P.[5] | Durán García L.[5]

[1]Residente 3º Año, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [2]Residente 2º Año, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [3]Médico Cirujano, Pasante, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [4]Oncólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [5]Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile

Introducción: En el Cáncer de Próstata, la presentación metastásica (CaP-MTT) presenta la mayor morbimortalidad. Los inhibidores de la vía del receptor androgénico (ARPIs) son el estándar del CaP-MTT. No existen revisiones comparativas que detallen la tolerancia de estos fármacos y su seguimiento a largo plazo. El objetivo del trabajo es caracterizar los efectos adversos (EA) de los ARPIs en pacientes con CaP-MTT.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de pacientes con CaP-MTT tratados con ARPIs en un hospital terciario. Se registraron variables como edad, setting de enfermedad, tipo de ARPIs, tasa de suspensión, prevalencia y tipo de EA. Se utilizó escala de EA CTCAEv5 para terapias oncológicas.
Resultados: Se analizaron un total de 39 pacientes. La edad media al inicio del ARPIs fue 71,1años y el seguimiento mediano 24,8meses. Fueron sincrónicos 69,2%, alta carga 43,6%, alto riesgo 35,9% y oligometastásicos 28,2%; la primera línea fue triplete (Quimioterapia + ARPIs) en 35,9%, ARPIs en 28,2%, radioterapia+ARPIs en 28,2%. Del total, 46,2% recibió quimioterapia. Un 48,7% presentó como mínimo 1 EA, siendo los más frecuentes debilidad de la marcha e HTA. La prevalencia de EA por ARPIs fue: 53,3% de los tratados con Abiraterona, 50% con Enzalutamida, 45,5% con Apalutamida y 42,9% de los tratados con Darolutamida. La mediana de tiempo al primer EA fue 6,2 meses: 6,4meses con Abiraterona, 11,2meses con Enzalutamida, 2,7meses con Apalutamida, y 7,9meses con Darolutamida. La quimioterapia no aumentó la incidencia de los EA. De los 17 EA: 7 fueron grado 1, 8 grado 2 y 2 grado 3. En 6 pacientes (15,4%) hubo cambio de terapia por EA, de los cuales 5 estaban con Abiraterona.
Conclusiones: Si bien EA a los ARPIs son frecuentes, estos son en su mayoría leves, no afectando la adherencia a la terapia. La mayoría de los cambios de terapia correspondieron a progresión de la enfermedad y no a EA. La quimioterapia no fue un factor negativo para la tolerancia. Los ARPI muestran así un perfil seguro y duradero en la práctica clínica.

P29

Brecha en la intensificación del cáncer de próstata metastásico hormonosensible frente al estándar de guías: Evaluación asistida por inteligencia artificial en una cohorte de un hospital de alta complejidad

Oyanedel F.[1] | De La Fuente M.[1] | Gallardo I.[2] | Muñoz M.[3] | Ebel L.[1]

[1]Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Médico EDF CESFAM de Máfil, Valdivia, Chile; [3]Médico EDF Hospital de Lanco, Valdivia, Chile

Introducción: Las guías 2025 (EAU/AUA/NCCN) recomiendan intensificar el cáncer de próstata metastásico hormonosensible (mHSPC) con un antiandrógeno de nueva generación (ARPI) y/o docetaxel sobre la deprivación androgénica, con adherencia esperada cercana al 95%; la adherencia real en la red pública está poco medida. El objetivo fue cuantificar la brecha entre lo recomendado y lo realizado, usando una herramienta de inteligencia artificial (IA) para operacionalizar la recomendación por caso.

Material y Métodos: Estudio de concordancia sobre 56 pacientes con mHSPC de la cohorte 2025 de un hospital de alta complejidad. Un modelo de lenguaje aplicó una rúbrica preespecificada de las guías 2025 —que define por escenario (volumen CHAARTED, riesgo LATITUDE) el tratamiento mínimo y el óptimo— y clasificó cada caso; el investigador validó y adjudicó las discordancias. Se comparó con el tratamiento realizado. Análisis: proporciones con IC95% de Wilson; test binomial exacto vs 0,95; razones de no intensificación.

Resultados: De 56 pacientes con mHSPC (todos con indicación de intensificar), solo 34,0% (18/53 evaluables; IC95% 22,7–47,4) recibió intensificación sistémica y apenas 5,4% (3/56; IC95% 1,8–14,6) un ARPI —dos mediante compra particular—; frente al estándar de 95%, p<0,001. El docetaxel, de menor costo y disponible, fue la intensificación predominante (16). Por volumen: alto 14, bajo 31, no determinado 11; el triplete se empleó en 1 caso. La IA autoclasificó 43/56 (77%) en concordancia con el experto y derivó 13 a revisión.

Conclusiones: En este centro público de alta complejidad, la intensificación fue muy inferior al estándar (34% vs 95%) y el uso de ARPI casi nulo (5%), limitado a la compra particular del fármaco. El patrón —docetaxel disponible utilizado, ARPI ausente salvo pago de bolsillo— sugiere que la brecha responde a barreras de acceso y financiamiento a los ARPI en el sistema público, más que a una decisión clínica; incorporarlos a la cobertura pública del mHSPC emerge como prioridad. Una herramienta de IA basada en guías y validada por experto evaluó la concordancia de forma viable para auditoría de calidad.

P30

Perfil de riesgo cardiovascular y patrones de prescripción de terapia de deprivación androgénica en cáncer de próstata: Experiencia de un hospital regional chileno

Bravo J.[1] | Ruiz S.[1] | Larrañaga M.[1] | Guerrero R.[2] | Lay R.[2] | Valero G.[1]

[1]Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile; [2]Universidad de O`Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte no oncológica en el cáncer de próstata, y hasta la mitad de los pacientes recibirá deprivación androgénica (ADT). La evidencia sobre si los antagonistas de GnRH son más seguros que los agonistas es contradictoria: estudios de vida real sugieren beneficio en pacientes con enfermedad cardiovascular previa, mientras que el ensayo PRONOUNCE no demostró diferencias. No existen datos locales sobre riesgo basal ni patrones de prescripción.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de próstata en ADT en un hospital regional chileno (2020-2026). Se registraron factores de riesgo y riesgo cardiovascular basal (alto versus bajo/moderado), fármaco, variables oncológicas y eventos cardiovasculares, distinguiendo por fechas los eventos previos al inicio de la ADT de los incidentes. Para el análisis se aplicó un diseño de nuevos usuarios restringido al período de uso regular de degarelix (desde enero de 2024), evitando la mala clasificación de la exposición por cambio de fármaco. Se emplearon Fisher, Mann-Whitney y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 380 pacientes (mediana 75 años): triptorelina 328 (86,3%), degarelix 30 (7,9%) y goserelina 22 (5,8%). Entre los 188 con riesgo cardiovascular, el grupo degarelix presentó mayor proporción de riesgo alto (95,0% versus 64,3%; p=0,004), hipertensión refractaria (60,0% versus 17,3%; p<0,001) y enfermedad cardiovascular previa (38,9% versus 12,6%; p=0,009), sin diferencias en edad ni grupo ISUP. La DM2 fue el principal predictor de evento cardiovascular incidente (HR 4,05; IC95% 1,37-11,93; p=0,011). Entre los nuevos usuarios desde 2024, el grupo degarelix (n=11; 89% de riesgo alto) no registró eventos cardiovasculares incidentes en 14,0 personas-año, frente a 1,43 eventos por 100 personas-año en triptorelina (n=108; 52% de riesgo alto).

Conclusiones: La prescripción de antagonista en nuestro centro es concordante con las recomendaciones internacionales: se reserva a los pacientes de mayor riesgo cardiovascular, con una frecuencia de uso (7,9%) similar a la de cohortes internacionales. Pese al perfil basal desfavorable, los nuevos usuarios de degarelix no presentaron eventos cardiovasculares. El escaso número de eventos impide demostrar beneficio y respalda estudios multicéntricos con registro prospectivo de las fechas de inicio de cada fármaco.

P31

Discordancia entre el informe anatomopatológico externo y la revisión institucional en biopsias de cáncer de vejiga derivadas para segunda opinión: Impacto en la indicación terapéutica

Reinecke N.[1] | Aliaga A.[1] | Eltit I.[1] | Rojas I.[1] | Ramírez G.[1] | Westenenk K.[1] | Contreras J.[2] | Schultz M.[2] | Pinochet R.[1] | Fernández M.[1]

[1]Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [2]Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: El informe anatomopatológico inicial define el tratamiento del cáncer de vejiga (CV). Sin embargo, la variabilidad interobservador en la evaluación del estadio, grado tumoral y otras características histopatológicas puede modificar significativamente su manejo. El objetivo del estudio fue estimar la concordancia entre el informe externo y la revisión institucional por patólogos genitourinarios y determinar la proporción de casos en que la recomendación terapéutica basada en guías clínicas difirió entre ambos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de concordancia diagnóstica sobre serie consecutiva de interconsultas de material de CV en un centro de referencia entre 2017 y 2026. La elegibilidad la definió únicamente el informe del centro de origen, debiendo diagnosticar un CV. La indicación terapéutica se derivó de forma determinística desde cada informe mediante una tabla de decisión basada en las guías clínicas EAU. La concordancia se estimó mediante kappa de Cohen y las proporciones se informaron con intervalos de confianza (IC) del 95% calculados mediante el método de Wilson.

Resultados: Durante el periodo de estudio se identificaron 66 biopsias revisadas, 62 fueron elegibles y 55 conformaron pares evaluables. La categoría diagnóstica fue discordante en el 19,3% (κ = 0,72) y el grupo de riesgo EAU en el 21,8% (κ = 0,69), incluyendo la identificación de subtipos histológicos en 2 casos. No se registró ningún caso que descartara la presencia de un CV. La recomendación terapéutica cambió en el 21,8% de los casos (12/55; IC 95%: 12,9–34,4), equivalente a un número necesario a revisar (NNR) de 4,6. Entre otros cambios, tres pacientes dejaron de tener indicación de cistectomía radical y pasaron a terapia intravesical, mientras que en dos casos el aumento del estadio tumoral determinó un tratamiento de mayor intensidad.

Conclusiones: En pacientes derivados a un centro de referencia con diagnóstico externo de CV, la revisión de la biopsia por patólogos genitourinarios modificó la indicación terapéutica dictada por la guía clínica en uno de cada cinco casos. Estos hallazgos confirman la significativa variabilidad interobservador en el análisis de biopsias con CV y respaldan la necesidad de reevaluación sistemática del material externo en centros de referencia.

P32

Músculo liso de tipo indeterminado en la resección transuretral vesical: Punto de bifurcación en la estadificación del carcinoma urotelial. Serie de ocho casos

Moreno N. | Arrue K. | Moraga J. | Muñoz M. | Dominguez J.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La invasión de la muscular propia (detrusor) separa el carcinoma urotelial no músculo-invasor (T1) del músculo-invasor y define la elección entre terapia conservadora y más agresiva (cistectomía o quimio-radioterapia). En la resección transuretral (RTU), la muscular de la mucosa hipertrófica puede resultar indistinguible del detrusor, configurando la categoría de músculo liso de tipo indeterminado (smooth muscle of indeterminate type, SMIT), reconocida por los protocolos del College of American Pathologists. La literatura documenta enfermedad músculo-invasora en cerca de la mitad al reevaluarse, por lo que debe motivar reestadificación y no resolverse por omisión.

Material y Métodos: Serie retrospectiva de una institución universitaria (2021-2026). Se incluyeron pacientes con carcinoma urotelial cuyo informe de RTU consignó indeterminación entre muscular de la mucosa y muscular propia. Se excluyeron los tumores con invasión inequívoca de detrusor y las estirpes no uroteliales. Se revisaron informes anatomopatológicos y fichas clínicas.

Resultados: Ocho pacientes de 53 a 76 años. En cinco, la re-RTU no evidenció invasión de detrusor y se manejaron como T1 con BCG: dos sin recurrencia a 50 y 54 meses, dos con recurrencia T1 de alto grado y falla a BCG, y uno reciente; ninguno progresó a enfermedad músculo-invasora. Los tres restantes se manejaron como músculo-invasores: en uno, la cistectomía reveló carcinoma T1 sobre muscular de la mucosa, sin invasión de detrusor ni compromiso ganglionar (0/25) y sin recurrencia a cuatro años, única confirmación en pieza completa; los otros dos, con criterios de agresividad (compromiso ganglionar, plasmocitoide, invasión linfovascular), recibieron quimioterapia y cistectomía o radioterapia, con respuesta completa. El carcinoma in situ y la denudación mucosa fueron hallazgos concurrentes frecuentes.

Conclusiones: El músculo indeterminado en la RTU constituye un punto de bifurcación en la estadificación del carcinoma urotelial: un mismo hallazgo puede corresponder a enfermedad T1 o músculo-invasora. Los pacientes en quienes la re-RTU no evidencia enfermedad invasora pueden manejarse conservadoramente sin progresión a músculo-invasor, aunque el T1 de alto grado mantiene riesgo relevante de recurrencia y falla a BCG que exige vigilancia estrecha. Se propone su abordaje activo mediante re-RTU e inmunohistoquímica con smoothelin, validado para distinguir ambas capas musculares.

P33

Dosis completa versus dosis reducida de BCG intravesical en cáncer de vejiga no músculo-invasor: Impacto sobre la respuesta al tratamiento, la recurrencia y la progresión

Ruiz Wiegand S. | Bravo Izurieta J. | Larrañaga M. | Lay Veliz R. | Parrao Ruz D. | Guerrero Muñoz R. | Carrillo Guiñez B. | Carmona Clavería L.

Hospital de Rancagua, Rancagua, Chile

Introducción: La inmunoterapia intravesical con bacilo de Calmette-Guérin (BCG) en esquema de inducción a dosis completa seguida de mantención es el tratamiento adyuvante estándar del cáncer de vejiga no músculo-invasor (CVNMI) de riesgo intermedio y alto. La escasez global de BCG ha llevado al uso de esquemas con dosis reducida, con evidencia heterogénea sobre su eficacia. El objetivo fue comparar los resultados oncológicos según la dosis de inducción recibida.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes con CVNMI tratados con BCG intravesical (89% cepa Danesa 11% Moskow) entre 2020 y 2025. De 102 pacientes, 94 (92,2%) completaron la inducción; se compararon 57 con dosis completa (grupo A) y 36 con dosis reducida (grupo B). Se evaluaron adherencia a mantención, respuesta a BCG, recaída, progresión y sobrevida libre de recidiva mediante test exacto de Fisher, chi-cuadrado, Mann-Whitney, Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en sexo, tabaquismo, estadio (Ta/T1), grado, grupo de riesgo y tamaño tumoral; el grupo A tuvo mayor edad promedio (68,9 vs. 63,9 años; p=0,020). El grupo A presentó mayor adherencia a mantención (80,7% vs. 41,7%; p<0,001). Entre quienes recibieron mantención, la tasa de respondedores a BCG fue 82,6% vs. 46,7% (p=0,015) y la progresión 2,2% vs. 20,0% (p=0,043). A nivel global, la progresión fue 1,8% vs. 19,4% (p=0,005) y la recidiva combinada (recaída más progresión) 22,8% vs. 48,6% (p=0,013), con OR de recidiva para dosis completa de 0,31 (IC95% 0,13-0,77; p=0,012). La sobrevida libre de recidiva a 6, 12 y 24 meses fue 92,0%, 85,1% y 72,3% en el grupo A versus 80,0%, 68,6% y 57,1% en el grupo B (log-rank p=0,064). Ninguna característica tumoral basal se asoció a la respuesta a BCG.

Conclusiones: La inducción con dosis completa de BCG se asoció a mayor adherencia a la mantención, mayor respuesta al tratamiento y menores tasas de progresión y recidiva que la dosis reducida, en grupos basalmente comparables. Estos resultados apoyan que la dosis completa seguida de mantención es superior a la dosis fraccionada y a la inducción aislada, y que en escasez la reducción de dosis debiera ser la última alternativa.

P34

Cepa Moscow 361-I intravesical como tratamiento adyuvante del cáncer de vejiga no músculo invasor: Actualización de seguridad y efectividad a corto plazo

Verdugo C.[1] | Mellado J.[1] | Alfaro A.[1] | Alarcón L.[1] | Borgna V.[2]

[1]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de postgrado, Universidad de Santiago, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de postgrado, Universidad de Santiago; Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida; Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) representa cerca del 75% del cáncer vesical en Chile, la inmunoterapia intravesical con BCG constituye el estándar de tratamiento adyuvante para reducir la recidiva tumoral. En nuestro centro se incorporó la cepa Moscow 361-I como alternativa a la cepa Danish 1331. A la fecha no existen estudios publicados con resultados locales relacionados a esta nueva cepa. Se presenta la actualización de una cohorte ampliada previamente descrita, comparando seguridad y efectividad oncológica a corto plazo entre ambas cepas.

Material y Métodos: Estudio observacional tipo cohorte retrospectiva, comparativo y no aleatorizado. Se incluyeron 64 pacientes con CVNMI tratados con inducción y mantención intravesical con una sola cepa: Danish (n=31) o Moscow (n=33). Seguimiento total de 6 meses, evaluación de recidiva post-inducción y post-mantención. Se registraron efectos adversos (EA) graduados en G1 (autolimitados), G2 (requieren tratamiento) y G3 (compromiso sistémico); resultados oncológicos (recidiva y sobrevida libre de enfermedad (SLE)). Se aplicó test exacto de Fisher para variables categóricas y Kaplan-Meier con log-rank para SLE.

Resultados: En ambas cepas la disuria fue el EA predominante, 41.9% con Danish versus 36.4% con Moscow (p=0.798), sin diferencia en gravedad: G1 (29% vs 21.2%) , G2 (12.5% vs 15.2%). Otros EA: Hematuria (12.9% vs 15.2%), fiebre (9.7% vs 12.1%) e ITU (6.5% vs 3%), sin diferencias significativas. Los EA graves (G3) se concentraron en Moscow: 3/33 (9.1%) versus 0/31 en Danish (p=0.239) 2 Urosepsis y 1 infección sistémica por Mycobacterium. En recidiva, Danish registró 4 casos (12.9%) y Moscow 2 (6.1%). La SLE a 6 meses fue 87.1% con Danish y 93.8% con Moscow (p=0.350).

Conclusiones: En esta cohorte ampliada no se observaron diferencias estadísticamente significativas en seguridad ni en efectividad oncológica a corto plazo entre ambas cepas. Sin embargo, la concentración de eventos adversos graves en Moscow constituye una señal de seguridad que amerita seguimiento, por lo que se requieren estudios prospectivos randomizados con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

P35

Después del diagnóstico: Indicadores asistenciales y oncológicos en la administración de BCG en unidad oncológica especializada (2023-2025)

Ruiz Espinosa T.[1] | Cid Bertoglia A.[2] | Villagrán Salas M.[3] | Herrera Sepúlveda D.[4] | Soto C. G.[5] | Elías E. E.[5] | Oporto U. S.[5] | Mechaca Cruzat R.[5]

[1]Programa Especialidad Urología Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Médico-General, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Médico-General, Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [4]Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [5]Servicio de Urología Hospital El Carmen, Santiago, Chile

Introducción: La inmunoterapia intravesical con Bacillus Calmette-Guérin (BCG) constituye uno de los pilares del manejo en pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) categorizados con riesgo intermedio, alto o muy alto. Esta ha demostrado disminuir la recurrencia y progresión a un cáncer músculo invasor, pero su efectividad depende del cumplimiento de pautas y seguimiento oncológico prolongado, que puede afectarse en centros con alta demanda asistencial. Se creó un registro prospectivo en un hospital público con una unidad oncológica especializada con el objetivo de identificar brechas asistenciales y su impacto oncológico.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticados con CVNMI en el Hospital El Carmen entre enero 2023 y abril 2026 cometidos a BCG. Se evaluaron variables demográficas, oncológicas y asistenciales.

Resultados: De 147 diagnósticos entre 2023-2026, 94 casos presentaron CVNMI (63.9%), de los cuales 75 fueron catalogados como riesgo intermedio (22%), alto (51%) o muy alto (3.6%). 64 comenzaron BCG, siendo 68% hombres, edad promedio 73 años y 59% fumadores (IPA promedio 30). El 94% presentó un tumor completamente urotelial y un 15% (10) reportó carcinoma in situ al diagnóstico. El tiempo mediano para inicio de BCG fueron 8 días. Se mantiene un tiempo mediano de seguimiento de 22 meses. La inducción fue completada por el 91%, con mediana de 38 días y 7.6 días entre dosis. La BCG adecuada se alcanzó a los 9.2 meses en el 60% de los pacientes. Se reportaron 2 fallecimientos (24 y 38 meses), 8 recurrencias confirmadas, distribuyendose 7 a los 3 meses y 1 a los 6 meses, sin episodios de progresión a CV músculo invasor.

Conclusiones: Esta cohorte permite caracterizar la trayectoria asistencial de pacientes con CVNMI sometidos a BCG en un escenario de práctica clínica real, aportando información local hasta escasamente descrita respecto de tiempos de inicio, cumplimiento, continuidad del tratamiento y seguimiento oncológico. No se observaron diferencias significativas en recurrencia, progresión o mortalidad según los retrasos entre administraciones que pudieran significar brechas asistenciales. Sin embargo, se requiere mayor tiempo de seguimiento para mayores análisis.

P36

Cistectomía radical en el paciente añoso: Experiencia de los últimos 10 años de cistectomía radical en el hospital DR regional de Temuco

Carrasco Sanchez F. | San Martin K. | Ansieta F. | Umaña J. | Arias D. | Rivera F. | Pieressa N. | Valenzuela R. | Muñoz J. | Urrutia S. | Lobos C. | Gorena M. | Muñoz I.

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción: La cistectomía radical constituye el estándar de tratamiento del cáncer vesical músculo-invasivo. El aumento de la indicación de cistectomía radical en pacientes de edad avanzada plantea el desafío de determinar si la edad se asocia a mayor morbimortalidad perioperatoria en cirugia con intención curativa. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados clínicos y perioperatorios de la cistectomía radical, caracterizando las diferencias según edad.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical por cáncer vesical músculo-invasivo entre enero de 2016 y junio de 2026. Se incluyeron pacientes con enfermedad músculo-invasiva de novo o progresión desde enfermedad no músculo-invasiva, excluyendo aquellos sometidos a cirugía con intención paliativa. Se analizaron características demográficas, comorbilidades, variables oncológicas, tratamiento perioperatorio y complicaciones postoperatorias según clasificación de Clavien-Dindo. Se compararon los resultados entre pacientes ≤75 y >75 años.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, observándose un incremento progresivo del número de cistectomías, especialmente desde 2022, con un máximo de 13 procedimientos en 2024. El 83% presentó al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes hipertensión arterial (56,2%) y diabetes mellitus tipo 2 (25,0%). El 86% presentó enfermedad músculo-invasiva de novo y el 64% presentó enfermedad en estadios III-IV. Los pacientes mayores de 75 años presentaron mayor proporción de ASA III o superior y tendencia a mayor carga de comorbilidad, sin diferencias estadísticamente significativas respecto de los menores o iguales a 75 años. La morbilidad postoperatoria fue frecuente, predominando las complicaciones infecciosas y urológicas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de complicaciones entre ambos grupos etarios. La sobrevida global estimada fue de 78,6% al año y 53,1% a los 3 años de seguimiento.

Conclusiones: La cistectomía radical presentó resultados perioperatorios y oncológicos aceptables en esta cohorte, pese a la elevada carga de comorbilidad y enfermedad avanzada. No se demostraron diferencias significativas según edad en términos de comorbilidad, estadio o complicaciones postoperatorias. La edad cronológica por sí sola no debería constituir un criterio excluyente para la cistectomia radical, aunque se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

P37

Cistectomía radical asistida por robot con derivación urinaria intracorpórea: Resultados perioperatorios, oncológicos y evolución del desempeño quirúrgico en un hospital público chileno

Calvo I. | Cid A. | Juri D. | Luz D. | Hassi M. | Orellana S. | Soto G.

Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical es un procedimiento de alta complejidad y elevada morbilidad perioperatoria. La cirugía robótica permite realizar la resección y derivación urinaria de forma intracorpórea, aunque su implementación requiere adquisición progresiva de experiencia. El objetivo fue describir resultados perioperatorios y oncológicos y evaluar la evolución del desempeño quirúrgico durante la implementación del programa.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical asistida por robot con derivación urinaria intracorpórea entre noviembre de 2024 y julio de 2026. Se analizaron variables clínicas, intraoperatorias, complicaciones, anatomía patológica y seguimiento. Las categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje y las continuas como mediana y rango intercuartílico (RIC). El desempeño se evaluó mediante correlación de Spearman y análisis CUSUM para identificar un punto de inflexión. Se consideró significativo p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes; 85% eran hombres y la mediana de edad fue 70,5 años (RIC 64,5–75). Se realizaron 18 conductos ileales tipo Bricker y 2 ureterostomías cutáneas. El tiempo quirúrgico total mediano fue 388,5 min (RIC 354,8–444), el de consola 288 min (RIC 247,5–384) y el sangrado 350 mL (RIC 200–612,5). No hubo conversiones ni complicaciones intraoperatorias. La estadía hospitalaria fue 7 días (RIC 6–13,5). Siete pacientes (35%) presentaron complicaciones Clavien-Dindo ≥III a 30 días; 25% requirió reintervención y 50% rehospitalización. Las complicaciones más frecuentes fueron infección urinaria/pielonefritis y lesión renal aguda (50% cada una). No hubo mortalidad a 30 días. Los márgenes fueron negativos y el estado ganglionar pN0 en 17/17 evaluables. El tiempo total (ρ=-0,57; p=0,009) y de consola (ρ=-0,55; p=0,015) disminuyeron con el número cronológico. El CUSUM identificó un punto de inflexión tras el séptimo procedimiento; desde el caso 8, la mediana del tiempo total disminuyó de 447 a 370 min (p=0,003) y la de consola de 387 a 255 min (p=0,002).

Conclusiones: La serie presentó ausencia de conversiones, márgenes negativos en todos los casos evaluables y morbilidad predominantemente infecciosa y renal. El aumento de la experiencia se asoció a reducción significativa de los tiempos quirúrgicos, con un cambio de fase del desempeño después del séptimo procedimiento.

P38

Cistectomía radical laparoscópica con derivación urinaria intracorpórea en un hospital público regional: Resultados perioperatorios y oncológicos iniciales

Coloma F.[1] | Alarcón J.[1] | Rojas A.[1] | Toledo J.[2] | Soler D.[2] | Valenzuela R.[2] | Vera Á.[2] | Andrusco A.[2]

[1]Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile

Introducción: La cistectomía radical laparoscópica (CRL) con derivación urinaria intracorpórea (DUI) ha demostrado disminuir la morbilidad perioperatoria respecto del abordaje con derivación extracorpórea, sin embargo, presenta una exigente curva de aprendizaje. El objetivo de este estudio es describir las características perioperatorias, la seguridad clínica a corto plazo y los resultados oncológicos iniciales en pacientes con cáncer de vejiga músculo-invasivo (CVMI) intervenidos en un hospital público regional.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se incluyó una muestra de 13 pacientes con CVMI sometidos a CRL con DUI en el Hospital San Juan de Dios de La Serena, entre diciembre de 2024 y junio de 2026. Se analizaron variables demográficas, tiempo quirúrgico, pérdida hemática, estancia hospitalaria, reintervención quirúrgica, complicaciones a 90 días (escala de Clavien-Dindo), rendimiento ganglionar y estado de los márgenes quirúrgicos.

Resultados: Se intervinieron 13 pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue de 473 minutos, con una pérdida hemática estimada de 650 mL. No hubo conversión a cirugía abierta, y requirieron transfusión sanguínea un 38,5% (n=5). La estancia hospitalaria media fue de 7,4 días. En la evaluación oncológica, el rendimiento ganglionar promedio fue de 18 linfonodos, con compromiso metastásico (pN+) en el 23,1% (n=3) de los casos. Se obtuvieron márgenes quirúrgicos negativos (R0) en el 84,6% de la cohorte. La estadificación anatomopatológica evidenció un 61,5% de estadio pT2, y un 15,3% para pT3 y pT4. Las complicaciones postoperatorias a 90 días fueron predominantemente menores (Clavien-Dindo I-II) en el 53,8%, mientras que las complicaciones mayores (Clavien-Dindo III-IV) alcanzaron un 38,5%. La necesidad de reintervención quirúrgica dentro de los primeros 90 días se presentó en el 38,5% de los pacientes (n=5). La mortalidad a 90 días (Clavien-Dindo V) fue del 7,7% (n=1).

Conclusiones: A CRL con DUI en nuestro centro regional es factible y presenta un perfil de seguridad perioperatoria aceptable durante su fase de implementación. Cumple con los estándares de control oncológico primario recomendados y su estandarización progresiva favorece la recuperación precoz, perfilándose como una alternativa de primera línea para el manejo quirúrgico de esta patología en nuestra región.

P39

Del riesgo germinal a la biología tumoral mediante el análisis multiómico de un panel de predisposición hereditaria en el carcinoma urotelial vesical

Hernandez-oliveras A.[1] | Hernandez-galaz S.[2] | Hurtado J.[3] | Verdugo C.[3] | Lladser A.[4] | Borgna V.[5]

[1]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile. Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Laboratorio de Medicina Traslacional, Centro de Investigación e Innovación en Cáncer, Santiago, Chile; [2]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile. Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Laboratorio de Medicina Traslacional, Centro de Investigación e Innovación en Cáncer., Santiago, Chile; [3]Servicio de Urologia, Hospital Barros Luco Trudeau., Santiago, Chile; [4]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile. Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile; [5]Servicio de Urologia, Hospital Barros Luco Trudeau. Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile. Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián., Santiago, Chile

Introducción: La disponibilidad de grandes bases de datos genómicas públicas y el desarrollo de herramientas bioinformáticas, han abierto una oportunidad para analizar e identificar patrones genéticos con potencial relevancia pronóstica y clínica. A partir de un panel de 78 genes previamente analizado en cáncer del tracto urinario, buscamos conocer sus alteraciones somáticas, su expresión y su metilación, y determinar si estas características se relacionan con la supervivencia de los pacientes con carcinoma vesical.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de datos públicos de TCGA-BLCA: 412 pacientes con datos de mutaciones, 406 de expresión y 403 de metilación. Comparamos tumor y tejido normal adyacente con DESeq2 (expresión, 19 pares) y limma (metilación, 21 pares). Evaluamos además diferencias entre grupos clínicos y la correlación entre expresión y metilación. Usamos modelos de Cox ajustados por edad y sexo, estratificados por estadio, con HR por desviación estándar. Aplicamos corrección de Benjamini–Hochberg por familia de análisis (q<0,05).

Resultados: TP53 fue el gen más frecuentemente alterado (48,3%), seguido de RB1 (17,5%); ambos coocurrieron más de lo esperado por azar. Frente al tejido normal adyacente, 44 de 77 genes evaluables mostraron diferencias de expresión, entre ellas la sobreexpresión de XRCC2 y BRIP1, y 16 de 78 presentaron diferencias en la metilación del promotor, con el mayor aumento en GREM1. Entre estadios avanzados y tempranos hubo diferencias en siete genes de expresión y uno de metilación. SPINK1 mostró la correlación inversa más marcada entre ambas medidas (ρ=−0,76). Los modelos de supervivencia para expresión incluyeron 389 pacientes y 175 fallecimientos: seis genes mantuvieron asociación significativa, entre ellos CDC73, cuya mayor expresión se relacionó con mayor riesgo de muerte (HR=1,41; IC95%: 1,19–1,69; q=0,008), y SPINK1, cuya mayor expresión se relacionó con menor riesgo (HR=0,77; IC95%: 0,66–0,89; q=0,019).

Conclusiones: Los genes de este panel presentan alteraciones moleculares asociadas con la supervivencia. CDC73 y SPINK1 destacan como candidatos para nuevos estudios pronósticos. Su posible utilidad deberá confirmarse en cohortes independientes y demostrar que aportan información adicional a los factores clínicos habituales.

P40

Más allá de lo germinal con el análisis multiómico y pronóstico de un panel de predisposición hereditaria en el carcinoma renal de células claras

Hernandez-oliveras A.[1] | Hernandez-galaz S.[1] | Verdugo C.[2] | Hurtado J.[2] | Lladser A.[3] | Borgna V.[4]

[1]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida; Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Laboratorio de Medicina Traslacional, Centro de Investigación e Innovación en Cáncer, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de postgrado, Universidad de Santiago, Santiago, Chile; [3]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida; Facultad de Medicina y Ciencia Universidad San Sebastián, Santiago, Chile; [4]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de postgrado, Universidad de Santiago; Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida; Facultad de Medicina y Ciencia Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: Los genes de predisposición hereditaria pueden informar sobre la biología tumoral. Partiendo de un panel de 78 genes, exploramos sus alteraciones somáticas, su expresión y su metilación en el carcinoma renal de células claras, y su asociación con las características clínicas y la supervivencia.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de datos públicos de TCGA-KIRC: 389 pacientes con cáncer de células claras con datos de mutaciones, 533 de expresión y 304 de metilación. Comparamos tumor y tejido normal adyacente con DESeq2 (expresión, 72 pares) y limma (metilación, 150 pares), y contrastamos grupos clínicos. Usamos modelos de Cox ajustados por edad, sexo y grado, estratificados por estadio, con HR por desviación estándar. Aplicamos corrección de Benjamini–Hochberg por familia de análisis (q<0,05).

Resultados: VHL fue el gen más frecuentemente alterado (44,2%), seguido de BAP1 (10,3%). Frente al tejido normal adyacente, 65 de 77 genes evaluables mostraron diferencias de expresión —mayor CDKN2A, menor PDGFRA y EPCAM— y 32 de 78 en la metilación del promotor. MITF presentó el mayor cambio y la correlación inversa más marcada (ρ=−0,43). En los modelos de expresión (424 pacientes, 126 fallecimientos), 15 genes mantuvieron asociación con la supervivencia: MSH3 con menor riesgo de muerte (HR=0,63; IC95%: 0,53–0,76; q=5,59×10>>) y CHEK2 con mayor riesgo (HR=1,37; IC95%: 1,14–1,65; q=0,013). De seis modelos conjuntos estimables, SMARCA4 asoció mayor metilación con mayor riesgo.Ninguna mutación somática mantuvo asociación con la supervivencia tras corrección múltiple.

Conclusiones: Los genes del panel mostraron alteraciones moleculares y asociaciones con la supervivencia en el carcinoma renal de células claras. MSH3 destacó por la solidez estadística de su asociación, mientras que el resultado de SMARCA4 requiere cautela por proceder de un análisis conjunto en una subcohorte más pequeña. Estos hallazgos ofrecen candidatos para validación externa como pronóstico más allá de los factores clinicopatológicos habituales.

P41

Heterogeneidad fenotípica de las células T CD8+ de memoria en carcinoma renal. Población Trm CD69+CD103+ se asocia con menor sobrevida en una cohorte quirúrgica

Barahona J.[1] | Benedetti V.[2] | Hidalgo S.[3] | Fraga M.[2] | Hernandez-oliveras A.[3] | Bustamante C.[2] | Alarcon L.[1] | Hurtado J.[1] | Lladser A.[4] | Borgna V.[5]

[1]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile; [2]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile; [3]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Laboratorio de Medicina Traslacional, Centro de Investigación e Innovación en Cáncer, Santiago, Chile; [4]Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Chile., Santiago, Chile; [5]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Chile., Santiago, Chile

Introducción: Las células T CD8+ residentes de memoria (Trm) dominan el infiltrado del carcinoma renal de células claras (ccRCC), pero su heterogeneidad fenotípica y su valor pronóstico permanecen poco definidos.

Material y Métodos: Cohorte de 71 pacientes con ccRCC sometidos a nefrectomía entre 2017 y 2025. Por citometría de flujo se caracterizaron tres poblaciones de células T CD8+ de memoria: circulantes CD69−CD103−, Trm CD69+CD103− y Trm CD69+CD103+, junto con marcadores de activación, residencia y agotamiento. Se aplicaron pruebas de Wilcoxon, correlaciones de Spearman y sobrevida mediante análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Predominaron las CD69+CD103− (mediana 53,7%), seguidas de CD69+CD103+ (21,4%) y circulantes (12,4%; p<0,001). PD-1 (54,9/92,6/95,3%), CD39 (7,2/57,9/40,0%), TIM-3 (4,4/29,4/18,1%), TOX (10,4/62,1/47,8%) y CD49a (31,2/70,5/85,0%) aumentaron desde circulantes hacia Trm (p<0,001), con patrón inverso para TCF-1 (76,3/26,1/37,0%) y GZMB+GNLY+ (23,3/1,1/1,3%); CXCL13 fue máximo en CD69+CD103+ (6,0%). TOX y TCF-1 se correlacionaron inversamente en CD69+CD103− (ρ=−0,83; p<0,001), población cuya magnitud se asoció a TOX (ρ=0,83) y TCF-1 (ρ=−0,70). La fracción CD69+CD103+ fue mayor en etapas III-IV (26,8% vs 15,6%; p=0,003). Con 24 muertes y seguimiento mediano de 53 meses, la sobrevida global a 5 años fue 62,0% (IC95% 49,0-75,1): 88,4% en etapas I-II versus 41,6% en III-IV (p<0,001). Una mayor fracción CD69+CD103+ se asoció a peor sobrevida (HR 1,38; IC95% 1,08-1,75; p=0,010), incluso ajustando por etapa y grado (HR 1,54; 1,13-2,11; p=0,007); el cuartil superior alcanzó 46,3% de sobrevida a 5 años (p=0,035).

Conclusiones: Las Trm CD69+CD103+ exhiben un fenotipo diferenciado y su expansión relativa se asocia de forma independiente a peor sobrevida global en ccRCC.

