

XLV CONGRESO CHILENO DE  
**UROLOGÍA**

6 AL 9 DE NOVIEMBRE 2024 | VIÑA DEL MAR

HOTEL SHERATON MIRAMAR

LIBRO DE RESÚMENES

## Contenido

|   |    |
|---|----|
| OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1 -- UROLITIASIS - UROLOGÍA RECONSTRUCTIVA - ANDROLOGÍA .....   | 13 |
| O01) HOSPITALIZACIONES POR LITIASIS URINARIA EN CHILE: ANÁLISIS DE 9 AÑOS Y CAMBIOS POST-PANDEMIA.....  | 13 |
| O02) COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE VOLUMEN EN UROLITIASIS: ESTUDIO IN VITRO .....  | 14 |
| O03) INTERACCIONES MICROBIANAS ENTRE INTESTINO Y SISTEMA URINARIO: REVELANDO SU IMPACTO EN LOS CÁLCULOS RENALES.....  | 15 |
| O04) USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETERMINAR LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA LITIASIS URINARIA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA. .... | 16 |
| O05) INHIBIDORES DE SGLT2 E INCIDENCIA DE UROLITIASIS EN UNA POBLACIÓN DE CHILE.....  | 17 |
| O06) REPORTE DE CASOS: INSTALACIÓN DE DETOUR® - URETER ARTIFICIAL.....  | 18 |
| O07) ESTIMANDO LA REAL INCIDENCIA DE COMPLICACIONES URETRALES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.....  | 19 |
| O08) RESULTADO DE LA PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES DURANTE LA URETROPLASTÍA ANASTOMÓTICA PARA LA LESIÓN URETRAL POR FRACTURA DE PELVIS .....            | 20 |
| O09) IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN SALUD PÚBLICA: DIFICULTADES Y AVANCES EN UN CENTRO ANDROLÓGICO CHILENO.....  | 21 |
| O10) ¿PORQUE TANTO PACIENTES QUE SON POTENCIALES CANDIDATOS A UNA PRÓTESIS DE PENE NO RECIBEN UNA? - BUSCANDO LAS RAZONES EN CHILE.....                         | 22 |
| O11) DRENAJE PENOESCROTAL COMO TRATAMIENTO DEL PRIAPISMO REFRACTARIO .....  | 23 |
| O12) ¿PUEDE UN CHATBOT AUMENTAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN VIDA? EXPLORANDO EL ROL DE CHATGPT.....   | 24 |
| OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2 -- CÁNCER DE PRÓSTATA - CÁNCER DE VEJIGA.....   | 26 |
| O13) USO DE MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON COMO PREDICTOR DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA. ....              | 26 |
| O14) IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLANTILLA DE PROTOCOLO DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA: RESULTADOS PRELIMINARES.....   | 27 |
| O15) INCIDENCIA DE UPSTAGING EN RE-RTU VESICAL Y QUÉ SUCEDE SI NO SE REALIZA: HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF ENTRE LOS AÑOS 2014-2024 .....                       | 28 |

|   |    |
|---|----|
| O16) BCG NO-RESPONDEDOR. ¿QUÉ TAN FRECUENTE ES EN CHILE? ¿CÓMO LO ESTAMOS MANEJANDO? .....  | 29 |
| O17) IMPLEMENTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL COMBINADA (GEMCITABINA Y DOCETAXEL) COMO ALTERNATIVA TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO .....                      | 30 |
| O18) SOBREVIDA GLOBAL EN CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL.....  | 31 |
| O19) CONDUCTO ILEAL VS NEOVEJIGA ORTOTÓPICA: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS EN CISTECTOMÍA RADICAL. ....  | 32 |
| O20) EXPOSICIÓN A PESTICIDAS Y COMPOTAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA REGIÓN DE O’HIGGINS, CHILE.....   | 33 |
| O21) TRANSICIÓN DE PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA A CIRUGÍA ROBOTICA CON HUGO RAS SYSTEM .....  | 34 |
| O22) DIFERENCIAS PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA VERSUS ROBÓTICA, UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN ÚNICO CENTRO .....                               | 35 |
| O23) ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA LAPAROSCOPIA EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN TÉRMINOS DE INCONTINENCIA URINARIA, FUNCIÓN ERÉCTIL Y ESTENOSIS URETROVESICAL EN UN ÚNICO CENTRO PÚBLICO CHILENO ..... | 36 |
| OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3 -- HPB - CÁNCER DE PRÓSTATA Y RENAL - UROLOGÍA FUNCIONAL.....   | 37 |
| O24) APLICACIÓN DE UNA CALCULADORA DE RIESGO PARA EL SCREENING Y DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN CHILENA.....  | 37 |
| O25) CARGA FINANCIERA POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HPB EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS BASADO EN GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD).....                              | 38 |
| O26) TERAPIA PROSTATICA CON VAPOR DE AGUA REZUM. EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS.....  | 39 |
| O27) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM ES SEGURA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS URINARIOS BAJOS Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA PREEXISTENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO.....                   | 40 |
| O28) SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: UNA TRANSICIÓN DE THULEP A HOLEP EN UN SOLO CENTRO .....  | 41 |
| O29) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LASER DE HOLMIO COMO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: EXPERIENCIA INICIAL.....  | 42 |
| O30) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM (HOLEP) AMBULATORIA ¿ES UNA ALTERNATIVA SEGURA Y FACTIBLE?.....  | 43 |

|  |    |
|--|----|
| O31) USO DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA PERITUMORAL EN TUMORES PEQUEÑOS PARA REEMPLAZAR EL CLAMP DEL HILIO RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA..... | 44 |
| O32) CURVA DE APRENDIZAJE DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES ROBÓTICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO, UN ESTUDIO PROSPECTIVO .....   | 45 |
| O33) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA. ....                                       | 46 |
| O34) EVALUANDO LA CARGA DE PROCEDIMIENTOS DESOBSTRUCTIVOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS POBLACIONAL.....                                  | 47 |
| OA4) ORALES UROLOGÍA ADULTO 4 -- INVESTIGACIÓN BÁSICA – MISCELÁNEO.....  | 48 |
| TI9) CIRUGIA RENAL PERCUTANEA DE ACCESO MINIMO CON VANIA DE IRRIGACION Y ASPIRACION. EXPERIENCIA INICIAL .....   | 48 |
| O36) CARCINOGENICIDAD GENÉTICA DEL CÁNCER DE VEJIGA RELACIONADO CON EL ARSÉNICO: DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA A LA MODELIZACIÓN MATEMÁTICA .....                         | 49 |
| O37) ACCIÓN DE LA MOLÉCULA DE SÍNTESIS TETRAHIDROISOQUINOLINA SOBRE LA ACTIVIDAD MOTORA DEL DETRUSOR EN MODELO DE VEJIGA DE RATA EN CÁMARA DE ÓRGANO AISLADO.....      | 50 |
| O38) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SIMULADOR DE BAJO COSTO PARA LA ENSEÑANZA DE CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA .....   | 51 |
| O39) MODELO DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DEL COMPONENTE NO SEMINOMA DE CÁNCER TESTICULAR EN IMÁGENES DE ULTRASONIDO .....                                    | 52 |
| O40) CANCER TESTICULAR BILATERAL DE CÉLULAS GERMINALES.....  | 53 |
| O41) MUERTE PREMATURA POR CÁNCER GENITOURINARIO EN CHILE. ESTIMACIÓN DE IMPACTO EN PRÓXIMA DÉCADA.....   | 54 |
| O42) MUJERES EN UROLOGÍA EN CHILE: SITUACIÓN ACTUAL.....   | 55 |
| O43) ABSCESO PROSTÁTICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN 11 AÑOS.....   | 56 |
| O44) EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ABSCESOS PROSTÁTICOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 35 CASOS .....  | 57 |
| O45) EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN MANEJO DE ABSCESO RENAL EN HOSPITAL PÚBLICO. UN DESAFÍO EMERGENTE.....  | 58 |
| O46) PATOLOGÍA UROLÓGICA EMERGENTE: IMPACTO EN LA VÍA URINARIA DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA - TUSSI .....   | 60 |
| TI2) MANEJO DE LA ESTRECHEZ URETRAL FEMENINA MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL.....   | 61 |
| OA5) ORALES UROLOGÍA ADULTO 5 -- UROLITIASIS .....   | 62 |

|   |    |
|---|----|
| O47) CAMBIOS EN LA TEMPERATURA RENAL DURANTE LA LITOTRIZIA URETEROSCÓPICA CON LÁSER PULSADO DE TULIO:YAG: UN ANÁLISIS IN VITRO .....                            | 62 |
| O48) CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA (RIRS) EN LITIASIS ÚNICA DE CÁLIZ INFERIOR DE 1-2CM: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO .....                              | 63 |
| O49) LASER DE HOLMIO DE ALTA POTENCIA VS LASER DE TULIO PULSADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO .....   | 64 |
| O50) EXPERIENCIA CLÍNICA EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 629 CASOS EN HOSPITAL PÚBLICO CON EQUIPOS DESCARTABLES. ....  | 65 |
| O51) PULVERIZANDO UN CÁLCULO RENAL, ¿QUE LÁSER ELEGIR? ESTUDIO EXPERIMENTAL. ....   | 66 |
| O52) RESULTADOS DE LA URETEROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA (UE) EN PACIENTES CON UROSEPSIS PREVIAMENTE DRENADA: ANÁLISIS PAREADO .....                                 | 67 |
| O53) VAINA DE ACCESO URETERAL DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE EN PACIENTES CON SEPSIS URINARIA PREVIA ¿ES REALMENTE NECESARIA? .....                          | 68 |
| O54) VARIABILIDAD EN LA DEFLEXIÓN DEL URETEROSCOPIO FLEXIBLE AL UTILIZAR VAINAS DE ACCESO URETERAL DE SUCCIÓN FLEXIBLES Y NAVEGABLES. UN ESTUDIO EX VIVO. ....  | 70 |
| O55) EVALUACIÓN DE PRESIÓN Y TEMPERATURA INTRARRENAL DURANTE EL USO DE SUPER MINI PERCUTÁNEA. ....  | 71 |
| O56) TASA DE ÉXITO Y COMPLICACIONES DE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA SEGÚN PUNTAJE DE GUY. ....  | 72 |
| O57) CATÉTER URETERAL JJ CON RIENDAS ¿LA ALTERNATIVA DE ELECCIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO? .....   | 73 |
| O58) RADIACIÓN DURANTE EL ESTUDIO PERIOPERATORIO DE UROLITIASIS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN. ¿ESTAMOS CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE RADIACIÓN?..... | 74 |
| OA6) ORALES UROLOGÍA ADULTO 6 -- CÁNCER DE PRÓSTATA.....  | 75 |
| O59) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA UNILATERAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: CREACIÓN DE UN NOMOGRAMA .....   | 75 |
| O60) EXPLORACIÓN DE MODELO PREDICTIVO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA ISUP 3 O MÁS: LA PRECISIÓN DEL PET PSMA.....  | 76 |
| O61) PET-CT/PSMA COMO PREDICTOR DE COMPROMISO GANGLIONAR EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO .....                                 | 77 |
| O62) ETAPIFICACIÓN GANGLIONAR DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON PET-CT PSMA EN PACIENTE DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO DESFAVORABLE .....                                 | 78 |
| O63) ROL DEL PET-CT PSMA EN LA ESTADIFICACIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿SUPERIOR A LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA?.....                          | 79 |