P42

Discordancia radiológico-patológica en cáncer renal T3a y su impacto en la sobre indicación de nefrectomía radical: Realidad de un hospital público de referencia

Toledo J.[1] | Soler D.[1] | Coloma F.[2] | Alarcon J.[2] | Rojas A.[2] | Rojas J.[1] | Soler S.[1] | Araya F.[1] | Vera A.[1] | Valenzuela R.[1] | Andrusco A.[1]

[1]Servicio de Urología, Hospital de La Serena, La Serena, La Serena, Chile; [2]Residente de Urología, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, La Serena, Chile

Introducción: La estadificación clínica preoperatoria del cáncer renal se basa en la tomografía computada contrastada (TC), que orienta la indicación de nefrectomías parciales o radicales, siendo esta última el estándar para tumores renales T3. Sin embargo, existe el riesgo de sobrestimar hallazgos como el compromiso del sistema colector o seno renal, llevándonos a sobreindicar la cirugía radical. En este trabajo evaluamos la concordancia entre los tumores cT3a imagenológicos y el estadio anatomopatológico pT3a, en pacientes operados por cáncer renal, analizando la proporción de pacientes que recibieron nefrectomía radical y reportaron downstaging histológico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de concordancia diagnóstica. Se incluyeron 183 pacientes sometidos a nefrectomías (parciales y radicales) por cáncer renal, realizadas entre 2018 y 2026, en un centro público de referencia regional, realizadas por uro oncólogos entrenados. Se midió la correlación entre el cT3a imagenológico preoperatorio (informados por radiólogos no dedicados) con el pT3a anatomopatológico, calculando Kappa de Cohen, sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) del cT3a, en pT3a confirmados.

Resultados: Del total de pacientes, 47 (25,4%) fueron diagnosticados preoperatoriamente con un tumor cT3a; el 100% de los pacientes se intervino por vía laparoscópica; se evidenció concordancia global cT3a-pT3a moderada-sustancial (Kappa = 0,59). El 85,1% (40) se realizó nefrectomía radical, y un 14,9% (7) tumorectomía con enucleodisección; de los sometidos a nefrectomía radical, 14 (30,4%) presentaron downstaging a T1 o T2 en el análisis histológico. De los pacientes sometidos a cirugía parcial, 2 confirmaron ser T3a, y ambos tuvieron márgenes negativos. La sensibilidad del cT3a por TC para pT3a confirmado fue de 75,6%, con una especificidad de 89,4%, obteniendo un VPP de 67,4% y un VPN de 92,6%.

Conclusiones: En nuestra realidad, los métodos imagenológicos convencionales (informados por un radiólogo no dedicado) presentan un VPP inferior al reportado en la literatura internacional, sobrestimando cánceres renales cT3a hasta en un tercio de los pacientes, lo que conlleva un riesgo importante de sobreindicar nefrectomías radicales. Esto revela la importancia de contar con radiólogos dedicados, informes estandarizados, y expandir la indicación de cirugía preservadora renal, sin comprometer resultados oncológicos.

P43

Utilidad de mayo adhesive probability score como predictor independiente de resultados perioperatorios en nefrectomía parcial robótica

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Krebs A. | Lyng R. | Otaola H. | Orvieto M. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El mayo adhesive probability score (MAP) es una escala basada en características imagenológicas de grasa perirenal, asociandola a la dificultad de su disección, mientras que RENAL score describe complejidad anatómica tumoral. Evaluamos la relación de MAP con resultados perioperatorios de nefrectomía parcial robótica (NPR) y su desempeño frente a RENAL con el objetivo de determinar si es una herramienta útil frente a la planificación quirúrgica.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte prospectiva de NPR realizadas en centro único entre 2017-2026. Análisis de variables perioperatorias (tiempo operatorio e isquemia, sangrado y complicaciones intra y post operatorias) estratificando poblaciones según MAP (MAP 0-2 versus MAP 3-5) y complejidad tumoral (RENAL score) para comparación de variables ajustadas por ambas escalas. Se evaluó el rol de adicionar MAP a RENAL score.

Resultados: Cohorte 253 pacientes. Mediana de MAP 3[0-4] y RENAL 7[6-9]. Los pacientes con MAP3-5, en comparación a los con MAP0-2, presentaron mayor tiempo operatorio (150 versus 140min; p=0,016) y mayor sangrado estimado (100 versus 72,5mL; p=0,008), sin diferencias en tiempo de isquemia(18 versus 16min; p=0,201) ni complicaciones intra o postoperatorias (11,8% versus 6,8%; p=0,312). Un mayor RENAL se relacionó con incrementos significativos en tiempo operatorio, isquemia y sangrado (todos p<0,001). Al análisis ajustado, MAP mantuvo una relación independiente con mayor tiempo operatorio (p=0,016) y sangrado (p=0,002), aumentando por cada punto de la escala en +3,8min cirugia y +12% sangrado, valores estadísticamente significativos.

Conclusiones: El MAP score se correlaciona significativamente con el sangrado y tiempo operatorio como variable independiente, sin tener impacto sobre el tiempo de isquemia ni complicaciones. Al complementar el RENAL con MAP score nos permite realizar una evaluación preoperatoria integral, ya que un paciente con RENAL elevado si además presenta una MAP score alto implica mayor dificultad quirúrgica. Recomendamos la implementación de MAP score para así mejorar la planificación quirúrgica y estratificación correcta los pacientes según dificultad.

P44

Nefrectomía parcial robótica retroperitoneal: Análisis de la curva de aprendizaje en los primeros 67 casos

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Krebs A. | Lyng R. | Otaola H. | Orvieto M. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El abordaje retroperitoneal robótico permite acceso directo a tumores posteriores. Debido a la curva de aprendizaje requerida no es una técnica que se realice en todos los centros del país, por esto, analizamos nuestra propia curva de aprendizaje evaluando resultados perioperatorios y seguridad durante su implementación.

Material y Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo entre 2023-2026; la cohorte se dividió cronológicamente en tercios para comparación y análisis de datos perioperatorios (tiempo quirúrgico total, isquemia, sangrado, complicaciones y márgenes quirúrgicos) utilizando correlación de Spearman y regresión lineal robusta ajustado por edad, IMC, tamaño tumoral y RENAL score. Se identificó un punto de transición mediante regresión segmentada.

Resultados: Análisis de primeros 67 pacientes sometidos a nefrectomía parcial robótica (NPR) retroperitoneal en nuestro centro. Tiempo operatorio disminuyó de 150 [122,5-176,3] min en casos 1-22 a 130 [116,3-190] en casos 23-44 y 120 [102,5-137,5] en 45-67 (p=0,027). Existiendo una correlación inversa del numero de caso con el tiempo operatorio (ρ=-0,33; p=0,007). Post ajuste, cada caso adicional redujo 0,53 min (p=0,010). Los primeros 20 casos tuvieron mediana de 150 [127,5-180] min versus 115 [98,8-137,5] los últimos 20 (p=0,006). La complejidad permaneció estable: RENAL score 7, 7 y 6 (p=0,822) y tamaño tumoral sin diferencias (p=0,688). Tampoco varió el tiempo de isquemia (17, 17,5 y 17min; p=0,857) ni sangrado (100mL en los tres terciles; p=0,943). Clavien ≥III ocurrió en 9,1% (2 pacientes), 4,5% (1 paciente) y 4,3% (1 paciente), respectivamente; los márgenes positivos fueron 9,1%, 10,5% y 4,8%. No hubo conversiones ni transfusiones. La regresión segmentada sugirió un posible cambio en caso 25, pero no mejoró significativamente el modelo lineal (p=0,126).

Conclusiones: Nuestra curva de aprendizaje retroperitoneal robótica mostró una reducción progresiva y ajustada del tiempo operatorio sin disminución de la complejidad de los casos. No se identificó un punto de corte significativo durante los primeros 67 casos, sugiriendo una adquisición continua de eficiencia a lo largo de la experiencia. Este trabajo demuestra que es una técnica segura, sin mayor tiempo de isquemia, sangrado ni complicaciones en los primeros casos en comparación a los últimos, curva de aprendizaje solo impacto en tiempo operatorio que atribuimos al desarrollar el abordaje.

P45

Nefrectomía parcial en recidiva de cáncer renal ipsilateral: Resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos

Quiñones C. | Aliaga A. | Souper R. | Otaola H. | Krebs A. | Lyng R. | Orvieto M. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: Un paciente con nuevo tumor renal ipsilateral posterior a una nefrectomía parcial (NP) puede ser un caso muy desafiante. Realizar una nueva cirugía preservadora de nefronas podría implicar una técnica compleja por distorsión anatómica y fibrosis, además de la discusión sobre manejo oncológico optimo en estos pacientes. Realizamos este trabajo con el objetivo de evaluar los resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos al realizar una nueva nefrectomía parcial en pacientes ya operados.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a NP en un riñón con antecedente de NP ipsilateral entre 2011-2025. Se analizó abordaje, tiempo operatorio e isquemia, sangrado, complicaciones, conversión a cirugía abierta o radical y tiempo de hospitalización. La función renal se evaluó mediante creatinina preoperatoria y último control, utilizando Wilcoxon pareado. Se describió margen quirúrgico, recidiva y seguimiento oncológico. Para estimar control oncológico postoperatorio se analizó específicamente el subgrupo con enfermedad maligna cM0 al momento de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes; 14 procedimientos fueron robóticos, tres laparoscópicos y dos abiertos. Mediana de edad 60 años, diámetro tumoral 2,2cm y el RENAL score 7. El tiempo operatorio fue 180min, isquemia caliente 16min y el sangrado 150mL. Hubo complicaciones intraoperatorias en 5/19 (26,3%), conversión a nefrectomía radical en 2/19 (10,5%), conversión a abierta en 1/17, procedimientos mínimamente invasivos (5,9%) y transfusión en 2/18 (11,1%). En una mediana de 17,5 meses la creatinina varió de 1,12 a 1,16 mg/dL (Δ mediana +0,04; p=0,454). 17 tumores fueron malignos y el margen fue positivo en 1/17 (5,9%). Entre los 14 pacientes con enfermedad maligna cM0, 2 (14,3%) presentaron recidiva durante una mediana de seguimiento de 80 meses.

Conclusiones: Si bien el N de nuestro estudio es limitado, es importante realizar trabajos como este debido a la poca evidencia al respecto. La NP permitió preservar función renal con bajo porcentaje de recidiva en contexto de pacientes ya recidivantes, siendo la cirugía preservadora de nefronas aparentemente segura en términos oncológicos. Con respecto a las complicaciones intraoperatorias no fueron infrecuentes, por lo que se debe explicar al paciente los beneficios y riesgos asociados.

P46

Radioterapia corporal estereotáxica en carcinoma de células renales inoperable: Resultados de una cohorte prospectiva

Werner P.[1] | King I.[1] | Bianchi B.[2] | Martinez C.[3] | Diaz G.[4]

[1]IRAM - UDP, Santiago, Chile; [2]IRAM, Santiago, Chile; [3]HCSBA - MEDS, Santiago, Chile; [4]HCSBA - UChile, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) es el sexto cáncer más frecuente en Chile, con un aumento de incidencia en pacientes >70 años, con alta comorbilidad y frecuente contraindicación quirúrgica. La radioterapia corporal estereotáxica (SBRT) es una alternativa no invasiva y conservadora de nefronas, sin fallas locales a 5 años según literatura prospectiva reciente, sin embargo, aún la experiencia latinoamericana es escasa. Presentamos los resultados preliminares de una cohorte prospectiva nacional, evaluando control local, función renal y toxicidad.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con CCR localizado, no candidatos a cirugía, derivados para tratamiento con SBRT según indicaciones de un comité multidisciplinario. Simulación con TC contrastada en cuatro fases respiratorias o TC 4D. Tratamiento en acelerador lineal con arcoterapia volumétrica modulada (VMAT) y verificación imagenológica diaria, en dosis de 26, 42 o 40 Gy en 1, 3 o 5 fracciones, respectivamente, según tamaño y proximidad a órganos de riesgo. Control local se definió como ausencia de progresión según criterios RECIST 1.1, toxicidad aguda según CTCAE v5.0 y función renal mediante VFG (CKD-EPI 2021).

Resultados: Se trataron 38 pacientes: mediana de edad 73,5 años (42-86), 79% hombres, ECOG 0 en 87%, Charlson 6 y tres monorrenos. Diámetro tumoral mediano 35 mm (12-77): 66% T1a, 24% T1b y 11% T2a-T3a. Monofracción en 63% y multifracción en 37%. Con mediana de seguimiento de 9,6 meses (RIC 4,5-13,9) el control local fue 100%; de 22 pacientes con imagen evaluable, 20 presentaron enfermedad estable y 2 respuesta parcial. Hubo una falla regional con primario controlado; otro paciente, inicialmente considerado inoperable, fue posteriormente sometido a nefrectomía. La caída mediana de VFG fue 4,2 mL/min (basal 69 mL/min), sin diálisis de novo. Siete pacientes presentaron toxicidad aguda G2, sin eventos G3.

Conclusiones: En esta cohorte, el tratamiento de CCR localizado con SBRT se asoció a excelente control local, preservación de la función renal y baja toxicidad. Estos resultados preliminares son concordantes con la evidencia internacional y respaldan su uso en pacientes con carcinoma renal localizado no candidatos a cirugía.

P47

Experiencia local de radioterapia ablativa estereotáctica corporal en carcinoma de células renales

Díaz G.[1] | King I.[2] | Werner P.[2] | Saldivia D.[1] | Blackburn S.[1] | Martinez C.[3]

[1]Universidad de Chile/Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile; [2]Universidad Diego Portales/Clínica IRAM, Santiago, Chile; [3]Hospital Clínico San Borja Arriarán/Clínica MEDS, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) en pacientes no candidatos a cirugía continúa representando un desafío clínico. La radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) ha emergido como una alternativa terapéutica no invasiva en pacientes seleccionados, respaldada por el estudio FASTRACK II al demostrar un favorable perfil de toxicidad, preservación de la función renal a mediano y largo plazo, y excelentes tasas de control local.

Material y Métodos: Estudio observacional y descriptivo de pacientes con CCR no candidatos a intervención quirúrgica que recibieron SBRT, independiente si fue tratamiento primario o no, pertenecientes a un único centro derivador entre marzo de 2024 y mayo de 2026.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes. La mediana de edad fue de 68 años (42-84) y la del índice de comorbilidad de Charlson de 4 (2-9). 9 pacientes (69.2%) eran hombres, 11 (84.6%) presentaron ECOG 0 y 3 (23.1%) eran monorrenos. La mediana del diámetro tumoral fue de 39 mm (22-77). Según etapificación, 7 (53.8%) correspondían a cT1a, 3 (23.1%) a cT1b, 2 (15.4%) a cT2a y 1 (13.3%) a cT3a. 6 recibieron 26 Gy en 1 fracción, 5 recibieron 42 Gy en 3 fracciones, 1 recibió 40 Gy en 5 fracciones y 1 recibió 30 Gy en 5 fracciones por estrecho contacto con duodeno. En cuanto a toxicidad aguda a 3 meses, 2 pacientes presentaron complicaciones G2 y ninguno ≥ G3. Con una mediana de seguimiento de 14.6 meses la mediana de disminución de VFG fue de 6 ml/min. 3 pacientes (23%) recibieron tratamiento adicional. Uno de ellos a los 6 meses inició terapia sistémica y otros dos recibieron cirugía de rescate a los 12 y 18 meses previa discusión en comité oncológico. Los pacientes restantes mantienen enfermedad estable según criterios RECIST.

Conclusiones: La cirugía continúa siendo el estándar de tratamiento en CCR localizado. No obstante, en pacientes seleccionados con alto riesgo quirúrgico o que rechazan la cirugía, la SBRT se posiciona como una alternativa viable y segura, que debe ser discutida multidisciplinariamente considerando que la técnica no está exenta de riesgos y puede asociarse a toxicidad y/o progresión de enfermedad.

P48

Demora entre el inicio de síntomas y la primera consulta en tumores germinales testiculares: Asociación con estadios II-III al diagnóstico

Barahona J. | Verdugo C. | Hurtado J. | Mellado J. | Alfaro A. | Borgna V. | Alarcon L.

Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: Los tumores germinales testiculares afectan predominantemente a hombres jóvenes y presentan altas tasas de curación. En Chile, el cáncer testicular en personas ≥15 años está incorporado a las Garantías Explícitas en Salud (GES), con acceso desde la sospecha médica. Sin embargo, una mayor demora previa al primer contacto asistencial podría asociarse con mayor extensión de enfermedad. El objetivo fue evaluar la asociación entre este intervalo y la presentación en estadios II-III.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con tumores germinales testiculares tratados entre 2015-2025 en un centro terciario. De 90 pacientes identificados, 14 fueron excluidos por datos faltantes, cronológicamente inconsistentes o no interpretables, quedando 76 analizables. La exposición fue el intervalo entre el inicio de síntomas consignado en la ficha (T0) y la primera consulta médica por el cuadro (T1). Cuando solo se disponía de mes y año, se asignó el primer día del mes y T0 se clasificó como aproximado. El desenlace fue estadio II-III según AJCC 8.ª edición. Por distribución asimétrica e intervalos de cero días, la demora se modeló como log2(días+1). Se utilizó Mann-Whitney y regresión logística ajustada por edad, histología y año de consulta, seleccionados a priori. Como sensibilidad, los T0 mensuales se reasignaron al día 15; cuando este era posterior a T1, se asignó T0=T1.

Resultados: Se analizaron 76 pacientes: 33 (43,4%) estadio I y 43 (56,6%) estadio II-III. La mediana T0-T1 fue 23 días (RIC 10-53) y 49 días (RIC 27,5-97,5), respectivamente (p=0,010). Cada duplicación aproximada de la demora se asoció con mayores odds de estadios II-III (ORa 1,30; IC95% 1,03-1,65; p=0,027). En 33 pacientes (43,4%) T0 tenía precisión mensual; en el análisis de sensibilidad la asociación se mantuvo (ORa 1,25; IC95% 1,02-1,54; p=0,029).

Conclusiones: Una mayor demora hasta la primera consulta se asoció con mayores odds de estadios II-III, independientemente de edad, histología y año. Dado que el acceso GES comienza desde la sospecha médica, el periodo previo al primer contacto asistencial constituye un potencial objetivo complementario para estrategias de reconocimiento de síntomas y consulta precoz.

P49

Evolución del cumplimiento de indicadores de proceso en el estudio inicial de tumores germinales testiculares: Análisis de una década

Barahona J. | Hurtado J. | Verdugo C. | Mellado J. | Alfaro A. | Borgna V. | Alarcon L.

Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer testicular afecta principalmente a hombres jóvenes y presenta altas tasas de curación. En Chile está incorporado al régimen GES, que establece garantías de oportunidad para diagnóstico, orquiectomía y etapificación. La evaluación de calidad también requiere monitorizar la completitud del proceso diagnóstico y perioperatorio. El objetivo fue analizar la evolución durante una década del cumplimiento de indicadores de proceso en tumores germinales testiculares.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de todos los pacientes con tumor germinal confirmado histológicamente tras orquiectomía y manejados entre 2015–2025 en un centro terciario, incluyendo pacientes derivados después de cirugía externa. Se predefinieron cinco indicadores de proceso basados en recomendaciones nacionales e internacionales: ecografía testicular preoperatoria; documentación completa de AFP, B-hCG y LDH antes y después de la orquiectomía, TC de tórax y abdomen/pelvis y abordaje inguinal. El desenlace principal fue el cumplimiento simultáneo de los cinco indicadores. Para descripción se agruparon los años en 2015–2019, 2020–2022 y 2023–2025, comparados mediante χ^2. La tendencia temporal se evaluó mediante regresión logística utilizando el año de orquiectomía como variable continua.

Resultados: Se analizaron 89 pacientes. El cumplimiento integral aumentó de 28,6% en 2015–2019 a 45,8% en 2020–2022 y 74,5% en 2023–2025 (p=0,002). Cada año se asoció con mayores odds de cumplimiento integral (OR 1,34; IC95% 1,11–1,62; p=0,002). La documentación completa de marcadores preoperatorios aumentó de 35,7% a 45,8% y 84,3% (OR/año 1,41; IC95% 1,16–1,72; p=0,001), y la postoperatoria de 50,0% a 87,5% y 94,1% (OR/año 1,36; IC95% 1,09–1,69; p=0,007). La ecografía se mantuvo ≥87,5%, la TC fue 100% y la vía inguinal aumentó de 85,7% a 100%. En 2023–2025, 13/51 pacientes no alcanzaron cumplimiento integral, 8/13 presentaron documentación incompleta de marcadores preoperatorios.

Conclusiones: El cumplimiento integral de indicadores de proceso aumentó significativamente durante la década, principalmente por una mayor incorporación de marcadores perioperatorios. En un cáncer cubierto por GES, la monitorización de completitud puede complementar las garantías de oportunidad. La principal brecha residual corresponde a la documentación completa de marcadores preoperatorios, identificando un objetivo concreto de mejora asistencial.

P50

Valor del IGCCCG en cáncer testicular avanzado: ¿Podemos anticipar la necesidad de quimioterapia de rescate?

Hurtado J.[1] | Verdugo C.[1] | Barahona J.[1] | Mellado J.[1] | Alarcón L.[1] | Román P.[2] | Chavez C.[3] | Borgna V.[4]

[1]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau., Santiago, Chile; [2]Servicio de Oncología, Hospital Barros Luco Trudeau., Santiago, Chile; [3]Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica, Centro de Investigación e Innovación en Cáncer., Santiago, Chile; [4]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau. Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundacion Ciencia & Vida, Santiago, Chile. Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián., Santiago, Chile

Introducción: Los tumores germinales testiculares presentan tasas de curación superiores al 90% con quimioterapia basada en cisplatino. Sin embargo, un subgrupo desarrolla progresión, recidiva o enfermedad refractaria y requiere quimioterapia de rescate, escenario asociado a mayor complejidad terapéutica. Identificar precozmente a estos pacientes podría mejorar su estratificación y seguimiento. El objetivo fue evaluar factores clínico-patológicos asociados a requerir quimioterapia de rescate y explorar su impacto en la sobrevida global (SG) en pacientes con enfermedad estadio II-III.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de 88 pacientes con tumores germinales testiculares. Incluyó 53 pacientes estadio II-III, comparando aquellos que requirieron quimioterapia de segunda línea o superior posterior a primera línea basada en cisplatino (n=11) con quienes no requirieron (n=42). Las asociaciones entre variables categóricas y requerimiento de rescate se evaluaron mediante test exacto de Fisher, estimándose riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza del 95%. Para variables continuas se utilizó prueba U de Mann-Whitney. La SG se estimó mediante Kaplan-Meier y las curvas se compararon mediante log-rank.

Resultados: 11 de 53 pacientes (20,8%) requirieron quimioterapia de rescate, siendo TIP y VIP los principales esquemas utilizados. La clasificación de riesgo IGCCCG intermedio/malo se asoció significativamente con mayor necesidad de rescate (38,9% vs 11,4%; RR 3,40; IC95% 1,15–10,11; p=0,032). Los pacientes con estadio III presentaron mayor frecuencia de rescate respecto al estadio II, sin significancia estadística (OR 3,23; p=0,175). Edad, tamaño tumoral, invasión linfovascular, invasión de rete testis/albugínea e histología no mostraron asociaciones significativas. La SG estimada a 60 meses fue de 66,7% en pacientes que requirieron rescate y de 89,8% en aquellos que no lo requirieron, sin diferencias entre las curvas (log-rank p=0,341; 7 eventos totales).

Conclusiones: En pacientes en estadio II-III, 1 de cada 5 requirió quimioterapia de rescate. El riesgo IGCCCG intermedio/malo se asoció con un riesgo aproximadamente 3,4 veces mayor de requerir rescate, aunque con una estimación imprecisa reflejada en la amplitud del IC95%. El estadio anatómico aislado no alcanzó significancia estadística. Estos resultados refuerzan el valor de la estratificación pronóstica inicial para identificar pacientes con mayor riesgo de fracaso terapéutico.

P51

Morbilidad perioperatoria de la linfadenectomía retroperitoneal en cáncer testicular: Estudio retrospectivo basado en la clasificación EAUiaiC y Clavien-Dindo

Hohf P.[1] | Norambuena J.[2] | Retamal R.[2] | Lavados N.[2] | Mejías A.[1] | Ruiz Tagle D.[3] | Falcón C.[3] | Marió C.[3]

[1]Residente Urología. Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; [2]Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile., Santiago, Chile; [3]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: La linfadenectomía retroperitoneal (RPLND/LALA) por cáncer testicular conlleva una morbilidad perioperatoria heterogénea y habitualmente reportada de forma no estandarizada. El objetivo fue describir su frecuencia, naturaleza y severidad mediante la clasificación EAUiaiC para los incidentes intraoperatorios y Clavien-Dindo para las complicaciones postoperatorias, y explorar los factores asociados a morbilidad mayor.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 27 procedimientos consecutivos de RPLND/LALA realizados entre 2017 y 2026 en un hospital universitario. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico. Los procedimientos con y sin morbilidad mayor (Clavien-Dindo ≥IIIa) se compararon mediante pruebas de Wilcoxon y Fisher, de forma exploratoria.

Resultados: Edad mediana 31 años (rango 18-46); histología no seminoma en 92,6%. El abordaje fue abierto en 22/27 (81,5%) y laparoscópico en 5/27 (18,5%); la duración quirúrgica fue de 4,4 horas (mediana) y el sangrado intraoperatorio de 800 mL (mediana; rango 0-5.500). Se realizó resección multivisceral en 8/27 (29,6%), logrando resección macroscópica completa en 21/27 (77,8%). Se registró complicación intraoperatoria en 18/27 pacientes (66,7%): lesión vascular en 55,6% (15), intestinal en 22,2% (6) y ureteral en 3,7% (1); la clasificación EAUiaiC fue ≥3 en 9/27 (33,3%), incluyendo 2 casos grado 4. La complicación postoperatoria durante la hospitalización incial ocurrió en 7/26 evaluables (26,9%), todas de gravedad Clavien-Dindo ≥IIIA (3 IVB, 2 IIIB, 1 IVA, 1 IIIA). La estancia hospitalaria fue de 7 días (mediana; rango 3-40) y la estadía en UCI de 3 días (mediana; rango 0-24). Considerando la morbilidad global, 20/27 pacientes (74,1%) presentaron al menos una complicación intra y/o postoperatoria. El reingreso al mes y las complicaciones a 30 y 90 días post alta fueron infrecuentes (≤4,5% cada una).

Conclusiones: La RPLND/LALA post-quimioterapia se asocia a una morbilidad perioperatoria elevada, concentrada en el período intraoperatorio y de predominio vascular, con hasta un tercio de complicaciones mayores. Pese a ello, se logra una alta tasa de resección completa. Estos resultados respaldan la disponibilidad de equipos multidisciplinarios (cirugía vascular y digestiva) y el uso de clasificaciones estandarizadas para comparar resultados entre centros.

P52

Características clínico-patológicas y sobrevida global en cáncer de pene: Serie retrospectiva de 13 años

Briceño F.[1] | Alfaro A.[1] | Hurtado J.[1] | Azúa N.[2] | Borgna V.[3] | Alarcón L.[1]

[1]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de postgrado Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau; Escuela de Postgrado Universidad de Santiago de Chile; Centro BASAL Ciencia & Vida, Fundación Ciencia & Vida; Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer de pene es una neoplasia infrecuente cuyo pronóstico depende del estadio tumoral y del compromiso ganglionar. La información contemporánea sobre su presentación y resultados oncológicos en Chile es limitada. El objetivo fue describir características clínico-patológicas, tratamiento y sobrevida global (SG) en pacientes atendidos durante 13 años.

Material y Métodos: Serie retrospectiva de pacientes con cáncer de pene entre enero de 2013 y septiembre de 2025. Se incluyeron adultos con confirmación histológica y seguimiento evaluable. Se registraron edad, histología, estadio, tratamiento primario y manejo ganglionar. La SG se definió desde la confirmación histológica hasta la muerte por cualquier causa o el último seguimiento, y se estimó mediante Kaplan-Meier; la mediana de seguimiento se calculó con Kaplan-Meier reverso. Excluyendo el carcinoma in situ, se compararon estadios I-II versus III-IV mediante log-rank y regresión de Cox univariada.

Resultados: De 27 pacientes identificados, 22 cumplieron criterios de inclusión. La mediana de edad fue 65 años (RIC 60–73; disponible en 21). Veintiuno presentaron carcinoma escamoso invasor y uno carcinoma in situ. Entre los 21 con tratamiento primario documentado, 9 recibieron penectomía radical y 12 penectomía parcial/tumorectomía; 8 pacientes (36,4%) fueron sometidos a linfadenectomía inguinal. Entre los carcinomas invasores, 12/21 (57,1%) correspondieron a estadios III-IV. La mediana de seguimiento fue 64 meses, con 14 fallecimientos por cualquier causa (63,6%). La mediana de SG fue 16 meses; la SG a 1, 3 y 5 años fue 54,5%, 40,0% y 35,0%. Excluido el carcinoma in situ (n=21), la SG fue menor en estadios III-IV que en I-II (log-rank x^2=3,95; p=0,047), con HR 3,04 en Cox univariado (IC95% 0,94-9,80; p=0,062).

Conclusiones: Más de la mitad de los carcinomas invasores correspondió a estadios III-IV, con menor SG en el análisis log-rank y una magnitud de efecto relevante, aunque estimada con limitada precisión. La elevada proporción de enfermedad avanzada y la sobrevida limitada observadas deben interpretarse con cautela por el reducido tamaño muestral y el carácter unicéntrico.

P53

Seguridad en la curva de aprendizaje de HoLEP en bloque bajo un programa de mentoría estructurado: Análisis comparativo de las complicaciones frente a una serie de referencia internacional

Arias López C.[1] | Fasce Macaya R.[1] | Saud S.[1] | Horn Bengoa C.[2] | Coria Guzmán D.[3] | Araneda Minder J.[4] | Vera Arroyo N.[5] | Sánchez Sepúlveda R.[6] | Sáez Valenzuela I.[2]

[1]Universidad de Los Andes, Santiago, Chile; [2]Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile; [3]Hospiral Militar de Santiago, Santiago, Chile; [4]Complejo Asistencial Padre Las Casas, Temuco, Chile; [5]Clínica Isamedica, Rancagua, Chile; [6]Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es la técnica de referencia para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna. Sin embargo, su curva de aprendizaje (20-50 casos) sigue siendo un obstáculo para su adopción, sobre todo en la variante en bloque con liberación apical precoz, donde aún hay poca evidencia publicada. Evaluamos la seguridad de esa curva inicial cuando los urólogos se forman dentro de un programa de mentoría estructurado, buscando resultados de seguridad comparables a los de cirujanos ya expertos desde los primeros casos.

Material y Métodos: Analizamos una cohorte retrospectiva con los primeros 30 casos de HoLEP de 5 urólogos sin experiencia previa en enucleación prostática endoscópica (n=150), operados entre mayo de 2022 y mayo de 2026. El entrenamiento se estructuró en 4 fases progresivas: observación, morcelación, disección por planos y cirugía completa bajo supervisión directa. Las complicaciones (Clavien-Dindo, a 30 días y tardías) se compararon con la subcohorte en bloque (n=1.711) de una serie multicéntrica internacional de referencia, mediante Chi-cuadrado o Fisher (p<0,05).

Resultados: Ambas cohortes fueron comparables en edad y volumen prostático. El tiempo quirúrgico fue mayor en nuestro grupo (97 vs. 65 min), esperable al inicio de la curva. Las complicaciones a 30 días no mostraron diferencias significativas globales (11,3% vs. 7,4%; p=0,134), aunque hubo más retención aguda de orina (8,0% vs. 4,0%; p=0,032), sin complicaciones mayores (Clavien III-IV). Las complicaciones tardías fueron más frecuentes en nuestra serie (6,0% vs. 1,9%; p=0,003), sobre todo por estenosis uretral que requirió cirugía (4,0% vs. 0,6%; p=0,001); 4 de estos 6 casos fueron meatoplastías de baja complejidad y el resto uretrotomías internas. No hubo diferencias en estenosis de cuello vesical ni en reintervención por tejido residual.

Conclusión: Un programa de mentoría estructurada permite que urólogos sin experiencia previa en enucleación prostática endoscópica logren, desde sus primeros 30 casos de HoLEP en bloque, un perfil de seguridad comparable al de una serie internacional de referencia, sin aumentar las complicaciones mayores. Esta técnica puede adoptarse de forma segura desde los primeros procedimientos, con supervisión directa de un cirujano experto.

P54

Impacto de la exposición a la enucleación prostática laser en la curva de aprendizaje de urólogos. Estudio comparativo entre 6 cirujanos

Durán García L.[1] | Quiñones Rivera C.[2] | Hartmann Arnouts J.[1] | Oyanedel Muñoz P.[1] | Ayala Castro C.[1] | Reyes E.[3] | Lyon Errázuriz J.[4] | Salazar Campos V.[4] | Rivera Santos B.[5]

[1]Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [2]Uróloga, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [3]Urólogo, Hospital Dipreca, Santiago, Chile; [4]Residente de Urologia, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile; [5]Médico General, Pasante de Urologia Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Santiago, Chile

Introducción: La curva de aprendizaje de la enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) se estima entre 25 y 50 casos, y desciende por debajo de 25 con programas estructurados de tutoría. Se desconoce si la exposición al procedimiento durante la residencia, acorta esa curva. Comparamos el desempeño quirúrgico y las complicaciones de dos urólogos con exposición a HoLEP durante su formación frente a urólogos que incorporaron la técnica de forma autodidacta.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de 336 HoLEP consecutivos realizados entre 2021 y 2026 en dos centros por 6 cirujanos. Grupo expuesto: dos urólogos con dos años de exposición a HoLEP durante su residencia (26 casos). Grupo autodidacta: seis urólogos que adoptaron la técnica en su práctica (310 casos). Se analizaron variables: volumen prostático ecográfico, tiempos de enucleación y morcelación, peso resecado, eficiencia de enucleación (gramos por minuto) y complicaciones precoces (<30 días) y tardías (>30 días). El éxito de resección se definió como peso resecado igual o mayor al 50 % del volumen prostático. El análisis principal se fue entre los primeros 20 casos de cada cirujano. Se usó U de Mann-Whitney, test de Fisher y regresión lineal y logística multivariadas ajustadas por volumen prostático, edad y número de caso.

Resultados: En sus primeros 20 casos, el grupo expuesto presentó menor tiempo de enucleación (65vs89 min; p=0,001), mayor peso resecado (42vs34 g; p=0,045) y casi el doble de eficiencia (0,66vs0,34 g/min; p<0,001), con próstatas de tamaño comparable (76vs63cc; p=0,082). Individualmente, el primer urólogo-expuesto alcanzó 0,75gr/min y la segunda uróloga expuesta 0,60gr/min, frente a 0,49gr/min, 0,31gr/min, 0,28gr/min y 0,24gr/min. La exposición previa se asoció a +0,30 g/min (p<0,001). No hubo diferencias en éxito de resección (66,7 vs 54,5%; p=0,336), complicaciones precoces (12vs 18,6%; p=0,539) ni tardías (4,2vs11,9%; p=0,428). En próstatas ≥80 cc el grupo expuesto no registró complicaciones precoces frente a 30,8% en autodidactas (p=0,034); en próstatas <80 cc las tasas fueron equivalentes (21,4vs21,1%; p=1,000).

Conclusiones: La exposición a HoLEP durante la residencia se asoció a un menor tiempo de enucleación, mayor peso resecado y mayor eficiencia, sin diferencias en seguridad. La eficiencia de enucleación reflejó el efecto de la formación previa, lo que esperamos ver en el futuro de los nuevos urólogos.

P55

Impacto de la miniaturización del instrumental en HoLEP en bloc: ¿Reduce la eficiencia de enucleación?

Reyes E. | Tirado Barker D. | Herrera Navia C. | Marín C. | Mogollón J. | Acuña J. | Eltit I. | Rodríguez-carlin A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La miniaturización del instrumental busca disminuir el trauma uretral durante la HoLEP, pero persiste la preocupación de que una vaina de menor calibre reduzca la eficiencia de enucleación. El objetivo fue determinar si el calibre modifica el rendimiento quirúrgico de forma independiente del tamaño prostático.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de HoLEP en bloc realizadas entre 2020 y 2026. Se incluyeron los procedimientos con calibre, volumen prostático, tiempo de enucleación y peso de pieza disponibles. La eficiencia de enucleación se definió como peso enucleado/tiempo de enucleación (g/min). La asociación entre calibre y eficiencia se evaluó con regresión log-lineal ajustada por volumen prostático, cirujano y orden cronológico del procedimiento; los coeficientes se expresan como cambio porcentual. Además, se comparó instrumental de 22-24 Fr frente a 26 Fr.

Resultados: De 950 procedimientos registrados, 408 constituyeron la muestra analizada. Se analizaron 18 procedimientos con 22 Fr, 58 con 24 Fr y 332 con 26 Fr, con volumen prostático mediano de 68; 80,5 y 80,2 cc respectivamente. La eficiencia mediana fue 0,63 [RIC 0,38–0,87], 0,73 [0,51–1,00] y 0,62 [0,40–0,88] g/min respectivamente, sin diferencias significativas. Tras el ajuste, el calibre no se asoció con la eficiencia (p global=0,754): la diferencia de 22-24 Fr frente a 26 Fr fue −4,9% (IC95% −16,6 a +8,5%; p=0,453). Duplicar el volumen prostático se asoció con un aumento de 52% en la eficiencia (IC95% 40–64%; p<0,001).

Conclusiones: No se detectó una reducción de la eficiencia de enucleación con instrumental de menor calibre, aunque el intervalo de confianza obtenido no permite descartar diferencias clínicamente relevantes ni establecer equivalencia formal entre calibres. El principal determinante del rendimiento fue el volumen prostático, no el calibre de la vaina.

P56

Enuclear con lo que hay: Enucleación endoscópica de próstata multi-energía en el sur de Chile

Oyanedel F.[1] | Legal N.[2] | Gárate S.[1] | Wagner T.[1]

[1]Hospital Base Valdivia - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Interna de Medicina - Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica de próstata (EEP) es una técnica independiente del tamaño prostático, pero su implementación en la red pública chilena está poco documentada. Presentamos una serie personal de EEP con tres fuentes de energía en el sur de Chile, que incluye la primera experiencia bipolar documentada de la región, con el objetivo de describir su factibilidad y características operatorias.

Material y Métodos: Registro retrospectivo de una serie personal de pacientes sometidos a EEP entre junio de 2019 y febrero de 2026 en el sur de Chile, con tres energías: bipolar, thulium y holmio. La base se estructuró con un paciente por fila y la energía como variable. El análisis fue descriptivo: variables categóricas en frecuencia y porcentaje, y variables continuas en mediana y rango, reportando el número de datos disponibles por variable. No se compararon energías dado el desbalance de los grupos.

Resultados: Se registraron 123 pacientes, con mediana de edad de 66 años (53-94) y volumen prostático estimado de 75 g (14-140). Las energías empleadas fueron bipolar en 82 pacientes, thulium en 26, holmio en 12 y bipolar combinada con holmio en 1. La técnica más frecuente fue la enucleación en dos lóbulos (70), seguida de la técnica en bloc (32). El tiempo de enucleación (mediana, rango) fue 52 minutos (30-90) con bipolar, 60 (35-180) con thulium y 60 (20-120) con holmio. El tiempo de morcelación fue 10 minutos (3-80), 15 (6-90) y 15 (5-30), respectivamente. La estadía hospitalaria tuvo una mediana de 2 días (rango 1-8).

Conclusiones: Es factible sostener una práctica de EEP multi-energía en el sur de Chile, en próstatas de volumen moderado a grande, adaptando la técnica a la energía disponible, con predominio de la bipolar. Los desenlaces de seguridad y funcionales se encuentran en fase de recolección prospectiva y constituyen la principal limitación de esta serie descriptiva.

P57

¿Cuánto pesa realmente lo que enucleamos? Concordancia entre estimación imagenológica, peso intraoperatorio y anatomía patológica en pacientes sometidos a HoLEP en un centro chileno

Márquez I.[1] | Gambi G.[1] | Vivallo N.[1] | Santis J.[1] | Carrillo I.[1] | Cornejo V.[1] | Manterola C.[2] | Guerrero P.[2] | Rojas J.[2] | Calderón D.[2] | Testa I.[2] | Rojas V.[2]

[1]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) es una alternativa de tratamiento de la hiperplasia prostática benigna, con disponibilidad creciente en nuestro medio. La medición del volumen y peso prostático es relevante para la planificación quirúrgica, evaluación de resultados e investigación. Se ha descrito que el peso enucleado corresponde al 50–70% del volumen prostático estimado por ecografía. Sin embargo, existe discordancia entre el peso enucleado registrado intraoperatoriamente y el informado por anatomía patológica (AP). El objetivo de este estudio es evaluar la concordancia entre ambas mediciones y explorar su relación con el volumen prostático estimado por imágenes.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 98 pacientes sometidos a HoLEP. Se estudiaron variables demográficas, volumen prostático estimado por ecografía y resonancia magnética multiparamétrica (RMmp), peso registrado en pabellón y peso informado por AP. Se analizó la concordancia y correlación mediante coeficiente de correlación intraclase (CCI, acuerdo absoluto), coeficiente de Spearman (ρ) y prueba de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados: El peso medio registrado en pabellón fue 53,2 g y el informado por AP 47,1 g, con una diferencia mediana de 5,0 g. Esta diferencia aumentó progresivamente con el tamaño prostático: 3,0 g (7,3%) en próstatas <50 g, 5,5 g (12,1%) en 50–100 g y 8,0 g (18,9%) en >100 g. Globalmente, se observó una fuerte correlación y buena concordancia entre ambas mediciones (ρ=0,879; CCI=0,828; p<0,001). En pacientes con ecografía y RMmp preoperatorias (n=19), la RMmp estimó mayores volúmenes que la ecografía (mediana 79 vs. 68 cc) y mostró correlaciones numéricamente superiores con el peso de pabellón (ρ=0,673 vs. 0,608) y AP (ρ=0,682 vs. 0,558), sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El peso del tejido enucleado correspondió aproximadamente al 60% del volumen prostático estimado por ecografía, en concordancia con lo descrito en la literatura. La diferencia entre las mediciones aumentó progresivamente con el tamaño prostático. Si bien existe buena concordancia global entre el peso registrado en pabellón y el informado por AP, estos hallazgos evidencian variabilidad en la cuantificación del tejido enucleado y la necesidad de estandarizar su medición y registro, particularmente con fines de investigación y comparación entre series.

P58

HoLEP en bloc bajo anticoagulación oral: ¿Aumentan los eventos hemorrágicos clínicamente relevantes?

Rodríguez-carlin A. | Juri D. | Landerer E. | Silva A. | Acuña J. | Reyes E. | Eltit I.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: El HoLEP ofrece un buen control hemostático y constituye una alternativa atractiva en pacientes con mayor riesgo de sangrado. Sin embargo, la anticoagulación oral continúa generando preocupación por las complicaciones hemorrágicas postoperatorias. El objetivo fue evaluar el impacto del tratamiento anticoagulante oral (TACO) sobre eventos hemorrágicos con repercusión clínica.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 950 HoLEPs en bloc, de las cuales 759 cumplían los criterios de inclusión, constituyendo la muestra analizada. El desenlace principal se definió como un evento hemorrágico con repercusión clínica dentro de 90 días: reintervención por sangrado, hematuria o coágulos, transfusión, o hospitalización/reingreso atribuible a hematuria. De los 759 procedimientos, 54 correspondieron a pacientes bajo TACO y 705 sin anticoagulación. Se realizó regresión logística ajustada por edad y volumen prostático.

Resultados: Los pacientes bajo TACO fueron de mayor edad (72 vs 69 años; p=0,014), sin diferencias significativas en volumen prostático (74 vs 80 cc; p=0,303) ni tiempo de enucleación (50 vs 60 min; p=0,143). Los eventos hemorrágicos clínicamente relevantes ocurrieron en 2/54 pacientes bajo TACO (3,7%) y 12/705 sin anticoagulación (1,7%; p=0,262). No se registraron transfusiones en el grupo anticoagulado, frente a 2/705 (0,3%) en controles. Tras ajustar por edad y volumen prostático, el TACO no se asoció significativamente con mayor probabilidad de evento hemorrágico (OR 2,41; IC95% 0,52–11,28; p=0,264).

Conclusiones: Los eventos hemorrágicos con repercusión clínica fueron infrecuentes después de HoLEP, incluso en pacientes anticoagulados. No se demostró asociación significativa con la anticoagulación y, aunque el bajo número de eventos limita la precisión, el riesgo absoluto observado bajo TACO fue bajo, sin necesidad de transfusiones.

P59

HoLEP en “terrenos hostiles”: Impacto de la complejidad clínica sobre rendimiento, seguridad y recuperación

Rodríguez-carlin A.[1] | Tirado D.[1] | Quiroz M.[1] | Garces I.[1] | Bravo C.[1] | Roman F.[1] | Acuña J.[2] | Reyes E.[1] | Eltit I.[2]

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

Introducción: HoLEP se utiliza crecientemente en pacientes con escenarios clínicos complejos, como edad avanzada, cateterización vesical preoperatoria o cirugía prostática previa. No está claro si estos escenarios comprometen de igual forma el rendimiento técnico, la seguridad y la recuperación. El objetivo fue evaluar su impacto individual y acumulativo sobre los resultados de HoLEP en bloc.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 524 HoLEPs en bloc. Se definieron tres factores de complejidad: edad ≥80 años, cateterización vesical preoperatoria y cirugía prostática previa, agrupándose los procedimientos según 0, 1 o ≥2 factores. Se compararon eficiencia de enucleación, duración de cateterización, estadía hospitalaria y complicaciones a 90 días. La asociación de cada factor con complicaciones se evaluó en un modelo multivariable ajustado por volumen prostático, anticoagulación oral y cirujano. Los desenlaces continuos se analizaron mediante modelos log-lineales ajustados por volumen, cirujano y posición cronológica del procedimiento.

Resultados: De los 524 procedimientos, 338 (64,5%) no presentaban factores de complejidad, 164 (31,3%) presentaban uno y 22 (4,2%) presentaban ≥2. Las complicaciones a 90 días ocurrieron en 9,5%, 7,9% y 18,2%, respectivamente (p=0,298), sin diferencias en Clavien-Dindo ≥III (3,0%, 1,8% y 4,5%; p=0,653). Por cada factor adicional, la eficiencia de enucleación no disminuyó (+7,5%; IC95% −3,6 a +19,9%; p=0,195), mientras aumentaron la duración de cateterización (+30,5%; IC95% +15,4 a +47,5%; p<0,001) y la estadía hospitalaria (+16,2%; IC95% +5,1 a +28,5%; p=0,003). En el modelo multivariable (N=496), solo la cirugía prostática previa se asoció independientemente con mayor morbilidad (OR 3,56; IC95% 1,08–11,71; p=0,037); edad ≥80 años y cateterización preoperatoria no mostraron asociación.

Conclusiones: HoLEP mantiene su rendimiento técnico incluso al acumular escenarios clínicamente complejos. La mayor carga de complejidad se expresó principalmente como una recuperación perioperatoria más prolongada, no como pérdida de eficiencia. Los tres factores no son equivalentes: la morbilidad se concentró en la cirugía prostática previa, mientras que la edad avanzada y la cateterización preoperatoria no aumentaron el riesgo por sí solas pero sí la recuperación perioperatoria.

P60

¿Es segura la enucleación prostática con láser de holmio en pacientes octogenarios? Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico

Scherpenisse Duarte D.[1] | Herrera Sepúlveda D.[2] | Martínez Cornejo M.[1] | Bozzo Ahumada F.[2] | Jaederlund Kelly S.[2] | Catalán Ancic G.[1] | Mejías Briceño O.[1] | Donoso Machuca E.[3]

[1]Servicio de Urología Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) ha desplazado a la resección transuretral de próstata y a la adenomectomía abierta en el tratamiento del crecimiento prostático benigno por su eficacia y seguridad. Con el mayor uso de tratamiento médico para esta condición, cada vez más pacientes octogenarios acuden tardíamente al urólogo, presentando síntomas significativos y retención urinaria. El objetivo fue evaluar la factibilidad y seguridad de la HoLEP en pacientes octogenarios.

Material y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte prospectivo en dos centros entre diciembre de 2024 y agosto de 2026. Los pacientes fueron estratificados en dos grupos según la edad: ≥80 y <80 años. HoLEP fue realizada por dos cirujanos mediante técnica en bloque con desinserción precoz del esfínter. Comparamos variables funcionales como puntajes IPSS e ICIQ SF, antígeno prostático específico, uroflujometría y residuo postmiccional pre y postoperatorio a 1, 3, 6 y 12 meses, y variables quirúrgicas como complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria y tiempo de catéter uretral. Se utilizó IBM SPSS v29.0, con pruebas T de Student ($p < 0.05$) para muestras independientes y de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados: Se realizaron 250 HoLEP, correspondiendo 35 (14 %) a octogenarios. En pacientes ≥80 años, el volumen prostático fue mayor (p = 0,009), hubo mayor tasa de anticoagulación (p = 0,003), de uso de catéter uretral permanente (p = 0,005) y de score ASA (p = 0,01). No hubo diferencias significativas en complicaciones intraoperatorias (p = 0,1), complicaciones postoperatorias a 30 días (p = 0,2), reintervenciones (p = 0,45) ni consultas a urgencia (p = 0,36). En las variables funcionales, solo hubo diferencias significativas en el puntaje ICIQ SF preoperatorio (p = 0,01), postoperatorio a 30 días (p = 0,045) y uso de anticolinérgico (p < 0,005) en el grupo < 80 años.

Conclusiones: Pese haber una mayor tasa de comorbilidades y uso de anticoagulación en octogenarios, no hay un incremento en las complicaciones operatorias ni postoperatorias, con resultados funcionales similares respecto de los no octogenarios. La edad por sí misma no debiese utilizarse como criterio de exclusión para la cirugía HoLEP.

P61

Resultados quirúrgicos y funcionales de la enucleación prostática con láser en pacientes usuarios y no usuarios de sonda Foley

Rojas Castiglione I.[1] | Tirado D.[1] | Ahuad F.[2] | Calvo I.[1] | Ramírez G.[1] | Acuña J.[1] | Telayna F.[1]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina CAS - UDD, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica de próstata (EEP) con láser es ampliamente utilizada para tratar la hiperplasia prostática benigna (HPB), pero existe información limitada en pacientes con sonda Foley preoperatoria. El objetivo fue comparar resultados perioperatorios y funcionales de la EEP entre pacientes con y sin sonda Foley preoperatoria.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de pacientes sometidos a EEP con láser en el Hospital Félix Bulnes entre noviembre de 2022 y junio de 2026, con datos de UroData. Los pacientes se agruparon según uso de sonda Foley al momento de la cirugía. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y funcionales postoperatorias. Los datos fueron obtenidos mediante la plataforma UroData.

Resultados: Se incluyeron 249 pacientes: 194 sin sonda y 55 con sonda. Los grupos fueron comparables en edad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los pacientes con sonda presentaron mayor cistolitiasis (36,4% vs. 12,8%; p=0,002), volumen prostático (94 vs. 65 cc; p<0,001) y PSA preoperatorio (6,97 vs. 2,52 ng/mL; p<0,001). La mediana de uso de sonda fue 13 meses (RIC 6-21). El grupo con sonda presentó mayor duración quirúrgica (113 vs. 90 minutos; p=0,001) y tejido extraído (47,2 vs. 31,9 g; p=0,001). No hubo diferencias significativas en complicaciones intraoperatorias o postoperatorias, conversión quirúrgica, sangrado estimado, tiempos específicos del procedimiento, duración del cateterismo postoperatorio, hospitalización ni adenocarcinoma incidental. En los tres controles postoperatorios, realizados a una mediana de 1,1, 1,8 y 8,8 meses, respectivamente, no hubo diferencias significativas en satisfacción miccional, incontinencia urinaria, PSA, IPSS, volumen vaciado ni Qmax. Entre quienes presentaron incontinencia en el primer control, el tiempo hasta recuperar continencia fue comparable (37 días sin CUP vs. 28 días con CUP; log-rank p=0,329).

Conclusiones: La EEP con láser es segura y eficaz en pacientes con HPB independientemente del uso preoperatorio de sonda Foley. Aunque los pacientes cateterizados presentaron mayor volumen prostático, duración quirúrgica y tejido extraído, sus resultados perioperatorios y funcionales fueron comparables. Pese a una mediana de cateterización preoperatoria de 13 meses, considerablemente mayor que la descrita en series publicadas, alcanzaron resultados funcionales similares, respaldando la eficacia de la EEP incluso con cateterización prolongada.

P62

Impacto del momento quirúrgico en HoLEP: Morbilidad y resultados perioperatorios en pacientes con indicación formal versus relativa

Sáenz S.[1] | Eltit I.[2] | Escobar S.[3] | Lyng R.[1] | Stein C.[1] | Bernier P.[1] | Barroso J.[1] | Bustamante A.[1] | Chacón R.[1]

[1]Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile; [2]Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile

Introducción: El crecimiento prostático benigno (CPB) constituye una de las principales causas de síntomas del tracto urinario inferior. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica eficaz, con resultados favorables independiente del tamaño prostático o comorbilidades. Las indicaciones formales de cirugía incluyen retención urinaria recurrente o refractaria, insuficiencia renal postrenal, hidronefrosis, hematuria recurrente o incoercible, litiasis vesical e infecciones urinarias recurrentes. Existe incertidumbre respecto de si realizarla antes del desarrollo de complicaciones permite obtener mejores desenlaces. Este estudio describe y compara los resultados perioperatorios y complicaciones de pacientes sometidos a HoLEP en etapa temprana (indicación relativa) versus operados por una indicación formal.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo comparativo de pacientes con CPB sometidos a HoLEP en un centro único. Se dividieron en un grupo de cirugía temprana (n=189) y otro con indicación formal (n=122). Se evaluaron variables demográficas, clínicas, funcionales y perioperatorias, utilizando STATA® para pruebas paramétricas y no paramétricas (p < 0,05).

Resultados: El grupo con indicación formal presentó un tamaño prostático mediano mayor (92,0 vs 79,5 cc), con una edad media similar (67,2 vs 68,5 años). El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo precoz (116,9 vs 133,2 min, p=0,010), pero al ajustar por volumen prostático pierde significancia (p=0,163). No hubo complicaciones intraoperatorias. Los días de hospitalización fueron idénticos (2,45 días, p=0,991). No hubo diferencia significativa en uso de sonda (2,3 vs 3,0 días, p=0,071), tasa de complicaciones postoperatorias globales (17,6% vs 24,0%, p=0,195) ni en complicaciones particulares. Tampoco varió significativamente la tasa de reingresos (0,7% vs 3,3%, p=0,113), la necesidad de tratamiento farmacológico (25,3% vs 22,5%, p=0,589) ni el Qmax (p=0,573). El APE se redujo significativamente tanto en indicación relativa (4,95 a 1,30, p<0,001) como formal (5,51 a 0,86, p<0,001), sin diferencia porcentual significativa entre grupos (p=0,103).

Conclusiones: La realización de HoLEP de con indicación formal presentó resultados similares al grupo con indicación relativa, demostrando ser segura, sin complicaciones intraoperatorias, con bajos requerimientos de hospitalización y tasas de morbilidad postoperatoria comparables, garantizando excelentes resultados independiente del momento y criterio de la indicación quirúrgica.

P63

Recuperación clínica óptima tras HoLEP en bloc: Propuesta de una trifecta basada en seguridad, continencia y retiro precoz del catéter

Eltit I.[1] | Manzanaro R.[2] | Rojas C.[2] | Landerer E.[2] | Acuña J.[2] | Reyes E.[2] | Rodríguez-carlin A.[2]

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

Introducción: Los resultados de HoLEP suelen comunicarse mediante desenlaces aislados o mediante desenlaces compuestos orientados al éxito global del procedimiento. Sin embargo, la recuperación clínica temprana constituye una dimensión diferente, que integra seguridad postoperatoria, recuperación esfinteriana y retiro precoz del catéter. El objetivo fue proponer y evaluar una Trifecta específicamente orientada a la recuperación clínica después de HoLEP en bloc.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de HoLEP en bloc realizados entre 2020 y 2026. Se incluyeron procedimientos con información disponible para los tres componentes del desenlace. La Trifecta de recuperación clínica se definió por el cumplimiento simultáneo de: ausencia de complicaciones postoperatorias dentro de 90 días, ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) a tres meses y retiro del catéter vesical dentro de 48 horas. Se consideró IUE la incontinencia de esfuerzo pura o mixta; la urgencia aislada no se consideró IUE. Se realizó un análisis de sensibilidad modificando el umbral de retiro del catéter.

Resultados: De la serie total de 950 HoLEP en bloc, 320 procedimientos cumplieron los criterios de inclusión y constituyeron la cohorte analítica. La Trifecta fue alcanzada por 153/320 (47,8%). Individualmente, 287/320 (89,7%) no presentaron complicaciones a 90 días, 308/320 (96,3%) estaban libres de IUE a tres meses y 177/320 (55,3%) tuvieron retiro del catéter dentro de 48 horas. El retiro precoz del catéter fue el componente que con mayor frecuencia impidió alcanzar el desenlace compuesto. En el análisis de sensibilidad, la proporción que alcanzó la Trifecta fue 26,3%, 35,9%, 47,8% y 65,9% al utilizar umbrales de retiro de catéter ≤24, ≤36, ≤48 y ≤72 horas, respectivamente.

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los procedimientos alcanzó simultáneamente los tres componentes propuestos de recuperación clínica óptima. Una Trifecta basada en seguridad, continencia de esfuerzo y retiro precoz del catéter ofrece una medida simple y centrada en la recuperación del paciente tras HoLEP. Su cumplimiento depende parcialmente del umbral utilizado para retiro del catéter, por lo que esta propuesta debe considerarse exploratoria y requiere validación externa antes de su utilización comparativa.

P64

Implementación de un pabellón ambulatorio de alto rendimiento para HoLEP en un servicio público: Impacto sobre el volumen quirúrgico y la estancia

Juri D. | Gatica A. | Radtke V. | Ramírez G. | Eltit I. | Telayna F. | Acuña J.

Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

Introducción: El acceso a la resolución quirúrgica de la hiperplasia prostática benigna (HPB) constituye un desafío en los sistemas públicos, con listas de espera prolongadas. El HoLEP, pese a su eficacia demostrada, es una técnica demandante en tiempo quirúrgico y curva de aprendizaje, lo que limita su volumen en centros de recursos acotados. Para superar esta barrera, en mayo de 2026 nuestro servicio implementó un modelo de pabellón ambulatorio de alto rendimiento, basado en la concentración de casos de HoLEP con alta precoz. El objetivo fue describir el impacto operacional de esta implementación sobre el volumen quirúrgico mensual y la estancia hospitalaria.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de todos los HoLEP realizados entre junio 2025 y junio 2026. Se comparó el volumen quirúrgico mensual del período entre junio 2025 a abril 2026 con el del período de alto rendimiento (mayo-junio 2026). La estancia se calculó a partir de las fechas y horas de ingreso y egreso, otorgados por la unidad GRD, clasificando los casos ambulatorios como estancias menores a 24 horas. Se describió, además, la distribución de la modalidad de egreso (ambulatoria vs. hospitalizada) en la cohorte total.

Resultados: Se incluyeron 101 HoLEP. El volumen quirúrgico de junio 2025 a abril 2026, fue de 55 casos en 11 meses (5 casos/mes) a 46 casos en 2 meses (23 casos/mes) durante el alto rendimiento, un incremento de 4,6 veces. Del total, 32 casos se resolvieron por vía ambulatoria con estancia mediana de 14,2 horas, donde el 100% de los casos cumplió con la estancia de <24 hrs. En contraste, de los 69 casos clasificados como hospitalizados, el 88% de los episodios superó las 24 horas con una mediana de 28,2 horas.

Conclusiones: La implementación de un pabellón ambulatorio de alto rendimiento quintuplicó el volumen quirúrgico de HoLEP y demostró la factibilidad del alta precoz, con un 100% de cumplimiento del estándar ambulatorio. Este modelo organizacional constituye una estrategia reproducible y de bajo costo incremental para mejorar la productividad quirúrgica y el acceso a la resolución de la HPB en el sistema público chileno.

P65

Cáncer de próstata incidental en enucleación endoscópica de próstata: Prevalencia, caracterización clínico-patológica y manejo oncológico en una cohorte multicéntrica chilena

Escudero M.[1] | Rojas I.[1] | Calvo I.[1] | Luz D.[1] | Infante I.[2] | Chacón R.[3] | Acuña J.[4]

[1]Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; [3]Clínica Dávila, Santiago, Chile; [4]Hospital Félix Búlnes, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación endoscópica de próstata (EEP) es el tratamiento estándar de la hiperplasia prostática benigna (HPB). Como consecuencia del análisis histológico del tejido resecado puede detectarse un cáncer de próstata incidental (iPCa): adenocarcinoma no sospechado clínicamente. Las series internacionales reportan tasas de 9% para HoLEP; en Chile, series previas basadas en RTU-P y adenomectomía documentan 2,2%. Con la incorporación de la EEP en centros urológicos chilenos, resulta necesario caracterizar prevalencia y perfil clínico-patológico de esta condición en nuestra población.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes sometidos a EEP por HPB sin diagnóstico previo de cáncer de próstata, APE ≥20 ng/mL o PI-RADS 5, en quienes anatomía patológica evidenció un iPCa. Datos recolectados mediante UroData Conecta. Se describieron variables demográficas, preoperatorias, intraoperatorias, anatomopatológicas y de seguimiento. Variables continuas como mediana y rango intercuartílico; categóricas como frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se identificaron 50 casos de iPCa en 763 pacientes sometidos a EEP, con prevalencia de 6,6%. La mediana de edad fue 74 años y el APE preoperatorio de 3,95 ng/mL. Solo el 6,0% presentó lesiones PI-RADS ≥3. Mediana de tejido resecado 57 g, duración operatoria 90 minutos, sin transfusiones y con complicaciones Clavien ≥IIIa en el 4,0%. El Gleason estuvo disponible en 45 pacientes. El patrón primario fue Gleason 3 en el 77,8% y Gleason 4 en el 20,0%; el patrón secundario fue Gleason 3 en el 62,2% y Gleason 4 en el 26,7%. El 42,2% presentó Gleason total ≥7. La incontinencia disminuyó de 29,7% a 10,0% entre el primer y tercer control. Respecto al manejo oncológico (n=44), el 77,3% fue asignado a seguimiento con APE, el 9,1% a vigilancia expectante, el 9,1% a radioterapia más deprivación androgénica, el 2,3% a prostatectomía radical y el 2,3% a TDA exclusiva.

Conclusión: La EEP detecta iPCa en el 6,6% de los operados por HPB en Chile, con proporción relevante de enfermedad de grado intermedio-alto (Gleason ≥7: 42,2%), pese a perfil preoperatorio de baja sospecha oncológica. Estos hallazgos refuerzan la necesidad del análisis histopatológico sistemático del tejido enucleado y seguimiento oncológico estructurado en todos los pacientes sometidos a EEP.

P66

Más allá del control oncológico: Resultados funcionales tras prostatectomía radical abierta

Cuevas P.[1] | Toledo H.[2] | Gutierrez A.[3] | Gallardo I.[4] | Guerrero M.[5] | Sovino F.[6] | Foneron V. A.[2] | Flores F.[7] | Foneron B. A.[2] | Oyanedel F.[2] | Garate S.[1] | Wagner T.[1] | De La Fuente M.[1] | Grandi D.[1] | Steuer A.[1] | Ebel L.[1]

[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]Kinesióloga Piso Pelvico, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile; [4]Médico General, Universidad de Chile, Valdivia, Chile; [5]Médico General, Universidad Finis Terrae, Valdivia, Chile; [6]Médico General, Universidad San Sebastian, Valdivia, Chile; [7]Uróloga Hospital Base Valdivia. Docente Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción: Las secuelas funcionales post prostatectomía radical, tienden a ser un desafio donde la incontinencia persiste en cerca de un tercio al año y la recuperación de la potencia varía (11-87%) según técnica y definición. El acortamiento peneano, autopercibido por más de la mitad, es una secuela subreportada. Escasean datos locales que los integren. El objetivo fue describir los resultados funcionales e identificar sus predictores.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de cinco años (2021-2025) de prostatectomías radicales abiertas, de un hospital del sur de Chile. De 100 prostatectomías, se analizaron 82 pacientes con seguimiento funcional. Se definió continencia total como 0 pad/dia y social como ≤1 pad/día, evaluadas a los 6 y 12 meses. La función eréctil se evaluó mediante reinicio de actividad sexual, uso de inhibidores de la PDE5 (IPDE5) e IIEF-5; se registró percepción y magnitud del acortamiento peneano. Se analizaron predictores: edad, preservación de bandeletas, grado ISUP, largo uretral, linfadenectomía, duración y sangrado. Análisis estadístico con pruebas no paramétricas, significación p<0,05.

Resultados: La continencia social fue 32/40 (80%) a los 6 meses y 36/45 (80%) a los 12 meses; la total, 12/40 (30%) y 16/45 (36%). El largo uretral membranoso (mediana 13 mm) mostró tendencia no significativa a mayor continencia con ≥12 mm (89% vs 67%; p=0,53), El reinicio sexual se logró en 22/46 (48%); de ellos, 16 usaron IPDE5. Un 71% (17/24) refirió acortamiento peneano, leve-moderado en 11/15 de los que la especificaron. El reinicio sexual se asoció a la preservación de bandeletas (OR 3,6; p=0,045), a menor edad (63 vs 68 años; p=0,022) y al uso de IPDE5 (OR 6,5; p=0,019). El grado ISUP, en biopsia y pieza, no se relacionó con la continencia ni con la función eréctil (p>0,30).

Conclusiones: La recuperación funcional dependió de la técnica (preservación nerviosa), la edad y el uso de IPDE5, siendo independiente del grado ISUP; El acortamiento peneano, la tendencia del largo uretral refuerzan la consejería preoperatoria y la preservación nerviosa cuando sea oncológicamente apropiado.

P67

Sling suburetral ajustable retropúbico (Vulko) para el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina. Reporte de primera serie chilena

Poblete M.[1] | Saavedra Á.[2] | Morales I.[3] | Velarde L.[4] | Moreno S.[5]

[1]Universidad Finis Terrae, Providencia, Chile; [2]Clínica Alemana, Vitacura, Chile; [3]Clínica Universidad de los Andes, Las Condes, Chile; [4]Hospital del Trabajador, Providencia, Chile; [5]Clínica Santa María, Providencia, Chile

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) masculina post prostatectomía radical o cirugía endoscópica de próstata representa un desafío terapéutico relevante, especialmente en casos de deficiencia esfinteriana moderada a severa asociados a radioterapia o estenosis. Vulko es un sistema suburetral ajustable de abordaje retropúbico, compuesto por un cojín inflable medial conectado a un puerto escrotal, brazos reforzados y arandelas radiopacas de fijación, que permite calibraciones postoperatorias ambulatorias mediante inyección de suero fisiológico para optimizar la coaptación uretral. Presentamos la primera serie clínica chilena con este dispositivo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos, que incluyó a 5 pacientes sometidos a implante de sling suburetral ajustable Vulko por IUE masculina en cuatro centros nacionales, entre agosto de 2024 y julio de 2026. Se recolectaron variables demográficas, etiología de la incontinencia, severidad basal (ICIQ-SF, pads/día), datos quirúrgicos, complicaciones y resultados funcionales.

Resultados: La edad promedio fue 71,4 años (65-75) y el IMC promedio 28,0 kg/m^2 (24-31,9). La etiología predominante fue post resección transuretral (40%) y post prostatectomía radical (40%), con antecedente de radioterapia pélvica en 40% y estenosis uretral o anastomótica asociada en 60% de los casos. El promedio basal fue de 4 pads/día (2-8) e ICIQ-SF de 15,8 puntos (15-16). El tiempo quirúrgico promedio fue de 88 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. Se registró retención aguda de orina postoperatoria en un paciente (20%). La mediana de seguimiento fue de 5,4 meses (1,4-19). Un paciente (20%) requirió revisión quirúrgica a los 4,9 meses postoperatorios por escapes persistentes. En el último control, el ICIQ-SF varió entre 3 y 8 puntos (mediana 3), con PGI-I mayoritariamente entre 1 y 2 (mejoría marcada a moderada) y una mediana de 1 pad/día (0-1).

Conclusiones: El implante del sling ajustable Vulko fue técnicamente factible en esta primera serie chilena, con buena tolerancia intraoperatoria y mejoría funcional en la mayoría de los pacientes. Se requieren estudios prospectivos con mayor número de pacientes y seguimiento estandarizado a largo plazo para evaluar adecuadamente su perfil de seguridad, especialmente en cohortes de alta complejidad basal como la presente.

P68

Ureteroscopía flexible sin vaina de acceso: Resultados de una estrategia selectiva en cálculos de baja carga

Eltit I. | Cid Bertoglia A. | Orvieto Eterović G. | Garcés Barros I. | Perez Benedek C. | Marín C. | Silva A. | Rodríguez-carlin A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopía flexible directa, sin vaina de acceso, puede simplificar el abordaje en casos seleccionados y reducir la instrumentación ureteral, el problema radica en que no existen criterios estandarizados que orienten esta selección. Buscamos caracterizar retrospectivamente qué pacientes fueron tratados con esta estrategia mediante decisión intraoperatoria del cirujano, y describir sus resultados perioperatorios.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de una base de datos institucional (Urodata, 2016-2026) en la que se identificaron RIRS terapéuticas cuyo protocolo operatorio confirmó el uso de ureteroscopio flexible sin vaina de acceso. Se describieron características demográficas, tamaño, volumen, densidad, tiempo total de pabellón, necesidad de doble J postoperatorio, complicaciones y procedimientos accesorios. Como análisis complementario, se comparó el perfil de procedimientos con y sin vaina realizados en el período contemporáneo 2021-2026, mediante prueba de Mann-Whitney U para variables continuas y prueba exacta de Fisher para categóricas.

Resultados: Se identificaron 39 RIRS sin vaina, confirmadas por protocolo (2016-2026). El diámetro máximo fue 6,0 [5,4-7,0] mm, el volumen litiásico de 70,0 [48,0-94,1] mm^3 y la densidad 776 [488-1075] UH. El tiempo total de pabellón fue 57,5 [49,0-74,2] minutos. Un 74.4% de los procedimientos no requirieron doble J postoperatorio y 24/39 (61,5%) fueron completamente stent-free en el postoperatorio. Se registró una complicación intraoperatoria (2,6%), ningún evento postoperatorio y un procedimiento accesorio (2,6%). En el período contemporáneo (2018-2026) se compararon 27/39 casos sin vaina evaluables frente a 86 con vaina: los casos sin vaina presentaron menor diámetro (6,0 vs 8,0 mm; p<0,001), menor volumen (69,4 vs 146,5 mm^3; p<0,001), menor densidad (700 vs 897 UH; p=0,009), menor tiempo de pabellón (56 vs 81,5 min; p<0,001) y mayor omisión de doble J postoperatorio (92,6% vs 41,9%; p<0,001).

Conclusiones: El RIRS directo sin vaina, seleccionado según criterio intraoperatorio del cirujano, constituye una estrategia factible en pacientes con baja carga litiásica, asociada a procedimientos breves, alta frecuencia de omisión de doble J postoperatorio y baja morbilidad perioperatoria. Estos hallazgos delimitan un perfil clínico útil para seleccionar esta alternativa.

P69

Vaina flexible navegable con aspiración versus vaina convencional en RIRS: Desempeño perioperatorio y factibilidad de acceso

Eltit I. | Juri D. | Orvieto G. | Cid A. | Rodríguez-carlin A. | Silva A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: Las vainas flexibles navegables con aspiración (FANS) incorporan movilidad intrarrenal y aspiración continua durante RIRS. Su incorporación a la practica habitual requiere demostrar un desempeño perioperatorio comparable a la vaina de acceso convencional y una instalación ureteral reproducible. Evaluamos ambas estrategias en una cohorte retrospectiva contemporánea.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de RIRS realizadas con FANS o con vaina convencional durante el mismo período de práctica [2016-2026] usando una base de datos institucional (Urodata). Se analizaron carga litiásica, bilateralidad, pre-stenting, tiempo total de pabellón, éxito de instalación, drenaje postoperatorio y complicaciones. El efecto de FANS sobre el tiempo de pabellón se estimó mediante regresión lineal multivariable, ajustando por tamaño, bilateralidad, pre-stenting y año de cirugía.

Resultados: Se incluyeron 86 procedimientos: 21 con FANS y 65 con vaina convencional. Los casos con FANS presentaron un diámetro mediano de vaina de 9,5 mm y volumen litiásico de 178 mm^3, frente a 7,5 mm y 143 mm^3 con vaina convencional; la bilateralidad fue 33,3% y 20,0%, respectivamente. El tiempo total de pabellón fue mayor con FANS (103 [85,5–117,8] minutos versus 73 [62,2–107,5] minutos; p=0,028); tras ajustar por las características de cada caso, la diferencia que se puede atribuir a la técnica, se redujo a 8,9 minutos y perdió significancia estadística (IC95% −4,5 a 22,2; p=0,198), lo que indica que el mayor tiempo total se explica por la mayor complejidad de los casos FANS y no por la técnica en sí. El acceso se completó exitosamente en 21/21 FANS y 65/65 vainas convencionales. Las complicaciones intraoperatorias fueron 0/21 y 2/65, las postoperatorias 0/21 y 1/65, y los procedimientos accesorios 1/21 y 3/65 (todas comparaciones no significativas, con muestras insuficientes para descartar diferencias clínicamente relevantes).

Conclusiones: FANS se incorporó a la práctica con una tasa de acceso del 100%, baja morbilidad y un tiempo de pabellón que, tras ajustar por la mayor complejidad de los casos (carga litiásica y bilateralidad), resultó comparable al de la vaina convencional. Estos hallazgos son compatibles con un desempeño perioperatorio similar entre ambas técnicas y motivan cuantificar prospectivamente su impacto sobre el consumo de dispositivos de extracción y costos.

P70

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

Schaub Cantin A.[1] | Chavez O.[1] | Ruiz T.[1] | Punte T.[2] | Vizuete E.[2] | Consigliere L.[2] | De La Llera J.[2] | Barahona J.[2] | Marchant F.[3] | Aguila F.[4]

[1]Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Sub Unidad Litiasis Urinaria Hospital San Jose, Santiago, Chile; [3]Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [4]Jefe Sub Unidad Litiasis Urinaria Hospital San Jose, Santiago, Chile

Introducción: La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) es una opción de primera línea para nefrolitiasis menor de 20 mm. Las vainas de acceso ureteral flexibles y navegables con aspiración (FANS) buscan optimizar la cirugía y podrían ampliar el rol de RIRS en litiasis de mayor tamaño. El objetivo fue describir la experiencia inicial con FANS en RIRS en un hospital academico y explorar factores asociados a stone-free favorable.

Material y Métodos: Estudio prospectivo observacional de los primeros 100 casos consecutivos sometidos a RIRS con FANS entre agosto de 2025 y junio de 2026. Se registraron características clínicas, litiásicas, intraoperatorias, complicaciones y seguimiento. El volumen litiásico se calculó mediante fórmula elipsoide. El desenlace principal fue stone-free intraoperatorio favorable, definido como grados A/B/C —ausencia de fragmentos o fragmentos residuales <4 mm— versus grado D —litiasis residual ≥4 mm—. Se realizaron análisis uni y multivariados exploratorios. La capacidad discriminativa del volumen se evaluó mediante curva ROC. Se calculó volumen residual y reducción porcentual.

Resultados: Se incluyeron 100 casos. La edad media fue 55,5 ± 15,0 años; 50,0% tenía prestenting y 18,8% antecedente de pionefrosis. El diámetro litiásico mayor promedio fue 20,1 ± 11,8 mm y el volumen mediano 593,8 mm^3 (RIC 224,1-1.594,9). Las localizaciones más frecuentes fueron cáliz inferior (29,6%), pelvis renal (22,4%) y cáliz medio (18,4%). El stone-free intraoperatorio favorable fue 81,4%. Se registró una lesión ureteral intraoperatoria y complicaciones postoperatorias en 7 casos (7,0%). Cada incremento de 500 mm^3 en volumen se asoció con menor probabilidad de resultado favorable (OR ajustado 0,57; p<0,001). La curva ROC identificó un corte exploratorio de 1.256 mm^3, con resultado favorable en 95,1% bajo este valor versus 51,9% sobre él. PieloTAC disponible en 37 casos; 17/37 (45,9%) presentaron resultado A/B/C. La reducción mediana del volumen fue 87,6% (RIC 68,1-98,3).