|   |    |
|---|----|
| O64) USO DE PET PSMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO CON CARACTERÍSTICAS DESFAVORABLES. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....  | 79 |
| O65) EVALUACIÓN DEL USO DEL PRIMARY SCORE PARA LA DETECCIÓN DE TUMORES ISUP 3 O MÁS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO .....  | 80 |
| O66) BIOPSIA PROSTÁTICA EN PI-RADS 5. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE BIOPSIA NEGATIVA.....   | 81 |
| O67) EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA BIOPSIA POR FUSIÓN DE IMÁGENES RESONANCIA MAGNÉTICA CON ULTRASONIDO TRANSRECTAL Y LA BIOPSIA GUIADA POR MICRO-ULTRASONIDO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO. .... | 82 |
| O68) COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA TRANSRECTALES... 83   |    |
| O69) MANEJO SUBÓPTIMO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HOMONO-SENSIBLE EN LA SALUD PÚBLICA DE CHILE. RESULTADOS SOBRE EL USO DE INTENSIFICACIÓN A LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDRÓGENICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.....             | 84 |
| O70) EXPERIENCIA INICIAL DEL USO DE APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE .....   | 85 |
| VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1 -- ANDROLOGÍA - CÁNCER DE PRÓSTATA - CÁNCER RENAL.....  | 86 |
| V01) “TIPS AND TRICKS” DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE DE TRES COMPONENTES POR VÍA INFRAPÚBICA.....  | 86 |
| V02) MINI SLING Y PROTESIS DE PENE PARA EL TRATAMIENTO DE LA CLIMACTURIA..  | 86 |
| V03) DESARROLLO DE EXOSCOPIO DE BAJO COSTO, DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MICROCIURUGÍA UROLÓGICA-ANDROLÓGICA.....   | 88 |
| V04) SLING AJUSTABLE RETROPÚBICO VULKO: INNOVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA MASCULINA.....   | 89 |
| V05) AVANCES EN NEFRECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT: INTEGRACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN 3D EN UN CASO CON LOCALIZACIÓN ANATÓMICA CONSIDERADA IRRESECABLE .....  | 90 |
| V06) NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT DE ALTA COMPLEJIDAD UTILIZANDO VERDE DE INDOCIANINA PARA LA ESCISIÓN DE 8 TUMORES.....  | 91 |
| V07) NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA CON USO DE ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN TUMOR CON TROMBO TUMORAL.....   | 92 |
| V08) CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS EN TUMOR COMPLETAMENTE INTRARRENAL: ABORDAJE LAPAROSCOPICO CON APOYO ECOGRAFICO INTRAOPERATORIO .....   | 93 |

|   |     |
|---|-----|
| V09) TIPS QUIRÚRGICOS PARA ACCESO AL ESPACIO RETRO PROSTÁTICO DE DENONVILLIERS POR VÍA PERINEAL .....   | 94  |
| V10) REPLICACIÓN DE TÉCNICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA A LAPAROSCOPIA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS .....                                 | 95  |
| V11) “BUNCHING TECHNIQUE”: NOVEDOSA TÉCNICA DE FLAP PERITONEAL DESPUÉS DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.....                   | 96  |
| V12) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA PRESERVADORA DE ESPACIO DE RETZIUS .....  | 97  |
| VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2 -- UROLOGÍA RECONSTRUCTIVA - ENDOUROLOGÍA   | 98  |
| V13) URETEROPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL.....  | 98  |
| V14) URETEROPLASTÍA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO .....  | 99  |
| V15) TÉCNICA DE DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA .....   | 100 |
| V16) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO CON USO DE ÍLEON DISTAL EN MICROVEJIGA, UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.....   | 101 |
| V17) RECONSTRUCCIÓN DE ESTENOSIS URETERAL POST URETEROSCOPIA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON SISTEMA RAS HUGO™ . PRIMER REPORTE EN LA LITERATURA. .... | 103 |
| V18) OBSTRUCCIÓN URETERAL POR PROYECTIL CON RESOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA POR RETROPERITONEOSCOPIA .....  | 104 |
| V19) TRASPLANTE RENAL ASISTIDO POR ROBOT EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO.....   | 105 |
| V20) MÉTODOS DE ASPIRACIÓN EN ENDOUROLOGÍA: EL NUEVO PILAR TERAPÉUTICO PARA LOGRAR EL STONE FREE .....  | 106 |
| V21) VAINA DE SUCCIÓN ASPIRATIVA PERCUTÁNEA EN MINI NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA-ECIRS .....   | 107 |
| V22) CIRUGÍA INTRARRENAL COMBINADA: MIENTRAS MÁS TECNOLOGÍA, MEJOR CLEARANCE LITIÁSICO .....  | 108 |
| V23) TRATAMIENTO INTRARRENAL BILATERAL SIMULTÁNEO CON TÉCNICAS PERCUTÁNEAS Y RETRÓGADA.....   | 109 |
| V24) MINIPERC EN LITIASIS DE CÁLIZ SUPERIOR, ¿ES UN DESAFÍO REALIZARLO EN DECÚBITO SUPINO? .....  | 110 |
| TI1) TRABAJOS DE INGRESO .....  | 111 |
| TI1) IMPLEMENTACIÓN DE SONDAS ABIERTAS EN HIPOSPADIAS, EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARIÁN .....                                     | 111 |
| TI3) INICIOS Y EXPERIENCIA ACTUAL EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS DOPPLER DE PENE EN MANOS DEL URÓLOGO. ....  | 112 |

|   |     |
|---|-----|
| TI4) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO (LFT); EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTROS PRIMEROS 62 CASOS.....   | 114 |
| TI5) NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA CON HOLEP: IMPLEMENTACIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO.....   | 115 |
| TI6) ANÁLISIS DE RECIDIVA Y PROGRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO CLÍNICO .....  | 116 |
| TI7) IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA RUTA CLÍNICA DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: UN MODELO DE GESTIÓN EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA DE REFERENCIA EN CHILE.....                                   | 117 |
| TI8) ¿ES RAZONABLE REALIZAR UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT (RALP) EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS?: ESTUDIO PROSPECTIVO EN CENTRO ÚNICO .....  | 117 |
| PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO .....  | 118 |
| P01) CORPOROPLASTÍA CON RESECCIÓN DE PLACA, INJERTO Y PRÓTESIS DE PENE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE Y CURVATURAS COMPLEJAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 15 PACIENTES CONSECUTIVOS ..... | 118 |
| P02) USO DE UN MODELO 3D PARA LA PLANIFICACIÓN Y CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.....  | 120 |
| P03) INFLUENCIA DE LOS BORDES POSITIVOS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL EN RESULTADOS ONCOLÓGICOS INTERMEDIOS PARA SOBREVIDA .....  | 121 |
| P04) UPGRADING Y PATOLOGÍA ADVERSA EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE CÁNCER DE PROSTATA DE BAJO RIESGO SOMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL .  | 121 |
| P05) DE LA PELVIS AL CEREBRO: DEBUT DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CON SÍNDROME DE COLLET- SICARD .....  | 123 |
| P06) PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI: REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 50 CASOS .....  | 124 |
| P07) IMPLEMENTACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA EN EL NORTE DE CHILE: MANEJO URO-ONCOLOGICO EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE BAJO VOLUMEN .....   | 125 |
| P08) PRÁCTICAS EN BIOPSIA PROSTÁTICA EN URÓLOGOS CHILENOS .....   | 126 |
| P09) HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CIRUGÍA DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO.....  | 128 |
| P10) EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD CLÍNICA DE ABIRATERONA EN DOSIS DE 250 MG CON ALIMENTOS.....   | 129 |
| P11) RELACIÓN ENTRE DENSIDAD DE ANTÍGENO, PI-RADS Y PRIMUS COMO PREDICTOR DE LESIONES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS.....  | 130 |
| P12) DETERMINANDO EL VALOR BASAL DE PSA EN HOMBRE CHILENOS COMO REFERENCIA CLÍNICA CLAVE.....   | 131 |



|   |     |
|---|-----|
| P13) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN CON MICRO ULTRASONIDO: EXPERIENCIA DE NUEVA TECNOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.....              | 132 |
| P14) COMPARANDO LO INCOMPARABLE: ANÁLISIS DE PACIENTES Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES ENTRE UNA SERIE HISTÓRICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA Y UNA ROBÓTICA..... | 133 |
| P15) ABORDAJE DE VESÍCULAS SEMINALES ANTERIOR VS POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES PRECOCES.....         | 134 |
| P16) ¿CÓMO HA CAMBIADO EL RIESGO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE SE SOMETEN A PROSTATECTOMÍA RADICAL?.....  | 135 |
| P17) UTILIDAD DEL TACTO RECTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA .....                     | 136 |
| P18) RIESGO DE PROGRESIÓN A CÁNCER DE PRÓSTATA EN ASAP Y PIN ALTO GRADO. ¿CÓMO CONTROLARLOS?.....   | 137 |
| P19) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN GUIADA POR MICRO ULTRASONIDO, EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....  | 138 |
| P20) USO DE BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR, EXPERIENCIA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA. ....  | 139 |
| P21) ALTERNATIVAS DE PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR NO METASTÁSICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LA LITERATURA .....                  | 140 |
| P22) TRIFECTA EN LAS NEFRECTOMÍAS PARCIALES LAPAROSCÓPICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....   | 141 |
| P23) CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS DE LAS NEFRECTOMÍAS COMO TRATAMIENTO EN TUMORES RENALES EN UN CENTRO DEL ALTO VOLUMEN .....   | 142 |
| P24) CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL .....   | 143 |
| P25) EXPERIENCIA REGIONAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA .....  | 144 |
| P26) INCIDENCIA DE VARIANTES HISTOLÓGICAS DE CÁNCER DE VEJIGA EN RTU-V EN DOS HOSPITALES DE LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA.....                                     | 145 |
| P27) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG. REVISIÓN DE 20 AÑOS. ....  | 146 |
| P28) EXPERIENCIA DE CISTECTOMIA RADICAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DURANTE SUS 10 PRIMEROS AÑOS: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y PERIOPERATORIOS .....                       | 148 |

|   |     |
|---|-----|
| P29) SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA AMBULATORIA EN MASA RENAL SÓLIDA METASTÁSICA.....  | 149 |
| P30) IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN ACCELERADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL.....  | 149 |
| P31) MARGEN QUIRÚRGICO Y RECIDIVA LOCAL SEGÚN ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO DE TUMORECTOMÍA RENAL; LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO.....  | 150 |
| P32) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA VS. ASISTIDA POR ROBOT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....   | 152 |
| P33) RESULTADOS PERI-OPERATORIOS DE CISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA: EXPERIENCIA DE 23 AÑOS DE UN HOSPITAL ASISTENCIAL TERCARIO.....  | 153 |
| P34) COMPARACION DE EXPERIENCIA INICIAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT HUGO RAS SYSTEM VERSUS CIRUGIA CONVENCIONAL LAPAROSCOPICA: ¿ES SUPERIOR?.....   | 154 |
| P35) COMPARACION DE NEFRECTOMIA RADICAL VERSUS NEFRECTOMIA PARCIAL PARA CARCINOMA DE CELULAS RENALES DE ESTADIOS CLINICOS T1B Y T2. ....  | 155 |
| P36) NEFRECTOMÍAS PARCIALES EN MASAS RENALES PEQUEÑAS.....  | 156 |
| P37) DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE VEJIGA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DISPARIDADES DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN CLINICA Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....   | 157 |
| P38) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER RENAL: CARACTERIZACIÓN DE UNA SERIE NACIONAL.....  | 158 |
| P39) COMPARACIÓN DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT Y NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y POSOPERATORIOS DE UN SOLO EQUIPO EN BRASIL. .... | 159 |
| P40) EXPERIENCIA INICIAL DE NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT HUGO RAS SYSTEM.....   | 160 |
| P41) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON DOSIS REDUCIDA DE BCG.....  | 161 |
| P42) EFICACIA DIAGNÓSTICA DE CITOLOGÍA URINARIA EN CARCINOMA UROTELIAL. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....   | 162 |
| P43) ¿SON REALMENTE BENIGNOS LOS TUMORES MENORES DE 3 CM?. REVISIÓN HISTOLÓGICA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....   | 163 |
| P44) CISTECTOMIA PARCIAL COMO MANEJO EN CÁNCER VESICAL: SERIE DE CASOS  | 164 |
| P45) SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIO: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y FUNCIONALES EN UNA SERIE DE 134 PACIENTES EN CENTRO ÚNICO. ....  | 165 |

|  |     |
|--|-----|
| P46) RESECCIÓN TRANS URETRAL DE PRÓSTATA VERSUS ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM EN HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA MENORES A 80 CC, ¿CUÁL TIENE MEJORES RESULTADOS?..... | 166 |
| P47) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE THULIUM PULSADO, EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS.....  | 168 |
| P48) EFICIENCIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DE SISTEMA DE MORCELACIÓN HAWK EN CIRUGÍA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: ACTUALIZACIÓN DE SERIE NACIONAL. ....                                 | 169 |
| P49) PROGRAMAS ACOTADOS DE FORMACIÓN EN HOLEP ¿EL CAMINO PARA ACORTAR LA BRECHA EN CHILE? ANÁLISIS INICIAL DE RESULTADOS EN UN CENTRO ÚNICO.....                                 | 170 |
| P50) COMPARACIÓN DE SEGURIDAD EN HOLEP: CIRUJANO EN FORMACIÓN VERSUS CIRUJANO EXPERIMENTADO.....   | 171 |
| P51) EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL SÍNDROME DE DOLOR VESICAL PRIMARIO: LECCIONES DE 13 AÑOS DE EXPERIENCIA .....  | 172 |
| P52) SÍNDROME DE ELSBERG SECUNDARIO A INFECCIÓN POR VHH -7 Y EPSTEIN-BARR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO .....   | 174 |
| P53) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE VEJIGA HIPERACTIVA POSTERIOR A RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DOCENTE. ....                         | 175 |
| P54) DISFUNCIÓN MICCIONAL EN MUJERES: ¿ES POSIBLE DISTINGUIR CLÍNICAMENTE ENTRE OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA VEJIGA Y DETRUSOR HIPOACTIVO? .....                       | 176 |
| P55) MORBILIDAD EN GENITOPLASTIAS DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA.....   | 177 |
| P56) PARTICIPACIÓN DE URÓLOGAS Y URÓLOGOS EN LOS EQUIPOS DE PISO PÉLVICO DE LA RED PÚBLICA DE SALUD CHILENA.....   | 178 |
| P57) EMBOLISMO AÉREO VENOSO DURANTE LA REALIZACIÓN DE PIELOGRAFÍA EN LA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....   | 179 |
| P58) SEGURIDAD Y EFICACIA EN NEFROLITOTOMÍA FLEXIBLE (RIRS) EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO ASA 3 Y 4 EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL .....                           | 180 |
| P59) CUANDO EL PACIENTE AMBULATORIO SE HOSPITALIZA: FACTORES PREDICTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIA NO PROGRAMADA TRAS RIRS.....  | 181 |
| P60) IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS INTELIGENTES EN EL SEGUIMIENTO A DISTANCIA DE CATETERES URINARIOS TIPO DOBLE J: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.....        | 182 |
| P61) FIEBRE POSTOPERATORIA, PRESENCIA NON GRATA EN EL MANEJO DE LA NEFROLITIASIS: INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES .....  | 183 |
| P62) CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA RETROGRADA EN LITIASIS RENAL >2CM: CUANDO LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA NO ES UNA OPCIÓN .....   | 184 |

|  |     |
|--|-----|
| P63) ASOCIACIÓN DE INSTALACIÓN DE CATETER URETERAL DOBLE J CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A URETERO O NEFROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA ..... | 185 |
| P64) RTU-V PARA INSTALACION DE STENT URETERAL EN PACIENTE CON OBSTRUCCION URETERAL MALIGNA .....   | 186 |
| P65) TRASPLANTE COMBINADO CARDIO-RENAL SIMULTÁNEO. REPORTE DEL PRIMER CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. ....                       | 187 |
| P66) EXPOSICIÓN A CIRUGIA UROLOGICA RECONSTRUCTIVA Y FUNCIONAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION EN UROLOGIA EN CHILE .....  | 188 |
| P67) USO DE BALON MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PUBLICO, EXPERIENCIA INICIAL .....                                   | 189 |
| P68) ROL DE LA URETROTOMÍA INTERNA COMO OPCIÓN DE RESCATE, EN RECIDIVA DE ESTRECHEZ URETRAL CORTA Y AISLADA, POSTERIOR A UNA URETROPLASTÍA.....                    | 190 |
| P69) CALIDAD DE VIDA EN DONANTES DE RIÑÓN, EVALUACIÓN A LARGO PLAZO.....   | 191 |
| P70) DISFUNCIÓN NEUROGÉNICA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR ASOCIADA A FRACTURA DE PELVIS CON COMPROMISO SACRO .....  | 192 |
| P71) GLANS RESURFACING CON INJERTO DE MUCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LIQUEN ESCLEROSO DE GLANDE. REPORTE DE CASO.....  | 193 |
| P72) ANALISIS DE PACIENTES CON COMPLICACIONES UROLOGICAS SECUNDARIAS A ENDOMETRIOSIS PROFUNDA.....   | 194 |
| P73) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PENE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS .....  | 195 |
| P74) TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PROSTATICO: REPORTE DE UN CASO .....   | 196 |
| P75) CUANDO EL CÁNCER DE PRÓSTATA CRUZA FRONTERAS: REPORTE DE CASO DE METÁSTASIS A TESTÍCULO .....   | 197 |
| P76) SARCOMA SINOVIAl DEL EPIDÍDIMO: UN CASO SINGULAR DE TUMOR PARATESTICULAR .....  | 199 |
| P77) MANEJO DE COLECCIÓN QUILOSA POSTERIOR A RESECCIÓN DE MASA RESIDUAL POST-QUIMIOTERAPIA: USO DEL PARCHE AUTÓLOGO DE SANGRE PERIFÉRICA.....                      | 200 |
| P78) DE LA TINTA A LA PANTALLA: ALTERNATIVAS EFICIENTES PARA REDUCIR EL IMPACTO DE LOS PÓSTERS EN EVENTOS CIENTÍFICOS .....  | 201 |
| P79) RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y PATOLÓGICOS EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL POR CÁNCER DE PENE: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICA ABIERTA Y VIDEO- ENDOSCÓPICA.....          | 203 |
| P80) MELANOMA URETRAL FEMENINO PRIMARIO CON METÁSTASIS GANGLIONARES: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....  | 204 |

|  |     |
|--|-----|
| P81) EXPERIENCIA INICIAL EN BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA REALIZADA POR URÓLOGOS EN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE .....   | 205 |
| P82) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES DEL TESTÍCULO ETAPA I EN UNA REGIÓN DE CHILE: 2014-2023.....       | 206 |
| P83) UROLOGÍA A TRAVÉS DE GOOGLE TRENDS: TENDENCIAS DE BÚSQUEDA DE LOS CHILENOS EN SALUD URINARIA .....  | 206 |
| P84) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO DE ABSCESOS RENALES Y PERIRRENALES. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ANÁLISIS DE 52 CASOS.....  | 208 |
| P85) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA (VEIL) EN CÁNCER DE PENE (CAP): EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE.....                                | 209 |
| P86) CASO CLÍNICO: HEMATURIA INDUCIDA POR KETAMINA .....   | 210 |
| P87) SHOCK ANAFILÁCTICO COMO PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS RENAL.....  | 211 |
| P88) SATISFACCIÓN A LARGO PLAZO DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TESTICULARES EN ADULTOS.....  | 212 |
| P89) PLASMOCITOMA TESTICULAR PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.....   | 213 |
| P90) EXPERIENCIA INICIAL DE LAS PRIMERAS 208 CIRUGIAS UROLOGICAS ASISTIDAS POR ROBOT UTILIZANDO HUGO RAS SYSTEM.....   | 214 |
| P91) ADRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSABDOMINAL EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO EN EL NORTE DE CHILE. ....   | 215 |
| P92) SCHWANNOMA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL: ENTIDAD POCO FRECUENTE Y DIFÍCIL DE IDENTIFICAR.....  | 216 |
| P93) DESARROLLO MULTICÉNTRICO DE LINFADENECTOMÍA INGUINAL VÍDEO ENDOSCÓPICA EN EL SUR DE CHILE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA MAYOR SERIE DE CASOS PUBLICADA NACIONAL..... | 217 |
| P94) EXPERIENCIA CLÍNICA DE 8 AÑOS EN LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO EN HOSPITAL GENERAL. ....  | 218 |
| P95) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR EN CENTRO DE SALUD PRIVADO CHILENO. COHORTE DE 10 AÑOS.....  | 219 |
| P96) CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL MEGAPREPUCIO CONGÉNITO: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA INFANTIL DE UN CENTRO. ....                               | 220 |
| Índice por Título .....  | 222 |
| Índice por Autor .....   | 232 |

# OA1) ORALES UROLOGÍA ADULTO 1 -- UROLITIASIS - UROLOGÍA RECONSTRUCTIVA - ANDROLOGÍA

## O01) HOSPITALIZACIONES POR LITIASIS URINARIA EN CHILE: ANÁLISIS DE 9 AÑOS Y CAMBIOS POST-PANDEMIA

Navarro C., R.(1); Castiglioni, E.(1); Martinez, D.(1); Del Valle, F.(2); Astroza E., G.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Sotero del Rio,  
Santiago, Chile

### Introducción

La urolitiasis es una condición con prevalencia en aumento en nuestro país, sin embargo se cree que hechos recientes como la pandemia del año 2020 pudieron modificar tal tendencia. Nuestro objetivo es analizar las tendencias epidemiológicas y evaluar el impacto que han tenido los últimos años.

### Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo utilizando datos públicos de egresos hospitalarios públicos y privados entre 2014-2022. Se incluyeron todos los pacientes >19años, con diagnóstico principal de litiasis según CIE-10 (N20X). Se compararon las tasas de egresos anuales ajustadas por las proyecciones poblacionales para identificar tendencias. Se eliminaron datos con registro incompleto e ID/año repetido. Se utilizaron pruebas de tendencia y significancia paramétricas.

### Resultados

Durante el período se hospitalizaron 98569 pacientes, con aumento del 15% bruto en los egresos hospitalarios. La relación hombre:mujer fue constante (1.5:1). La estadía promedio fue 2.9 (ds4) días, tendencia en aumento hasta el año 2020 que muestra un descenso a 2.1, permaneciendo así al 2022( $p < .05$ ). El grupo etario más afectado fue 40-60 años. Inicialmente la mayoría de hospitalizaciones eran pacientes ISAPRE; invirtiéndose al fin del periodo con 57.8% Fonasa y 36% ISAPRE.

Al ajustar por población, el mayor promedio anual de hospitalizaciones/100000hab fue Calama (233), luego Los Andes y Vitacura. Las comunas con mayor aumento de esta tasa fueron Curacaví y Purranque; y la mayor disminución Isla de Pascua y Los Andes. Según edad, el mayor aumento de tasa fue en >60 años.

La prueba de Mann-Kendall muestra aumento sostenido en las regiones de Maule y Aysén( $p.02$ ), con tendencia importante también en las regiones de BíoBío y Los Lagos( $p.06$ ). Las únicas regiones con pendiente negativa fueron Valparaíso y Coquimbo.

A nivel nacional se observa una pendiente de aumento de +0.925, el año 2020 se observa una disminución de 15.7% hospitalizaciones/100000hab, recuperando al año siguiente la misma pendiente de crecimiento (Todos los datos se encuentran graficados).

## Conclusión

Se observa un aumento de hospitalizaciones de esta patología en Chile. El año 2020 disminuyeron en todo el país, generando un retroceso en la tendencia. La reducción en los días de estadía desde 2020 refleja un interesante aprendizaje de la pandemia.

## O02) COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE VOLUMEN EN UROLITIASIS: ESTUDIO IN VITRO

Pauchard, F.(1); Panthier, F.(2); Espinoza, C.(3); Vejar, N.(3); Ventimiglia, E.(4); Traxer, O.(2); (1): Servicio de Urología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Tenon, París, Francia (3): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Servicio de Urología y División de Oncología Experimental, Hospital San Raffaele, Milán, Italia

**Introducción:** Las guías de urolitiasis se basan en la medición del diámetro máximo (MDM) para proponer una estrategia de tratamiento, a pesar de que este método tiene imprecisiones. El volumen de las litiasis (VL) puede ser una medida más adecuada, ayudando a escoger tratamientos y propuestas de seguimiento. Existen múltiples métodos de medición de volumen de litiasis. El objetivo fue comparar diferentes métodos para estimar el volumen de litiasis. **Material y métodos:** Fueron evaluadas 15 litiasis (tanto humanas como artificiales). El VL real fue medido utilizando el método de desplazamiento de agua. El volumen estimado fue calculado mediante 3 fórmulas basadas en diámetro máximo (Ackerman,  $4/3 \pi r^3$  y  $r^3/2$ ) y 2 métodos de segmentación en tres dimensiones (Horos y Kidney Stone Calculator (KSC)). Por cada método se realizaron 4 mediciones por un único operador. Se utilizaron la prueba de correlación de Spearman y análisis comparativos entre el VL real y el estimado. **Resultados:** Comparado con el VL real, las fórmulas de Ackerman y  $r^3/2$  no tenían diferencia estadísticamente significativa en 2/15 (13%) casos cada una. La fórmula de esfera no presentó mediciones acertadas en ningún caso. KSC estimó el volumen sin diferencia estadísticamente significativa en 4/15 (27%) de las litiasis comparado con el volumen referencial, mientras que Horos en 7/15 (47%). Ambos métodos de segmentación obtuvieron fuertes coeficientes de correlación ( $r=0,9642$  y  $0,9659$ ,  $p<0,0001$ ), mientras que la correlación de las fórmulas fue moderada ( $r=0,7531$ ,  $p<0,0001$ ). **Conclusión:** Los resultados entre las fórmulas y los métodos de segmentación fueron divergentes. De estos, las fórmulas fueron las menos precisas. Horos y KSC lograron una alta correlación entre el volumen estimado con el VL real. El volumen de litiasis debería estimarse utilizando softwares con método de segmentación más que fórmulas.

### O03) INTERACCIONES MICROBIANAS ENTRE INTESTINO Y SISTEMA URINARIO: REVELANDO SU IMPACTO EN LOS CÁLCULOS RENALES

Sánchez, C.(1); Miller, A.(2); Sánchez, A.(3); Gonzalez, D.(3); Massu, R.(3); Fulla, J.(4);

(1): Clínica MEDS, Santiago, Chile (2): Cleveland Clinic, Cleveland, Estados Unidos (3): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (4): Clínica MEDS, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

**Introducción:** La microbiota, tanto intestinal como urinaria, juega un rol fundamental en la regulación de diversas funciones fisiológicas. Aunque la microbiota intestinal se ha relacionado con el metabolismo del oxalato, y por ende con la formación de cálculos urinarios más frecuentes, se conoce poco sobre las interacciones entre las microbiotas intestinal y urinaria en este proceso. Este estudio tiene como objetivo explorar dichas interacciones, caracterizando y comparando la microbiota intestinal, renal y vesical en pacientes con cálculos urinarios con y sin stent ureteral.



**Material y Métodos:** Se reclutaron 10 pacientes tratados en un centro de Salud pública de Santiago para la remoción de cálculos obstructivos. Siguiendo los estándares del consorcio MICROCOSM, se obtuvieron muestras de heces y orina previo a la intervención, y cálculo, stent (separados en porción renal, media y vejiga), orina de riñón y vejiga durante la cirugía. De todas ellas se hizo una secuenciación de 16S y metagenómica shotgun, utilizando QIIME2 y Kraken2 para la identificación taxonómica y el análisis metagenómico.

**Resultados:** El análisis reveló que la microbiota de la orina vesical y del stent en la porción vesical era similar, lo mismo que entre el cálculo y la orina renal. Sorprendentemente el stent en la porción renal presentó una composición bacteriana diferente a las anteriores, con características microbianas similares a las de las muestras fecales. En los stents calcificados se observó una mayor abundancia de cepas de Lactobacillus y bacterias migratorias, probablemente por translocación bacteriana desde el intestino hacia el sistema urinario.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que el sistema urinario tiene una microbiota diversa en diferentes compartimentos y refuerza la hipótesis de la translocación bacteriana desde el intestino como factor clave en la formación de cálculos renales. La modulación de estas interacciones microbianas podría ofrecer nuevas oportunidades para la prevención y tratamiento de la litiasis urinaria.

#### **004) USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETERMINAR LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA LITIASIS URINARIA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.**

Rojas, A.(1); Gallegos, H.(1); Castiglioni, E.(1); Garcia, J.(1); Brusoni, S.(1); Astroza, G.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

#### **INTRODUCCION**

La litiasis urinaria es una enfermedad muy frecuente. Se estima alrededor del 0.5%, con una prevalencia del 5%, y una tendencia a la recidiva del 50- 60% a los 5 y 9 años. Dado su alta recurrencia, es que las guías clínicas actuales incluyen en sus recomendaciones el análisis químico de los cálculos para: definir el riesgo de recurrencia, determinar la probabilidad de éxito o fracaso de la terapia y planificar medidas de prevención para su recurrencia futura. Una herramienta diagnóstica es la espectroscopía infrarroja, que utiliza la radiación infrarroja producida mediante bandas de absorción en el espectro de la luz infrarroja producidas por la absorción de energía que se desprende de la vibración generada en forma dirigida de los átomos. Por otra parte, la inteligencia artificial (IA) se encuentra en pleno desarrollo y su implementación en medicina ha supuesto una mejora en la práctica clínica. Sólo con los avances tecnológicos de los últimos años tanto médicos como informáticos han comenzado a descubrir su verdadero potencial.

## MATERIALES Y MÉTODOS:

Mediante una base de datos institucional de 1500 pacientes sometidos a análisis de litiasis urinaria por espectroscopia infrarroja luego de cirugía de litiasis, se registran 448 imágenes pre-operatorias de litiasis, con su respectivo correlato a la espectroscopia infrarroja. Se entrenó un modelo de Redes Neuronales Convolucionales (RNC) que pudiese clasificar composición predominante de litiasis, entre CaOx M, CaOx Di, Ácido Úrico u Otros (Cistina). Se realizó Transfer Learning mediante modelo VGG16 y Fine-Tuning. El modelo fue desarrollado mediante Software Python v7.0.

## RESULTADOS:

Se entrenó modelo de inteligencia artificial (RNC) para clasificar la composición predominando de la litiasis: 91.2% de acierto en el conjunto de entrenamiento, 86.3% de acierto en el conjunto de validación.

## CONCLUSIONES

El entrenamiento de un modelo de RNC para clasificar la composición predominante de la litiasis es factible y replicable, alcanzando una asertividad casi perfecta. Lo anterior permite establecer bases teóricas para futuros experimentos con IA, en forma inédita en este campo.

## O05) INHIBIDORES DE SGLT2 E INCIDENCIA DE UROLITIASIS EN UNA POBLACIÓN DE CHILE

Rojas, M.(1); Moyano, N.(2); Escobar, M.(3); Pauchard, F.(3);

(1): UNIVERSIDAD DE VALPARAISO, VALPARAISO, CHILE (2): UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO, VIÑA DEL MAR, CHILE (3): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF, VIÑA DEL MAR, CHILE

**Introducción:** La urolitiasis es una patología frecuente, con una prevalencia estimada de 14.4% en Chile. Se ha observado un aumento en su incidencia en las últimas décadas debido a factores de riesgo como la diabetes mellitus (DM) y el síndrome metabólico. Estos pacientes presentan un riesgo elevado de recurrencia y pueden llegar a desarrollar enfermedad renal crónica.