Conclusiones: RIRS con FANS tuvo una alta tasa de stone-free intraoperatorio favorable y baja morbilidad. El volumen litiasico fue el principal factor asociado a resultado desfavorable. El valor exploratorio de 1.256 mm^3 podría orientar la selección de pacientes, aunque requiere validación y seguimiento radiológico estandarizado.

P71

RIRS bilateral en una misma sesión: Impacto temporal y resultados perioperatorios

Juri D. | Orvieto G. | Cid A. | Rojas C. | Eltit I. | Silva A. | Rodríguez-carlin A.

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile

Introducción: La resolución bilateral de litiasis en un mismo tiempoa sola anestéesicoa puede reduce ir el número de procedimientos necesarios, aunque exige conocer su impacto sobre la duración y la morbilidad perioperatoria. Evaluamos los resultados del RIRS bilateral realizado en una misma sesión frente al tratamiento unilateral.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de Se analizaron RIRS terapéuticos desde el año 2016 al año 2026 en un centro privado, usando la base de datos Urodata, y se en la cual se compararon procedimientos unilaterales y bilaterales. Los desenlaces fueron tiempo total de pabellón, complicaciones intra y postoperatorias, instalación de doble J y procedimientos accesorios. El efecto de la bilateralidad sobre la duración se estimó mediante regresión lineal multiple, ajustada por considerando tamaño litiásico, pre-stenting y año de cirugía.

Resultados: Se incluyeron 233 RIRS de los cuales: 191 eran unilaterales y 42 bilaterales. Los grupos presentaron características demográficas y carga litiásica comparables. El tiempo total de pabellón fue 80 [60–107] minutos en procedimientos unilaterales y 106 [89–121] minutos en bilaterales. Tras considerar las características del caso, la bilateralidad agregó 27,7 minutos (IC95% 14,9–40,5; p<0,001). Las complicaciones intraoperatorias ocurrieron en 2/191 (1,0%) procedimientos unilaterales y 1/42 (2,4%) bilaterales; las postoperatorias en 6/191 (3,1%) y 0/42 (0%), respectivamente. Los procedimientos accesorios fueron 7/191 (3,7%) en los casos unilaterales y 3/42 (7,1%) en los bilaterales. Se instaló doble J en 108/191 (56,5%) de los casos unilaterales y 27/42 (64,3%) de los casos bilaterales.

Conclusiones: El RIRS bilateral permite resolver ambos tractos urinarios en una misma sesión, con un incremento ajustado temporal minimo (cercano a 28 minutos), y además de bajas tasas de morbilidad perioperatoria. Estos resultados respaldan su uso en pacientes seleccionados cuando la resolución bilateral puede evitar una segunda anestesia y un nuevo procedimiento.

P72

Nefrolitotomía percutánea con litotriptor de energías combinadas: Resultados de eficacia y seguridad en un hospital público chileno

Quilodrán F.[1] | Lara D.[1] | Martinez A.[1] | Marchant I.[1] | Olivero P.[1] | Venegas J.[2] | Lira N.[2] | Ondarza C.[2] | Nápole H.[2] | Mülchi C.[2] | Kramer F.[2]

[1]Universidad de Valparaiso, Valparaiso, Chile; [2]Hospital Carlos Van Buren, Valparaiso, Chile

Introducción: La nefrolitotomia percutánea (NLPC) es el tratamiento de elección para nefrolitiasis de alto volumen. Los litotriptores que combinan distintas fuentes de energía permiten una fragmentación y evacuación eficiente de las litiasis. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia con un litotriptor de energía combinada (Lithoclast Trilogy®) en NLPC, evaluar su eficiencia en litiasis complejas y reportar su seguridad.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a NLPC en el Hospital Carlos Van Buren entre 2018 y 2026. Los volúmenes litiásicos pre y postoperatorios fueron caracterizados mediante Horos®. La eficiencia volumétrica operatoria se definió como el volumen litiásico tratado en relación al tiempo quirúrgico total (mm^3/min). Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial, incluyendo comparaciones entre litotriptores y modelos multivariables ajustados por características basales y complejidad litiásica.

Resultados: De 138 procedimientos, se incluyeron 102 correspondientes a 94 pacientes. Lithoclast Trilogy® se utilizó en 45,1%, Lithoclast I® en 39,2% y láser de holmium en 15,7%. La eficiencia volumétrica operatoria global fue de 36,8 mm^3/min (RIC: 16,8-71,9). Trilogy presentó mayor volumen litiásico inicial [6485 mm^3 (RIC: 3030-14323)] y concentró un 50% de litiasis Guy III-IV. Su eficiencia volumétrica operatoria fue de 67,9 mm^3/min (RIC: 34,8-96,4), frente a 29,5 (RIC: 15,3-55,3) con Lithoclast I y 15,5 mm^3/min (RIC: 10,0-22,4) con láser (p<0,001). Sin embargo, esta diferencia no prevaleció tras el ajuste multivariable. Un mayor volumen inicial y Guy score se asociaron independientemente con menor probabilidad de stone-free. La tasa global de complicaciones postoperatorias fue de 14,7%, sin diferencias significativas entre litotriptores.

Conclusiones: Lithoclast Trilogy® presentó la mayor eficiencia volumétrica operatoria no ajustada, pese a concentrar litiasis de mayor volumen y complejidad, sin diferencias significativas en complicaciones respecto de los otros equipos. Sin embargo, la asociación con mayor eficiencia no prevaleció tras ajustar por las caracteristicas basales y complejidad litiásica. Estos resultados respaldan su utilidad en NLPC complejas, aunque se requieren estudios prospectivos para establecer eventuales ventajas frente a las nuevas tecnologías de litotripsia.

P73

Rescate anterógrado tras fracaso del drenaje ureteral retrógrado en litiasis obstructiva: Caracterización y resultados en un hospital público

Pinto I.[1] | Sepúlveda M.[1] | Garcés I.[1] | Donoso D.[2] | Durán L.[2] | Henríquez I.[2] | Madrid V.[2] | Marchant P.[2] | Maldonado F.[2] | Pfeifer J.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción ureteral litiásica complicada requiere descompresión urgente mediante catéter ureteral o nefrostomía percutánea [1,7]. El acceso retrógrado puede fracasar y requerir rescate anterógrado [8,11]. En litiasis obstructiva se han asociado al fracaso del stent la lesión renal aguda, alteraciones de la pared ureteral e impactación litiásica [2-6,9]. El objetivo fue caracterizar los casos con fracaso retrógrado y necesidad de rescate anterógrado.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a drenaje urinario urgente por litiasis entre enero de 2022 y octubre de 2025. De 565 pacientes con indicación de drenaje, 354 fueron por causa litiásica. Se analizaron los fracasos retrógrados con posterior abordaje anterógrado por unidad renal obstruida, registrando variables clínicas, tomográficas, procedimentales y desenlaces.

Resultados: 16 casos requirieron rescate anterógrado (16/354; 4,5%). La mediana de edad fue 65 años (RIC 56-71) y 68,8% fueron hombres. El 56,3% presentó sepsis y 31,3% shock séptico. 12 pacientes (75,0%) presentaron lesión renal aguda: KDIGO 1 en 2/16 (12,5%), KDIGO 2 en 4/16 (25,0%) y KDIGO 3 en 6/16 (37,5%); 4/16 (25,0%) no presentaron AKI. El tamaño litiásico mediano fue 8,3 mm (RIC 7,5-11); 43,75% se ubicó en uréter distal, 62,5% presentó hidronefrosis moderada y 81,25% edema o rarefacción perirrenal. El orificio ureteral no se identificó en 50,0% y la guía no ascendió en 73,3% de los casos evaluables; 75,0% de los fracasos ocurrió antes de obtener acceso satisfactorio a pelvis renal. El rescate anterógrado fue técnicamente exitoso en 15/16 casos (93,8%).

Conclusiones: El fracaso retrógrado se observó en pacientes con obstrucción clínicamente compleja, frecuente sepsis, lesión renal aguda y compromiso inflamatorio local, concordante con series que relacionan estos hallazgos con mayor dificultad del drenaje retrógrado [2,3,6,9]. El mecanismo predominante fue la imposibilidad de establecer acceso adecuado a la vía urinaria superior. Reconocer este perfil puede favorecer la consideración precoz de una estrategia alternativa de drenaje. El abordaje anterógrado constituyó un rescate altamente efectivo.

P74

Relación entre cirugías de urgencia por complicaciones y el retraso en el manejo definitivo de urolitiasis: Experiencia de un hospital público de referencia regional

Toledo Bravo J.[1] | Soler D.[1] | Alarcon J.[2] | Coloma F.[2] | Rojas A.[2] | Rojas J.[1] | Soler S.[1] | Vera A.[1] | Valenzuela R.[1] | Andrusco A.[1] | Araya F.[1]

[1]Servicio de Urología, Hospital de La Serena, La Serena, Chile; [2]Residente de Urología, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, La Serena, Chile

Introducción: La urolitiasis de manejo quirúrgico requiere intervenciones oportunas para evitar complicaciones y daño renal permanente. En hospitales públicos, el tiempo entre el diagnóstico y la cirugía suele extenderse por diversos factores como la disponibilidad de pabellón, camas, instrumental e insumos. En este trabajo se estudia la relación entre un mayor tiempo de espera al tratamiento definitivo y una mayor incidencia de cirugías de urgencia por complicaciones, en pacientes en lista de espera quirúrgica por litiasis urinaria.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte. Se incluyeron 79 pacientes con litiasis urinaria que estaban en lista de espera y que requirieron cirugía de urgencia entre los años 2019 y 2026, por complicaciones asociadas a litiasis, clasificados según tiempo en lista de espera quirúrgica, en Grupo 1 (<6 semanas, n=39) y Grupo 2 (≥6 semanas, n=40). Se comparó la proporción de complicaciones (Clavien Dindo) mediante test exacto de Fisher, y la distribución ordinal de gravedad mediante U de Mann-Whitney y Chi^2. Como análisis de sensibilidad, se evaluó además el tiempo hasta el tratamiento como variable continua (regresión logística sobre log[días+1] y U de Mann-Whitney).

Resultados: El Grupo 2 presentó una proporción mayor de complicaciones graves Clavien Dindo ≥III (27,5% vs. 15,4%; OR 2,09; IC95% 0,69-6,35), sin alcanzar significación estadística (Fisher p=0,274; Mann-Whitney ordinal p=0,134; Chi^2 p=0,088). En el análisis de sensibilidad se observó una relación dosis-respuesta estadísticamente significativa entre un mayor tiempo de espera y complicaciones graves (p=0,047). Siete de las ocho nefrectomías totales de urgencia de la cohorte (87,5%) ocurrieron en pacientes con ≥6 semanas de espera.

Conclusiones: El retraso en el tratamiento definitivo de litiasis urinaria es una realidad en nuestro sistema público de salud, pudiendo determinar graves consecuencias para nuestros pacientes. En nuestra serie se observó una relación dosis-respuesta significativa entre tiempo de espera y complicaciones más graves, incluyendo una fuerte concentración de las pérdidas renales en el grupo con mayor retraso. Estos hallazgos aportan evidencia local para priorizar la gestión de tiempos de espera en esta patología, aunque el hallazgo dicotómico requiere confirmación en cohortes de mayor tamaño.

P75

Tratamiento antibiótico preoperatorio para prevenir complicaciones infecciosas tras el tratamiento endoscópico resolutivo de cálculos urinarios infectados: Revisión sistemática

Valenzuela Matus C.[1] | Velásquez Zabala M.[1] | López Van-leenden Á.[2] | Astroza Eulufi G.[1]

[1]Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

Introducción: La duración óptima del tratamiento antibiótico preoperatorio en pacientes con litiasis urinaria infectada sometidos a tratamiento endoscópico resolutivo no está claramente establecida. El objetivo fue evaluar la asociación entre la duración de la antibioticoterapia preoperatoria y las complicaciones infecciosas posteriores al tratamiento endoscópico.

Material y Métodos: Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020 y el Cochrane Handbook. Se buscaron estudios en MEDLINE (PubMed), Embase, Cochrane CENTRAL, Scopus y Web of Science hasta junio de 2026. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales comparativos en adultos con litiasis urinaria infectada sometidos a nefrolitotomía percutánea, ureteroscopia o cirugía intrarrenal retrógrada, que evaluaran la duración del tratamiento antibiótico preoperatorio y complicaciones infecciosas postoperatorias. El riesgo de sesgo se evaluó mediante RoB 2 y ROBINS-I V2, y la certeza de la evidencia mediante GRADE. Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica, se realizó síntesis narrativa sin metaanálisis.

Resultados: Se incluyeron cinco estudios (1 ensayo clínico aleatorizado y 4 observacionales), con 737 pacientes. El ensayo aleatorizado no mostró diferencias entre siete días y 48 horas de antibioticoterapia en SIRS (20% vs. 22,5%; p=0,79) ni fiebre (27,5% vs. 22,5%; p=0,61). Tres estudios observacionales identificaron una asociación entre mayor duración antibiótica y menor riesgo de complicaciones infecciosas: Yoo et al. observaron mayor riesgo de SIRS con tratamientos <14 días (OR ajustado 17,19; IC 95% 1,86–159,10), Xu et al. una reducción del riesgo con ≥7 días (OR 0,449; IC 95%; p=0,048) y Hsu et al. una reducción del riesgo de fiebre por cada día adicional (OR 0,75; IC 95% 0,60–0,94). Orr et al. no encontraron asociación con urosepsis postoperatoria. La certeza de la evidencia fue muy baja.

Conclusiones: La evidencia sugiere una posible asociación entre mayor duración de la antibioticoterapia preoperatoria y menor riesgo de algunas complicaciones infecciosas; sin embargo, los resultados fueron inconsistentes y la certeza de la evidencia muy baja. No es posible establecer una duración óptima del tratamiento antibiótico preoperatorio. Se requieren estudios prospectivos y aleatorizados con protocolos estandarizados.

P76

Reversión de vasectomía - análisis de resultados de una serie consecutiva con foco en hombres vasectomizados sin hijos previos

Marconi M. | Libano L. | Dueñas L. | Veas M. | Eyzaguirre M. | Sifri A. | Arrue K.

Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El número de vasectomías ha aumentado exponencialmente en Chile en los últimos 10 años. Se estima que aproximadamente el 5% de los hombres que se realizan una vasectomía desearan con el paso de los años ser padres nuevamente. La Vasovasostomía (VV) es la opción más eficiente en la mayoría de esos casos. El objetivo de este trabajo es evaluar el número de cirugías de VV y sus resultados en los últimos 15 años en el Departamento de Urología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Material y Métodos: Se realizo un análisis retrospectivo de las fichas clínicas y protocolos quirúrgicos de las VV de los últimos 15 años en la PUC (2011-2026).

Resultados: En el plazo analizado, se realizaron un total de 80 VV. Al comparar quinquenios sucesivos 2011-2016/2016-2021/2021-2026 el número de cirugías aumento en un 1300%. La tasa de éxito (permeabilidad) evaluada a los 3 meses de realizada la cirugía fue de 89%. Se realizaron 10 reversiones en hombres que tenían vasectomías sin hijos previos, solo uno tenía espermiograma pre-vasectomía. La tasa de éxito en ese grupo fue de 90%, pero la concentración espermática fue significativamente menor que en hombres que si tenían hijos previos. No se registraron complicaciones que requirieran cirugía.

Conclusiones: La VV es una cirugía segura y con alta tasas de éxito que ha aumentado en forma significativa su frecuencia en los últimos años. La menor concentración espermática en hombres que solicitan reversión, habiéndose realizado una vasectomía sin hijos previos refuerza la sugerencia de solicitar espermiograma antes de realizarla.

P77

¿Cuál es el destino reproductivo de los pacientes con biopsia testicular negativa para espermatozoides en Chile? - Analisis de 140 casos consecutivos

Marconi M.[1] | Troncoso C.[2] | Rondini F.[3] | De Toro Ballesteros J.[3]

[1]Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile; [2]Clinica IVI Santiago, Santiago, Chile; [3]Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: En casi la mitad de los casos de Azoospermia No Obstructiva no se logran encontrar espermatozoides en la Biopsia Testicular (BT). No existen al día hoy tecnologías que permitan tratar a esos pacientes y cambiar el pronóstico reproductivo; biológicamente no pueden intentar ser padres. A todos estos pacientes se les ofrece como opción intentar Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) con espermatozoides (Spz) de Banco de Semen (BS). Sin embargo, se desconoce cuántos finalmente optan por esta opción y logran ser padres. El objetivo de este trabajo es analizar el destino reproductivo de una serie de 140 pacientes azoospérmicos con BT negativa consecutivos a quienes se les ofreció TRA en un centro Chileno de alto volumen de Medicina Reproductiva.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de BT realizadas entre los años 2011 y 2025 en una clínica medicina reproductiva de Santiago, Chile. En las BT (-) para Spz, se evaluaron los casos que optaron por usar banco y los resultados reproductivos posteriores consignando técnica utilizada (IIU/ICSI), numero de ciclos, Tasa de Embarazo (TE) y tasa de Recién Nacidos Vivos (RNV).

Resultados: El 48% (n=67) de los hombres con BT (-) accedieron a TRA con spz de BS en el mismo centro donde se había realizado la BT. De las 67 parejas, 50 fueron a ICSI y 17 a IIU. En las parejas que fueron a ICSI se logró una TE de 72%, con una tasa de RNV de 48%. El promedio de edad de mujer en este grupo fue de 33.2 años y el promedio de ciclos de ICSI fue 1.2 (rango 1 a 5). En el grupo de IIU, la edad promedio de la mujer fue 31.1 años y se logró una TE del 100%, con una tasa de RNV de 59%.

Conclusiones: En Chile, al menos la mitad de los pacientes azoospérmicos con BT (-) optan por TRA con espermatozoides de banco de semen. Logrando altas tasas de embarazo y tasas de recién nacidos vivos cercanas al 50%.

P78

Exoscopio de bajo costo como alternativa al microscopio quirúrgico en denervación microquirúrgica del cordón espermático: Experiencia inicial en un hospital público chileno

Toro D. | Santander Robles D.

Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción: La denervación microquirúrgica del cordón espermático (MDSC) es el tratamiento quirúrgico recomendado para el dolor crónico del contenido escrotal (CSCP) refractario, con éxito de 77-100% en series realizadas con microscopio quirúrgico. En el sistema público chileno el acceso a ese equipo limita su disponibilidad. El exoscopio de video ofrece magnificación comparable a una fracción del costo, pero no existen series publicadas de MDSC con exoscopio.

Material y Métodos: Serie retrospectiva unicéntrica de pacientes consecutivos con CSCP refractario a manejo médico, sometidos a MDSC completa subinguinal asistida por un exoscopio de bajo costo (cámara, monitor y brazo articulado), entre noviembre de 2024 y marzo de 2026 en un hospital público. Desenlace primario: identificación y preservación de la arteria testicular bajo visión exoscópica sin conversión a microscopio ni lupas. Secundarios: tiempo operatorio, complicaciones (Clavien-Dindo), costo de implementación y respuesta del dolor a los 6 meses mediante escala visual análoga (EVA), según ficha clínica y seguimiento telefónico. Se definió éxito como reducción ≥50% de la EVA y resolución completa como EVA 0. Los resultados se compararon con la serie multicéntrica chilena realizada con microscopio.

Resultados: Se operaron 6 pacientes (7 unidades testiculares), edad media (50) años (rango 23-70); 5 tuvieron varicocelectomía y 1 hidrocelectomía concomitantes. (3) de 6 presentaron respuesta al bloqueo preoperatorio del cordón. La arteria testicular se identificó y preservó en (7/7) casos sin conversión. El tiempo operatorio medio fue (55) minutos. Con seguimiento mediano de (6) meses, (1) paciente alcanzó la resolución completa, (3) mejoría ≥50% y (1) no mejoró, proporciones similares a la serie de referencia con microscopio (80%, 12% y 8% a 6 meses). No hubo complicaciones Clavien-Dindo ≥II ni pérdida testicular.

Conclusiones: La MDSC asistida por un exoscopio de bajo costo fue factible en todos los casos, preservó la arteria testicular y obtuvo resultados iniciales de alivio del dolor comparables a los descritos con microscopio quirúrgico, a un costo más bajo. Esta estrategia puede ampliar el acceso a microcirugía andrológica en hospitales públicos. El tamaño muestral y el seguimiento breve exigen confirmación en series mayores.

P79

Satisfacción de pacientes con prótesis de pene inflable evaluada mediante la versión en español del cuestionario SSIPI: Estudio retrospectivo de cohorte

Ascorra Hormaechea S.[1] | Alvarado M.[2] | Chade J.[1] | Moreno Figueroa S.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Universidad Andres Bello, Viña del Mar, Chile; [3]Clínica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: La prótesis peniana inflable (PPI) es un tratamiento usualmente de tercera línea para el manejo de la disfunción eréctil refractaria a terapias conservadoras. En los últimos 10 años en Chile se han instalado 1087 prótesis, de las cuales el32% son PPI1, y de éstas un tercio fueron implantadas en nuestra institución. El Satisfaction Survey for Inflatable Penile Implant (SSIPI) es el primer instrumento validado que evalúa de forma estandarizada la satisfacción del paciente 2 en los dominios de dolor, apariencia, función y satisfacción global, sin embargo existe escasa evidencia de su utilización en población hispanohablante. El objetivo es describir la satisfacción de los pacientes con PPI utilizando SSIPI.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con PPI operados en un centro de Santiago desde julio 2020 hasta febrero 2026. Se evaluaron variables demográficas, antecedentes clínicos, historial quirúrgico y complicaciones. Se aplicó telefónicamente la versión en español del SSIPI, calculando los puntajes de los dominios dolor, apariencia, función y satisfacción global.

Resultados: Se identificaron 20 pacientes, de los cuales 2 no aceptaron participar y 2 no contestaron. Mediana de seguimiento de26 meses (rango6-70)La edad media al momento de la cirugía fue 59.1±9.8 años, con un promedio de 4.8 años de historia de disfunción eréctil (25% secundaria a prostatectomía radical). El 93.8% de los pacientes continuaba usando el dispositivo, con una frecuencia media de 7.0 veces/mes. La tasa de complicaciones fue 18.8%, destacando la falla mecánica (2/16) y la disminución de la sensibilidad (2/16). No se registraron infecciones ni erosiones. El puntaje total SSIPI promedio fue 65.6±15.6/80 (82% del máximo). El dominio de dolor mostró el mejor resultado de satisfacción (89% siendo un factor no relevante) y el de apariencia el más bajo en satisfacción (77%). El 68.8% de los pacientes percibía acortamiento peniano post-implante y el37.5% desarrolló dificultad orgásmica.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes operados en nuestro centro, la PPI se asoció a un alto nivel de satisfacción global medido mediante la encuesta SSIPI en español. La tasa de complicaciones mayores fue baja. El acortamiento peniano percibido y la disfunción orgásmica postoperatoria son las principales áreas de insatisfacción, consistentes con la literatura internacional.

P80

Respuesta bioquímica y clínica al uso de citrato de clomifeno versus anastrozol en pacientes con testosterona baja para su edad: Estudio prospectivo multicéntrico

Herrera Sepulveda D.[1] | Ávila C.[2] | Storme O.[3] | Sáez N.[4]

[1]Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [2]Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, Clínica Red Salud Santiago, Santiago, Chile; [4]Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile; Servicio de Urología, Clínica Red Salud Santiago; Servicio de Urología, Clínica MEDS; Servicio de Urología, Clínica Dávila Vespucio, Santiago, Chile

Introducción: El citrato de clomifeno, modulador selectivo del receptor de estrógeno y el anastrozol, inhibidor de aromatasa, se usan off-label para estimular la producción endógena de testosterona en el hipogonadismo funcional, dado que no suprimen el eje hipotálamo-hipófisis-gónada, a diferencia del uso de TRT. La evidencia comparativa directa en este escenario es escasa. El objetivo de este trabajo es comparar la respuesta bioquímica y clínica a ambos fármacos.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo de 121 pacientes con testosterona total baja o límite consultantes en policlínico de andrología. Se comparó a los grupos: clomifeno (n=68, 25 miligramos cada 24 horas) y anastrozol (n= 44, 1 miligramo cada 48 horas). Los 9 pacientes restantes fueron tratados secuencialmente con ambos y se describen por separado. Se usaron pruebas de Wilcoxon, Mann-Whitney y chi-cuadrado. El análisis se realizó con el software R 4.3.3.

Resultados: La mediana de edad fue 43 años (RIC 38-52) en la cohorte completa, mayor en el grupo anastrozol (48 versus 42; p=0,013). Los síntomas de consulta fueron cansancio 98,5%, disfunción eréctil 76,5% y baja libido 64,7%. La testosterona basal fue 10,1 nmol/L con anastrozol y 9,8 con clomifeno (p=0,57). La testosterona aumentó significativamente en ambos grupos en el control al mes: anastrozol 16,5 nmol/L (delta 6,1) y clomifeno 21,7 nmol/L (delta 10,8). Con clomifeno las medianas a 1, 3 y 6 meses fueron 21,5, 23,6 y 22,5 nmol/L. El incremento fue mayor con clomifeno (p=0,004), sin diferencia en la proporción que alcanzó 12 nmol/L o más (80,9% versus 75,0%; p=0,61) ni en la mejoría sintomática global (87,9% versus 79,5%; p=0,38). En 9 tratados secuencialmente por intolerancia o respuesta insuficiente, el incremento mediano fue 9,3 nmol/L con clomifeno y 4,5 con anastrozol.

Conclusiones: Ambos fármacos elevan significativamente la testosterona endógena en hombres con niveles bajos y logran mejoría sintomática en cerca del 80% de los casos. El incremento fue de mayor magnitud con clomifeno, aunque proporciones similares alcanzaron el rango eugonadal y la respuesta clínica fue comparable. Dentro de nuestras limitaciones destacamos que el diseño no es ciego y esto limita la comparación directa.

P81

Recuperación de testosterona y factores asociados tras suspensión de terapia de deprivación androgénica

Luz D. | Cid A. | Calvo I. | Rojas I. | Orellana S. | Dominguez R. | Eltit I. | Hassi M.

Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La terapia de deprivación androgénica (TDA) constituye parte fundamental del tratamiento del cáncer de próstata utilizándose con frecuencia en combinación con radioterapia. Tras su suspensión, la recuperación del eje gonadal es altamente variable, con tasas publicadas entre 7% y 96%, según la definición de recuperación, duración del tratamiento y características del paciente. La recuperación lenta o incompleta prolonga los efectos metabólicos y sexuales del hipogonadismo. Caracterizar su evolución en el tiempo resulta relevante para estimar la recuperación hormonal posterior al tratamiento.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 55 pacientes con cáncer de próstata y suspensión de TDA. Se reconstruyeron longitudinalmente las mediciones hormonales desde la suspensión hasta la primera recuperación documentada o último control. Se definió nivel de castración y eugonadal como <50 y ≥300ng/dl y ≥150 como recuperación parcial. El tiempo hasta recuperación se estimó mediante Kaplan-Meier.Se exploraron asociaciones con edad, duración de TDA, grupo ISUP, tratamiento local y comorbilidades mediante análisis univariado y modelos de Cox.

Resultados: La mediana de edad fue 75 años (RIC 68,5–79,5), la duración de TDA fue 22,6 meses (RIC 15,0–29,3) y el seguimiento hormonal post-TDA 20,4 meses (RIC 14,5–30,4). Todos presentaban testosterona normal previa a TDA y rango de castración al inicio del seguimiento. 36/55 pacientes (65,5%) alcanzaron testosterona >50ng/dL, 28/55 (50,9%) ≥150ng/dL y 21/55 (38,2%) ≥300ng/d.; 19 (34,5%) no salieron del rango de castración. Las probabilidades acumuladas de recuperación a 24 meses fueron 55,4%, 40,7% y 35,3%, respectivamente, con medianas estimadas de 20,0, 28,4 y 33,4 meses.La edad avanzada al suspender TDA se asoció a menor recuperación >50ng/dL ajustada por duración de TDA (aHR por cada 5 años: 0,76; IC95% 0,58–0,99; p=0,043), sin asociación significativa para los otros umbrales. La duración de TDA, radioterapia o prostatectomía radical y comorbilidades no se asociaron significativamente con recuperación.

Conclusiones: La recuperación de testosterona tras suspender TDA fue lenta e incompleta. Dos tercios lograron salir del rango de castración y menos del 40% alcanzó niveles eugonadales. La mayor edad se asoció a una salida más lenta del rango de castración. No se identificaron asociaciones significativas con duración de TDA, comorbilidades ni tratamiento local.

P82

Trasplante renal en un centro regional: Técnica quirúrgica, complicaciones y función del injerto en el período de registro completo

Gárate S.[1] | Foneron A.[2] | Foneron A.[2] | Oyanedel F.[2] | Toledo H.[2] | Flores F.[2] | Cuevas P.[1] | De La Fuente M.[1] | Wagner T.[1] | Steuer A.[1] | Grandi D.[1] | Ebel L.[2]

[1]Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: El programa regional de trasplante renal acumula más de 300 injertos, pero sus resultados quirúrgicos y de función del injerto no habían sido caracterizados con seguimiento estructurado. Se describen técnica, complicaciones y función en el período con registro quirúrgico completo.

Material y Métodos: Registro de pabellón del período con registro quirúrgico completo (2023 – mayo 2026) y cohorte de seguimiento de 118 receptores confirmados (61 con fecha de injerto; seguimiento mediano 2,3 años). Técnica, isquemia e incidentes desde los protocolos; complicaciones con manejo de negación; función por CKD-EPI.

Resultados: Se realizaron 37 trasplantes en 2023, 37 en 2024, 14 en 2025 y 9 en cinco meses de 2026 (edad mediana 46 años; donante fallecido 83%; duración operatoria mediana 197 minutos). Técnica: Lich-Gregoir en 74% de los protocolos evaluables y uretero-ureteral en 22%; isquemia caliente mediana 40 minutos y fría 15,0 horas (RIC 12,5–20,2) en donante fallecido. Incidentes: arterias múltiples 20%, filtración o reanastomosis 12%. Complicaciones: función retardada 27% (31% con donante fallecido frente a 15% con vivo), hematoma 19%, linfocele 13%, rechazo agudo 11%, fuga urinaria 8%, trombosis 6%; reintervención a 90 días 26%. Un mayor sangrado predijo complicación quirúrgica (450 frente a 200 mL; p=0,026); la isquemia no se asoció a desenlaces. Injerto: creatinina 1,41 mg/dL a los 3 meses y 1,26 a los 12; VFG mediana 62 mL/min al año (21% bajo 45); pérdida 1 de 61.

Conclusiones: En un programa regional establecido, la técnica es homogénea, las complicaciones están dentro de los rangos publicados (función retardada 20–50% en donante fallecido; rechazo 8–20%; fuga 1–7%) y la función del injerto al año equivale a la de programas de referencia (61–65 mL/min).

P83

Variaciones vasculares del injerto renal y resultados perioperatorios: Experiencia de un centro chileno

Márquez I.[1] | Carrillo I.[1] | Herrera R.[2] | Orellana D.[3] | Santis J.[1] | Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Gambi G.[1] | Rojas V.[1] | Calderón D.[1] | Rubio G.[1] | Toloza H.[1] | Puelma F.[1] | Morales C.[1] | Rojas J.[1]

[1]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Las variaciones vasculares del injerto renal incrementan la complejidad técnica del trasplante, pero su repercusión clínica continúa siendo controvertida. El objetivo fue describir su frecuencia y evaluar su asociación con tiempos operatorios, función retardada y reintervenciones.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de trasplantes renales consecutivos realizados entre enero de 2019 y agosto de 2025. Se definió variación vascular como la presencia de más de una arteria, más de una vena o aneurisma arterial. Se compararon injertos con y sin variaciones mediante Mann-Whitney, chi-cuadrado o Fisher. La función retardada se definió como necesidad de diálisis durante los primeros siete días. Se realizo un seguimiento de 1 año para detectar reintervenciones.

Resultados: De 290 trasplantes, 288 tuvieron anatomía evaluable; 102 (35,4%) presentaron variaciones vasculares. Se identificaron arterias múltiples en 86/288 (29,9%) y venas múltiples en 23/288 (8,0%). El 51,4% de los riñones fueron identificados con lateralidad derecha. La isquemia caliente fue de 35 minutos [RIC 30-40] versus 32,5 [29-39] minutos en injertos con y sin variaciones (p=0,066), y la duración quirúrgica 158 [132-180,8] versus 150 [132-181] minutos (p=0,236). La función retardada ocurrió en 27,7% versus 36,1% (OR 0,68; IC95% 0,40-1,16; p=0,188) y la reintervención antes de 12 meses en 22,5% versus 22,0% (OR 1,03; IC95% 0,58-1,84; p=1,000). Aunque las causas vasculares fueron proporcionalmente más frecuentes entre los reintervenidos con variación vascular (34,8% vs. 17,1%), la diferencia fue no significativa (p=0,132). Tampoco hubo diferencias en trasplantectomía (6,9% vs. 5,9%; p=0,801) ni mortalidad (10,8% en ambos grupos; p=1,000). Las causas predominantes de reintervención fueron colecciones peri-injerto (62,5%). En el análisis específico, las arterias múltiples mostraron mayor isquemia caliente (36 vs. 32 minutos; p=0,032); ajustadamente se asociaron con 11,8 minutos adicionales de cirugía (IC95% 0,4-23,2; p=0,042).

Conclusiones: Las variaciones vasculares fueron frecuentes y aumentaron la complejidad técnica, particularmente en injertos con arterias múltiples, sin asociarse con mayor función retardada, reintervención, trasplantectomía o mortalidad. Estos injertos pueden utilizarse con resultados perioperatorios comparables cuando son implantados por equipos experimentados.

P84

Cultivos positivos del líquido de preservación en trasplante renal: Hallazgos microbiológicos y evolución clínica de un centro chileno

Carrillo I.[1] | Herrera R.[2] | Márquez I.[1] | Santis J.[1] | Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Gambi G.[1] | Rojas V.[1] | Calderón D.[1] | Rubio G.[1] | Toloza H.[1] | Puelma F.[1] | Morales C.[1]

[1]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La contaminación microbiológica del líquido de preservación (LP) es frecuente en trasplante de órganos, con tasas de positividad ampliamente variables y superiores al 40–60% en algunas series internacionales. Sin embargo, la transmisión al receptor es infrecuente y la relevancia clínica de estos hallazgos continúa en discusión. El objetivo fue describir la frecuencia y microbiología de los cultivos positivos de LP, así como la conducta terapéutica y evolución clínica de los receptores afectados.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de trasplantes renales de donante fallecido realizados entre agosto de 2023 y junio de 2026. Desde agosto de 2023 se incorporó la toma de cultivos de LP. Durante el período se realizaron 139 trasplantes; en 111 (79,9%) se obtuvo al menos un cultivo y en 43 se tomaron dos muestras, totalizando 154 cultivos. Se analizaron los receptores con cultivos positivos, microorganismos aislados, conducta terapéutica, complicaciones infecciosas y quirúrgicas y evolución del injerto.

Resultados: Se identificaron 9/154 cultivos positivos (5,8%), correspondientes a 7/111 receptores (6,3%). Se aislaron Enterococcus faecalis, Streptococcus mitis/oralis, Streptococcus anginosus, Staphylococcus hominis, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus capitis y Candida albicans. Ningún paciente recibió tratamiento antimicrobiano dirigido al aislamiento, manteniéndose conducta expectante. Tres pacientes (42,9%) desarrollaron infecciones posteriores: una bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa y dos pielonefritis del injerto con bacteriemia por Klebsiella pneumoniae NDM. Ninguna presentó concordancia microbiológica con el LP. Cinco pacientes tuvieron función inmediata del injerto. Al cierre del seguimiento, todos los injertos se encontraban funcionantes, sin pacientes que hubieran retornado a diálisis ni fallecimientos.

Conclusiones: Nuestra serie presentó una baja frecuencia de cultivos positivos de LP comparada con cifras internacionales. Pese a mantenerse una conducta expectante, no se observaron infecciones microbiológicamente concordantes y todos los injertos permanecían funcionantes al cierre del estudio. El limitado número de casos y tiempo de seguimiento impiden establecer conclusiones definitivas sobre seguridad y resultados a largo plazo. Estos hallazgos sugieren que la positividad aislada del LP debe interpretarse según el microorganismo y contexto clínico, siendo necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento.

P85

Nefrectomía del injerto renal: Indicaciones, temporalidad y resultados en una serie contemporánea

Carrillo I.[1] | Herrera R.[2] | Orellana D.[3] | Santis J.[1] | Márquez I.[1] | Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Gambi G.[1] | Rojas V.[1] | Calderón D.[1] | Rubio G.[1] | Toloza H.[1] | Puelma F.[1] | Morales C.[1]

[1]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La nefrectomía del injerto renal es una intervención infrecuente, reservada principalmente para fracaso precoz por complicaciones vasculares y para injertos fallidos sintomáticos por infección, rechazo o síndrome de intolerancia. El objetivo fue describir las nefrectomías del injerto realizadas en un centro de trasplante, caracterizando receptores, donantes, indicaciones, temporalidad, abordaje quirúrgico, hallazgos anatomopatológicos y resultados clínicos.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a nefrectomía del injerto tras trasplante renal en un centro chileno. Se analizaron características del receptor y donante, variables del trasplante, indicación, temporalidad, urgencia, abordaje quirúrgico, anatomía patológica y mortalidad. Se definió nefrectomía precoz como aquella realizada ≤30 días postrasplante.

Resultados: Se realizaron 331 trasplantes entre enero de 2019 y junio de 2026. Se identificaron 19 nefrectomías, equivalentes al 5,8% de los trasplantes, todos se presentaron en riñones provenientes de donante cadáver. La mediana de edad del receptor fue 58 años y 57,9% eran hombres. La edad mediana del donante fue 57 años; 52,6% correspondieron a criterio expandido y 47,4% de los injertos presentaban variaciones vasculares. Solo 21,1% presentó función inmediata. La mediana entre trasplante y nefrectomía fue 10 días. Once procedimientos (57,9%) ocurrieron durante los primeros 30 días. Las complicaciones vasculares fueron la principal indicación (11/19; 57,9%), seguidas de infección (5/19; 26,3%). Diez de 11 nefrectomías precoces fuero por causa vascular, mientras que las cinco indicaciones infecciosas ocurrieron después de 30 días. Entre los casos con información quirúrgica, 12/16 fueron extracapsulares, incluyendo todos los procedimientos precoces, mientras que los cuatro abordajes intracapsulares ocurrieron después de 30 días, en 9/16 casos la cirugía se realizó de urgencias. La duración mediana del procedimiento fue 69 minutos. La anatomía patológica mostró predominantemente necrosis/infarto hemorrágico, trombosis vasculares, y cambios inflamatorios infecciosos en los casos correspondientes.