En los últimos años, los inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2 (iSGLT2) han emergido como una opción terapéutica en el tratamiento de la DM. Estos fármacos, además de mejorar el control glucémico, han demostrado beneficios cardiovasculares y renales en estos pacientes. La diuresis osmótica inducida por los iSGLT2 aumenta el volumen urinario, diluyendo los solutos litogénicos, lo que sugiere un efecto protector para desarrollar urolitiasis.

El objetivo de este trabajo es analizar la asociación entre los iSGLT2 y la incidencia de urolitiasis.

**Material y métodos:** Estudio analítico retrospectivo realizado en el Hospital Naval Almirante Nef, que analizó fichas clínicas de pacientes mayores de 15 años diagnosticados con DM en el policlínico de especialidades durante el año 2021, comparando episodios de urolitiasis pre y post exposición a iSGLT2. Para la identificación de urolitiasis se consideró el registro clínico de: nefrolitiasis y ureterolitiasis.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 838 pacientes. La edad promedio fue de 67.4 años. El grupo que utilizó iSGLT2 fueron 185 (22.08%) y el grupo que utilizó otro fármaco para la DM fueron 653 (77.92%). La duración media de tratamiento con iSGLT2 fue de 30.78 meses (empagliflozina 10/25mg; dapagliflozina 10mg). Antes de ingresar al estudio, un total de 71 pacientes presentaban antecedentes de urolitiasis. La tasa de incidencia total de urolitiasis post tratamiento fue de 32 pacientes (3.82%), siendo significativamente menor en el grupo expuesto a iSGLT2 (29 pre exposición, 7 post exposición,  $p < 0.05$ ). De los 7 pacientes que presentaron urolitiasis post iSGLT2, 3 fueron recurrentes y 4 no tenían antecedentes.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el uso de iSGLT2 está asociado con un menor riesgo de urolitiasis, en concordancia con la literatura internacional. Se necesitan estudios prospectivos randomizados para confirmar estas observaciones iniciales, en pacientes con y sin DM.

## O06) REPORTE DE CASOS: INSTALACIÓN DE DETOUR® - URETER ARTIFICIAL

Fuentes Carrión, M.(1); Lyon Errázuriz, J.(1); Infante Leon, I.(2); Ayala Castro, C.(3); Duran García, L.(3); Durruty Bostelmann, J.(3); Hartmann Arnouts, J.(3); Oyanedel Muñoz, P.(3); Sandoval Ramirez, J.(3); Testa Sklofsky, I.(3); Leyton Naranjo, R.(3);  
(1): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile «General Dr. Raúl Yazigi J.»/Universidad Mayor, Santiago, Chile (2): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile «General Dr. Raúl Yazigi J.», Santiago, Chile

### Introducción

El bypass subcutáneo extra-anatómico (Detour®) es un stent pielovesical compuesto por una capa interna de silicona y una externa de politetrafluoroetileno, indicado en obstrucciones ureterales complejas, independiente de su etiología, en las cuales exista gran dificultad de cateterización, dilatación o reemplazo ureteral que busca como objetivo derivar la orina directamente a la vejiga desde el riñón. Existe escasa experiencia por lo cual publicamos la nuestra.

### Materiales y Métodos

Revisión de la literatura disponible y reporte tres casos de implante de Detour® realizados por un cirujano entre 2021-2024 con su seguimiento.

## Resultados

Caso 1: Paciente masculino de 72 años quien desarrolla estenosis ureterovesical en riñón trasplantado. Se realiza tratamiento inicial con catéter doble J fallido y posterior nefrostomía. Se implanta Detour® sobre unidad trasplantada con tiempo quirúrgico de 110 minutos. Complicaciones precoces: Sepsis foco urinario tratada con antibiótico. Posteriormente con excelente tolerancia, sin complicaciones ni detrimento de función renal. Seguimiento: 38 meses.

Caso 2: Paciente femenina de 66 años con cáncer cérvico-uterino tratado con cirugía, radioterapia y posteriormente braquiterapia. Evoluciona con estenosis ureteral distal bilateral, tratada inicialmente con recambios de catéter doble J de larga duración. Se ofrece opción de tratamiento con Detour® bilateral como medida definitiva. Tiempo quirúrgico 360 minutos. Muy buena tolerancia, sin complicaciones ni detrimento de la función renal. Seguimiento: 17 meses.

Caso 3: Paciente masculino de 73 años con cáncer próstata metastásico localmente avanzado. Evoluciona con hidroureteronefrosis derecha, requiriendo mejorar función renal debido tratamiento con quimioterapia, inicialmente tratado con nefrostomía. Se implanta Detour® derecho, tiempo quirúrgico 90 minutos. Sin complicaciones, con buena tolerancia y leve detrimento función renal atribuido a quimioterapia. Seguimiento: 4 meses.

## Discusión

En la literatura reportan complicaciones como infecciones urinarias recurrentes, obstrucción y formación de fistulas, que no se han reportado en nuestra serie. Se describe una buena tasa de éxito en cuanto a preservación renal y calidad de vida.

## Conclusiones

Detuor® es una alternativa relativamente segura y eficaz, que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes en comparación a manejo convencionales con nefrostomías o catéter doble J y las complicaciones que conllevan.

## O07) ESTIMANDO LA REAL INCIDENCIA DE COMPLICACIONES URETRALES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Calvo De La Barra, C.(1); Rourke, K.(2);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): University of Alberta, Edmonton, Canadá

Introducción: Hay una escasez de literatura sobre la incidencia de complicaciones uretrales a largo plazo después del tratamiento de cáncer de próstata (CP). Nuestro objetivo fue evaluar dicha incidencia luego de distintas modalidades de tratamiento.

Métodos: Se incluyeron todos los hombres con CP entre 2002 y 2021 del registro de la provincia de Alberta, Canadá. Se extrajeron las diferentes modalidades de tratamiento y diagnósticos/procedimientos urológicos. Los pacientes fueron asignados a 8 grupos diferentes: prostatectomía radical(PR), radioterapia(EBRT), braquiterapia(BT), crioterapia(Cryo), tratamiento médico/observación(MT/O), PR+EBRT, BT+EBRT o Cryo+EBRT. La complicación uretral se definió como el desarrollo de estenosis, fístula o haber requerido un procedimiento uretral/de cuello vesical >30 días después del tratamiento (excluyendo RTU-P, procedimientos diagnósticos y de incontinencia). Comparamos la incidencia de complicaciones uretrales entre diferentes grupos utilizando regresión de Cox.

Resultados: Se identificaron 47.387 pacientes con diagnóstico de CP con una mediana de 66 años. 3.140 pacientes desarrollaron una complicación uretral con mediana de seguimiento de 76 meses. La incidencia acumulada a 15 años de complicaciones uretrales fue de 10%(PR), 17%(EBRT), 17%(BT), 16%(Cryo), 9%(MT/O), 22%(PR+EBRT), 26%(BT+EBRT) y 42%(Cryo+EBRT) para las distintas modalidades, la cual difirió entre grupos en análisis de Kaplan-Meier ( $p<0,001$ ). En la regresión multivariada, incluyendo edad( $p<0,001$ ) y estadio( $p=0,002$ ), se mantuvo la asociación, con las modalidades combinadas mostrando el mayor riesgo comparado con el grupo control (MT/O): RP+RT (HR 2,9;  $p<0,001$ ) y RT+Cryo (HR 3,6;  $p<0,001$ ). Las complicaciones después de la PR alcanzaron una meseta a los 10 años, mientras que otras modalidades continuaron acumulando complicaciones a largo plazo.

Conclusión: Los pacientes sometidos a tratamiento de CP corren el riesgo de desarrollar complicaciones uretrales a largo plazo independientemente del tipo de tratamiento. Especialmente, las modalidades combinadas otorgan un mayor riesgo de desarrollar estas complicaciones.

## **008) RESULTADO DE LA PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES DURANTE LA URETROPLASTÍA ANASTOMÓTICA PARA LA LESIÓN URETRAL POR FRACTURA DE PELVIS**

Gómez, R.(1); Velarde, L.(1); Campos, R.(1); Massouh, R.(1); Humerez, V.(1); Barrientos, V.(1);  
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

OBJETIVO

Presentar los resultados a largo plazo de nuestra técnica de uretroplastia con preservación vascular para reconstrucción de lesiones de la uretra posterior por fractura de pelvis (PFUI).

## MATERIAL Y MÉTODOS

En 2008 modificamos la técnica clásica de reconstrucción de las PFUI evitando transectar el bulbo esponjoso para preservar el flujo de las arterias bulbares. Tras la exposición de la uretra, las arterias bulbares se localizan mediante un estetoscopio Doppler. El bulbo se moviliza dorsal y unilateralmente, sacrificando la arteria con la señal Doppler más débil para preservar la mejor arteria contralateral. Ocasionalmente se pueden preservar ambas arterias. La extirpación de la cicatriz y la anastomosis se realiza como de costumbre.

## RESULTADOS

Se incluyen 60 pacientes, edad media 37 años (22-48). La mediana del tiempo desde el traumatismo hasta la reconstrucción uretral fue 16 semanas y la longitud media de la estenosis fue 2,5 cm (2-3). Se conservó la arteria bulbar izquierda en 27 casos, la derecha en 8, y ambas en 24. Hubo complicaciones postoperatorias en 14 casos (23%), pero solo uno de ellos fue Clavien  $\geq$  III. Con un seguimiento medio de 56 meses (12-87), solo un paciente falló por estenosis (98% éxito).

## CONCLUSIÓN

La preservación del flujo arterial anterógrado al bulbo durante la reconstrucción de PFUI es factible, segura y eficaz. Una reconstrucción bien perfundida debería cicatrizar mejor y, aunque ligeramente más elaborada, nuestra técnica podría minimizar el riesgo de fracaso isquémico, mejorando los resultados.

## **009) IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN SALUD PÚBLICA: DIFICULTADES Y AVANCES EN UN CENTRO ANDROLÓGICO CHILENO**

Frenk, C.(1); Lopez, L.(1); Santander, D.(2); Saez, N.(3); Vinay, J.(3);

(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

(3): Hospital San José, Santiago, Chile

**Introducción:** Actualmente existen escasos estudios que describan experiencias en implante de prótesis de pene (IPP) en instituciones de salud pública chilenas. Un estudio de 2022 identificó que en Chile se habrían instalado 1087 prótesis de pene (PP) entre 2010 y 2020,

siendo su gran mayoría en centros de salud privados. Actualmente no existen programas públicos que tengan como objetivo la resolución quirúrgica de la disfunción eréctil (DE).

**Objetivos:** Describir la experiencia en implantes peneanos en un centro andrológico público chileno

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con DE sometidos a IPP entre Noviembre de 2017 hasta Julio de 2024.

**Resultados:** En el período, 30 pacientes fueron sometidos a IPP, con una media de edad de 58 (25-87) años y una media de duración de DE de 37,6 meses. Las causas de DE fueron prostatectomía radical (PRR) en un 40% seguida de priapismo en un 23,3%, diabetes mellitus 20%, causa vascular 10% y enfermedad de Peyronie 6,7%. La media de tiempo de espera para la cirugía fue de 7,2 (0-58) meses. En relación al tipo de prótesis. Se instalaron 6 prótesis hidráulicas y 24 maleables con un costo promedio de \$5.500.000 y \$1.000.000, respectivamente. 53.3% de las prótesis fueron financiadas por el hospital, 40% por pacientes y 6,7% mediante servicio social. La lista de espera actual para IPP es de 8 pacientes, con una media de tiempo de espera de 30 (6-69) meses.

**Discusión:** La DE es una patología altamente prevalente, con un impacto significativo en la calidad de vida de las personas y sus parejas. Alrededor de un 51% de los hombres mayores de 40 años tienen algún grado de DE. Un 5-10% requiere IPP. Los resultados presentados en este estudio revelan largos tiempos de espera, con una financiación irregular de las prótesis; reflejando la necesidad urgente de mejorar el acceso y la financiación de estos insumos en la salud pública chilena.

## O10) ¿PORQUE TANTO PACIENTES QUE SON POTENCIALES CANDIDATOS A UNA PRÓTESIS DE PENE NO RECIBEN UNA? - BUSCANDO LAS RAZONES EN CHILE

Marconi, M.(1); Ortiz, L.(1); Palma, C.(2); Gonzalez, A.(3); Caro, I.(3);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica MEDS, Santiago, Chile (3): Escuela de Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### Introducción

A pesar de tener altos índices de satisfacción, baja tasa de complicaciones y estar presentes como solución hace 50 años en el mercado para tratar la DE, se calcula que a nivel mundial menos del 3% de los hombres que son potencialmente candidatos a una Prótesis de Pene (PP) finalmente reciben una. En Chile esa proporción es menor del 1%.

## Objetivo

Evaluar en Chile los potenciales motivos que expliquen el gigantesco gap entre el número potencial de hombres que son candidatos a una PP y quienes finalmente reciben una.

## Materiales y Métodos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas diferenciadas enfocada en PP a los siguientes grupos: hombres sanos mayores de 50 años (n=25), hombres con DE (n=25), pacientes operados de PP (n=25), urólogos que realizan cirugía de PP (n=10), urólogos que no realizan cirugía de PP (n=25), representantes de empresas de PP en Chile (n=4).

## Resultados

Se identificaron 4 motivos principales que potencialmente explican la baja tasa de instalación de PP en Chile. 1) Una alta proporción de hombres sanos y con DE no están familiarizados con las PP como tratamiento para DE. 2) Los urólogos que no realizan instalación de PP no se sienten confiados instalando PP, en ese contexto muchos no se lo mencionan a los pacientes como alternativa de tratamiento. 3) Para los urólogos que si instalan PP, una proporción importante refiere que la instalación del reservorio y la técnica de la PP inflable representa un desafío quirúrgico importante. 4) Todos los entrevistados coinciden en el hecho de que la PP (dispositivos propiamente tal) no estén cubiertos por los seguros de salud representa una gran barrera de acceso para los pacientes.

## Conclusión

Para lograr mejorar el acceso a las PP como tratamiento para la DE en Chile los esfuerzos deberían concentrarse en: educar a los hombres respecto de las alternativas terapéuticas no farmacológicas para la DE, mejorar el diseño de la experiencia quirúrgica de las PP para motivar a más urólogos a realizar la cirugía y bajar los costos de las PP o lograr que las aseguradoras los cubran.

## O11) DRENAJE PENOESCROTAL COMO TRATAMIENTO DEL PRIAPISMO REFRACTARIO

Bruzzone, A.(1); Manterola, C.(2); Roa, R.(2); Saavedra, Á.(1); Fuentes, A.(2); Rojas, A.(2); Walbaum, J.(2);

(1): Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (2): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

**Introducción:** El priapismo isquémico (PI) o de bajo flujo es una urgencia urológica caracterizada por una erección prolongada (más de 4 horas), relacionada o no con actividad sexual. Esta condición prolongada causa hipoxia en los tejidos y necrosis de los cuerpos cavernosos, lo que conduce a la pérdida de la función eréctil. El tratamiento tiene tres



objetivos: aliviar el dolor, lograr la detumescencia y preservar la función eréctil. Un PI refractario ocurre cuando los tratamientos conservadores, como alfa-adrenérgicos y shunts distales, fallan (habitualmente en un tiempo de evolución mayor a 24 horas) o cuando la evolución clínica supera las 48 horas sin tratamiento previo (PI prolongado). El objetivo de este trabajo es presentar la técnica novedosa de drenaje penoescrotal y demostrar su efectividad en el manejo del PI refractario, proponiéndola como una alternativa terapéutica reproducible en el algoritmo de manejo.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes operados por drenaje penoescrotal debido a priapismo refractario y/o prolongado en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río entre enero de 2023 y mayo de 2024. Se evaluaron características demográficas, respuesta al tratamiento quirúrgico inmediato y a largo plazo, y la necesidad de prótesis de pene.

**Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes, con una media de edad de  $49,6 \pm 19,7$  años y un tiempo de evolución del priapismo de 72 horas (Rango 24-360 horas). Las causas incluyeron origen idiopático, policonsumo de drogas y uso de fármacos. Tres pacientes (60%) recibieron fenilefrina sin éxito. Tras el drenaje penoescrotal, 4 pacientes (80%) lograron detumescencia inmediata. Al alta, el 100% presentaba detumescencia y ausencia de dolor. En el seguimiento, 2 pacientes (40%) presentaron erecciones espontáneas, mientras que 3 (60%) requirieron la colocación de una prótesis de pene.

**Discusión:** El drenaje penoescrotal se presenta como una alternativa efectiva en el manejo del PI refractario y prolongado, logrando detumescencia y alivio del dolor, especialmente en centros sin acceso a prótesis de pene precoz. Es una técnica sencilla, reproducible y con una alta tasa de éxito, incluso para urólogos con menor experiencia.

## O12) ¿PUEDE UN CHATBOT AUMENTAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN VIDA? EXPLORANDO EL ROL DE CHATGPT

Navarro C., R.(1); Campodonico, J.(1); Verdugo, C.(1); Castiglioni, E.(1); Dominguez, J.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

### Introducción:

En Chile la donación de órganos en vida no alcanza cifras comparables a lo necesitado según las listas de espera. Se cree que la poca información y el miedo perpetuarían esta tendencia. Actualmente, quienes consideran ser donantes vivos probablemente utilicen *chatbots* de IA

para informarse sobre aspectos técnicos. Exploramos su rol como herramientas informativas sobre donación renal en vida, evaluando calidad de la información y capacidad para influir en donantes potenciales.

## **Métodos:**

Se confeccionó un *prompt* específico para solicitar material educativo a un *chatbot* sobre la donación renal: técnica quirúrgica, recuperación, etc. Se difundió por RRSS como parte de una encuesta auto-aplicable a adultos con estudios superiores de 25-35 años (sin relación con salud ni experiencias relacionadas con donación).

Se utilizó solamente ChatGPT, iniciando con el *prompt* entregado y se permitió agregar otras dos preguntas. La encuesta incluyó la herramienta validada PEMAT (Patient-Education-Materials-Assessment-Tool) para medir el entendimiento (PEMAT-understandability) y la capacidad de acción (PEMAT-actionability) del material educativo; y preguntas sobre potenciales cambios en la conducta de donación tras la lectura. Se utilizó análisis descriptivo y comparativo paramétrico.

## **Resultados:**

Respondieron 41 personas, 63% hombres, edad promedio 28.2 años(ds1.9). La puntuación promedio PEMAT-understandability fue 74.6%(ds9.5) y PEMAT-actionability 52.9% (ds17.2), sin diferencias por sexo ni versión de ChatGPT.

Posterior a calificar el material, 82.9% indicó mayor probabilidad de donar a algún cercano si se lo pide, nadie refirió menor probabilidad. Para donación dirigida a alguien que no lo pida, 29% lo haría con más probabilidad y 5% con menos. Calificaciones altas en PEMAT-understandability y ser mujer se relacionan con mayor probabilidad en ambos escenarios (p.035,.044,.027 y.015).

Sobre eventual manipulación del *chatbot*, 59% respondió no sentirse influenciado hacia ninguna respuesta, 41% hacia la donación, y nadie a no donar. En todas las respuestas el chatbot recomendó complementar con médico.

### Conclusión:

Debemos innovar en pesquisa de donantes. *ChatGPT* sería útil para proporcionar información clara y comprensible sobre la donación renal en vida, asociándose a un aumento de la intención de donar. Los participantes no percibieron que ChatGPT influyera en su decisión, lo que sugiere un uso ético en la difusión de información médica

## OA2) ORALES UROLOGÍA ADULTO 2 -- CÁNCER DE PRÓSTATA - CÁNCER DE VEJIGA

### O13) USO DE MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON COMO PREDICTOR DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA.

Bravo, J.(1); Gallegos, H.(2); Ruz, K.(1); Parrao, D.(1); Larrañaga, M.(1); Saavedra, C.(1);

Lindsay, C.(1); Lizana, N.(3);

(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile

### Introducción

El cáncer de vejiga es el más frecuente del sistema urinario, con un 75% de casos no musculares invasivos (NMI), aproximadamente un 20% de tumores musculares invasivos (MI), y el 10% restante en estado avanzado o metastásico, responsables de la mayoría de las muertes específicas por cáncer (MCE). De los NMI, cerca del 15% progresan a MI, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico preciso sobre la profundidad del tumor debido a la frecuencia de resecciones transuretrales repetidas (Re-RTUV) y las variaciones en la interpretación de muestras.

Los tumores desarrollan mecanismos de invasión como la producción de metaloproteinasas, que degradan la matriz extracelular (MEC), liberan factores angiogénicos y regulan la adhesión y migración celular, siendo cruciales para la progresión a enfermedades MI y

metastásicas. La tinción tricrómica de Masson (TTM) es una técnica que proporciona información valiosa sobre el microambiente tumoral y la MEC.

Este estudio utiliza "machine learning" para analizar biopsias de vejiga y predecir la invasión muscular en el cáncer de vejiga.

## **Materiales y Métodos**

Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias tras RTU y cistectomías entre 2022 y 2024, utilizando láminas de tejido de 4 µm. Se analizaron 702 imágenes de tumores de vejiga y se entrenó un modelo de Redes Neuronales Convolucionales (RNC) para clasificar entre tumores MI y NMI (T1 y Ta) mediante Transfer Learning con el modelo VGG16 y Fine-Tuning. Se correlacionaron las probabilidades del modelo con las variables clínicas de los pacientes.