Conclusiones: La nefrectomía del injerto fue infrecuente y presentó dos patrones clínicos diferenciados: uno precoz, predominantemente vascular y urgente, y otro tardío, asociado principalmente a infección y cirugía electiva. Su elevada complejidad técnica, especialmente en escenarios de urgencia, requiere un adecuado conocimiento de la técnica del trasplante renal, por lo que debe ser realizada por equipos con experiencia en este ámbito.

P86

Pielonefritis enfisematosa en un hospital público de urgencia: Caracterización clínica, conducta terapéutica y desenlaces

Madrid Deischler V.[1] | Diaz Legarreta J.[2] | Acosta Garay A.[2] | García Gómez A.[2] | Escudero Perelló A.[3] | Pfeifer Esparza J.[4] | Marchant Bustos P.[4] | Maldonado Álvarez F.[4] | Henríquez Rissios I.[4] | Donoso Gónzalez D.[4] | Durán García L.[4]

[1]Hospital de Urgencia Asistencia Publica, Santiago, Chile; [2]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [3]Pasante Urología Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [4]Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: La pielonefritis enfisematosa (PEF) es una infección necrotizante del parénquima renal, clásicamente asociada a diabetes mal controlada. La literatura reporta mortalidad histórica de 20-40%, e incluso hasta 60-80% en series con nefrectomía como tratamiento de elección; metaanálisis recientes sitúan el rango entre 11-42% y documentan un viraje internacional hacia el manejo conservador y mínimamente invasivo como primera línea. Sin embargo, las series publicadas siguen siendo escasas y provienen mayoritariamente de centros que reportan las formas más graves, consolidando una percepción de entidad letal.

Material y Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de 22 pacientes con PEF atendidos en un hospital público de urgencia. Se describieron comorbilidades, localización del aire, litiasis (presencia y carácter obstructivo como variables independientes), manejo inicial, tratamiento en caso de fracaso del manejo inicial, microbiología con perfil de resistencia. Los IC95% de proporciones se calcularon por método de Wilson; comparaciones mediante test exacto de Fisher y t de Welch.

Resultados: Edad promedio 62,5 ± 11,9 años (rango 36-86); 63,6% corresponde a mujeres. Diabéticos 81,8% (59,1% insulinorrequirientes). Litiasis en 7 (31,8%), obstructiva en 5 (22,7%); derivación urinaria previa en 4 (18,2%). Aire confinado al riñón en 12 (54,5%), comprometiendo uréter y riñón en 10 (45,5%). Conducta de entrada: catéter doble J 10 (45,5%), antibioticoterapia exclusiva 9 (40,9%), nefrectomía 2 (9,1%), nefrostomía 1 (4,5%). El manejo inicial fracasó en 5 pacientes (22,7%; IC95% 10-43%): 3 con antibiótico exclusivo rescatados con doble J, 1 con doble J rescatado con nefrostomía, y 1 nefrectomías reoperada con hemicolectomía. Éxito: 66,7% con antibiótico exclusivo y 90,0% con doble J, sin diferencia significativa (p=0,303), tampoco hubo diferencias entre localizaciones del aire (p=1,000). Urocultivo positivo en 20/22 (90,9%): E. coli en 15, K. pneumoniae en 3; 31,8% polimicrobianos. Resistencia: ciprofloxacino 45,0%, cotrimoxazol 35,0%, ampicilina/sulbactam 30,0%, ceftriaxona 20,0%. Mortalidad 4,5% (1/22).

Conclusiones: En esta serie, la PEF se presentó en pacientes con carga metabólica muy elevada, con mortalidad de 4,5%, muy inferior a la reportada clásicamente. El manejo conservador con antibiótico o catéter doble J resolvió la mayoría de los casos; la nefrectomía se reservó a situaciones excepcionales.

P87

Evolución temporal de urocultivos en pacientes en lista de espera de nefro y/o ureterolitotomía

Sepúlveda Concha F.[1] | Madrid Deischler V.[2] | Henríquez Rissios I.[2] | Durán García L.[2] | Donoso González D.[2] | Maldonado Álvarez F.[2] | Marchant Bustos P.[2] | Pfeifer Esparza J.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

Introducción: La urolitiasis frecuentemente requiere instalación de urgencia de catéter doble J (JJ) previo a su resolución definitiva. Un urocultivo (UC) negativo antes de esta última es fundamental para disminuir el riesgo de sepsis perioperatoria. El objetivo de este estudio es evaluar los cambios microbiológicos asociados al tiempo de permanencia del JJ.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con urolitiasis sometidos a instalación de JJ de urgencia con resolución endoscópica diferida en un hospital público. Se definió Cultivo 0 (C0) como el UC previo a la colocación del JJ, analizando los UC sucesivos hasta la cirugía definitiva. Se evaluó positividad, cambio de microorganismo y resistencia antimicrobiana. La positividad y presencia de E. coli BLEE se analizaron mediante modelos GEE y su asociación con el tiempo de espera mediante correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes y 333 UC, con una mediana de 109 días hasta la resolución definitiva (RIC 63-185,5). El 38,7% de los UC fue positivo (43,5% de C0 y 36,9% de los posteriores). La probabilidad de positividad aumentó 29% por cada 60 días de espera (OR 1,29; IC95% 1,07-1,56; p=0,007), con una correlación estadísticamente significativa entre tiempo de espera y positividad (rho=0,572; p<0,001). En 36 pacientes se obtuvo más de un UC positivo; 58,3% presentó cambio de microorganismo, equivalente al 22,8% de la cohorte. E. coli fue el microorganismo más frecuente, presente en 75% de los C0 y 48,3% de los UC sucesivos positivos. La probabilidad de aislamiento de E. coli BLEE aumentó 71% por cada 60 días de espera (OR 1,71; IC95% 1,09-2,68; p=0,019).

Conclusiones: Un tiempo de permanencia más prolongado del JJ se asoció a mayor probabilidad de UC positivo, aislamiento de E. coli BLEE y más diversidad de microorganismos aislados. Estos resultados respaldan reducir los tiempos de resolución y mantener vigilancia microbiológica con el objetivo de disminuir potenciales complicaciones infecciosas.

P88

Cistopatía asociada a ketamina: Caracterización histopatológica con énfasis en el componente eosinofílico y vascular

Garcia M.[1] | Barriga J.[1] | Calvo N.[2] | Lozano C.[3]

[1]Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital de Quilpué, Viña del Mar, Chile; [3]Servicio de Anatomía Patológica Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: La ketamina es un antagonista no competitivo del receptor N-metil-D-aspartato, utilizado como anestésico disociativo y analgésico. Su consumo recreacional se ha asociado al desarrollo de una uropatía inflamatoria caracterizada histológicamente por daño urotelial, infiltrado linfocítico, eosinofílico, fibrosis, hiperplasia neural y alteraciones vasculares. El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos histopatológicos vesicales en una serie multicéntrica de pacientes con cistopatía asociada al consumo de ketamina.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de seis biopsias vesicales de pacientes con cistopatía asociada al consumo de ketamina. Las muestras fueron evaluadas mediante una pauta morfológica sistematizada por el anatomopatólogo de nuestro centro, considerando cuatro características principales: daño epitelial y congestión vascular, infiltrado eosinofílico intersticial, disposición periarteriolar de eosinófilos y venulitis aguda necrotizante. A partir de la combinación de estos hallazgos se propusieron, con fines descriptivos, tres patrones morfológicos: congestivo, eosinofílico y residual. Los hallazgos se resumen mediante descripción individual y frecuencias absolutas y relativas, sin análisis inferencial.

Resultados: Se analizaron seis biopsias vesicales. Dos casos (33,3%) presentaron un patrón congestivo y dos (33,3%) un patrón eosinofílico activo; un caso (16,7%) mostró un patrón residual y otro (16,7%) un patrón residual con actividad eosinofílica concomitante. Se identificó ulceración urotelial en tres casos (50%) y atrofia epitelial en dos (33,3%). Tres biopsias (50%) presentaron congestión vascular marcada. El infiltrado eosinofílico intersticial con disposición periarteriolar estuvo presente en cuatro casos (66,7%), mientras que dos (33,3%) presentaron venulitis necrotizante.

Conclusiones: En esta serie, la cistopatía asociada a ketamina presentó un espectro histopatológico heterogéneo, caracterizado por alteraciones epiteliales, congestión vascular y un componente inflamatorio eosinofílico prominente, con compromiso vascular en algunos casos. La combinación de estos hallazgos permitió reconocer patrones morfológicos congestivos, eosinofílicos y residuales, con superposición entre ellos. El reducido tamaño muestral, el diseño retrospectivo y la ausencia de correlación clínica impiden establecer una secuencia evolutiva o validar una clasificación histológica. No obstante, esta caracterización exploratoria permite generar nuevas hipótesis y constituye una base para el desarrollo de estudios posteriores con mayor número de pacientes, evaluación histológica estandarizada y correlación clínico-patológica.

P89

Factores clínicos y demográficos asociados al éxito del cateterismo vesical en retención aguda de orina: Experiencia en un hospital público

Ascorra S.[1] | Caceres J.[1] | Pfeifer J.[2] | Marchant P.[2] | Alvarado M.[3] | Henriquez I.[2] | Donoso D.[2] | Madrid V.[2] | Duran L.[2] | Maldonado F.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile; [3]Univiersidad Andres Bello, Viña del Mar, Chile

Introducción: La retención aguda de orina (RAO) es una urgencia urológica frecuente, que requiere cateterismo, en nuestro centro se estiman 4500 a 5000 sondas instaladas por año. El cateterismo vesical fallido conlleva un alto riesgo de trauma uretral iatrogénico. Dada la escasa evidencia local sobre el perfil de estos pacientes, este estudio tiene por objetivo describir las características epidemiológicas de pacientes con RAO e identificar factores asociados al fracaso en la instalación de sonda por especialista.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo en un único hospital público. Se evaluaron interconsultas realizadas al equipo de urología por RAO, entre septiembre de 2023 y mayo de 2026, analizando variables demográficas, comorbilidades, hallazgos imagenológicos (volumen y diámetro transverso prostático) y el desenlace del cateterismo.

Resultados: Se encontraron 368 interconsultas por RAO. La mediana de edad fue de 69 años (RIC 60-79), con predominio masculino (80,7%). Un 24,5% tenía diagnostico previos de hiperplasia prostática benigna. Un 46,5% contaba con sonda previa a la evaluación urológica, 25,8% fue un error diagnóstico. 102 pacientes (27,7%) se encontraban en RAO con intento frustro de instalación de sonda por otro equipo. De estos pacientes 66,6% requirió resolución invasiva (57% cistostomía y 42% pabellón), mientras que en el 33,4% el equipo de urología logró el sondeo en box. En las cistoscopias realizadas los hallazgos descritos fueron estenosis uretral (45%), falsa vía (17%), litiasis uretral atascada (13%), sin alteraciones (20%) y estenosis de meato (3%). Del análisis de factores de riesgo la sospecha de lesión uretral (OR2,50; IC95% 0,84-7,46) y la cirugía urológica previa (OR2,50; IC95% 0,70-8,89) duplicaron el riesgo de requerir pabellón, sin significancia estadística. Ni el volumen prostático >30cc (OR1,37; p=0,719) ni el diámetro transverso >4,5cm (OR1,38; p=0,701) actuaron como predictores independientes.

Conclusiones: La RAO afecta principalmente a hombres mayores, con alta frecuencia de sondaje previo fallido que se asocia a mayor necesidad de manejo invasivo. Ni el volumen ni diametros transverso prostático predijeron el fracaso del sondeo, mientras que la sospecha de lesión uretral y la cirugía urológica previa mostraron una tendencia a duplicar ese riesgo, sin significancia estadistica. Estos resultados respaldan la derivación precoz al especialista para reducir intentos fallidos y sus complicaciones.

P90

Interconsultas al servicio de urología en un hospital regional: Caracterización, reconsulta y manejo ambulatorio

Gárate S.[1] | Ebel L.[2] | Foneron A.[2] | Foneron A.[2] | Oyanedel F.[2] | Toledo H.[2] | Flores F.[2] | Cuevas P.[1] | De La Fuente M.[1] | Wagner T.[1] | Steuer A.[1] | Grandi D.[1]

[1]Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile; [2]Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: La interconsulta (IC) coordina la atención entre servicios, pero su volumen, pertinencia y reconsulta rara vez se auditan en urología. El objetivo fue caracterizar las IC urológicas de un hospital regional: origen, motivos, oportunidad, resolución, reconsulta y manejo ambulatorio.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las IC recibidas entre septiembre de 2025 y julio de 2026, depuradas por número único. Cada IC fue evaluada por un residente y revisada con un urólogo. Se registraron demografía, servicio solicitante, diagnóstico (CIE-10) y resolución. Se definió «de manejo ambulatorio» toda IC por motivo no urgente, generalmente patología benigna, resoluble o derivable a policlínico —eventualmente con ampliación de estudio— sin requerir manejo intrahospitalario.

Reconsulta: ≥2 IC del mismo paciente. Estadística descriptiva y test exacto de Fisher (OR, IC95%).

Resultados: Se analizaron 383 IC de 268 pacientes (edad media 62 años; 30% ≥75). Origen: Urgencias 39%, Medicina Interna 22%, cuidados intensivos 19%; 9% derivaciones de la red. Los motivos más frecuentes fueron litiasis/cólico renal (19%), hematuria (14%) e infección urinaria (9%); la carga oncológica fue 11%. La mediana de demora solicitud-atención fue 0 días (90% en ≤48 horas). El 67% recibió conducta resolutiva definida y el 24% cirugía o procedimiento; 8% careció de respuesta digital. El 27% fue de manejo ambulatorio (90% patología benigna), mayor en salas de hospitalización que en Urgencias (38% vs 23%; OR 0,49; IC95% 0,30–0,80; p=0,005). El 22% de los pacientes generó reconsultas, aportando el 45% de las IC, con intervalo mediano de 6 días; la reconsulta no se asoció a diagnóstico ni servicio, y fue menos ambulatorizable que la IC índice (19% vs 33%; OR 0,47; p=0,003).

Conclusiones: Las IC urológicas en un hospital regional provienen mayoritariamente de Urgencias, se concentran en litiasis y hematuria y se atienden con alta oportunidad. Casi la mitad del volumen proviene de reconsultas precoces de un quinto de los pacientes, compatibles con ciclos de estudio y revisión más que con consultas evitables. La mayor proporción de manejo ambulatorio en salas orienta a vías de derivación directa a policlínico.

P91

Uso de PrEP e infecciones de transmisión sexual no VIH en HSH: Análisis ajustado por conductas sexuales de riesgo

Urzúa Salas R.[1] | Sarmiento Arancibia V.[1] | Mejías Briceño A.[2] | Ramírez Quintero J.[1]

[1]Hospital del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: Existe preocupación por una posible asociación entre el uso de profilaxis preexposición (PrEP) y una mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que podría desincentivar su indicación. Sin embargo, esta relación podría reflejar el perfil de riesgo sexual de los usuarios más que un efecto de la profilaxis. Ante la escasez de datos chilenos, se evaluó la asociación entre el uso de PrEP y el diagnóstico de ITS no VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) sin VIH conocido.

Material y Métodos: Estudio transversal analítico mediante encuesta anónima autoaplicada, difundida por redes sociales. Se incluyeron HSH de sexo masculino y orientación homosexual, bisexual o pansexual, sin diagnóstico de VIH (n=210). La exposición se clasificó como uso actual, previo o nunca uso de PrEP. El desenlace fue el diagnóstico autorreportado de al menos una ITS no VIH en los últimos 12 meses. Se estimaron razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson con varianza robusta, ajustando por edad y cuatro conductas de riesgo: múltiples parejas sexuales, sexo sin preservativo con pareja no estable, sexo bajo efecto de sustancias y parejas casuales.

Resultados: El 19,0% (40/210) reportó una ITS no VIH. El uso de PrEP no se asoció independientemente con el desenlace, tanto para uso actual (RPa=0,90; IC95% 0,45-1,79; p=0,768) como previo (RPa=1,24; IC95% 0,52-2,95; p=0,635). El sexo sin preservativo con pareja no estable (RP=2,52; p=0,080) y el sexo bajo sustancias (RP=1,91; p=0,069) mostraron tendencia a mayor prevalencia de ITS; parejas casuales y múltiples parejas no se asociaron. Sífilis (9,5%) y gonorrea (4,8%) fueron las ITS más frecuentes.

Conclusiones: No se identificó una asociación independiente entre el uso de PrEP y la prevalencia de ITS no VIH. El sexo sin preservativo con parejas no estables y el sexo bajo sustancias mostraron magnitudes relevantes, aunque sin alcanzar significación estadística. Estos resultados respaldan ofrecer PrEP dentro de estrategias de prevención combinada, con tamizaje periódico y consejería dirigida a conductas específicas. El diseño transversal, el autorreporte y el muestreo por conveniencia limitan la inferencia causal y la generalización de los resultados.

P92

Estimación del costo económico de los cánceres urológicos en Chile, periodo años 2025-2045

Inzunza Navarro J.[1] | Inostroza Aqueveque C.[2] | Triat Catalan T.[1] | Ulloa Adasme M.[1] | Umaña Rodriguez J.[3] | Gonzalez Billault M.[1] | Thorkelsen G.[1]

[1]Unidad de Urologia, Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile; [2]Departamento de Salud Municipal, Villarrica, Chile; [3]Servicio Urologia. Hospital Dr. Hernan Henriquez A., Temuco, Chile

Introducción: Los cánceres urológicos representan una carga relevante en Chile, pero su impacto económico proyectado no siempre se cuantifica. El objetivo fue estimar el costo económico de los principales cánceres urológicos —próstata, vejiga, riñón y testículo— para el período 2025–2045.

Material y Métodos: Estudio de costo de enfermedad basado en incidencia. Las proyecciones de casos incidentes y muertes por tumor y año para Chile se obtuvieron de GLOBOCAN 2022. Los costos unitarios se basaron en metodología de Espinoza et al. (Rev Med Chile, 2022) y se expresaron en pesos chilenos. Los costos directos se estimaron con las canastas de atención de próstata, riñón, vejiga y testículo reportadas por dicha fuente. El costo directo anual se calculó multiplicando los casos proyectados por su respectivo costo unitario. Los costos indirectos por mortalidad se estimaron mediante el enfoque de capital humano, considerando las pérdidas de productividad asociadas a muerte prematura.

Resultados: El costo económico total proyectado aumentaría de $400.010 millones en 2025 a $685.836 millones en 2045 (+71,5%), manteniéndose el componente directo cercano al 97% del costo total. En 2025, el costo directo alcanzaría $387.923 millones, concentrándose en cáncer de próstata ($266.234 millones; 68,6%), riñón ($57.607 millones; 14,9%), vejiga ($43.913 millones; 11,3%) y testículo ($20.170 millones; 5,2%). Para 2045, el costo directo alcanzaría aproximadamente $661.305 millones. Respecto de 2025, los costos directos aumentarían 77,4% para próstata, 76,6% para vejiga, 54,0% para riñón y 4,4% para testículo. El costo indirecto asociado a mortalidad aumentaría aproximadamente 103%.

Conclusiones: La carga económica proyectada de los cánceres urológicos aumentaría sostenidamente hasta 2045, impulsada principalmente por el incremento de los casos y costos asociados al cáncer de próstata. Estos resultados aportan una estimación inicial que puede contribuir a la planificación sanitaria del cáncer en Chile. No obstante, deben interpretarse considerando las limitaciones de los costos unitarios disponibles. Futuros estudios deberían incorporar costos diferenciados según tipo de tumor, estadio, tratamiento y modalidad de atención.

P93

Experiencia de un programa institucional de cirugía robótica en un centro universitario: Análisis de actividad, diversificación y capital humano (2021-2026)

Moreno N. | Perez V. | Majerson A. | Velasquez M. | Brusoni S.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La cirugía robótica ha mostrado un crecimiento sostenido en las últimas dos décadas, siendo la urología una de sus especialidades pioneras. La descripción cuantitativa del proceso de implementación institucional es, sin embargo, escasa en Latinoamérica. El objetivo fue describir la experiencia de un programa de cirugía robótica en un centro universitario entre 2021 y 2026, en términos de actividad, diversificación y capital humano.
Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de carácter censal. Se incluyeron todos los procedimientos asistidos por plataforma robótica realizados entre junio de 2021 y mayo de 2026. La información se obtuvo de registros institucionales de pabellón y ficha clínica electrónica, con datos codificados y disociados. Se realizó análisis descriptivo del volumen anual, la tasa de crecimiento y la distribución por especialidad, plataforma y cirujano. El estudio contó con aprobación del comité ético-científico y dispensa de consentimiento informado.
Resultados: Se registraron 813 procedimientos. El volumen anual aumentó de 10 (2021) a 376 (2025), con 2026 como período parcial (138 casos hasta mayo). La actividad se distribuyó en cuatro especialidades: urologia 431 (53,0%), cirugia digestiva 329 (40,5%), ginecologia 39 (4,8%) y coloproctologia 14 (1,7%). El programa se inició en urología (junio 2021) y se diversificó a cirugía digestiva y ginecología (2022) y a coloproctología (2025). Se utilizaron dos plataformas: Hugo RAS 567 (69,7%) y Da Vinci Xi 246 (30,3%). Participaron 27 cirujanos, aumentando de 1 activo en 2021 a 23 en 2025; los tres cirujanos de mayor volumen concentraron el 51% de los casos.
Conclusiones: Se describe la primera serie institucional consolidada de un programa de cirugía robótica en un centro universitario chileno, caracterizada por un crecimiento sostenido, diversificación progresiva de especialidades y plataformas, e incorporación creciente de cirujanos. Estos hallazgos aportan a la escasa literatura regional y constituyen una línea de base para futuros estudios analíticos.

P94

Más allá de la urología: Impacto de la expansión multidisciplinaria de un programa de cirugía robótica en un hospital público chileno

Eltit I.[1] | Radtke López V.[2] | Contreras Flores C.[3] | Fernandez Gonzalez R.[3] | Ramirez Rocha G.[2] | Rojas I.[2] | Juri Yamal D.[2] | Dominguez R.[2] | Orellana S.[2] | Plaza Jimeno C.[2] | Hassi Román M.[2]

[1]Servicio de Urología Hospital Félix Bulnes/Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica Indisa, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile; [3]Departamento de Gestión clínico financiero Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

Introducción: La urología fue la especialidad pionera en la adopción de la cirugía robótica, tras la aprobación de la FDA en 2001 para la prostatectomía asistida por robot, siendo su motor histórico en medicina. Por ello, los programas robóticos suelen iniciarse desde Urología; sin embargo, su consolidación y sostenibilidad dependen de que otras especialidades la utilicen, transformándola en una plataforma compartida. El objetivo fue describir la evolución multidisciplinaria de un programa robótico iniciado desde Urología y evaluar su impacto en un hospital público chileno.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo del programa robótico institucional (octubre 2024–julio 2026), analizando su producción y distribución por especialidad según el registro oficial. Se evaluó la tendencia de la proporción de procedimientos no urológicos mediante regresión logística. Para el análisis de estancia se usó la cohorte con información GRD disponible, comparando cada hospitalización robótica con la cohorte histórica no robótica del mismo procedimiento y GRD, y estimando la reducción de estancia y los días-cama liberados.
Resultados: Se registraron 452 procedimientos: Urología (55,3%), cirugía colorrectal (24,1%), cirugía digestiva (10,6%) y Ginecología (10,0%). La composición del programa evolucionó progresivamente: entre enero y junio de 2025, Urología concentró el 80,4%, proporción que descendió a 51,3% entre julio y diciembre de 2025 y a 45,6% entre enero y julio de 2026 ($p<0,001$ para tendencia), sin reducir el volumen absoluto urológico (80-90 procedimientos/semestre). En la cohorte de 401 hospitalizaciones, la estancia media fue 3,48 días frente a 4,77 días en la cohorte histórica comparable, una reducción de 1,29 días por episodio (27,0%; IC95% 1,02-1,54), equivalente a 517 días-cama liberados.
Conclusiones: Los hallazgos evidencian una transición desde un programa sostenido por Urología hacia una plataforma quirúrgica compartida, en la que otras especialidades superaron la mitad de la actividad sin desplazar el volumen urológico. La reducción de la estancia hospitalaria y la liberación de días-cama son relevantes en un sistema público con alta carga asistencial. Por ello, liderar la implementación e incorporar otras especialidades es una estrategia reproducible para aumentar la utilización y sostenibilidad de la plataforma.

P95

Inteligencia artificial en urología chilena: Uso y barreras percibidas por urólogos y residentes

Tirado Barker D.[1] | Luz D.[2] | Barría S.[1] | Acuña J.[1]

[1]Unidad de Urología, Clínica INDISA., Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes Cerda./Unidad de Urología, Clínica INDISA., Santiago, Chile

Introducción: La inteligencia artificial (IA) se ha incorporado rápidamente a la práctica médica, pero su adopción por urólogos y residentes en Chile no ha sido caracterizada. El objetivo fue describir el uso de IA por urólogos y residentes chilenos en su vida diaria, práctica clínica y actividad académica, junto con su actitud y preocupaciones.
Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuesta autoaplicada y anónima (Google Forms), difundida entre urólogos en ejercicio y residentes de urología en Chile, con 74 respuestas válidas. El instrumento indagó datos demográficos, uso de herramientas de IA, nivel de conocimiento, uso clínico y académico, validación de resultados, manejo de datos de pacientes, actitud y barreras percibidas. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes.
Resultados: Respondieron 74 profesionales (71,6% urólogos en ejercicio, 28,4% residentes). El 97,3% declaró usar IA en su vida diaria o profesional; ChatGPT (78,4%), Gemini (56,8%), Claude (47,3%) y OpenEvidence (44,6%) fueron las más utilizadas. Solo 18,1% había recibido formación formal en IA. El 94,4% la utiliza en su práctica clínica, principalmente para búsqueda de evidencia (82,4%) y apoyo en decisiones de tratamiento (39,2%); 44,1% siempre valida la información antes de aplicarla y 55,9% ha ingresado datos de pacientes anonimizados. Las principales preocupaciones fueron exactitud/alucinaciones (86,5%) y falta de validación científica (55,4%). El 84,7% usa IA en investigación o docencia, sobre todo en búsqueda bibliográfica (68,9%); este uso fue mayor en menores de 40 años (92,9%) que en mayores de 40 (72,4%). Solo 32,8% de quienes han publicado declara siempre el uso de IA. El 94,6% mostró actitud optimista o muy optimista, y 91,9% desea formación específica.
Conclusiones: El uso de IA es prácticamente universal entre urólogos y residentes chilenos, tanto en clínica como en lo académico, pero la formación formal sigue siendo escasa, la mayoría no conoce la normativa vigente, y la forma de validar y declarar su uso varía entre profesionales. La actitud favorable y el alto interés en capacitación abren una oportunidad para programas formativos y lineamientos ético-normativos locales sobre IA en urología.

P96

Uso de inteligencia artificial en la práctica urológica en Chile: Primera encuesta nacional a urólogos/as y residentes de urología

Guerra Loyola J.[1] | Araya Carrasco C.[2] | Guzmán Karadima S.[3] | Narváez Fuentes P.[3]

[1]Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [3]Servicio Urología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La inteligencia artificial (IA) se ha integrado con rapidez a la práctica médica y urológica, pero no existe una caracterización nacional de su uso en Chile. Este estudio buscó describir el uso actual de IA entre urólogos/as y residentes de urología del país.
Material y Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo, con un componente analítico exploratorio. Se aplicó un cuestionario estructurado y autoadministrado de 36 ítems, distribuido por canales electrónicos de la especialidad mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, entre julio y agosto de 2026. Las proporciones se acompañaron de intervalos de confianza del 95% (método de Wilson) y las comparaciones entre subgrupos se realizaron con pruebas de chi-cuadrado, test exacto de Fisher y Mann-Whitney en JASP.
Resultados: Se analizaron 60 respuestas. El 100% conocía herramientas de IA y el 88,3% (IC 95% 77,8–94,2) las utilizaba, con un uso predominantemente académico (85,0%) por sobre el clínico. El 43,3% la empleaba al menos a diario y ChatGPT fue la más utilizada (71,7%). La utilidad percibida fue elevada (73,3% muy útil); la privacidad fue la preocupación más baja (media 2,98), pese a que el 26,7% ingresaba datos identificables de pacientes. Solo el 18,3% había recibido capacitación formal, mientras el 86,7% la deseaba y el 83,3% consideró que la Sociedad Chilena de Urología (SCHU) debía emitir recomendaciones.
Conclusiones: La adopción de la IA en el grupo de urólogos/residentes encuestados está consolidada, pero convive con escasa formación y ausencia de gobernanza. La serie encuestada sugiere una necesidad de capacitación y lineamientos de la SCHU. Se requieren estudios de mayor escala.

P97

Reimplante vesicoureteral en lactantes menores. Resultados a corto y largo plazo

Baquedano Droguett P. | Dueñas Cancino L.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La incidencia y prevalencia de la disfunción vesical en pediatría es alta, se estima que afecta a entre el 10% y el 22% de los niños en edad escolar que ya han superado la etapa esperada del control miccional. El reimplante vesicoureteral en lactantes menores sigue siendo controvertido por dificultades técnicas y la inmadurez de la vejiga a esa edad. Presentamos los resultados sobre resolución del reflujo y función miccional en niños sometidos a cirugía de reimplantación ureteral intravesical trans-trigonal de Cohen antes del año de edad.

Material y Métodos: 74 niños con reimplante vesicoureteral tipo Cohen antes del año de vida. Entre abril 1994 a marzo 2021. 45 pacientes por reflujo vesicoureteral, 17 megauréter obstructivo y 12 uréter ectópico. Se realizó uretrocistografia y seguimiento ecográfico. La función vesical se evaluó mediante anamnesis de edad y control miccional, presencia de síntomas urinarios bajos y ecografía pre y postmicional con medición del residuo.

Resultados: Del total de niños, el 85 % presentaba una función normal del tracto urinario inferior. Se reoperaron 1 paciente por obstrucción uretral y 2 por persistencia de reflujo. 6 pacientes presentaron en el postoperatorio alejado disfunción vesical, con buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Al compararlas con las tasas publicadas de disfunción del tracto urinario inferior en la población pediátrica general, no se hallaron evidencia de mayor incidencia de disfunción vesical en niños menores de un año sometidos a cirugía de reimplantación ureteral intravesical de Cohen. Además, con resultados y complicaciones postoperatorias comparables.

P98

Hacia una modelación traslacional de la TTNS: Evolución y verificación interna de un modelo FEM-axonal

Rivera F.[1] | Muñoz J.[2] | Umaña J.[1] | Carrasco M.[1] | Rodriguez J.[2] | Urrutia S.[2] | Pieressa N.[2] | Orio M.[2] | Chodowiecki A.[2] | Valenzuela R.[2] | Lobos C.[2] | Gorena M.[1]

[1]UFRO, Temuco, Chile; [2]Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: La respuesta clínica a la estimulación transcutánea del nervio tibial (TTNS) muestra variabilidad intra e interpaciente, mientras la posición de los electrodos, la amplitud, el ancho de pulso y la frecuencia suelen definirse empíricamente. Un modelo acoplado de elementos finitos (FEM) y axones puede estudiar cómo la geometría modifica el campo y los umbrales computacionales, siempre que se delimite qué representa. El objetivo fue reconstruir la evolución de un modelo FEM-axonal de TTNS e identificar qué preguntas resuelve su estado actual.

Material y Métodos: Se realizó una reconstrucción metodológica basada en geometrías, mallas, manifiestos, código, registros y resultados congelados. La secuencia incluyó una geometría cilíndrica inicial y su implementación, una geometría proporcional generada en Gmsh, anatomía segmentada, identificación y corrección de artefactos de extremos mediante trayectorias continuas, y la campaña D2. En D2 se comparó una geometría de electrodos con una referencia, manteniendo constantes población, trayectorias, diámetros, modelo axonal y titulación. Se evaluaron cinco anchos de pulso (100–300 µs) sobre 275 trayectorias, cada una representada por axones pareados bajo proxies Aβ/Aα.

Resultados: La transición entre versiones aumentó el detalle y corrigió trayectorias truncadas con activación cercana a terminales, pero no estableció identidad funcional distal ni equivalencia directa entre un umbral computacional, la primera sensación o el movimiento. D2 completó 120/120 configuraciones, 550 axones pareados y 2.750 umbrales. Frente a la referencia, la mediana P50 disminuyó aproximadamente 23–25% y 210/210 comparaciones percentilares entre P5 y P90 mostraron la misma dirección. Al conservar los componentes, se documenta sensibilidad interna a la geometría, coherencia del análisis y completitud de la campaña auditada, sin trasladar su escala a corriente aplicada o respuesta clínica.

Conclusiones: La evolución del modelo no fue un tránsito desde “simple” hacia “correcto”, sino una cadena trazable de supuestos, problemas, correcciones e incertidumbres. D2 aporta verificación interna de completitud, coherencia y dirección del cambio. El siguiente paso es una contrastación fisiológica prospectiva, con desenlaces preespecificados y control independiente del ajuste del modelo, para examinar si la dirección predicha se reproduce experimentalmente.

VIDEOS 1

V01

Innovadora técnica quirúrgica en vasovasostomía: Descripción en base a un caso

Ascorra Hormaechea S.[1] | Sepulveda M.[1] | Balbontin F.[2] | Pizzi P.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clinica Santa Maria, Santiago, Chile

Introducción: La vasovasostomía es el procedimiento de elección para restaurar la fertilidad tras la vasectomía. Descrita inicialmente por Quinby en 1919, su evolución técnica —impulsada por el desarrollo microquirúrgico de Owen y Silber en la década de 1970— ha permitido tasas de permeabilidad cercanas al 80% y tasas de embarazo entre 30% y 70%, según el intervalo obstructivo. Se han descrito múltiples variantes técnicas —desde la anastomosis multicapa hasta abordajes simplificados de una sola capa, principalmente con puntos separados El objetivo de este trabajo es describir una nueva técnica de sutura para vasovasostomía.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un paciente de 40 años con antecedente de vasectomía bilateral un año previo, en la cual se realizó sección de 1cm de ambos conductos deferentes con interposición de fascia. El paciente solicitó reversión ante un nuevo deseo de paternidad.

Resultados: Con el paciente en decúbito dorsal, se identifican externamente ambos cabos deferenciales mediante pinza de anillo, evidenciándose un gap de 5 cm a derecha y 4 cm a izquierda. Se realiza incisión escrotal de 2 cm y magnificación microquirúrgica (Leica M530). Tras la exteriorización y liberación de los conductos, se confirma la permeabilidad luminal con bránula 24 Gauge. Mediante aproximador de cabos se ejecuta la anastomosis, garantizando ausencia de tensión, hermeticidad y adecuada coaptación mucosa-mucosa. Se emplea sutura MONOSOFT 8-0, introduciendo la aguja desde la superficie externa hacia el lumen del cabo testicular y, posteriormente, desde el lumen del cabo abdominal hacia la superficie externa, repitiendo esta maniobra en tres oportunidades. Se obtienen así dos asas (loops), que al anudarse generan tres puntos separados a partir de una sutura continua inicial, preservando la irrigación del conducto. El procedimiento se replica en la cara posterior, total de seis puntos de anastomosis, más 4 puntos de refuerzo.

Conclusiones: La técnica descrita permite reducir el material de sutura utilizado, los tiempos quirúrgicos y con esto los costos asociados. Cabe destacar que la sección del conducto deferente durante la vasectomía, aunque no recomendada por las guías actuales, continúa siendo una práctica frecuente que podría limitar la factibilidad técnica de una futura vasovasostomía.

V02

Denervación Microquirurgica del Cordón Espermático para el tratamiento del dolor testicular crónico - evolución de la técnica

Marconi M. | Dueñas L. | Libano L. | Moraga J.

Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El dolor testicular crónico (DTC) constituye una condición clínica compleja que afecta significativamente la calidad de vida. La Denervación Microquirúrgica del Cordón Espermático (DMCE) es actualmente la alternativa quirúrgica de elección en pacientes seleccionados con dolor refractario al tratamiento conservador. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de la DMCE en una serie retrospectiva de casos de los últimos 15 años por un solo cirujano.

Material y Métodos: A traves de un video se detalla la tecnica quirurgica y se compara la tecnica que se realizaba el año 2011 con la tecnica que se realiza el año 2026. Se muestra paso a paso, los hitos anatomicos y pasos quirúrgicos.

Resultados: De un total de 100 DMCE del cordón espermático realizadas en forma consecutiva, se ha logrado una tasa libre de dolor del 94%. Se registraron 4 reoperaciones. Dos por colecciones escrotales linfaticas y dos orquiectomias por atrofia testicular.

Conclusiones: En pacientes bien seleccionados la DMCE es una excelente opcion que mantiene la funcion testicular aliviando el dolor. La tecnica quirurgica ha variado con el paso de los años secundario a la experiencia del equipo y la utilización de microscopios de alto poder de magnificación.

V03

Sling mini-jupette y prótesis inflable de pene para manejo de paciente con climaturia y disfunción eréctil

Sepúlveda M.[1] | Irarrázaval S.[1] | García A.[1] | Moreno S.[2] | Cabello J.[2] | Pinto I.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La climaturia —pérdida de orina durante el orgasmo— afecta al 20-40% de los pacientes tras prostatectomía radical (PR) y suele coexistir con disfunción eréctil (DE) e incontinencia urinaria. El mini-jupette es una malla suburetral anclada a los cuerpos cavernosos durante el implante de prótesis de pene inflable (PPI), que genera compresión uretral dinámica al inflarla, resolviendo ambas condiciones en un tiempo quirúrgico. Se estiman cerca de 200 casos publicados a nivel mundial. Presentamos el primer caso nacional con la modificación descrita por Carrión y Andrianne.