## **Resultados**

El modelo de inteligencia artificial (RNC) logró un 95.2% de precisión en el conjunto de entrenamiento y un 90.1% en el de validación. La probabilidad generada se relacionó significativamente con el grado tumoral ( $p=0.005$ ), el tamaño de la lesión ( $p=0.01$ ) y la invasión muscular ( $p=0.0001$ ). El análisis de regresión logística mostró una magnitud de asociación OR de 0.07 para la predicción de tumores invasores ( $p=0.017$ ).

## **Conclusión**

El análisis de biopsias vesicales con RNC y TTM permite determinar con alta precisión el compromiso de invasión muscular, potencialmente evitando procedimientos innecesarios, mejorando el diagnóstico y seguimiento del cáncer de vejiga.

## **O14) IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLANTILLA DE PROTOCOLO DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA: RESULTADOS PRELIMINARES**

Walbaum, J.(1); Santis, J.(1); Manterola, C.(1); Rojas, A.(1); Marchant, Á.(1); López, J.(1); (1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

La resección transuretral de vejiga (RTU-V) es esencial en el manejo del cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) por su rol diagnóstico, de estadificación y tratamiento. La variabilidad técnica y la adherencia a recomendaciones de guías clínicas impactan en los resultados oncológicos. Las guías de la EAU y AUA han servido para estandarizar el manejo del CVNMI, con recomendaciones específicas para mejorar la calidad de la RTU-V y los reportes anatomopatológicos. Se ha demostrado que el uso de listas de verificación de RTU-

V (“checklists”) mejoran la calidad de la cirugía y la información disponible, lo que se traduce en una disminución de la recurrencia.

#### Materiales y métodos

Este estudio retrospectivo de pacientes sometidos a RTU-V entre 2023-2024 analizó la implementación de una plantilla de protocolo RTU-V, introducida en junio 2024, siguiendo las recomendaciones de guías clínicas de la EAU, incluyendo una descripción detallada de hallazgos cistoscópicos, detalles técnicos de la resección y del post-operatorio inmediato. En esta primera fase, se realizó un análisis comparando la adherencia al registro de las variables definidas en el “checklist” antes y después de la implementación de la plantilla de protocolo quirúrgico con test de Chi<sup>2</sup>.

#### Resultados

Se realizó un análisis de los protocolos quirúrgicos para evidenciar si el uso de la plantilla mejoraría el registro de información. Se objetivó que las siguientes variables tenían una mejoría estadísticamente significativa de registro tras la implementación de la plantilla ( $p < 0.05$ ): examen físico pre y post-operatorio, tamaño y número de tumores, tumor en divertículo, bloqueo neuromuscular, antibiótico utilizado, profundidad de resección e indicación de quimioterapia intravesical post-operatoria. No se demostraron diferencias en: aspecto tumoral, ubicación, tipo de anestesia, técnica de resección, energía utilizada, resección completa, biopsia de uretra prostática, procedimientos adicionales, uso de Foley e irrigación continua.

#### Conclusiones

La implementación de una plantilla de protocolo para RTU-V mejora el registro de datos relevantes del intraoperatorio para la clasificación de riesgo y toma de decisiones de tratamiento. Según lo descrito en la literatura, se espera que esta mejoría en registros debería tener un impacto positivo sobre los resultados oncológicos de los pacientes sometidos a RTU-V.

### **O15) INCIDENCIA DE UPSTAGING EN RE-RTU VESICAL Y QUÉ SUCEDE SI NO SE REALIZA: HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF ENTRE LOS AÑOS 2014-2024**

Espinoza, C.(1); Quilodrán, F.(1); Ruiz, I.(2); Ruiz, A.(3); Escobar, M.(3); Pauchard, F.(3); (1): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (3): Servicio de Urología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

**Introducción:** El cáncer de vejiga es el noveno más común a nivel mundial y en Chile en ambos sexos. La RTU-V es el estándar para reseccionar tumores no músculo-invasores, que son un 75% del total. Se recomienda la re-RTU en ciertos casos para optimizar la etapificación y

tratamiento. Este estudio tiene como objetivo estimar el upstaging a T2 en las re-RTU y sus factores de riesgo, además evaluar las indicaciones de re-RTU y el desenlace en T1 cuando no se realiza.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal descriptivo de pacientes que fueron a RTU-V entre los años 2014-2024 en el Hospital Naval Almirante Nef. Se revisaron biopsias y protocolos operatorios. Se consideraron como factores de riesgo edad (>70 años), tamaño (>3 cm) y focalidad (uni/multifocal). Se revisaron las fichas de los pacientes con T1 que no fueron a re-RTU.

**Resultados:** De 425 biopsias de RTU-V se identificaron un 73.6% hombres y 26,4% mujeres. Las indicaciones de re-RTU fueron resección incompleta (9), Ta de alto grado (4), tumor T1 (32) y ausencia de músculo detrusor en muestra (2). Hubo 47 re-RTU, de las cuales, 46.8% tenía tumor residual y 6.4% tuvo upstaging a T2. De estas últimas, 66.7% tenía al menos un factor de riesgo. En un 31.4% de los T1 (16) no se realizó re-RTU. Se estandarizaron tres grupos con los posibles desenlaces; pérdida de controles (68.8%), observación con buena evolución (6.3%) y BCG full dosis con buena respuesta (18.8%). Del grupo que perdió controles cuatro pacientes consultaron 2-4 años posterior a RTU en estado metastásico.

**Conclusión y discusión:** Se obtuvo un porcentaje similar de tumor residual y upstaging en comparación con lo reportado en la literatura un 46.8% vs 51-58% y 6.4% vs 8-11%. La principal indicación de reRTU fue por T1. De los casos que no se realizaron re-RTU la mayoría fue por pérdida de controles, menos de la mitad consultó posteriormente en estado metastásico y se logró una buena evolución en los pacientes sometidos a BCG full dosis, considerando que sólo presentaban un factor de riesgo. En conclusión se apoya la indicación de re-RTU en pacientes con T1.

## **O16) BCG NO-RESPONDEDOR. ¿QUÉ TAN FRECUENTE ES EN CHILE? ¿CÓMO LO ESTAMOS MANEJANDO?**

Westenenk, K.(1); Eltit, I.(1); Flores, M.(1); Pinochet, R.(1); Zambrano, N.(1); Catalán, G.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(1); Fernández, M.(1);  
(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** El BCG intravesical constituye la terapia de primera línea en cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) de alto riesgo. Sin embargo, existe un porcentaje significativo (hasta 20%) de pacientes no-respondedores a BCG, a pesar de ser administrado en forma adecuada. Analizamos la frecuencia y el manejo de esta categoría de pacientes en una cohorte chilena, además de evaluar factores pronósticos para su ocurrencia.

**Material y método:** Se incluyeron pacientes con CVNMI de alto riesgo tratados con BCG entre 2017 y 2024 en nuestro centro de acuerdo al protocolo institucional (esquema SWOG con dosis completa). Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, evaluando como desenlaces la recurrencia intravesical y la ocurrencia de casos BCG no-respondedores de acuerdo con la definición FDA de 2018.

**Resultados:** De 126 pacientes tratados con BCG, 25 (19,8%) presentaron recurrencia, de las cuales 16 (12,7%) fueron de alto grado histológico. Tres pacientes (2,4%) progresaron a tumor músculo invasor. En el análisis multivariado, un mayor período de mantención se asoció significativamente con menos recurrencia (OR 0,89; IC 0,83-0,97;  $p=0,004$ ). Solamente nueve (7,1%) de los pacientes con recurrencia correspondieron a BCG no-respondedores: 5 Ta-T1  $\leq 12$  meses posterior a última instilación; 3 CIS  $\leq 6$  meses posterior a última instilación y 1 con T1 de alto grado a los 3 meses de inicio de inducción. No se identificó alguna asociación estadísticamente significativa del desenlace BCG no-respondedor con alguna variable clínicopatológica, probablemente por el bajo número de eventos. El manejo de estos pacientes fue el siguiente: 5 fueron a cistectomía, 1 a reinducción con BCG, 1 a GemDoce intravesical, 1 fue tratado con distintas terapias de preservación de vejiga (Gemcitabina, reinducción con BCG) y 1 no recibió tratamiento. Dos pacientes (22%) presentaron nueva recurrencia en el seguimiento. No se registró mortalidad luego de una mediana de seguimiento de 26 meses.

**Conclusiones:** La frecuencia de BCG no-respondedores fue menor a la reportada por series internacionales y su ocurrencia no se asoció de manera significativa con alguna variable clínicopatológica. Futuros estudios deben centrarse en este grupo de pacientes, en el contexto de numerosos ensayos clínicos en curso evaluando alternativas a la cistectomía.

## O17) IMPLEMENTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL COMBINADA (GEMCITABINA Y DOCETAXEL) COMO ALTERNATIVA TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO

Fernández, M.(1); Eltit, I.(1); Miranda, D.(1); Pinochet, R.(1); Zambrano, N.(1); Westenenk, K.(1); Bustamante, A.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** La terapia combinada de Gemcitabina y Docetaxel (GemDoce) ha mostrado eficacia y seguridad como tratamiento en el cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) de alto riesgo en numerosos estudios retrospectivos, estableciéndose como alternativa de segunda y/o tercera línea. El objetivo del presente estudio fue describir la primera experiencia nacional con esta modalidad, evaluando factibilidad, seguridad y eficacia.

**Material y Método:** Se identificaron pacientes de nuestra base de datos prospectiva de cáncer de vejiga tratados con GemDoce en nuestra institución. El esquema consistió en 6

instilaciones semanales como inducción y luego una mensual como mantención con el objetivo de completar 2 años. El desenlace primario fue respuesta completa a los 3 meses. Los secundarios fueron sobrevida libre de recurrencia, sobrevida libre de cistectomía y ocurrencia de eventos adversos.

Resultados: Se trataron 10 pacientes entre Agosto 2022 y Agosto 2024, con un total de 212 instilaciones y una mediana de seguimiento de 6 meses. Las indicaciones fueron pacientes BCG no-respondedores (2); intolerancia a BCG (5) y contraindicación a BCG (3). La respuesta completa a 3 meses fue de un 100%. La sobrevida libre de recurrencia fue de 90%, con un paciente presentando una progresión a un tumor T4a N3 a los 17 meses. La sobrevida libre de cistectomía fue de un 90%, optando por ella un paciente con intolerancia a instilaciones intravesicales. El 70% reportó efectos adversos: 2 grado 1 (fatiga, disuria, dolor suprapúbico); 4 grado 2 (fatiga, ITU baja, cefalea) y 1 grado 3 (sepsis urinaria). En 3 pacientes fue necesaria la administración de Gemcitabina en forma fraccionada ante incapacidad de mantenerla durante 90 minutos, a pesar de uso de anticolinérgicos y/o alcalinización de orina.

Conclusiones: La implementación de GemDoce demostró ser segura y bien tolerada, con adecuada respuesta oncológica a corto plazo. Estudios prospectivos y controlados son necesarios para confirmar su rol en el manejo del CVNMI.