Material y Métodos: Hombre de 63 años, prostatectomía radical robótica el 2016 con antígeno prostático especifico indetectable, con DE refractaria a inhibidores de la fosfodiesterasa 5 e intolerancia a inyecciones intracavernosas por priapismo (Índice Internacional de Función Eréctil abreviado 11). Presentaba climacturia significativa e incontinencia mixta con 3 apósitos diarios; cistoscopía sin hallazgos y urodinamia concordante. Abordaje por rafe penoescrotal con separador de Scott. Previo a las cavernotomías se anclaron dos puntos de Ethibond 2-0 en el borde lateral de cada corporotomía. Implante de PPI Coloplast Titan 18 con extensor de 1,5 cm y reservorio ectópico premuscular de 125 cc por orificio inguinal superficial. Malla Ventralight de 4,5 × 3,5 cm. Con el balón de la sonda en fosa navicular se conectó una columna de agua a 60 cm y se tensó la malla hasta detener el goteo; luego se verificó flujo libre con la prótesis desinflada y cese del goteo con inflación completa, confirmado por cistoscopía flexible.

Resultados: Tiempo operatorio de 110 minutos, sin complicaciones ni sangrado significativo. Alta al día siguiente. A las siete semanas ciclaba la prótesis sin dificultad y reinició la actividad sexual. A los cinco meses se encontraba sin climaturia, sin escapes durante el deporte y sin uso de apósitos, con relaciones satisfactorias y sin infección, erosión ni retención urinaria.

Conclusiones: El mini-jupette con anclaje lateral asociado a PPI resolvió simultáneamente la DE, la climaturia y la incontinencia. La columna de agua y la cistoscopía objetivan la tensión de la malla y descartan obstrucción estática. Primer caso comunicado realizado en Chile.

V04

Cinta suburetral protegida con fascia autóloga como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo en paciente masculino neurogénico

Saldivia Zaror D.[1] | Díaz Bravo G.[1] | Ebensperger P.[2] | De La Torre J.[3] | Canales O.[3] | Ebensperger M.[3]

[1]Urología, Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [3]Urología, Instituto Teletón, Santiago, Chile

Introducción: El manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) por deficiencia esfinteriana intrínseca (DEI) en pacientes neurogénicos requiere equilibrar la resistencia de salida con la seguridad del tracto urinario superior. La denervación simpática y pudenda puede generar IUE y deterioro significativo de la calidad de vida. El tratamiento resulta especialmente complejo en pacientes que requieren cateterismo intermitente. El esfínter urinario artificial constituye el estándar quirúrgico en hombres, aunque su costo, complejidad y riesgo de complicaciones limitan su uso. Las mallas ajustables presentan restricciones similares, mientras que los slings sintéticos se asocian a erosión uretral. Slings autólogos y agentes de abultamiento muestran resultados variables. En casos extremos se plantea el cierre del cuello vesical asociado a un conducto urinario cateterizable (CUC).

Material y Métodos (Prólogo): Paciente masculino de 19 años, con antecedente de mielomeningocele lumbar operado, paraparesia L3-L4, vejiga e intestino neurogénico, en rehabilitación en Instituto Teletón y deportista paralímpico de alto rendimiento. Con IUE severa secundaria a DEI, exacerbada por la actividad física, con importante repercusión funcional. La urodinamia confirmó DEI, con ALPP de 30 cmH>O. Con oclusión uretral se evidenció vejiga hiperactiva, con capacidad y acomodación conservadas. Se planificó reconstrucción en dos tiempos. Inicialmente se realizó enterocistoplastia de aumento, CUC continente tipo Mitrofanoff y apendicostomía de Malone. Tras comprobar adecuado funcionamiento del conducto, se efectuó cirugía para corrección esfinteriana.

Resultados (Desarrollo): Se instaló sling suburetral, protegido con fascia autóloga de recto abdominal. La tensión se ajustó bajo control endoscópico hasta obtener cierre uretral, manteniendo paso del cistoscopio hacia la vejiga. El procedimiento se desarrolló sin incidentes ni complicaciones postoperatorias. En el seguimiento, el paciente permanece seco, sin complicaciones y con mejoría significativa de su calidad de vida y desempeño cotidiano.

Conclusiones: La continencia urinaria socialmente adecuada constituye un objetivo central en pacientes con vejiga neurogénica. El sling suburetral protegido con fascia autóloga representa una alternativa de menor costo frente a dispositivos protésicos, con resultados funcionales favorables en este caso. La interposición fascial podría disminuir el contacto entre la malla y la uretra, reduciendo potencialmente el riesgo de erosión y complicaciones uretrales a mediano y largo plazo.

V05

Colgajo escrotal para cobertura cutanea de pene luego de perdida de piel post circuncision con grapadora

Giacaman I.

Hospital Sótero del Río, ÑUÑOA, Chile

Introducción: La pérdida de la cobertura cutánea del pene es infrecuente pero compleja dado el impacto funcional, estético y dificultad para su resolución. Las causas incluyen: traumatismos, quemaduras, infecciones, inyecciones con silicona y complicaciones de cirugía genital. La circuncisión con dispositivos de grapado ha agregado una nueva causa iatrogénica escasamente reportada. La reconstrucción y conservación de funcionalidad en estos casos representan un gran desafío. El colgajo con piel escrotal constituye una alternativa de cobertura ideal dado su: vascularización, elasticidad y movilidad.

Material y Métodos: Hombre sano de 48 años. En centro médico externo se realizó circuncisión con grapadora por fimosis. En intraoperatorio se evidenció resección cutánea extensa con denudación completa del cuerpo del pene. El defecto se cubrió realizando injerto de la misma piel resecada y se derivó a nuestro centro para tratamiento. Luego de pérdida completa del injerto, se dejó pene enterrado y se planificó cirugía reconstructiva. Reconstrucción con colgajo de escroto: Paciente en decúbito supino, liberación y denudamiento del pene, medición de defecto a cubrir para planificar dimensión de colgajo. Luego, incisión transversa en escroto y transposición del pene por túnel subdartos. Sutura mucocutánea y completar tallado de colgajo según mediciones. Sutura circunferencial completa y sutura por ventral de colgajo. Drenaje y cierre de escroto.

Resultados: Cirugía en un tiempo operatorio. Duración: 120 minutos. Sangrado mínimo. Retiro de apósitos y drenaje al quinto día. Tiempo hospitalizado: 6 días. Seguimiento a 12 meses presenta resultado estético satisfactorio, con erecciones conservadas y logrando actividad sexual. No ha requerido procedimientos adicionales.

Conclusiones: La pérdida de cobertura cutánea por circuncisión con grapadora es una complicación con bajo reporte. Este caso releva esta grave complicación quirúrgica. Existen otras causas reportadas en la literatura, como la inyección de silicona, que pudiesen presentarse con mayor frecuencia en el futuro y para las cuales esta técnica puede ser relevante de manejar. El colgajo escrotal tunelizado es una alternativa efectiva y reproducible para la cobertura cutánea del pene, permitiendo una reconstrucción en un solo tiempo con buenos resultados estéticos y funcionales.

V06

Uretroplastía anterior resecante con doble injerto de mucosa oral y colgajo prepucial: Video de técnica quirúrgica

Acevedo E. | López P. | Arias E. | Herrera L. | Quintana E. | Bustamante C. | Sáez G. | Torrado K. | Bezama P. | Ramírez J. | Manzanares V. | Lobos R.

Servicio de Urología Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción: La estrechez de uretra peneana representa un importante desafío reconstructivo, particularmente cuando compromete segmentos extensos, se asocia a espongiofibrosis significativa y a la limitada disponibilidad de tejido local para la reconstrucción. La combinación de injertos de mucosa oral y colgajos prepuciales permite reconstruir defectos complejos al integrar las propiedades biológicas de la mucosa oral con el aporte vascular del colgajo prepucial. El objetivo de este video es presentar, paso a paso, una uretroplastía anterior resecante con doble injerto de mucosa oral y colgajo prepucial para el tratamiento de una estrechez uretral peneana extensa.

Material y Métodos: Paciente de 36 años con estrechez uretral peneana extensa secundaria a cateterización uretral traumática, que evolucionó con síntomas obstructivos progresivos y retención aguda de orina, requiriendo cistostomía suprapúbica. La uretrocistografía retrógrada confirmó el compromiso de la uretra peneana en toda su extensión. Se realizó una uretroplastía anterior resecante en un tiempo, con resección completa del segmento fibrótico, reconstrucción dorsal mediante doble injerto de mucosa oral y reconstrucción ventral con colgajo prepucial vascularizado. El video expone las principales etapas de la cirugía, desde la disección y resección uretral hasta la reconstrucción y la evaluación final.

Resultados: La reconstrucción se completó satisfactoriamente, obteniéndose una adecuada cobertura del defecto uretral y una neouretra de buen calibre. La uretrocistografía de control a los dos meses demostró paso expedito del contraste, sin extravasación ni estenosis residual significativa. El paciente recuperó micción espontánea y presentó una evolución clínica favorable.

Conclusiones: La combinación de doble injerto de mucosa oral y colgajo prepucial constituye una estrategia reconstructiva útil en pacientes seleccionados con estrechez uretral peneana extensa, permitiendo asociar las propiedades biológicas de la mucosa oral con la vascularización aportada por el colgajo prepucial. Este video ilustra los aspectos técnicos fundamentales para su adecuada ejecución y muestra un resultado anatómico y funcional satisfactorio en el seguimiento inicial.

VIDEOS 2

V07

Echolaser® step-by-step; ablación transperineal láser (TPLA) como alternativa quirúrgica mínimamente invasiva

Ruiz Espinoza T. | Carafí Laso A. | Vargas Jimenez R. | Olmedo Barros T.

Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El manejo quirúrgico del crecimiento prostático (CPB) en pacientes que presentan un perfil quirúrgico de alto riesgo reduce las alternativas quirúrgicas. El abordaje mínimamente invasivo para CPB entrega una alternativa para estos pacientes. Ensayos clínicos con ablación transperineal láser (TPLA) de la próstata han demostrado un adecuado margen de seguridad para próstatas hasta 80 cc. Reduce la sintomatología obstructiva, mejora el flujo urinario, la calidad de vida y mantiene de la eyaculación. Se utiliza anestesia local, tiene una duración aproximada de 30 minutos y es ambulatoria. Se presenta un video de TPLA con descripción del abordaje y resultados perioperatorios.

Material y Métodos: Se intervino paciente de 72 años con CPB sintomático, quien cursa RAO, usuario crónico de sonda uretrovesical. Volumen prostático de 55 mL (ecografía prostática). La intervención se realizó en sala de procedimientos bajo sedación. Se utilizó equipo y plataforma EchoLaser®. En posición de litotomía, se instaló una sonda foley de irrigación vesical continua para protección térmica y se expuso la región perineal. Se realizó bloqueo selectivo del nervio pudendo. Con ecógrafo transrectal (biplano) se exploró la próstata en planos axial y sagital, seguido de bloqueo periprostático. Se puncionó un lóbulo prostático con una aguja Chiba de 21 G bajo visión ecográfica, calculando la zona de ablación a distintas energías, manteniendo un márgen de seguridad con la vejiga, uretra, cápsula prostática y recto. Se repitió en el lóbulo contralateral, estimando 1400 Joules por lado. Se introdujo una fibra láser de 300 µm, comprobando su posición en ambos planos. Se procedió a la termoablación, observando en tiempo real los márgenes afectados.

Resultados: El procedimiento duró 50 minutos, sin complicaciones. Luego de la recuperación inmediata, el paciente mantuvo orinas claras y egresó ese día con sonda, logrando diuresis espontánea al séptimo día. Al seguimiento a los 60 días, niega incontinencia urinaria, mantiene un chorro satisfactorio y preservación de la eyaculación.

Conclusiones: La TPLA es una opción factible, ambulatoria y prácticamente sin complicaciones perioperatorias. Mejora la micción, mantiene la eyaculación y representa una alternativa mínimamente invasiva muy útil en pacientes seleccionados.

V08

Crioterapia focal en cáncer de próstata: Descripción de la técnica paso a paso

Dominguez Argomedo R.[1] | De Pablos Rodriguez P.[2] | Casanova Ramón-borja J.[2]

[1]Hospital DIPRECA - Hospital Félix bulnes, Santiago, Chile; [2]Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

Introducción: El tratamiento focal del Cáncer de Próstata (CaP) consiste en la ablación dirigida del foco tumoral clínicamente significativo (lesión índice), preservando el parénquima sano y minimizando la morbilidad asociada al tratamiento. La crioterapia es una modalidad ablativa que utiliza frío extremo y ciclos de congelación y descongelación para producir daño celular directo y lesión microvascular. El objetivo de este video es describir, mediante un caso clínico, la técnica de crioterapia focal en CaP.

Materiales y métodos: Paciente de 59 años, con antecedente paterno de CaP. Durante chequeo anual se detecta PSA en 6 ng/mL. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) identificó una lesión PIRADS 4 en ápex anterior izquierdo. La biopsia transperineal por fusión informó un adenocarcinoma Gleason 3+4 en 3/3 cilindros dirigidos, con veinte cilindros sistemáticos negativos. Se realizó crioterapia focal guiada mediante fusión de RMmp y ultrasonido, utilizando tres criosondas IceSeed y monitorización térmica continua.

Resultados: El procedimiento se completó sin complicaciones intraoperatorias. El termosensor confirmó una temperatura objetivo de −40 °C en la lesión índice. La sonda Foley fue retirada al séptimo día, con preservación de la continencia y función eréctil. A los tres meses, el PSA disminuyó a 2,4 ng/mL y la RMmp no mostró lesiones sospechosas de malignidad, PI-FAB 1.

Conclusión: La crioterapia focal es una alternativa terapéutica efectiva para pacientes seleccionados con CaP, con un perfil de efectos adversos favorable.

V09

Técnica hood laparoscópica en prostatectomía radical: Adaptación anatómica y estandarización de pasos crítico

Rojas Salas A.[1] | Loyola Maturana J.[2] | Miqueleiz Legaz M.[2] | Coloma F.[2] | Alarcon J.[2] | Rodriguez Concha C.[2] | Maureira Alfaro M.[2]

[1]universidad católica del Norte, La Serena, Chile; [2]Hospital San Pablo Coquimbo,

Introducción: La preservación anatómica tipo hood se describió en prostatectomía radical robótica con el propósito de conservar estructuras anteriores y periuretrales vinculadas al mecanismo esfinteriano. Su aplicación en prostatectomía radical laparoscópica convencional ha sido escasamente comunicada. Se presenta un video quirúrgico que estandariza la adaptación laparoscópica transperitoneal de esta técnica, detallando los reparos anatómicos, los planos de disección, la secuencia operatoria y las maniobras necesarias para preservar las estructuras de interés.

Material y Métodos: Se seleccionó el registro de una prostatectomía radical laparoscópica transperitoneal realizada con preservación anatómica tipo hood. El video propone una secuencia reproducible que inicia por vía anterior con exposición progresiva del espacio pre prostático y reconocimiento de la fascia endopélvica como reparo para delimitar la disección y mantener preservación. Se procede a la disección de cuello Vesical y en toda su circunferencia para permitir acceso a plano posterior, con apertura de Fascia de Denonvilliers y el abordaje de forma lateral mediante la identificación y desarrollo controlado del plano interfascial. La liberación prostática se realiza respetando los límites entre próstata, fascia y tejidos periuretrales. Se destaca el control de la tracción apical, la definición gradual del ápex y la uretra. La edición señala los reparos relevantes, las zonas de transición y los puntos de decisión técnica.

Resultados: El procedimiento permitió definir una secuencia laparoscópica ordenada para exponer y preservar el tejido anterior y periuretral que constituye el hood. El video sistematiza la relación entre la dirección de la tracción, la exposición de los límites anatómicos y la preservación de las estructuras de interés. No se evalúan en esta presentación resultados funcionales, oncológicos, de seguimiento ni complicaciones.

Conclusiones: La preservación anatómica tipo hood es técnicamente adaptable a la prostatectomía radical laparoscópica transperitoneal. La principal contribución del video es ofrecer una descripción secuencial de los pasos anatómicos, reparos y puntos críticos necesarios para su ejecución. Esta sistematización puede facilitar la comprensión de la técnica y su incorporación por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica prostática.

V10

Tips and tricks: Cistoprostatectomía radical robótica. Claves técnicas de nuetra experiencia

Luz D.[1] | Juri D.[1] | Radtke V.[1] | Infante I.[2] | Dominguez R.[1] | Orellana S.[1] | Eltit I.[1] | Hassi M.[1]

[1]Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile; [2]Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

Introducción: La cistoprostatectomía radical robótica con derivación intracorpórea es una alternativa mínimamente invasiva para cáncer vesical músculo-invasor y casos seleccionados de alto riesgo. Integra resección oncológica, linfadenectomía pélvica y reconstrucción urinaria, requiriendo sistematización rigurosa de pasos críticos.

Material y Métodos: Se presenta un video quirúrgico de diferentes cirugías de cistoprostatectomía radical robótica con derivación intracorpórea en plataforma Da Vinci en el Hospital Félix Bulnes. El procedimiento se organiza en preparación, marcaje, posicionamiento, linfadenectomía, cistoprostatectomía, derivación ileal y maduración del ostoma. Se describen maniobras para optimizar exposición, seguridad oncológica, control vascular, preservación de planos y reconstrucción sin tensión.

Resultados: El paciente se posiciona en litotomía baja modificada, mesa altura mínima, Trendelenburg 28°, brazos adosados y primer ayudante a la izquierda. Se utilizan 4trocares robóticos de 8 mm y dos auxiliares de 12 y 5 mm en C invertida. Se identifican los uréteres hasta la unión ureterovesical, preservando longitud y vascularización. La linfadenectomía se realiza según límites anatómicos, incluyendo disección obturatriz y movilización vascular. La cistoprostatectomía continúa con disección posterior hasta el ápex, control de pedículos laterales, disección anterior, control del complejo dorsal y sección uretral. La pieza se embolsa y extrae por Pfannenstiel.Para la derivación, el uréter izquierdo se cruza bajo el mesocolon sigmoideo. Se aísla un segmento ileal de 15-20 cm a 20-30 cm de la válvula ileocecal, verificando orientación y vascularización. Las anastomosis ureteroileales se realizan con Monocryl 2-0 continuo, instalando catéteres Mono J bilaterales antes del cierre. Finalmente, se verifica hemostasia, se deja Foley como drenaje pélvico y se exterioriza el conducto evitando desplazar los Mono J.

Conclusiones: Nuestra sistematización de la técnica, basada en la experiencia de 25 casos, permite transformar un procedimiento complejo en una secuencia quirúrgica reproducible y segura, lo cual se refleja en un tiempo de mediana quirúrgica de 230 y 5 días de hospitalizacion. La atención a detalles técnicos indicados resulta clave para optimizar una cirugia segura y ordenada.

V11

Dominando la neovejiga intracorpórea tipo pirámide: Técnica paso a paso

Herrera Muñoz R.[1] | Narváez Fuentes P.[2] | Gjuranovic M.[2] | Rojas P.[2] | Guzmán S.[2]

[1]Universidad de los Andes, Santiago, Chile; [2]Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical es la piedra angular del tratamiento del cáncer vesical músculo-invasor. La neovejiga ortotópica intracorpórea constituye una alternativa reconstructiva en pacientes seleccionados, orientada a preservar autonomia miccional y función urinaria. Su complejidad exige una secuencia quirúrgica ordenada y reproducible. Presentamos una modificación de la técnica tipo Bordeaux, con configuración piramidal, enfatizando reparos que facilitan su sistematización.

Material y Métodos: Se presenta un paciente de 61 años con cáncer vesical músculo-invasor, tratado mediante RTUV y terapia neoadyuvante según estudio NIAGARA, sometido a cistoprostatectomía radical robótica, linfadenectomía pélvica extendida y neovejiga ileal intracorpórea tipo Bordeaux modificada. La confección se planificó mediante cinco puntos intestinales separados por 20 cm, comenzando a 15-20 cm de la válvula ileocecal: P1 y P5 para implantación ureteral, P2 y P4 para la pared posterior y P3 para la anastomosis uretral. Estos reparos facilitaron la orientación y manipulación atraumática de las asas. El segmento se dispuso en U y se detubularizó por el borde antimesentérico, preservando 2 cm en ambos extremos. Tras aproximar P2-P4, se realizó anastomosis uretroneovesical continua, cierre posterior y anterior parcial, seguido de descenso del vértice superior y plastia transversal para conformar la configuración piramidal. La perfusión del reservorio y uréteres se evaluó con verde de indocianina, adaptando la implantación ureteral según viabilidad tisular y tutorizándola con catéteres mono-J.

Resultados: El tiempo operatorio fue de aproximadamente 7 horas, con pérdida sanguínea estimada de 400 mL y sin complicaciones intraoperatorias. La hospitalización fue de 4 días bajo protocolo ERAS. El estudio anatomopatológico evidenció tumor persistente pT3 con compromiso ganglionar. Los catéteres ureterales se retiraron el día 8 y la sonda uretral el día 21. Posteriormente presentó micción espontánea, continencia urinaria y no requirió cateterismo intermitente.

Conclusiones: La sistematización de la neovejiga intracorpórea tipo Bordeaux modificada mediante referencias predefinidas organiza secuencialmente la reconstrucción, favoreciendo su reproducibilidad y manipulación atraumática. La evaluación intraoperatoria de la perfusión permite adaptar la técnica a la viabilidad tisular. En pacientes seleccionados, esta estrategia ofrece una reconstrucción orientada a preservar autonomía miccional y resultados funcionales.

V12

Conducto ileal (C.I.) retrosigmoideo intracorporeo laparoscopico

Soler Andonie D.[1] | Chirino Rosendo J.[2] | Toledo Bravo J.[1] | Pinto Martinez U.[2] | Ascanio Rojas J.[2] | Bustamante Valenzuela P.[2] | Acuña Galvez E.[2] | Vera Veliz A.[3]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile; [2]Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile; [3]Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas/Hospital San Juan de Dios, Ovalle/La Serena, Chile

Introduccion: La estrechez de anastomosis UreteroIntestinal (EAUI) del C.I. históricamente puede alcanzar el15%. El uréter izquierdo (U.I.), al ser transposicionado, es el más frecuentemente comprometido. El C.I. retrosigmoideo mitiga el riesgo de esta complicación. Presentamos el caso de un paciente que durante la cistectomía radical (CTR) se realiza C.I.Retrosimodeo intracorpóreo laparoscópico.

Caso-Clínico: Hombre 70años. ASA-II. CáncerUrotelial Vejiga pT2-HG,N0M0. Cisplatino NoElegible (Creatinemia:1.54; VFG:45). Se decide CTR+C.I. SinNeoAdyuvancia, Abordaje laparoscópico.

Técnica-Quirúrgica: Decúbito supino trendelemburg forzado (25grados). AgujaVeress, neumoperitoneo(15mmHg). CincoTrocares. Se realiza primero LinfadenectomíaPélvica extendida, seguido deCTR (TiempoLaparoscópico:200min; sangrado:600cc).

Segundo Tiempo Laparoscópico: A 20cm de la válvula ileocecal demarcamos el segmento intestinal que utilizaremos como derivación urinaria. Confección deC.I. (20-25cm) con Sistema de GrapadoSignia. Anastomosis intestinal laterolateral tipoBarcelona con DobleCarga. SondaNelaton a través del lumen delC.I. hasta el extremoProximal. Enterotomía en el lugar donde se implantaráU.I. Confección del túnel RetroSigmoideo (plano avascular) a nivel del promontorio. Transposición de derecha a izquierda, sin resistencia, del extremo proximal delC.I., por detrás del ColonSigmoide, pexiandolo al psoas Izquierdo. C.I.RetroSigmoideo libre de tensión, recto, con su mesenterio no acodado, sin compresión excesiva. Ambos uréteres en su ubicación anatómica habitual. U.I. espatulado, afrontado conC.I. en su cara anterior. Anastomosis libre de tensión. Por SondaNelaton previamente instalada, ascenso de guía hidrofílica porU.I. Instalación pigtail 6 french (técnicaSeldinger), quedando extremo distal exteriorizado por boca delC.I. Anastomosis Uretero-Ileal (Stratafix3-0 doble hebra) bien alineado sin tension. Mismos pasos en lado contralateral. Ureter Derecho anastomosado en cara postero-caudal delC.I. (Tiempo Laparoscópico: 220min). Sin sangrado significativo. SurgicelPowder a la pelvis, SurgicelSnow en cada fosallioObturatriz. SeExterioriza extremo proximal delC.I. por trocar en flancoderecho, asegurando que quede SinTorsión. Confección final de ostomía.

Resultados: Informe Anatomopatológico Cáncer Urotelial Vejiga MusculoInvasor, estromaProstátIco infiltrado. BordesQuirúrgicos: Negativos. Tres de64 Linfonodos pélvicos comprometidos (pT4aN2 – Estadio-IV). Paciente con buen PerformanceStatus, con mejoría significativa de su función renal (Creatinemia:0.88;VFG: 85.6). Se indica Quimioterapia (Cisplatino elegible).

Discusion: El C.I.Retroigmoideo es una modificación a la técnica habitual de derivación urinaria que no implica un mayor desafío quirúrgico, siendo una técnica reproducible y segura. Al evitar la transposición del U.I. y su manipulación excesiva, sin modificar su ubicación anatómica, conservamos su irrigación distal y evitamos exponerlo a algun tipo de obstrucción en su trayecto retrosigmoideo, disminuyendo el riesgo deEAUI y en consecuencia deterioro de la FunciónRenal.

V13

Conducto ileal robótico: Aspectos técnicos paso a paso

Filigrana C. | Ramírez G. | Luz D. | Domínguez R. | Hassi M. | Orellana S.

Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile, Chile

Introducción: La reconstrucción intracorpórea mediante conducto ileal constituye uno de los tiempos reconstructivos más exigentes de la cirugía robótica. Su reproducibilidad depende del conocimiento de la secuencia quirúrgica, la selección del instrumental, la manipulación tisular y la aplicación de maniobras técnicas específicas. El objetivo de este vídeo es presentar de forma sistemática la técnica del conducto ileal intracorpóreo, detallando material, instrumental, pasos quirúrgicos y trucos técnicos orientados a facilitar su ejecución y estandarización.

Material y Métodos: Se presenta un vídeo quirúrgico de reconstrucción intracorpórea mediante conducto ileal realizada con plataforma da Vinci X. Se describe el material empleado en cada tiempo reconstructivo, incluyendo dos pinzas Cadiere para manipulación intestinal atraumática, grapadora lineal de 60 mm, suturas y catéteres ureterales. La técnica se estructura secuencialmente en transposición ureteral izquierda, retirada del Trendelenburg, selección y aislamiento del segmento ileal, restablecimiento de la continuidad intestinal, preparación del conducto y uréteres, anastomosis ureteroileales, tutorización y revisión final.

Resultados: Se seleccionan aproximadamente 20 cm de íleon a 20 cm de la válvula ileocecal, comprobando antes de la sección orientación, vascularización y llegada al estoma sin tensión. La continuidad intestinal se restablece mediante anastomosis mecánica laterolateral, destacando la elevación de la grapadora por el ayudante para favorecer el enfrentamiento de los bordes antimesentéricos. La preparación ureteral prioriza la preservación periureteral y la mínima longitud necesaria, utilizando temporalmente el extremo distal como punto de tracción. Las anastomosis ureteroileales se realizan mediante sutura continua, con tutorización y exteriorización intraluminal de los catéteres. En una curva de experiencia de 20 procedimientos robóticos, el tiempo de reconstrucción disminuyó de 157 a 60 minutos. En el procedimiento presentado fue de 60 minutos y los catéteres ureterales se mantuvieron 14 días.

Conclusiones: El conducto ileal intracorpóreo robótico puede sistematizarse mediante una secuencia reproducible. La adecuada elección del instrumental, la coordinación con el ayudante y los detalles técnicos descritos facilitan la manipulación atraumática, la correcta orientación intestinal, la preservación vascular y las anastomosis sin tensión. Una reconstrucción sistemática y ordenada favorece su estandarización y reproducibilidad.

V14

Enucleación en bloque de tumor urotelial superior: Enfoque diagnóstico y terapéutico

Bozzo Ahumada F.[1] | Herrera Sepúlveda D.[1] | Scherpenisse Duarte D.[2] | Martínez Cornejo M.[2] | Jaederlund Kelly S.[1] | Giménez Barros B.[2] | Cortés Cortés C.[2] | Donoso Machuca E.[2] | Catalán Ancic G.[2]

[1]Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urología Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma urotelial de tracto urinario superior (UTUC) corresponde al 5-10% de los carcinomas uroteliales. Se clasifican en bajo o alto riesgo de enfermedad invasora según hallazgos endoscópicos, citológicos, histopatológicos y radiológicos. Las guías vigentes recomiendan la cirugía preservadora de riñón como opción principal en tumores de bajo riesgo, considerando la reducción en morbi-mortalidad en comparación con la nefroureterectomía. La ablación tumoral con laser Holmio permite resecar la lesión completamente, resultando en un método tanto diagnóstico como terapéutico.

Material y Métodos: Varón de 73 años con antecedentes de EPOC y tabaquismo activo, consultó por macrohematuria. El estudio con urotomografía computarizada (UroTC) evidencia lesión exofítica cáliz medio izquierdo de 15 × 10 mm, sospechosa de lesión urotelial primaria. Cistoscopia sin tumor vesical concomitante. Citología urinaria de alto grado negativa. Dada las características clínicas y radiológicas sugerentes de enfermedad de bajo riesgo, se decide manejo conservador renal mediante ureteroscopia, biopsia y ablación completa de la lesión con láser Holmio.

Resultados: Previa introducción de vaina acceso ureteral y ureteroscopio flexible 7.5 Fr Pusen, se realiza nefroscopía que destaca lesión papilar exofítica de 2 cm unifocal en cáliz medio con base implantación ancha. Se realiza enucleación de tumor con acceso cuidadoso al tejido conectivo subepitelial (TCS) utilizando parámetros de láser Ho:Yag de baja intensidad para ablación (0,5-1 Joule × 5 Hertz). Se amplía plano tisular correcto dentro TCS, prosiguiendo con la disección a lo largo de todo el ancho de la base tumoral. Se extrae totalmente las muestras con canastillo de dormia e instalación catéter doble J. Hemostasia con láser satisfactoria. Paciente es dado de alta en 24 hrs, sin complicaciones. Biopsia diferida confirma neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno, sin compromiso de lámina propia. UroTC postoperatoria ausencia de lesión vía urinaria superior.

Conclusiones: La preservación de la unidad renal es un objetivo primordial en el manejo de UTUC de bajo riesgo, manteniendo un adecuado control oncológico. En pacientes seleccionados, el abordaje endoscópico mediante ureteroscopía, biopsia y ablación representa una estrategia segura y efectiva; y cuando no sea factible, este abordaje también permite una adecuada caracterización histológica y orientar el manejo terapéutico definitivo.

V15

Tratamiento quirúrgico de la estenosis ureteral mediante vejiga psoica con Lich-Grégoire y colgajo de Boari

Mülchi Espíldora C.[1] | Norambuena Neira M.[1] | Rojas Aravena M.[2] | García Muñoz M.[3] | Lara Muñoz D.[3] | Quilodrán Fuentes F.[3]

[1]Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile; [2]Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile; [3]Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: Las estenosis del uréter representan un problema frecuente en la práctica urológica. El objetivo fundamental del tratamiento es evitar una pérdida de nefronas y la atrofia renal producidas por la obstrucción. La elección de la técnica quirúrgica depende de las capacidades de recuperación del riñón y de las características de la estenosis. Cuando el uréter proximal sano es demasiado corto para considerar una reimplantación ureterovesical simple, se requiere recurrir a técnicas de cistoplastia para recuperar los centímetros faltantes y lograr una anastomosis libre de tensión.

Material y Métodos: Se presentan dos videos quirúrgicos demostrativos enfocados en la resolución de estenosis ureterales con limitación de longitud, mediante el uso de plastias vesicales. El primer video expone la técnica de vejiga psoica, donde se efectúa una movilización vesical y se fija al tendón menor del psoas. Posteriormente, el uréter se reimplanta en la cúpula vesical utilizando la técnica de Lich-Grégoire. El segundo video detalla la técnica del colgajo de Boari en una vejiga poco móvil, la cual consiste en movilizar un colgajo pediculado de la cara anterior de la vejiga, tubulizarlo y anastomosar el uréter en esa zona sana y sin tensión.

Resultados: La fijación de la vejiga al músculo psoas en el primer caso, así como la confección del colgajo vesical en el segundo, permitieron efectuar exitosamente una anastomosis ureterovesical libre de tensión, respetando la vascularización mediante una disección mínima. Se logran resultados favorables en cuanto al alta precoz y ausencia de complicaciones, preservando la función renal.

Conclusiones: La cirugía reconstructiva del uréter distal frente a defectos de longitud exige estrategias que aseguren la viabilidad del tejido y la ausencia de tensión anastomótica. Tanto la vejiga psoica asociada a un neoimplante tipo Lich-Grégoire como la técnica del colgajo de Boari demuestran ser recursos técnicos útiles para compensar la falta de tejido ureteral, permitiendo restablecer el tránsito urinario y preservar la función del riñón obstruido.

V16

Ureteroplastía laparoscópica con injerto de mucosa oral en estenosis ureteral

Sepúlveda M.[1] | Poblete M.[1] | García A.[1] | Maldonado F.[2] | Almonacid J.[2] | Aroca P.[2] | Bassa C.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital La Florida, Santiago, Chile

Introducción: Las estenosis ureterales proximales extensas (>2 cm) no son resolubles mediante resección y anastomosis término-terminal, y las alternativas clásicas (ureteroileoplastía, autotrasplante renal) conllevan alta morbilidad. El injerto de mucosa oral (IMO), estándar en uretroplastía, se ha trasladado a la reconstrucción ureteral con éxitos cercanos al 90%, mayoritariamente por vía robótica; la experiencia laparoscópica publicada es escasa. Se presenta un video de ureteroplastía laparoscópica con IMO asistida por ureteroscopía simultánea.

Material y Métodos: Paciente masculino de 24 años, sin morbilidad, con antecedente de cólico renal derecho (2023), que cursó pionefrosis derecha secundaria a estenosis ureteral manejada con catéter doble J. La ureteropielografía retrógrada (UPR) demostró estenosis de uréter proximal derecho de 3 cm y la tomografía computada, hidroureteronefrosis (HUN) severa ipsilateral. Se realizaron dos tiempos simultáneos: (1) obtención de injerto desde mucosa oral izquierda de 4x1 cm, conservado en suero con gentamicina; (2) abordaje laparoscópico transperitoneal en decúbito lateral izquierdo, tres trocares, decolamiento por línea de Toldt e identificación del uréter sobre el psoas. La ureteroscopía flexible simultánea permitió retirar el doble J, ascender una guía hidrofílica y localizar el segmento estenótico, guiando una ureterotomía longitudinal de 3 cm. El injerto se suturó como onlay con Monocryl 4-0 continuo, se instaló nuevo doble J bajo visión endoscópica y se cubrió la zona injertada con grasa retroperitoneal.

Resultados: Tiempo operatorio 150 minutos, sangrado estimado 100 mL, sin incidentes. Postoperatorio con analgesia multimodal, enjuagues con clorhexidina y kinesioterapia; retiro de sonda Foley a las 48 horas y alta al tercer día, sin complicaciones ni morbilidad del sitio donante. A los cuatro meses se retiró el doble J: la UPR mostró uréter distendido con buen paso de contraste y la ureteroscopía, una zona injertada amplia y franqueable con el instrumental. El paciente permanece asintomático, sin HUN en imágenes de control.

Conclusiones: La ureteroplastía laparoscópica con IMO es factible y de baja morbilidad en estenosis proximales extensas, preservando la unidad renal y evitando reconstrucciones mayores. El apoyo ureteroscópico simultáneo facilita delimitar la estenosis y realizar la ureterotomía, siendo una alternativa reproducible en centros sin acceso a plataforma robótica.

V17

Linfadenectomía inguinal y pélvica robótica mediante técnica PISA: Descripción técnica y resultados iniciales

Filigrana C.[1] | Orellana S.[2] | Rojas I.[2] | Ramírez G.[2] | Luz D.[2] | Domínguez R.[2] | Hassi M.[2]

[1]Hospital Félix Bulnes y Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile; [2]Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile, Chile

Introducción y Objetivos: La linfadenectomía inguinal constituye un elemento fundamental en el manejo del cáncer de pene con indicación de tratamiento ganglionar. La técnica PISA (*Pelvic and Inguinal Single Access*) permite abordar secuencialmente los territorios inguinal y pélvico utilizando los mismos accesos cutáneos. El objetivo de este vídeo es mostrar, mediante un caso clínico, nuestra adaptación robótica de la técnica PISA, destacando sus principales pasos y referencias anatómicas, y presentar los resultados iniciales de nuestra serie.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un varón de 65 años, ECOG 0, diagnosticado de carcinoma escamoso de pene y tratado mediante penectomía parcial, con indicación posterior de linfadenectomía inguinal bilateral. El paciente se posiciona en decúbito supino con abducción de las extremidades inferiores, realizando previamente el marcaje cutáneo bilateral del triángulo de Scarpa. A través de una incisión infraumbilical se inicia la disección digital y dilatación con balón del espacio subcutáneo hasta identificar el ligamento inguinal. Tras la colocación de los trocares robóticos se realiza la linfadenectomía inguinal. Para el tiempo pélvico se mantienen las mismas incisiones cutáneas, reintroduciendo los trocares en un plano más profundo hasta alcanzar la cavidad peritoneal. Tras colocar al paciente en Trendelenburg se completa la linfadenectomía pélvica.

Resultados: Se realizaron cuatro procedimientos PISA robóticos, todos con linfadenectomía inguinal bilateral; dos pacientes (50%) asociaron linfadenectomía pélvica. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 281 minutos (RIC 251-313). No se registraron complicaciones intraoperatorias, reintervenciones ni complicaciones postoperatorias. La mediana de permanencia de los drenajes inguinales fue de 6 días en los pacientes con información disponible. Dos pacientes disponían de anatomía patológica definitiva, con 22 y 17 ganglios resecados respectivamente, sumando 39 ganglios, todos negativos (0/39).

Conclusiones: La técnica PISA robótica permite abordar secuencialmente los territorios inguinal y pélvico utilizando las mismas incisiones cutáneas y modificando el plano de acceso. Nuestra experiencia inicial demuestra su factibilidad técnica, con adecuado rendimiento ganglionar y resultados perioperatorios favorables, si bien se requiere una serie mayor y seguimiento más prolongado.

V18

Abordaje reconstructivo integral en penectomía parcial: Una alternativa para preservar longitud y apariencia genital

Riesle P.[1] | Mora C.[2] | Salinas M.[2] | Escanilla I.[2] | Cortez C.[2] | Mejías A.[1] | Marques R.[1] | Hohf P.[1] | Volosky M.[1] | Mendoza E.[1] | Saldaña A.[1] | Iturriaga C.[1] | Henríquez P.[1] | Soto R.[1] | Marió C.[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; [2]Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de pene es una neoplasia poco frecuente, asociada a impacto funcional y psicosocial significativo. Las guías EAU-ASCO recomiendan estrategias de preservación de órgano cuando son oncológicamente seguras, con el objetivo de mantener la función miccional y sexual sin comprometer el control oncológico.

Material y Métodos: Se presenta el caso de un hombre de 65 años, con HTA, DM2 e insuficiencia renal, que consulta por aumento de volumen peneano de 6 meses, secreción purulenta, pérdida de orina por lesiones en prepucio, sudoración nocturna y pérdida de peso. Al examen: lesión ulcerada del glande con balanitis, secreción de mal olor y adenopatía inguinal izquierda de 4 cm. Los estudios de imagen (TAC tórax-abdomen-pelvis y RMN de pene) mostraron lesión dependiente del glande de $6{,}8 \times 4{,}5 \times 6{,}8$ cm, con compromiso de prepucio y extremos distales de cuerpos cavernoso y esponjoso, sin metástasis a distancia. Estadio clínico: cT3 N3 M0, estadio IV. Se realizó de forma satisfactoria penectomía parcial con liberación del ligamento suspensorio, escrotoplastía y neoglande con injerto de piel parcial de muslo derecho.

Resultados: La biopsia rápida intraoperatoria confirmó márgenes libres a 1 cm del límite tumoral. La biopsia diferida informó carcinoma epidermoide basaloide infiltrante, con compromiso de glande, uretra y prepucio, sin invasión linfovascular ni perineural, márgenes libres y estadiaje patológico pT2 Nx. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones durante la hospitalización; el paciente fue egresado el 05/05/2026. En seguimiento ambulatorio presenta recuperación clínica satisfactoria, con preservación de la micción en posición de pie y resultados cosméticos aceptables, en espera de inicio de quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: La penectomía parcial con reconstrucción de neoglande mediante injerto de piel parcial constituye una opción quirúrgica oncológicamente segura y funcionalmente favorable en pacientes seleccionados con carcinoma de pene localmente avanzado. Esta técnica permite obtener márgenes adecuados, preservar la longitud peneana funcional y mantener la micción de pie, con impacto positivo en la calidad de vida, sin comprometer el control oncológico a corto y mediano plazo, en concordancia con las recomendaciones internacionales de preservación de órgano.

VIDEOS 3

V19

HoLEP asistido por robot: Un nuevo abordaje seguro y preciso con la plataforma Beacon

Gil A.[1] | Lopez V.[1] | Cañas R.[2] | Mohr E.[3] | Herrera D.[4] | Georgiev G.[5] | Gomez-sancha F.[6] | Gilling P.[7] | Olmedo T.[8] | Ledezma R.[8]

[1]Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital La Florida, Santiago, Chile; [3]Hospital Regional de Iquique, Iquique, Chile; [4]Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [5]Hill Clinic, Sofia, Bulgaria; [6]ICUA - Clinica CEMTRO, Madrid, España; [7]University of Auckland, Auckland, New Zeland; [8]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es actualmente el tratamiento quirúrgico de elección para la hiperplasia prostática benigna. Su principal limitación es la curva de aprendizaje requerida. La cirugía asistida por robot podría mitigar esta dificultad al mejorar la ergonomía y la orientación espacial en los planos quirúrgicos. Se presenta un caso de HoLEP asistido por robot con la plataforma Beacon, demostrando los pasos quirúrgicos, la factibilidad y la seguridad del procedimiento.

Material y Métodos: Paciente de 72 años con síntomas del tracto urinario inferior secundarios a hiperplasia prostática benigna, refractario a terapia médica combinada. Se confirmó una próstata de 64 ml por ecografía transrectal y un PSA de 1,7 ng/ml. Se utilizó el sistema robótico Beacon de brazo único, controlado mediante pantalla táctil y acoplado a un resectoscopio de 24Fr, operado de forma remota por el cirujano. Con el paciente en posición de litotomía, la cistoscopia reveló una próstata bilobar obstructiva. Se identificaron el esfínter externo y el cuello vesical como reparos anatómicos. Se realizó enucleación de dos lóbulos con láser de holmio (2 J, 40 Hz), definiendo el plano de disección mediante una incisión en U invertida a nivel del verumontanum. Completada la enucleación, se desacopló el robot y se realizó hemostasia con resectoscopio bipolar y morcelación de forma convencional.

Resultados: El tiempo de enucleación fue de 148 minutos y el de morcelación de 17 minutos. La visualización final confirmó una fosa prostática limpia y vejiga libre de fragmentos. Se instaló una sonda Foley, retirada a los 3 días, con prueba de micción exitosa. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: La HoLEP asistida por robot demostró ser segura y ergonómica, facilitando la orientación espacial y el control remoto del instrumental. Como limitación, si bien la plataforma permite asistir la morcelación, esta se realizó de forma convencional por dificultades con el acople durante esta experiencia inicial. Este caso confirma la factibilidad de la técnica, justificando estudios adicionales para evaluar su impacto en la curva de aprendizaje y la eficiencia.

V20

Manejo del fenómeno de “beach ball” durante la morcelación en HoLEP: Tips and tricks

Herrera Sepúlveda D.[1] | Scherpenisse Duarte D.[2] | Bozzo Ahumada F.[1] | Martínez Cornejo M.[2] | Jaederlund Kelly S.[1] | Catalán G.[2] | Donoso E.[2]

[1]Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile; [2]Servicio de Urologia, Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: El “beach ball” corresponde al adenoma enucleado que adopta forma esférica, superficie lisa y consistencia fibrosa, rotando libremente en la vejiga sin ser engranado por las cuchillas del morcelador. Constituye un factor predictor independiente de menor eficiencia de morcelación y se asocia a mayor tiempo de morcelación y de cirugía, mayor energía láser total y días de hospitalización, por tanto sondaje más prolongados. Considerando que la morcelación incompleta y la lesión vesical se reportan en 2,3% y 2,4% de los HoLEP respectivamente, disponer de una conducta sistematizada resulta relevante. El objetivo es presentar, a partir de un caso, un algoritmo escalonado de manejo beach ball.

Material y Métodos: Video de un caso de HoLEP en que, tras completar la enucleación, se constató un beach ball con morcelación inicialmente fallida con un registro endoscópico intraoperatorio de las maniobras aplicadas.

Resultados: Se propone una secuencia de ocho pasos, ordenada por complejidad y riesgo creciente: 1) Verificar el funcionamiento del morcelador —movimiento cuchillas, aspiración, conexiones e irrigación; 2) Desobstruir canal de trabajo de la varilla morcelador; 3) Reducir la velocidad morcelador, favoreciendo el engranaje del tejido firme; 4) Cambiar las cuchillas ante pérdida de filo u obstrucción de la varilla; 5) Aplicar energia láser sobre la esfera para generar soluciones de continuidad en su superficie que faciliten el engranaje, idealmente morcelandola en la lodge prostática; 6) Resecar el adenoma con resectoscopio bipolar y extracción restos con evacuador helix; 7) Conversión a cirugia abierta, alternativa de excepción y no recomendable; 8) Diferir la morcelación a un segundo tiempo, idealmente en 24 a 48 horas, estrategia en que la eficiencia aumenta de 1,44 g/min el día 0 a 13,69 g/min al día 7 (4). En el caso presentado, la situación se resolvió mediante los pasos: 1, 2 y 3 propuestos.

Conclusiones: El reconocimiento precoz del beach ball y la aplicación de un algoritmo escalonado permiten resolverlo con maniobras endoscópicas simples, evitando conversiones y lesiones vesicales. Su conocimiento es especialmente útil durante la curva de aprendizaje, factor también asociado a menor eficiencia de morcelación.

V21

Enucleación endoscópica prostática en cáncer de próstata localmente avanzado: Experiencia quirúrgica con láseres Ho:YAG y p-Tm:YAG

Santis J.[1] | Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Carrillo I.[1] | Márquez I.[1] | Gambi G.[1] | Guerrero P.[1] | Manterola C.[1] | Rojas J.[1] | Testa I.[1] | Calderón D.[1] | Rojas V.[2]

[1]Hospital Del Salvador, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador, Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción: La obstrucción del tracto urinario inferior puede ser una manifestación clínicamente relevante del cáncer de próstata (CaP) localmente avanzado, requiriendo de manejo quirúrgico para resolver la obstrucción prostática. La enucleación endoscópica prostática (EEP) ha demostrado resultados funcionales favorables y existe evidencia de su utilización como alternativa desobstructiva en pacientes con CaP, incluso en escenarios de enfermedad localmente avanzada.Paralelamente, el desarrollo de nuevas fuentes de energía, como el p-Tm:YAG, ha ampliado las alternativas disponibles para la EEP. Sin embargo, la experiencia específicamente dirigida a pacientes con CaP localmente avanzado continúa siendo limitada. El objetivo es demostrar la factibilidad técnica de la EEP en pacientes con CaP localmente avanzado y mostrar la experiencia utilizando láseres Ho:YAG y p-Tm:YAG.

Material y Métodos: Se presentan dos pacientes con CaP localmente avanzado, usuarios de sonda foley por obstrucción del tracto urinario inferior. Ambos fueron sometidos a EEP. En el primer caso se utilizó láser Ho:YAG y en el segundo p-Tm:YAG. Se analizaron los principales pasos quirúrgicos, con énfasis en la identificación y desarrollo del plano de enucleación, características de la disección, interacción láser-tejido y morcelación.

Resultados: La enucleación fue técnicamente factible y pudo completarse en ambos pacientes. Los tiempos de enucleación fueron 45 y 50 minutos, con 47 y 46 gramos de tejido enucleado, respectivamente. Ambos pacientes fueron dados de alta a las 24 horas, sin sonda, con prueba miccional exitosa. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: La EEP es técnicamente factible como estrategia desobstructiva en pacientes seleccionados con CaP localmente avanzado, independiente del compromiso y extensión de éste. La alteración del plano anatómico asociada a la enfermedad local puede representar un desafío para la disección. Tanto Ho:YAG como p-Tm:YAG permitieron completar la enucleación, presentando características particulares de interacción con el tejido. Se requieren series mayores para determinar el impacto de la fuente de energía sobre los resultados quirúrgicos en este escenario.

V22

Prostatectomia simple laparoscopica (PSL) tecnica de Freyer: Una alternativa vigente y eficaz en el manejo quirurgico del crecimiento prostatico obstructivo (CPO)

Chirino Rosendo J.[1] | Toledo Bravo J.[2] | Soler Andonie D.[2] | Salas Herrera G.[1] | Ascanio Rojas J.[1] | Pinto Martinez U.[1] | Bustamante Valenzuela P.[1] | Acuña Galvez E.[1] | Vera Veliz A.[3]

[1]Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas, Ovalle, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile; [3]Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas/Hospital San Juan de Dios, Ovalle/La Serena, Chile

Introduccion: El gold standar para el manejo quirúrgico del CPO es la enucleación prostática endoscópica con láser, sobre todo cuando el volumen prostático (VP) supera los 80cc. Sin embargo, en aquellos adenomas prostáticos de gran volumen >150cc el abordaje mínimamente invasivo, robótico o laparoscópico, tiene una cabida.

Caso-Clinico: Hombre 56años, sin comorbilidades. Larga data de síntomas del tracto urinario bajo(LUTS) severos, hematuria recurrente y dos episodios de retención urinaria aguda secundaria a CPO. IPSS:21; ecotomografía VesicoProstatica: VP200cc, protrusion prostática intravesical >1,5cm, vejiga de lucha. PSA:12ng/ml. ResonanciaProstática: VP180cc PIRADS:2, dPSA:0.06. Se decide resolución quirúrgica mediantePSL.

Tecnica-Quirurgica: Decúbito supino trendelemburg forzado (25°). AgujaVeress, neumoperitoneo(10-15mmhg). CuatroTrocares, optica 30°. Acceso abdominal transperitonal. Apertura peritoneo parietal, diseccion espacio Retzius. Liberacion vesical. Cistotomia horizontal cercana al cuello vesical. Puntos de tracción pared anterior de la vejiga exponiendo próstata de gran volumen con impronta vesical y signos marcados de vejiga de lucha. Adenoma prostático obstructivo a expensas de LóbuloDerecho. Se demarca el cuello con energia monopolar. Enucleacion del adenoma por plano subcapsular mediante energía bipolar, tijera y disección roma, simulando diseccion digitointrumental realizada en el abordaje abierto transvesical clásico. Resección de lobulos por separado. Primero LóbuloDerecho, seguido del LobuloIzquierdo. Bajo visión directa y magnificada se secciona la uretra prostática con tijera fria a nivel del apex. Hemostasia prolija de la lodge prostatica. Indemnidad cápsular, se respeta barra interureteral. SondaFoley3vías dejando el balón inflando en la lodge prostática Cierre del labio posterior del cuello y cistorrafia en un plano, ambos pasos con sutura barbada Prueba de hermeticidad satisfactoria. Pieza quirúrgica extraida por incisión de pfannenstiel. Sin drenaje.

Resultados: Cirugía sin incidentes. TiempoLaparoscopico:150min. Sangrado: 400cc. Evolución clinica satisfactoria. Alta 1erdía post-operatorio (<24hrs). Retiro SondaFoley al 6todía post-operatorio. Informe anatomopatológico: hiperplasia glandular-nodular del estroma prostático (150grs), sin signos de malignidad. A la fecha paciente continente, sin LUTS. Con mejoría significativa de su calidad de vida. Uroflujometria: NoObstructiva.

Discusion: La PSL técnica de Freyer (transvesical) es una alternativa quirúrgica minimamente invasiva que debe ser considerada para el tratamiento del CPO de gran volumen. A pesar de ser una técnica exigente, ofrece algunas ventajas (economicas, visualización del apex, indemnidad uretro/esfinteriana, control directo hemostasia, etc) con excelente resultados clínicos, destacando una corta estadía hospitalaria.

V23

Prostatectomía simple robótica con conservación de uretra y técnica extraperitoneal transcapsular para preservar la eyaculación anterógrada

Sepúlveda M.[1] | Ascorra S.[1] | Sepúlveda F.[1] | Zúñiga Á.[2] | Guerrero P.[2] | Pizzi P.[2] | Pinto I.[2]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Clínica Santa María, Santiago, Chile

Introducción: La cirugía de la hiperplasia benigna de la próstata (HBP) alivia la obstrucción urinaria baja, pero la disfunción eyaculatoria es una complicación frecuente que afecta la calidad de vida, sobre todo en hombres jóvenes sexualmente activos. La preservación uretral fue descrita por Madigan, pero no se masificó por su complejidad técnica. Desde la primera prostatectomía simple robótica se han propuesto distintos abordajes al adenoma. El objetivo de este video es mostrar una técnica reproducible que conserva íntegramente la uretra mediante abordaje extraperitoneal transcapsular y logró preservar la eyaculación anterógrada.

Material y Métodos: Hombre de 56 años, sexualmente activo, con uropatía obstructiva baja refractaria a tratamiento médico. Uroflujometría flujo máximo (Qmax) 7 mL/s, residuo post-miccional 90 mL, MSHQ-EjD 6/15, antígeno prostático específico (APE) 7,1 ng/mL, resonancia multiparamétrica con próstata de 130 cc, PI-RADS 2 y biopsia previa negativa para cáncer. Se realizó prostatectomía simple con conservación uretral en plataforma Da Vinci Xi. En Trendelenburg 11°, se accedió al espacio de Retzius con balón dilatador a 15 mmHg, cuatro trócares robóticos y uno auxiliar subumbilical. Tras incisión transversa de la cápsula, el adenoma se disecó desde el ápex hacia ambos lóbulos, de lateral a medial, evitando energía térmica periuretral. Se conservó una porción reducida de adenoma posterior al verumontanum. La indemnidad uretral se comprobó inyectando 120 mL de suero. Capsulorrafia con V-loc 3-0; el adenoma se extrajo fragmentado en bolsa.

Resultados: Tiempo operatorio de 120 minutos (consola 80 minutos), sangrado 100 mL, sin irrigación vesical. Alta a las 24 horas, tránsito intestinal a las 48 horas sin procinéticos y analgesia por 7 días. Sonda retirada al tercer día, sin síntomas irritativos. Biopsia: 118 g de HBP y prostatitis crónica. A los tres meses: Qmax 37 mL/s, APE 0,7 ng/mL, MSHQ-EjD 10/15 y eyaculación anterógrada conservada.

Conclusiones: La prostatectomía simple robótica extraperitoneal transcapsular con conservación uretral es factible y reproducible, y una alternativa prometedora en hombres sexualmente activos con próstatas de gran volumen que desean preservar la eyaculación. Ofrece además menor tiempo de sonda, sin irrigación vesical, menos síntomas irritativos y recuperación precoz. Una serie con seguimiento prolongado permitirá objetivar estos resultados.

V24

Ureteroscopia flexible “non-touch” con equipo de 6.3 Fr: Selección de pacientes y resultados iniciales

Cid A.[1] | Lopez V.[2] | Susaeta R.[1] | Aguila F.[3] | Marchant F.[4]

[1]Clínica las Condes, Santiago, Chile; [2]Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Hospital Clínico Universidad de Chile - Clínica BUPA, Santiago, Chile; [4]Hospital Clínico Universidad de Chile - Clínica las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La ureteroscopia flexible se ha realizado tradicionalmente con vaina de acceso ureteral, asociada a lesión mucosa en hasta 38% de los casos. Presentamos una serie inicial de la técnica “non-touch” en ureteroscopia flexible sin vaina de acceso ni guía como alternativa para reducir el traumatismo ureteral, con apoyo de fluoroscopia solo de ser necesario. Criterios de selección: litiasis menor a 10 mm y/o 500 mm^3,densidad tomográfica menor a 1000 UH, ausencia de estenosis conocida, litiasis no impactada en uréter proximal, y nefrolitiasis bilateral no compleja. En nuestra base de datos local de 800 pacientes, un 25% cumplía estos criterios.

Material y Métodos: Se presentan 3 casos tratados con ureteroscopio flexible de 6.3 Fr y canal de trabajo de 3.6 Fr. Se usó guía hidrofílica de nitinol de 0.035’’ solo como recurso opcional de seguridad, limitada al tramo distal del uréter, irrigación continua y láser de Holmium en modo dusting, evitando extracción mecánica de fragmentos.

Caso 1: litiasis de 6 mm y 900 UH en grupo calicial inferior derecho. Caso 2: monorreno quirúrgico con 3 litiasis renales izquierdas de hasta 7 mm y 1250 UH. Caso 3: nefrolitiasis bilateral: cálculo de 9 mm (1000 UH) en riñón derecho y 2 cálculos de 3 y 4 mm en riñón izquierdo.

Resultados: Los tres casos lograron condición stone free, confirmada por control endoscópico intraoperatorio y por tomografía computarizada al mes, sin litiasis residual. En todos se evidenció mucosa ureteral íntegra. Todos tuvieron alta precoz (menos de 12 horas), sin catéter doble J, sin reconsultas a urgencias y sin complicaciones Clavien-Dindo III-IV.

Conclusiones: La técnica non-touch constituye una alternativa segura y eficaz a la ureteroscopia flexible tradicional en pacientes seleccionados, evitando el uso de vaina de acceso y catéter doble J, sin necesidad de radioscopia de rutina. En nuestra serie no se registraron complicaciones ni consultas a urgencias.

V25

Primera experiencia con sistema de control de flujo en tiempo real en ureteroscopía flexible

Ibáñez H.[1] | Guerrero M.[2] | Salvadó J.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital El Carmen, Santiago, Chile; [3]University Hospitals, Cleveland Medical Center, Urology Institute, Cleveland, OH, Estados Unidos

Introducción: La presión intrarrenal (PIR) elevada durante la ureteroscopía flexible se asocia a reflujo pielovenoso, sepsis y daño renal, pero hasta ahora su manejo ha sido ciego, mediante irrigación por gravedad, compresión manual o jeringa. Recientemente se ha desarrollado un sistema que integra un ureteroscopio digital de un solo uso con sensor de presión en la punta y una bomba de irrigación continua de flujo con ajuste según la PIR medida. Presentamos la primera experiencia clínica con el uso de este dispositivo.

Material y Métodos: Se describe la disposición del pabellón, el posicionamiento del equipo, la instalación del cassette de irrigación por el equipo de enfermería, la calibración del sensor y la configuración de perfiles: presión de bomba (baja/media/alta), límite de presión intraluminal (70 mmHg) y límite de presión de bomba (110 mmHg). Durante la cirugía la consola muestra en tiempo real la PIR, su curva, el volumen infundido y alertas visuales; al superar el umbral, el sistema restringe automáticamente el flujo. Al finalizar entrega un informe con PIR promedio, presión de bomba, duración e irrigación total. Se aplicó en 15 pacientes consecutivos con litiasis renal.

Resultados: La instalación y calibración fueron reproducibles desde el primer caso, con integración fluida al flujo habitual de pabellón. En la serie, el diámetro mayor promedio fue 10,5 mm, volumen litiásico 190 mm^3, densidad 1200 UH y tiempo quirúrgico 55 minutos. Se instaló catéter doble J en 5 pacientes (33%) y hubo una infección urinaria (6,7%), sin otras complicaciones.

Conclusiones: Esta primera experiencia demuestra que la monitorización de la PIR con regulación automática de la irrigación es factible, intuitiva y de rápida adopción, permitiendo por primera vez un control objetivo y dinámico de la presión durante la ureteroscopía flexible. Su impacto en tasa libre de cálculos, complicaciones infecciosas y costo-efectividad debe evaluarse en series comparativas.

V26

Utilización de apnea controlada en cirugía endoscópica retrograda renal y ureteral proximal: Buscando eficiencia y seguridad

Cid Bertoglia A.[1] | Marchant F.[2] | Araya Carrasco C.[3] | Bravo F.[4] | Susaeta R.[1]

[1]Servicio Urología, Clinica las Condes, Santiago, Chile; [2]Servicio Urología, Clinica las Condes/ Servicio Urología, Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile; [3]Servicio Urología, Clinica las Condes/Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [4]Servicio Anestesiología, Clinica las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La movilidad renal por ventilación convencional compromete la precisión en cirugía endoscópica retrograda renal y ureteral proximal (CERRUP) por litiasis, tumores del tracto urinario superior, divertículo caliciliar, endopielotomia y estenosis ureteral proximal. Es conocido que la apnea intraoperatoria reduce este desplazamiento; sin embargo no siempre se utilizan protocolos definidos para este objetivo. Presentamos un protocolo de apnea intraoperatoria controlada.

Material y Métodos: El protocolo incluye preoxigenación (FiO2 100%, fracción espirada de oxígeno mayor a 85%) e hiperventilación previa hasta EtCO2 25-30 mmHg. Durante la apnea se monitoriza saturación, presión arterial, ECG y profundidad anestésica, con reinicio inmediato ante saturación bajo 93%, cambios hemodinámicos relevantes, arritmia o criterio clínico. Para fines del estudio se realiza aleatorización de cada fase (apnea vs ventilación convencional), cegando al cirujano. Se utiliza escala Gadzhiev de movilidad del objetivo quirúrgico y se registra el número de eventos de fallo del target. Se presenta un caso de litiasis renal y ureteral proximal y resultados preliminares.

Resultados: En el caso ilustrativo, la ventilación convencional desplazó la litiasis hasta 9 mm a nivel ureteral proximal (Gadzhiev 2); con apnea el campo quedó prácticamente inmóvil (Gadzhiev 5). En los 5 pacientes iniciales del estudio, el Gadzhiev mejoró con apnea en todos los casos, con mejora promedio de 2 puntos. Todos los episodios dentro de protocolo mantuvieron SpO2 de 100% y ausencia de complicaciones y el único episodio fuera de protocolo, sin preoxigenación previa, mostró caida a 92%, activando el criterio de seguridad.

Conclusiones: La excursión respiratoria es un problema real en CERRUP. Un protocolo de apnea definido, junto al equipo de anestesia, permite apneas seguras y que mejoran la eficiencia quirúrgica. Estos resultados preliminares respaldan la apnea controlada como una estrategia en CERRUP.

V27

Inteligencia en el disparo: Uso de plataforma laser con tecnología de sensor de tejido para para una RIRS mas segura y eficiente

Gomez I. | Neira R. | Vargas R. | Acuña J.

Hospital DIPRECA, Santiago de Chile, Chile

Introducción: La cirugía intrarenal retrógrada (RIRS) es el tratamiento de elección en nefrolitiasis de hasta 2 cm, límite que se ha expandido con las nuevas vainas de acceso ureteral flexible (FANS), gracias a la disminución de los tiempos operatorios y de la presión intrarenal. Sin embargo, el uso del láser se mantiene como una de las causas de lesiones a la mucosa y de sangrado intraoperatorio. La plataforma láser VPG UroLaseMax de TFL incluye un nuevo sensor de tejido cuyo objetivo es evitar estas lesiones secundarias.

Material y Métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente con nefrolitiasis coraliforme incompleta izquierda, a quien se realiza RIRS izquierda con FANS, utilizando la plataforma láser VPG UroLaseMax de TFL, cuyo sensor de tejido identifica y diferencia, mediante refringencia, la mucosa de la litiasis, permitiendo mayor seguridad durante la litotricia y evitando el daño térmico a la mucosa por el láser. Se describen los aspectos técnicos de la nueva plataforma, la configuración del sensor y los resultados perioperatorios.

Resultados: La nueva plataforma permitió una litotricia eficiente y una diferenciación adecuada entre litiasis y tejido, posibilitando la liberación y extracción de fragmentos incrustados sin generar daño visible a la mucosa, evitando el sangrado intraoperatorio y las lesiones térmicas secundarias al láser. El tiempo operatorio fue de 69 minutos, con un tiempo intrarenal de 50 minutos, sangrado intraoperatorio mínimo, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente evolucionó sin requerimiento de refuerzos de analgesia ni hematuria, siendo dada de alta a las 24 horas. Se realizó pielo-TAC a las 24 horas postoperatorias, sin evidenciar fragmentos ni litiasis residuales significativos.

Conclusiones: Esta nueva plataforma láser con sensor de tejido permite disminuir las lesiones térmicas y el sangrado intraoperatorio, sin comprometer la eficacia ni la seguridad del procedimiento. Sin embargo, en esta etapa inicial es importante mantener las medidas de seguridad necesarias, considerando que se trata de una tecnología nueva que requiere mayores estudios que garanticen su seguridad.

VIDEOS 4

V28

Nefrectomía parcial robótica de single-port para tumores renales T1b

Roman C.[1] | Saldivia D.[1] | Diaz G.[1] | Badani K.[2]

[1]Hospital San Borja Arriaran, Santiago, Chile; [2]Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

Introducción: Se han descrito diversos abordajes para la nefrectomía parcial robótica de puerto único (NPR-SP). Una de las principales limitaciones de esta técnica ha sido la necesidad de un puerto adicional y de un asistente a pie de mesa para aspiración y retracción. Los avances recientes en cirugía robótica han permitido desarrollar estrategias que aumentan la autonomía del cirujano desde la consola, posibilitando realizar el procedimiento mediante un único puerto, incluso en tumores renales mayores de 4 cm.

Material y Métodos: Paciente masculino de 68 años con tumor renal derecho de 4,4 cm de diámetro máximo, localizado en el polo inferior. Paciente en decúbito supino, se realizó NPR-SP mediante un acceso anterolateral inferior extraperitoneal utilizando la plataforma robótica da Vinci SP (Intuitive Surgical), sin utilización de puertos accesorios.

Resultados: La NPR-SP se completó exitosamente sin conversión ni necesidad de puertos adicionales. El tiempo operatorio total fue de 87 minutos y el tiempo de isquemia caliente de 14 minutos. La pérdida sanguínea estimada fue de 50 mL. No se registraron complicaciones perioperatorias y el paciente fue dado de alta el mismo día de la cirugía. El estudio anatomopatológico informó carcinoma renal de células claras tipo papilar, con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusiones: La NPR-SP mediante acceso anterolateral inferior permitió realizar una nefrectomía parcial completamente por puerto único, sin asistencia mediante puertos adicionales, en un tumor renal mayor de 4 cm. Este abordaje demostró ser técnicamente factible, con bajo sangrado, breve tiempo de isquemia caliente y alta hospitalaria el mismo día. Estos resultados apoyan la factibilidad de avanzar hacia una mayor autonomía del cirujano desde la consola en casos seleccionados.

V29

Nefrectomía parcial robótica off-clamp con técnica sutureless

Filigrana C.[1] | Infantes I.[2] | Domínguez R.[1] | Orellana S.[3] | Kerkebe M.[2] | Hassi M.[4]

[1]Hospital Félix Bulnes y Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile; [2]Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile; [3]Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile, Chile; [4]Hosital Dipreca y Hospital Dipreca, Santiago de Chile, Chile

Introducción: La nefrectomía parcial robótica busca maximizar la preservación de parénquima renal manteniendo un adecuado control oncológico. Las estrategias off-clamp evitan la isquemia renal global, mientras que la técnica sutureless pretende minimizar la manipulación y compresión del parénquima al omitir la renorrafia. Presentamos la técnica de nefrectomía parcial robótica completamente off-clamp, sin disección hiliar y sin renorrafia, destacando los aspectos técnicos que permiten su realización en un tumor renal de baja complejidad.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 68 años, hipertenso, con antecedente de nefrectomía parcial derecha en 2020 por carcinoma renal de células claras pT1aN0M0. Durante el seguimiento se identificó una nueva masa renal izquierda exofítica de 17 mm, localizada en el tercio superior-anterior, cT1aN0M0 y RENAL score 4, con creatinina preoperatoria de 1,3 mg/dL. Por sus características anatómicas favorables se indicó nefrectomía parcial robótica off-clamp con intención sutureless. Se realizó abordaje transperitoneal mediante plataforma da Vinci X, sin disección ni control previo del hilio renal. Tras la exposición renal e identificación de la lesión se realizó resección tumoral sin clampaje vascular. La hemostasia del lecho se consiguió mediante coagulación selectiva y aplicación de agente hemostático, omitiéndose la renorrafia tras comprobar un adecuado control hemostático. El procedimiento se completó sin necesidad de conversión a clampaje hiliar ni sutura del parénquima renal.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 60 minutos, con un sangrado de 100 mL y sin tiempo de isquemia. No se realizó renorrafia ni se requirió transfusión sanguínea. La estancia hospitalaria fue de 2 días, sin complicaciones Clavien-Dindo ≥II. El estudio anatomopatológico definitivo mostró carcinoma papilar renal de 2,5 cm, grado 2, R0, estadio pT3a.

Conclusiones: La nefrectomía parcial robótica off-clamp, sin disección hiliar y sutureless, es técnicamente factible en tumores seleccionados de baja complejidad. Una adecuada selección del caso, la resección tumoral meticulosa y el control hemostático selectivo pueden permitir evitar tanto la isquemia renal como la renorrafia. Esta estrategia representa una alternativa de preservación de parénquima en escenarios anatómicamente favorables, aunque su reproducibilidad y potencial beneficio funcional deben evaluarse en series de mayor tamaño.

V30

Nefrectomía parcial robótica luego de neoadyuvancia con sunitinib

Vilches R.[1] | Kerkebe M.[1] | Henriquez P.[2]

[1]Clinica MEDS, Santiago, Chile; [2]Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

Introducción: En pacientes monorrenos, un tumor renal constituye una indicación absoluta de nefrectomía parcial. Sin embargo, la infiltración de estructuras críticas (vasculares o de la vía urinaria) o el tamaño tumoral pueden hacerla inviable. En estos casos, la cirugía radical condena al paciente a la diálisis, con su morbimortalidad. La terapia sistémica neoadyuvante surge como alternativa para lograr resección parcial y preservar la unidad renal.

Materiales y Métodos: Presentamos el video de una mujer de 54 años con un tumor renal izquierdo de 11 cm, con compromiso de la vía urinaria y venas renales segmentarias, asociado a atrofia renal derecha por hidronefrosis secundaria a litiasis ureteral proximal (con tratamiento endoscópico previo frustro). El comité oncológico definió ureterolitolapaxia derecha robótica, biopsia percutánea renal izquierda e inicio de neoadyuvancia con Sunitinib tras confirmarse un carcinoma de células renales (células claras). La paciente completó 10 ciclos con buena tolerancia. Ante la disminución significativa del tumor en la tomografía, se planificó una nefrectomía parcial robótica izquierda.

Resultados: Se utilizó la plataforma EDGE MP1000, con 4 brazos robóticos y 2 de asistencia, por vía transperitoneal. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas, con isquemia de 95 minutos y sangrado estimado de 500 cc. Se implementaron medidas de nefroprotección (manitol previo a la isquemia; furosemida y albúmina postoperatorias). La cirugía involucró apertura y cierre amplio de la vía urinaria, con catéter ureteral tras la resección. No hubo complicaciones quirúrgicas ni anestésicas. Hubo diuresis adecuada desde la primera hora postoperatoria; la creatinina preoperatoria de 1,1 mg/dL se elevó hasta 2,0, estabilizándose en 1,6 mg/dL al mes, con diuresis actual de 2 L/día. La histopatología reveló un carcinoma de células claras de 5,5 cm, grado WHO 3, invasión linfovascular positiva, bordes libres y sin diferenciación sarcomatoide. A los 3 meses, la RM abdominal y el TAC de tórax no evidenciaron recidiva.

Conclusiones: La neoadyuvancia es una alternativa prometedora para tumores inicialmente no candidatos a nefrectomía parcial en pacientes monorrenos o con función renal límite, evitando la morbimortalidad de la diálisis. Pese a los desafíos técnicos (tejido inflamado, neovascularización sostenida, márgenes complejos), la planificación multidisciplinaria logra resultados perioperatorios seguros.

V31

Nefrectomía parcial en injerto renal, abordaje robótico. Un desafío uro-oncológico

Ibáñez H.[1] | Neyra A.[2] | Recabal P.[3]

[1]Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile; [3]Fundación Arturo Lopez Perez, Santiago, Chile

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) en injerto renal es infrecuente (0,2-0,5% de los receptores) y plantea un dilema entre control oncológico y preservación de la función del injerto. La nefrectomía parcial con preservación de nefronas es la alternativa de elección en tumores pequeños, pero la localización heterotópica en fosa ilíaca, la fibrosis periinjerto y la vasculatura reconstruida elevan la complejidad técnica. El abordaje robótico en este escenario cuenta con escasa evidencia publicada.

Material y Métodos: Hombre de 45 años, trasplantado renal en 2008 por glomeruloesclerosis focal y segmentaria, con creatinina basal de 1,3 mg/dL. En scanner de control se identificó una lesión sólida en el injerto de fosa ilíaca derecha, RENAL score 10x (1+3+3+x+3). Se decidió nefrectomía parcial asistida por robot. Se realizó identificación de estructuras vasculares y esqueletización de la arteria del injerto, localización de la lesión con ecógrafía robótica intraoperatoria para delimitar los bordes tumorales, clampeo arterial, tumorectomía y renorrafia. Tuvo un total de 11 minutos de isquemia caliente. No se presentaron complicaciones perioperatorias.

Resultados: La anatomía patológica informó CCR con características de células claras, no clasificable, grado ISUP 2, de 1,9 x 1,7 cm, limitado al riñón, sin componente sarcomatoide ni necrosis, con márgenes quirúrgicos negativos (borde a 1,5 mm). Inmunohistoquímica: CAIX (patrón de membrana completa), CK7, vimentina, CD10, CK34BE12 y GLUT-1 positivos; Melan A negativo. La creatinina fue 2,09 mg/dL al primer día postoperatorio, retornando a 1,3 mg/dL al mes y 1,5 mg/dL al cuarto mes. El control imagenológico a los 6 meses no mostró recidiva local ni compromiso a distancia.

Conclusiones: La nefrectomía parcial robótica es factible y segura en tumores del injerto renal, incluso de complejidad moderada-alta, permitiendo control oncológico con márgenes negativos y preservación de la función del injerto. La ecografía intraoperatoria y el clampeo arterial selectivo fueron claves para la resección en un campo quirúrgico distorsionado. Este caso aporta evidencia local sobre una indicación excepcional del abordaje robótico.

V32

Apertura de vía urinaria en nefrectomía parcial compleja cT2; planificación y manejo que permite preservación renal vía trans o retroperitoneal

Quiñones C. | Krebs A. | Lyng R. | Souper R. | Aliaga A. | Otaola H. | Orvieto M. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Resumen: Se presentan dos casos clínicos de pacientes con tumores renales mayores a 7cm con compromiso de vía urinaria; en el primero se realiza nefrectomia parcial robótica izquierda transperitoneal; mientras que en el segundo se realiza nefrectomía parcial robótica izquierda retroperitoneal. Se expone técnica quirúrgica paso a paso; en nuestro centro todos los casos en los cuales existe compromiso de vía urinaria se planifica cirugía con abordaje endoscopico, realizamos una cistoscopia flexible previo al clampeo de hilio renal y ascendemos un cateter ureteral open end; posicionandolo por debajo de unión pieloureteral para irrigar con suero fisiológico durante primer plano de rafia renal, de esa manera podemos identificar los puntos exactos de apertura de vía urinaria y realizar una sutura selectiva. Previo a finalizar cirugía dejamos instalado un cateter JJ. El tiempo quirurgico total fue de 240 y 200 minutos e isquemia 21 y 31 minutos en cada caso respectivamente. No hubo complicaciones intraoperatorias; se dejo instalado drenaje en ambos casos. Ambas biopsias evidenciaron tumor maligno con márgenes quirúrgicos negativos. Se retiró cateter JJ al mes post operatorio en ambos pacientes. A modo de conclusión, es importante recalcar que debido al avance tecnológico hoy en día podemos realizar cirugías minimamente invasivas que nos permiten preservar funcionalidad renal en pacientes que antiguamente la nefrectomía radical era su única alternativa. Para evitar complicaciones en casos complejos es importante la planificación pre operatoria; en nuestro centro todo paciente con compromiso de vía urinaria que se realizará nefrectomia parcial; se realiza cistoscopia flexible e instala catéter ureteral para realizar sutura de vía urinaria selectiva; quedando con cateter JJ.

V33

De la simulación al trasplante: Modelo ex vivo de anastomosis vascular robótica

Araya Carrasco C.[1] | Guerra Loyola J.[2] | Guzmán S.[3] | Buckel E.[4] | Rojas P.[5] | Vega E.[6] | Narvaez P.[3]

[1]Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile; [2]Facultad de Medicina, Universidad Andres Bello, Santiago, Chile; [3]Servicio de Urología, Clínica las Condes, Santiago, Chile; [4]Servicio de Cirugía, Clínica las Condes, Santiago, Chile; [5]Enfermera, Clínica Las Condes, Santiago, Chile; [6]Arsenalera, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Introducción: La anastomosis vascular constituye uno de los pasos técnicamente más exigentes de la cirugía robótica, siendo un elemento crítico en procedimientos como el trasplante renal, donde una ejecución precisa resulta fundamental para la adecuada perfusión del injerto. La evidencia respalda el entrenamiento mediante simulación, ya que permite entrenar estas habilidades fuera del paciente, en un entorno seguro, reproducible y susceptible de evaluación objetiva. Presentamos un modelo ex vivo perfundido y portátil, que ofrece una medición objetiva del desempeño quirúrgico y contribuye a acortar la curva de aprendizaje, con el objetivo de evaluar su reproducibilidad técnica y compararlo con una anastomosis real en cirugía de trasplante renal.

Material y Métodos: El video documenta una jornada de simulación realizada con el sistema robótico Da Vinci de cuatro brazos y su box de simulación. Se presentan inicialmente los materiales empleados: frascos rotulados, riñonera, porta-agujas robótico, suturas de calibre CV-5 y CV-6, tijeras vasculares, pinza quirúrgica y pieza vascular ex vivo. A continuación, se expone el fundamento de la simulación como herramienta de entrenamiento. Posteriormente, se muestra la confección de la anastomosis arterial y venosa respectivamente, contrastada con un video de una anastomosis real efectuada durante una cirugía de trasplante renal, seguida de la prueba de hermeticidad y flujo mediante infusión de suero fisiológico.

Resultados: El modelo permitió reproducir satisfactoriamente los principales pasos técnicos de una anastomosis vascular robótica. Las anastomosis pudieron completarse mediante técnica equivalente a la utilizada en el escenario clínico y se pudo probar hermeticidad posterior a la perfusión. Los vasos ex vivo permitieron reproducir la manipulación, sutura y respuesta al flujo observadas durante la anastomosis vascular del trasplante renal, permitiendo documentar la factibilidad técnica del modelo.

Conclusiones: El uso de vasos hepáticos ex vivo constituye un modelo biológico factible para la simulación de anastomosis vasculares robóticas, permitiendo reproducir sus principales etapas técnicas en un entorno controlado. Este modelo tiene el potencial como herramienta de entrenamiento; estudios posteriores con métricas objetivas de desempeño y validación por cirujanos de distintos niveles de experiencia serán necesarios para establecer su validez educativa.

V34

Manejo de lesiones vasculares en cirugía robótica urológica. ¿Es necesario convertir? Tips and tricks

Quiñones C. | Orvieto M. | Aliaga A. | Souper R. | Otaola H. | Krebs A. | Lyng R. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: Una complicación vascular tiene morbilidad y mortalidad asociada, es importante conocer el manejo correcto para poder resolverlas. En el caso de la cirugía minimamente invasiva podría implicar el tener que convertir la cirugía a abierta. Realizamos este video con el objetivo de mostrar formas de resolver complicaciones y consejos para tener más herramientas en situaciones complejas.

Material y Métodos: Se presentan 3 casos de cirugía minimamente invasiva robótica con lesiones vasculares; la primera una suprarrenalectomía derecha con lesion de vena suprarrenal y vena cava inferior; la segunda una nefrectomía parcial izquierda con lesion de arteria renal; y la tercera una prostatectomia radical con linfadenectomia con lesion de vena iliaca externa derecha por rotura de tip cover de tijera monopolar. Todas las cirugías realizadas con plataforma robótica Da Vinci Xi.

Resultados: Se muestra técnica quirúrgica, en todos los casos lo primero que se hace es mantener la calma y comprimir visualizar la lesión, con ello poder planificar la forma de reparación. En los primeros dos casos se instaló un segundo trocar de ayudante para mayor control de situación, y se realizo campleo vascular con pinza satinsky laparoscópica.En los tres casos se aumento el neumo a 20 de manera transitoria, volviendo a disminuirlo a 15 una vez controlada la lesión. El sangrado fue de 1800cc,100cc y250cc en cada caso. Solo un paciente salió a cama de paciente crítico con requerimientos de drogas vasoactivas. Ningún paciente requirió transfusión ni tuvo complicaciones post operatorias. Todos se fueron de alta dentro de la misma semana de cirugía. Ninguno falleció.

Conclusiones: No todas las complicaciones son iguales pero la gran mayoría se lograran resolver de manera minimamente invasiva, estas técnicas nos permiten trabajar en espacios pequeños con muy buena visualización. Los consejos más útiles son mantener la calma; comprimir para visualizar punto de sangrado; aumentar el neumo de manera transitoria si el paciente lo permite, apagar compresores neumáticos para disminuir retorno venoso, intentar el abordaje robotico/laparoscópico, pero en caso de no lograr el control vascular, convertir a cirugía abierta.

V35

Suprarrenalectomía parcial robótica; alternativa en adenoma funcionante

Quiñones C. | Eltit I. | Krebs A. | Lyng R. | Souper R. | Aliaga A. | Bermúdez H.

Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: En caso de adenomas suprarrenales funcionantes o mayores a 4cm el tratamiento de elección es la cirugia, siendo el Gold Standard la suprarrenalectomía total. Existe poca evidencia del beneficio de realizar suprarrenalectomías parciales. En este video mostraremos 3 casos en donde se realiza la cirugía parcial.

Material y Métodos: Se realiza suprarrenalectomía parcial robótica con sistema Da vinci Xi, con el fin de preservar función glandular.

Resultados: Se exponen 3 casos clínicos de pacientes con adenoma suprarrenales funcionantes; el primero un paciente con hipercortisolismo por hiperplasia suprarrenal bilateral; el segundo paciente con un feocromocitoma en glándula suprarrenal única (por feocromocitoma operado de lado contralateral previo) y el tercero con un hiperaldosteronismo primario. Se expone técnica quirúrgica en cada caso utilizando verde de indocianina para evaluar vitalidad de glándula residual. Todas las cirugías resultan sin incidentes; pacientes sin necesidad de suplementación hormonal posterior.

Conclusiones: De esta manera se expone la factibilidad y seguridad de técnica quirúrgica con el fin de conservar la glándula suprarrenal extirpando solo el adenoma funcionante. Principalmente útil en pacientes que por razones de cirugías previas o enfermedad bilateral la cirugía total implicaría una suplementación hormonal de por vida.

V36

Miniretroperc: Cuando el colon retrorrenal obliga a cambiar la estrategia

Cornejo V.[1] | Vivallo N.[1] | Carrillo I.[1] | Santis J.[1] | Márquez I.[1] | Gambi G.[1] | Toloza H.[2] | Orellana S.[2] | Donoso R.[2] | Urrea F.[2] | Guerrero P.[1] | Rojas J.[1] | Calderón D.[1] | Morales C.[2] | Testa I.[2] | Rojas V.[1]

[1]Hospital Del Salvador/Universidad de Chile, Santiago, Chile; [2]Hospital del Salvador, Santiago, Chile

Introducción: El colon retrorrenal constituye una variante anatómica infrecuente pero clínicamente relevante en cirugía renal percutánea, debido al riesgo de lesión colónica durante la creación del acceso. Su identificación preoperatoria y la elección de una estrategia quirúrgica adecuada son fundamentales para minimizar complicaciones potencialmente graves.

Objetivo: Presentar el manejo mediante acceso percutáneo asistido por retroperitoneoscopia de un paciente con anatomía renal de riesgo, destacando los aspectos técnicos que permiten realizar un acceso seguro.

Caso Clínico: Paciente de 33 años, con antecedente de hipertensión arterial controlada y nefrolitiasis coraliforme izquierda, previamente sometido a tratamiento quirúrgico en 2024. Durante el estudio preoperatorio se identificó un colon retrorrenal izquierdo, con interposición del colon en el trayecto potencial de acceso percutáneo. La tomografía computarizada permitió caracterizar la anatomía y planificar una estrategia alternativa. El cálculo presentaba una volumetría de 4200 mm^3 y densidad aproximada de 1100 UH, localizado predominantemente en el grupo calicial inferior. Se decidió realizar nefrolitotomía percutánea asistida por retroperitoneoscopia, bajo control fluoroscópico. La retroperitoneoscopia permitió identificar y movilizar medialmente el colon, liberando el trayecto de punción y evitando su interposición. Posteriormente se realizó la punción renal bajo visión directa y control radiológico, estableciendo el acceso percutáneo de manera segura. La cirugía se completó sin lesión visceral ni necesidad de conversión.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 2 horas y 30 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable, alta a las 24 horas y sin complicaciones postoperatorias.

Conclusión: El colon retrorrenal representa un desafío anatómico relevante para la nefrolitotomía percutánea y puede convertir un acceso convencional en un procedimiento de mayor riesgo. La asistencia con retroperitoneoscopia permite identificar y movilizar el colon antes de la punción renal, facilitando un acceso percutáneo más seguro en anatomías complejas. La evaluación tomográfica preoperatoria resulta fundamental para reconocer esta variante y seleccionar la estrategia de acceso más adecuada.

ÍNDICE DE AUTORES

Abazúa, L.	18
Acevedo A., E.	4
Acevedo, C.	15
Acevedo, E.	29, 58
Acosta Garay, A.	2, 9, 53
Acosta, A.	34, 35
Acosta, L.	20, 26
Acuña Galvez, E.	60, 63
Acuña Madrid, J.	7
Acuña, J.	1, 2, 3, 33, 45, 46, 47, 48, 55, 64
Adan, F.	13
Aguila, F.	6, 9, 49, 63
Águila, F.	6, 8, 9
Aguilar, P.	18
Agustin, V.	29
Ahuad, F.	47
Alarcón Londoño, N.	9
Alarcon, R. J.	5
Alarcon, J.	31, 42, 50, 59
Alarcón, J.	41
Alarcon, L.	42, 43, 44
Alarcón, L.	20, 27, 40, 44
Alcaraz, A.	12
Alfaro, A.	20, 27, 40, 43, 44
Alfaro, K.	18
Aliaga De La Fuente, A.	17
Aliaga, A.	14, 17, 19, 23, 28, 34, 35, 39, 42, 43, 66
Alliende Page, C.	12
Alliende, C.	5
Almonacid, J.	61
Altamirano, J.	5
Alvar, B.	23
Alvarado, M.	51, 54
Andriola, M.	8
Andrusco, A.	31, 41, 42, 50
Ansieta, F.	40
Aranda, C.	21
Araneda Minder, J.	45
Araya Carrasco, C.	7, 55, 64, 66
Araya, F.	31, 42, 50
Arenas Kalil, J.	18
Arenas, B.	11, 21
Arias López, C.	45
Arias, O. E.	4
Arias, D.	40
Arias, E.	58
Armisen, R.	18
Aroca, P.	61
Arriagada, M.	7
Arribas, D.	25
Arrue, K.	8, 21, 39, 50
Arrué, K.	3, 21
Ascanio Rojas, J.	60, 63
Ascorra Hormaechea, S.	51, 57
Ascorra, S.	8, 54, 63
Astroza Eulufi, G.	50
Astroza, G.	3, 8, 21
Ávila Díaz, C.	12
Ávila, C.	6, 7, 27, 51
Ayala Castro, C.	10, 37, 38, 45
Azúa, N.	44
Badani, K.	65
Baeza Figueroa, C.	12, 29
Baeza, C.	11, 30
Balbontin, F.	57
Balbontín, F.	37
Baquedano Droguett, P.	56
Barahona, J.	6, 8, 9, 42, 43, 44, 49
Barrera Cisternas, D.	18
Barria, S.	2, 29
Barría, S.	55
Barriga, J.	31, 53
Barrios, M. G.	4
Barroso, J.	7, 11, 47
Bassa, C.	61
Basualto Osorio, L.	9
Benchimol, J.	20
Benedetti, V.	42
Benítez Filselcker, A.	6, 7
Benitez, A.	9, 28
Benítez-filselcker, A.	27
Berkowitz Fiebich, L.	10
Bermúdez, H.	6, 19, 42, 43, 66
Bernier, P.	47
Berrías Aguilar, S.	37
Betolli, P.	37
Bezama, U. P.	4
Bezama, P.	58
Biancardi, K. S.	14
Bianchi, B.	43
Bittner, M.	21
Blackburn, S.	20, 36, 43
Blanco, A.	18
Borgna, V.	20, 27, 40, 41, 42, 43, 44
Bozzo Ahumada, F.	46, 60, 62
Bravo Escobar, R.	38
Bravo Izurieta, J.	40
Bravo Volante, C.	7, 36
Bravo, C.	2, 29, 46
Bravo, F.	64
Bravo, J.	17, 18, 39
Briceño, F.	27, 44
Brusoni Costoya, S.	10, 12
Brusoni, S.	3, 5, 21, 55
Buckel, E.	66
Bustamante, B. C.	4
Bustamante Valenzuela, P.	60, 63
Bustamante, A.	11, 18, 47
Bustamante, C.	42, 58
Cabello, J.	57
Caceres, J.	54
Calderón Herschmann, D.	11
Calderon, D.	11
Calderón, D.	13, 20, 21, 36, 46, 52, 53, 62, 67
Calvo Alarcon, N.	6
Calvo Bernasconi, I.	23, 24
Calvo, I.	1, 3, 6, 17, 41, 47, 48, 52
Calvo, N.	12, 31, 53
Camhi Vainroj, I.	7
Campaña Weitz, N.	30
Campos, D.	15, 16, 32
Campos, S.	11, 21
Canales Rojas, R.	4
Canales, O.	57
Canales, R.	5
Canals, M.	5
Cañas, R.	62
Cancino Bustos, C.	4
Cancino, C.	13
Capetillo Fuentes, M.	12
Carafí Laso, A.	36, 59
Carlos, C.	29
Carmona Clavería, L.	40
Carrasco Sanchez, F.	40
Carrasco, J.	12
Carrasco, M.	56

Carrillo Guiñez, B.	40
Carrillo Lizama, I.	11
Carrillo, I.	20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Carrión, K.	27
Casanova Ramón-borja, J.	59
Castiglioni, E.	8
Castillo, J.	20
Castillo, P.	27
Castro Henriquez, E.	10
Catalán Ancic, G.	17, 46, 60
Catalán, G.	7, 62
Cerda, O. J.	5
Cerda Ortiz, J.	26
Chacón, R.	1, 11, 47, 48
Chade, J.	8, 51
Chavez, C.	44
Chavez, O.	49
Chirino Rosendo, J.	60, 63
Chodowiecki, A.	56
Chong, G.	14
Cid Bertoglia, A.	1, 2, 7, 9, 23, 40, 48, 64
Cid, A.	15, 32, 41, 49, 52, 63
Cifuentes, M.	31
Coloma, O. F.	5
Coloma Ortiz, F.	37
Coloma, F.	31, 41, 42, 50, 59
Consigliere, L.	6, 8, 9, 49
Contreras Flores, C.	55
Contreras, C.	3
Contreras, H.	27
Contreras, J.	17, 39
Copaja, M.	23
Córdova De Halleux, V.	9
Coria Guzmán, D.	45
Cornejo, V.	11, 20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Cortés Araya, N.	26
Cortés Cortés, C.	60
Cortez, C.	61
Corvalán, J.	20
Cristian, T.	29
Cruz Mackenna, I.	36
Cuberos, J.	13
Cuevas, P.	3, 20, 26, 48, 52, 54
Damrauer, J.	18
Daniel, B.	29
D'anna, M.	12
De La Fuente, M.	3, 20, 26, 32, 39, 48, 52, 54
De La Llera, J.	6, 8, 9, 49
De La Torre, J.	57
De Oliveira, A.	19, 29
De Pablos Rodriguez, P.	59
De Pablos-rodríguez, P.	26
De Toro Ballesteros, J.	51
Delgado, E.	13
Díaz Bravo, G.	12, 57
Diaz Legarreta, J.	53
Díaz Legarreta, J.	2, 9
Diaz Tapia, V.	37
Diaz, G.	36, 43, 65
Díaz, G.	20, 43
Diaz, J.	5
Domínguez, A. R.	26
Dominguez Argomedo, R.	24, 59
Domínguez Argomedo, R.	12, 23, 24, 26, 32
Dominguez, J.	39
Dominguez, R.	3, 38, 52, 55, 59
Domínguez, R.	19, 24, 60, 61, 65
Donoso González, D.	2, 9, 30, 53
Donoso Gónzalez, D.	53
Donoso Machuca, E.	46, 60
Donoso, D.	7, 50, 54
Donoso, E.	62
Donoso, R.	67
Dueñas Cancino, L.	56
Dueñas, L.	3, 8, 21, 50, 57
Duran Gacía, L.	30
Duran Garcia, L.	13
Durán García, L.	2, 9, 10, 38, 45, 53
Duran, L.	54
Durán, L.	50
Durruty Bostelmann, J.	10
Ebel, L.	3, 20, 23, 26, 32, 39, 48, 52, 54
Ebensperger, M.	57
Ebensperger, P.	57
Elías, E. E.	40
Elias Echaurren, E.	4
Elías Echaurren, E.	38
Elías, E.	5
Eltit Soler, I.	17, 24
Eltit, I.	1, 2, 3, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 55, 59, 66
Escanilla, I.	61
Escobar Urrejola, S.	29
Escobar Urriola, S.	12
Escobar, S.	7, 30, 47
Escudero Perelló, A.	2, 9, 24, 53
Escudero, A.	1, 6
Escudero, M.	13, 48
Espinal Vásquez, C.	30
Eyzaguirre, M.	8, 21, 50
Falcón, C.	5, 44
Fasce Macaya, R.	45
Fernández Arancibia, M.	17
Fernandez Gonzalez, R.	55
Fernández Wenzel, J.	11, 29
Fernández, J.	30
Fernandez, M.	18
Fernández, M.	7, 17, 18, 39
Fernandez, R.	3
Figueroa Sharman, C.	9
Filigrana Valle, C.	4
Filigrana, C.	24, 60, 61, 65
Flores, F.	3, 20, 23, 26, 48, 52, 54
Foneron, B. A.	48
Foneron, V. A.	48
Foneron, A.	3, 4, 20, 23, 26, 52, 54
Fraga, M.	42
Frias Muñoz, S.	24
Frías Muñoz, S.	37
Frías, S.	1
Fuentes Carrion, M.	38
Fuentes Carrión, M.	37
Fuentes Espinoza, A.	18
Fullá Ortiz, J.	12
Gallardo, I.	32, 39, 48
Gallegos, H.	8
Gambi, G.	20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Garate, S.	48
Gárate, S.	3, 20, 26, 45, 52, 54
Garcés Barros, I.	14, 48
Garces, I.	1, 46
Garcés, I.	50
García Gómez, A.	2, 9, 53
Garcia Muñoz, M.	61
Garcia Urólogo, L.	37
Garcia, A.	37
García, A.	57, 61
Garcia, M.	53
Garcia, M.	31
Garcia, V.	33
Gatica, A.	3, 17, 47
Georgiev, G.	62
Giacaman, I.	58
Gil, A.	62
Gilling, P.	62
Giménez Barros, B.	60
Gjuranovic Sardy, M.	30
Gjuranovic, I.	30
Gjuranovic, M.	30, 60

Goic Vilaso, C. 10
Gomez, I. 38, 64
Gómez, I. 29, 38
Gomez-lobo, M. 5
Gomez-sancha, F. 62
Gonzalez Billault, M. 54
González Pellegrino, D. 1
González, C. 4
Gorena, M. 40, 56
Grandi, D. 20, 26, 48, 52, 54
Guerra Loyola, J. 1, 33, 55, 66
Guerra, J. 14, 16, 33
Guerreo, R. 18
Guerrero Muñoz, R. 40
Guerrero, S. P. 11
Guerrero, M. 8, 48, 63
Guerrero, P. 34, 35, 36, 46, 62, 63, 67
Guerrero, R. 17, 39
Gurovich Herrera, J. 12
Gurovich, J. 28
Gutierrez, A. 48
Guzman Karadima, S. 4
Guzmán Karadima, S. 55
Guzmán, S. 60, 66
Hartmann Arnouts, J. 10, 37, 38, 45
Hassi, R. M. 5
Hassi Roman, M. 4, 24
Hassi Román, M. 12, 23, 24, 26, 32, 36, 55
Hassi, M. 2, 3, 19, 24, 35, 38, 41, 52, 59, 60, 61, 65
Henríquez Rissios, I. 2, 9, 53
Henríquez Rissios, J. 13, 30
Henríquez, D. 28
Henriquez, I. 54
Henríquez, I. 8, 50
Henriquez, P. 65
Henríquez, P. 28, 61
Hernandez-galaz, S. 41
Hernandez-oliveras, A. 41, 42
Herníquez, G. P. 14
Herquiñigo, D. 14, 15, 16, 32, 33, 34, 36
Herrera, C. L. 4
Herrera Muñoz, R. 60
Herrera Navia, C. 1, 7, 34, 45
Herrera Sepulveda, D. 51
Herrera Sepúlveda, D. 9, 40, 46, 60, 62
Herrera, C. 1, 33
Herrera, D. 7, 62
Herrera, L. 58
Herrera, R. 20, 52, 53
Hidalgo, S. 42
Hohf, R. P. 14
Hohf, P. 44, 61
Horn Bengoa, C. 45
Hugo, O. 6
Huilipan Quinchavil, F. 10
Hurtado, J. 41, 42, 43, 44
Iacobelli, A. 5
Ibañez Holmgren, H. 30
Ibañez, H. 37
Ibáñez, H. 8, 34, 35, 63, 65
Infante, I. 24, 48, 59
Infantes, I. 65
Iñiguez, S. 5, 28
Inostroza Aqueveque, C. 54
Inzunza Navarro, J. 54
Irarrázabal, S. 30
Irarrazaval Infante, S. 7
Irarrázaval Infante, S. 29
Irarrázaval, S. 57
Iturbe, R. 30
Iturriaga, C. 28, 61
Jaederlund Kelly, S. 46, 60, 62
Jorquera, J. 8
Julio Durán, A. 26
Juri Yamal, D. 3, 7, 23, 24, 55
Juri, D. 3, 15, 35, 41, 46, 47, 49, 59
Kerkebe, L. M. 26
Kerkebe Lama, M. 12, 24
Kerkebe, M. 19, 24, 35, 65
Kim, W. 18
King, I. 43
Kirmayr Zamorano, M. 4
Kramer, F. 49
Krebs, A. 6, 7, 19, 42, 43, 66
Labra, A. 14, 34
Lancellotti, G. D. 5
Landerer, E. 46, 47
Lara Muñoz, D. 61
Lara, D. 49
Larenas Huguet, F. 12, 24
Larrañaga, M. 17, 18, 39, 40
Lavados, N. 44
Lay Veliz, R. 40
Lay, R. 17, 18, 39
Le Roy, A. 8
Ledezma, R. 15, 62
Legal, N. 45
Letelier, H. 27
Leyton Naranjo, R. 10, 38
Leyton Narnajo, R. 37
Libano, L. 3, 21, 50, 57
Líbano, L. 8, 21
Lira, N. 49
Lladser, A. 41, 42
Llano, J. 20, 36
Llantén Olea, M. 10
Lobos, F. R. 4
Lobos, C. 40, 56
Lobos, R. 58
López, M. P. 4
López Van-leenden, Á. 50
Lopez Vargas, V. 7
López Vargas, V. 30
López, P. 58
Lopez, V. 3, 62, 63
Loyola Maturana, J. 24, 26, 37, 59
Loyola Muñoz, M. 26, 32
Lozano, C. 53
Luz, D. 1, 2, 3, 19, 29, 33, 35, 41, 48, 52, 55, 59, 60, 61
Lyng, R. 19, 42, 43, 47, 66
Lyon Errázuriz, J. 10, 37, 38, 45
Madrid Deischler, V. 2, 9, 53
Madrid, V. 38, 50, 54
Majerson, A. 55
Maldonado Álvarez, F. 2, 9, 30, 53
Maldonado Schoijet, I. 12
Maldonado, F. 50, 54, 61
Manterola Flores, C. 29
Manterola, C. 11, 20, 30, 36, 46, 62
Manzanares, S. V. 4
Manzanares, V. 58
Manzanaro, R. 47
Manzano Ramírez, R. 33
Manzano, R. 32
Marcelain, K. 18
Marcelo, O. 6
Marchant Bustos, P. 2, 9, 30, 53
Marchant, F. 6, 7, 8, 9, 15, 49, 63, 64
Marchant, I. 31, 49
Marchant, P. 50, 54
Marconi, M. 21, 50, 51, 57
Mardones Venegas, J. 9
Mardones, J. 15
Mardonez Contreras, P. 24
Mardonez, P. 33, 38
Marín, C. 34, 35, 45, 48
Marió, G. C. 14
Mario, I. F. 6
Marió, C. 28, 29, 44, 61

Marques, R. 61
Márquez, C. R. 14
Márquez, I. 20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Márquez, R. 28
Martínez Cornejo, M. 46, 60, 62
Martínez Osorio, C. 24
Martínez Suazo, T. 24
Martinez, A. 49
Martinez, C. 43
Martínez, C. 36
Maturana Leiva, E. 38
Maureira Alfaro, M. 37, 59
Maya, A. 18
Mechaca Cruzat, R. 40
Mejías Briceño, A. 21, 22, 54
Mejías Briceño, O. 46
Mejías, M. A. 14
Mejías, A. 28, 44, 61
Melej, N. 27
Mellado Mellado, J. 7
Mellado, J. 40, 43, 44
Menchaca Cruzat, R. 4, 12
Menchaca, R. 5, 21
Mendoza, M. E. 14
Mendoza, E. 28, 61
Merino Cofré, A. 10
Meza Concha, N. 1
Milowsky, M. 18
Mino, B. 18
Miqueleiz Legaz, M. 24, 26, 37, 59
Mogollon, J. 1, 15, 32
Mogollón, J. 15, 16, 32, 33, 45
Mohr, E. 62
Montecinos Gaete, J. 30
Mora, C. 61
Moraga, J. 39, 57
Morales, C. 20, 52, 53, 67
Morales, I. 48
Morán, D. 5
Moreno Figueroa, S. 51
Moreno, N. 39, 55
Moreno, S. 48, 57
Mulchi Espildora, C. 24
Mülchi Espíldora, C. 61
Mülchi, C. 49
Munizaga Ramírez, R. 26
Muñoz, H. S. 14
Muñoz, I. 40
Muñoz, J. 40, 56
Muñoz, M. 32, 39
Muñoz, S. 28
Napole Perfetti, H. 24
Nápole, H. 49
Narvaez Fuentes, P. 4, 38
Narváez Fuentes, P. 55, 60
Narvaez, P. 66
Narváez, P. 20
Navarrete Corsini, D. 10
Navarrete, D. 5
Neira, R. 33, 64
Neyra Vallejos, A. 13
Neyra, A. 5, 65
Norambuena Neira, M. 61
Norambuena, J. 44
Olivares, V. 13
Olivero, P. 49
Oliveros, P. 31
Olmedo Barros, T. 59
Olmedo, T. 15, 62
Ondarza, C. 49
Opazo Marquez, V. 12
Opazo Márquez, V. 29
Opazo, V. 30
Oporto, U. S. 40
Oporto Uribe, S. 10
Oporto, S. 5
Orellana Lobos, A. 1
Orellana, S. S. 26
Orellana Salinas, N. 12, 24
Orellana Sepulveda, S. 23
Orellana Sepúlveda, S. 12, 24
Orellana, A. 16, 32
Orellana, D. 20, 52, 53
Orellana, N. 19, 24
Orellana, S. 3, 13, 19, 24, 36, 41, 52, 55, 59, 60, 61, 65, 67
Orio, M. 56
Orvieto Eterović, G. 7, 9, 48
Orvieto, G. 14, 32, 49
Orvieto, M. 14, 19, 23, 34, 35, 42, 43, 66
Osorio, F. 7, 11
Otaola, H. 7, 14, 19, 23, 34, 35, 42, 43, 66
Oyanedel Farias, F. 4
Oyanedel Muñoz, P. 37, 38, 45
Oyanedel, F. 3, 20, 23, 26, 32, 39, 45, 48, 52, 54
Pacheco, J. 27
Palacios Stark, S. 38
Palma, C. 12
Parada Bahamondes, F. 12
Parrao Ruz, D. 40
Parrao, D. 17, 18
Pauchard, F. 8
Peña, G. 13
Perez Benedek, C. 7, 48
Pérez Ostergaard, C. 30
Perez, V. 55
Peri, L. 12
Peter, H. 28
Pfeifer Esparza, J. 2, 9, 13, 30, 53
Pfeifer, J. 13, 50, 54
Philipp, S. 8
Pieressa, N. 40, 56
Piñats Díaz, N. 12
Pino, A. 29
Pinochet Fuenzalida, R. 17
Pinochet, R. 6, 14, 17, 23, 34, 35, 39
Pinto Martinez, U. 60, 63
Pinto, I. 50, 57, 63
Pizzi, P. 37, 57, 63
Plaza Jimeno, C. 55
Plaza, C. 3
Poblete Burgos, V. 24
Poblete, M. 34, 35, 37, 48, 61
Poblete, R. 20, 36
Poblete, V. 33, 38
Puelma, F. 20, 52, 53
Punte, M. T. 9
Punte Menendez, T. 6
Punte, T. 6, 8, 49
Quilodrán Fuentes, F. 61
Quilodrán, F. 49
Quiñones Rivera, C. 45
Quiñones, C. 14, 19, 23, 34, 35, 42, 43, 66
Quintana, L. E. 4
Quintana, E. 58
Quiroz Flores, M. 2, 9, 33
Quiroz, M. 14, 33, 46
Radtke Lopez, V. 4
Radtke López, V. 26, 32, 35, 55
Radtke, V. 2, 23, 47, 59
Ramírez, E. J. 4
Ramírez Quintero, J. 21, 22, 54
Ramirez Rocha, G. 23, 55
Ramírez Rocha, G. 17, 24
Ramirez, G. 1, 2, 3, 17, 29, 32
Ramírez, G. 17, 39, 47, 60, 61
Ramírez, J. 29, 58
Ramírez-santana, M. 26
Recabal, P. 5, 65
Reinecke Clark, N. 17
Reinecke, N. 17, 39

Retamal, R.	36, 44
Reyes Navarrete, A.	9
Reyes Sanchez, E.	10
Reyes, E.	1, 2, 45, 46, 47
Riesle, P.	14, 28, 61
Rivas Achard, M.	15, 35
Rivera Santos, B.	10, 38, 45
Rivera, F.	40, 56
Robson Cofré, J.	10
Robson Jofré, J.	12
Robson, J.	5
Rochefort, A.	7
Rodriguez, C. C.	5
Rodríguez, C. C.	26
Rodriguez Concha, C.	37, 59
Rodríguez Concha, C.	24
Rodriguez Laporte, M.	10, 38
Rodríguez, A.	16, 32
Rodriguez, J.	56
Rodriguez, M.	15
Rodríguez, M.	8, 21
Rodríguez-carlin, A.	1, 2, 7, 9, 14, 15, 23, 32, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48, 49
Rojas Aravena, M.	61
Rojas Castiglione, I.	17, 23, 24, 47
Rojas Ossa, V.	11
Rojas Ruz, P.	18
Rojas Salas, A.	59
Rojas, A.	31, 41, 42, 50
Rojas, C.	14, 15, 33, 47, 49
Rojas, I.	1, 2, 3, 11, 17, 32, 39, 48, 52, 55, 61
Rojas, J.	5, 13, 31, 36, 42, 46, 50, 52, 62, 67
Rojas, P.	60, 66
Rojas, V.	11, 20, 36, 46, 52, 53, 62, 67
Roman, C.	65
Roman, F.	15, 46
Román, J.	27, 28
Román, P.	44
Romero, Y.	7
Rondini, F.	51
Rozental De Mayo, M.	24
Rozental, M.	33, 38
Rubio Lozano, G.	11
Rubio, G.	20, 52, 53
Ruiz Espinosa, T.	9, 40
Ruiz Espinoza, T.	59
Ruiz Tagle, D.	44
Ruiz Wiegand, S.	40
Ruiz, J.	13
Ruiz, S.	17, 18, 39
Ruiz, T.	49
Saavedra, Á.	48
Sabugo, F.	23
Sáenz, S.	7, 47
Saez, G. G.	4
Sáez Valenzuela, I.	45
Saez, C.	13
Sáez, G.	58
Sáez, N.	51
Salas Herrera, G.	63
Salazar Campos, V.	10, 37, 38, 45
Saldaña, A.	14, 28, 61
Saldivia Zaror, D.	10, 57
Saldivia, D.	20, 36, 43, 65
Salinas Simonetti, C.	38
Salinas, M.	61
Salvadó, J.	8, 63
San Martin, K.	40
Sánchez Sepúlveda, R.	45
Sandoval Ramirez , J.	37
Sandoval Ramírez, J.	38
Sandoval, C.	5
Sanhueza, J.	6, 15
Santander Robles, D.	51
Santis, J.	20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Sarmiento Arancibia, V.	21, 22, 54
Sarmiento, V.	21
Sathianathen, N.	27
Saud, S.	45
Schaub Cantin, A.	15, 49
Scherpenisse Duarte, D.	46, 60, 62
Schultz, M.	17, 18, 23, 34, 35, 39
Sepúlveda Concha, F.	53
Sepúlveda, F.	8, 63
Sepulveda, M.	13, 37, 57
Sepúlveda, M.	50, 57, 61, 63
Sifri, A.	21, 50
Silva, A.	2, 7, 9, 46, 48, 49
Siri, F.	9
Siri, J.	6
Sobell, R.	12, 28
Sola, A.	12
Soler Andonie, D.	60, 63
Soler, D.	31, 41, 42, 50
Soler, S.	31, 42, 50
Soto, C. G.	40
Soto Cornejo, G.	4, 12
Soto, G.	5, 41
Soto, R.	61
Souper, R.	7, 14, 19, 23, 34, 35, 42, 43, 66
Sovino, F.	48
Stein, C.	47
Steuer, A.	20, 26, 48, 52, 54
Storme, O.	51
Susaeta, R.	63, 64
Tabilo Zepeda, G.	37
Tamayo, I.	27
Tapia, A.	12
Tarp-hansen Schmidlin, E.	24
Tarp-hansen, E.	33, 38
Telayna, F.	1, 3, 47
Testa, I.	13, 23, 25, 35, 36, 46, 62, 67
Thorkelsen, G.	54
Tirado Baker, D.	35
Tirado Barker, D.	1, 4, 9, 14, 26, 33, 35, 45, 55
Tirado, D.	1, 2, 15, 32, 46, 47
Toledo Bravo, J.	50, 60, 63
Toledo, H.	3, 20, 23, 26, 48, 52, 54
Toledo, J.	31, 41, 42
Toloza, H.	13, 20, 36, 52, 53, 67
Toro, D.	27, 51
Torrado R., K.	4
Torrado, K.	58
Torremadé, J.	12
Triat Catalan, T.	54
Troncoso, C.	51
Troncoso, L.	23
Ulloa Adasme, M.	54
Umaña Rodriguez, J.	54
Umaña, J.	40, 56
Umanzor González, P.	10
Umanzor, P.	3, 8, 21
Urrea, F.	8, 67
Urrea, R.	13
Urrutia, S.	40, 56
Urzúa Salas, R.	21, 22, 54
Valdebenito, P.	18
Valenzuela Matus, C.	50
Valenzuela, R.	31, 40, 41, 42, 50, 56
Valero, G.	39
Van Cauwelaert, R.	36
Vargas Jimenez, R.	24, 36, 59
Vargas Jiménez, R.	9
Vargas, A.	38
Vargas, R.	13, 64
Veas, M.	8, 21, 50
Vega, A.	28
Vega, E.	66
Velarde, L.	2, 29, 48
Velasco, A.	34, 35

Velásquez Zabala, M.	50
Velasquez, M.	55
Venegas, J.	49
Vera Arroyo, N.	45
Vera Varela, G.	18
Vera Veliz, A.	60, 63
Vera Veliz, Á.	24
Vera, A.	31, 42, 50
Vera, Á.	35, 41
Verdugo, C.	40, 41, 43, 44
Vergara Faundez, G.	6
Vergara, G.	17
Vicherat Mattar, C.	10
Vicherat, C.	5, 21
Vidal Faune, Á.	5
Vidal Mora, I.	23
Vidal, I.	14, 34, 35
Vidal, M.	15, 25, 33
Vidal-mora, I.	25
Vilaseca Cabo, A.	4
Vilches Paez, R.	24
Vilches Páez, R.	12, 24, 26, 36
Vilches, R.	28, 65
Villagrán Salas, M.	40
Villagrán, M.	5
Villalobos, V.	17, 18
Vivallo, N.	20, 21, 46, 52, 53, 62, 67
Vizuete, E.	6, 8, 9, 49
Volosky, M.	14, 28, 61
Wagner, T.	3, 20, 23, 26, 45, 48, 52, 54
Walbaum, S. J.	4
Walbaum, J.	8, 21
Werner, P.	43
Westenenk Smith, K.	17
Westenenk, K.	17, 18, 39
Yutronic Pezoa, I.	24, 36
Zamora, D.	20
Ziegler Heredia, W.	30
Zuñiga Soria, M.	37
Zúñiga, Á.	34, 35, 63