## **O18) SOBREVIDA GLOBAL EN CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL**

Ávila, C.(1); Schaub, A.(1); Phillip, S.(2); Vega, A.(3); Iñiguez, S.(3); Henríquez, D.(3); Walton-díaz, A.(3); Vilches, R.(3); Román, J.(3);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional de Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:** La cistectomía radical (CR) es el estándar de tratamiento para el cáncer de vejiga músculo-invasor y el cáncer de vejiga no músculo-invasor de alto riesgo. Adicionalmente, se asocia a una morbilidad significativa y resultados oncológicos discretos a 5 años en series internacionales. En este contexto, resulta relevante evaluar los resultados a nivel local, en un centro oncológico de referencia.

**Objetivo:** Evaluar la sobrevida global estimada a 5 años y analizar factores pronósticos de mortalidad en pacientes con cáncer de vejiga sometidos a CR durante 10 años en un centro oncológico nacional.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, unicéntrico, incluyendo de pacientes con cáncer de vejiga sometidos a cistectomía radical en el Instituto Nacional del Cáncer entre marzo 2013 - agosto 2024. Se consignaron las características clínicas relevantes de la cohorte y se realizó un seguimiento de sobrevida al 27/08/2024. Se



estimó sobrevida global mediante método de Kaplan-Meier y análisis de factores pronósticos mediante modelo de regresión de Cox. Análisis estadísticos fueron realizados en el programa Jamovi versión 2.3.28.0.

Resultados: Se analizaron 97 pacientes sometidos a cistectomía radical, con una proporción de sexo masculino/femenino 2:1. La mediana de edad fue de 69 años (RIC 11). La mediana de sobrevida global fue de 84 meses (29.0-NA, 95% IC), con un 51.2% de sobrevida global a 5 años. Respecto a la sobrevida cáncer-específica, al momento del seguimiento la mediana de sobrevida no fue estimable debido a que no se ha alcanzado el 50% de ocurrencia del evento. Se analizaron como factores pronósticos ECOG, exposición a neoadyuvancia, tiempo transcurrido entre la última RTU y CR, y el estadio T en la biopsia quirúrgica de CR, siendo sólo éste último significativo como predictor de sobrevida global (Log-rank test  $p < 0,0001$ )

Conclusiones: La sobrevida global a 5 años en esta cohorte fue comparable a lo descrito en estudios internacionales, siendo el estadio tumoral definitivo un factor pronóstico relevante en sobrevida global. Se requiere mayor seguimiento para estimar sobrevida cáncer-específica, aunque la tendencia es consistente con la alta letalidad descrita.

#### O19) CONDUCTO ILEAL VS NEOVEJIGA ORTOTÓPICA: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS EN CISTECTOMÍA RADICAL.

Frenk, C.(1); Villanueva, M.(1); Moya, F.(2); Acevedo, C.(3); Storme, O.(2); Ledezma, R.(3); (1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico de Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La cistectomía radical (CR) sigue siendo una cirugía asociada con elevada morbi-mortalidad perioperatoria, principalmente relacionada a la derivación urinaria.

Aunque la neovejiga ortotópica (NO) ha demostrado resultados oncológicos comparables con el conducto ileal (CI), con resultados funcionales satisfactorios a largo plazo, es poco utilizada en nuestro medio, siendo asociado a más días de hospitalización y mayor frecuencia de complicaciones post-operatorias.

El objetivo es describir la experiencia de CR con diferentes tipos de DU y evaluar los resultados peri-operatorias en cada derivación.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyen pacientes con cáncer vesical operados entre 2014 y 2024. Se realiza NO descrita por Hautmann con modificación de Theodorescu.

Se excluyen pacientes con indicación paliativa. El resultado primario fue la mediana de días de hospitalización. El resultado secundario fue la incidencia de complicaciones según Clavien-Dindo

Los resultados perioperatorios y oncológicos fueron evaluados usando medidas de tendencia central.

Resultados: Se identificaron 29 pacientes; 19 se realizaron CI, y 10 NO. La mediana de edad fue 64 (60-73) años para CI, 60 (57-67) años para NO. El estadio previo a la CR en el grupo CI fue 8% CIS, 71% cT2, 14% cT3, 7% cT4; en el grupo NO 20% cT1, 70% cT2, 10% cT3. Fueron sometidos a quimioterapia neoadyuvante 32% CI y 60% NO. La mediana de días de hospitalización fue de 8 días para ambos grupos. Se observaron complicaciones en un 5% de los casos de CI (Clavien-Dindo III) y de 20% de NO, todas Clavien II. No hubo muertes a los 30 y 90 días en ninguno de los grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la NO es una DU segura, que no asocia a un mayor periodo intrahospitalario en pacientes seleccionados. En general la NO presenta una tasa de complicaciones comparable con el CI.

## O20) EXPOSICIÓN A PESTICIDAS Y COMPOTAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS, CHILE

Bravo, J.(1); Parrao, D.(1); Saavedra, C.(1); Larrañaga, M.(1); Lizana, N.(1); Cid, D.(1); Farías, A.(2); Guerrero, R.(2);

(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

Resumen: En hombres, Cáncer de próstata (CaP) tiene la segunda tasa de incidencia más alta del mundo. La región de O'Higgins posee las tasas de mortalidad más altas del país. No es claro como condiciones ambientales podrían afectar tanto su edad de inicio como su agresividad. En este sentido, varios equipos han investigado las conexiones entre mayor incidencia y agresividad en cánceres con factores de riesgo ambientales como la exposición a pesticidas. Al ser la actividad agrícola la principal de esta región es que quisimos evaluar la relación entre la mortalidad y agresividad asociada a cáncer de próstata y la exposición a estos agentes.

Metodología Análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados y tratados por CaP en el Hospital Regional Rancagua. Se analizaron 379 pacientes entre los años 2015-2024 con criterios de ingreso y ficha clínica completa. Se evaluó exposición por el porcentaje del área de la comuna dedicado a actividad agrícola, así como una encuesta de exposición validada de forma aleatoria a este mismo grupo. Se evaluó la relación entre agresividad de enfermedad a la presentación (metastásico/no metastásico, en caso de localizado el grupo

de riesgo, en el caso de metástasis (MTT) el volumen, el Gleason, APE, tamaño de tumor, edad de presentación, extensión extra prostática) así como los outcomes oncológicos asociados (recidiva bioquímica (RBQ), MTT, sobrevida cáncer específico, SG)

Resultados: De los pacientes analizados, 339 eran localizados en presentación (89.4%), y 40 eran MTT. Al comparar las variables con hectáreas plantadas observamos que existe una relación con mayor Gleason de presentación (p 0.03), presentación en menores de 55 años (p 0.014), riesgo de requerir radioterapia post tratamiento (p 0.0022), sobrevida global (SG) (0.09) y desarrollo de MTT (p 0.08). Aplicando la encuesta aleatoriamente, se ve que 71% de los pacientes estuvo expuesto, donde 40% tiene enfermedad de alto riesgo, versus 23% de los no expuestos.

Conclusión: Vemos que existe una clara relación entre el porcentaje de hectáreas plantadas y la agresividad del cáncer de próstata, así como alta exposición en la población estudiada. Debido a esto vemos necesario establecer relaciones más precisas entre exposición a pesticidas y cáncer prostático.

## **O21) TRANSICIÓN DE PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA A CIRUGÍA ROBOTICA CON HUGO RAS SYSTEM**

Rojas, A.(1); Brusoni, S.(1); Verdugo, C.(1); Salgado, L.(1); Walbaum, J.(1); Manterola, C.(1); Trucco, C.(1); Dominguez, J.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

### **INTRODUCCION**

Desde el año 2000, la incorporación de la cirugía asistida por robot (RAS) ha permitido el advenimiento de múltiples plataformas robóticas para diferentes especialidades, entre ellas el sistema HUGO RAS de Medtronic. ¿Es realmente superior a la prostatectomía tradicional abierta? El objetivo de nuestro trabajo es comparar los resultados de 2 cirujanos con alto volumen de cirugías en su transición de PR abierta a robótica.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con cáncer de próstata localizado operados por 2 cirujanos en la Red de Salud UC-Christus mediante cirugía abierta o robótica durante los años 2019-2024. Los datos se extraerán de la ficha clínica electrónica. Todos los análisis estadísticos se realizarán con Stata/BE 18.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 156 pacientes, 76 operados de Prostatectomía radical abierta (OPR) y 76 Prostatectomía radical asistida por robot (PRR). En el grupo de las OPR promedio de edad fue 64 años, vol prostático 50cc, APE 9,9. En cuanto a la clasificación de riesgo de su cáncer, 7 fueron clasificados como bajo riesgo, 37 como riesgo intermedio favorable, 18 intermedio desfavorable y 8 alto riesgo. En el grupo de PRR el promedio de edad fue 65 años, vol prostático 47cc, APE 8,1. En cuanto a la clasificación de riesgo de su cáncer, 10 fueron clasificados como bajo riesgo, 38 como riesgo intermedio favorable, 19 intermedio desfavorable y 7 alto riesgo. El tiempo quirúrgico promedio para OPR fue 230 min y para la PRR 254 min. La PRR se asoció significativamente a menos sangrado intraoperatorio, complicaciones post operatoria y días de hospitalización (3 versus 2) (valor p 0,00). No hubo diferencias en cuanto a complicaciones intraoperatorias, bordes quirúrgicos positivos, recurrencia bioquímica al mes, incontinencia orina, disfunción eréctil ni en mortalidad por cualquier causa a los 6 meses de seguimiento entre ambos grupos.

## CONCLUSIONES

En nuestra serie, la PRR aunque presenta mayor tiempo quirúrgico, se asocia a menos complicaciones post operatoria y estadía hospitalaria comparada a la OPR. Ofrece seguridad y resultados funcionales comparables a la cirugía abierta.

## O22) DIFERENCIAS PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA VERSUS ROBÓTICA, UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN ÚNICO CENTRO

Cortés, C.(1); Reyes, A.(1); Giménez, B.(1); Velásquez, L.(1); Urnia, N.(2); Martínez, C.(1); Campos, D.(1); Román, C.(1); Larenas, F.(1); Fullá, J.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Durante décadas, la prostatectomía radical abierta ha sido el tratamiento quirúrgico estándar para el cáncer de próstata localizado. Sin embargo, la cirugía robótica ha ganado popularidad con el avance de nuevas tecnologías. Dada la implementación de la cirugía robótica en nuestro centro en 2022, se decide realizar un estudio para comparar los aspectos perioperatorios de ambas técnicas.

Estudio prospectivo de pacientes sometidos a prostatectomías radicales abiertas (PRR) y robóticas (RALP) entre Noviembre 2022 y Junio 2024 realizadas en un hospital público chileno. Se evaluaron datos demográficos, perioperatorios e histopatológicos. Se evaluó calidad de vida (QoL) con encuesta de Universidad de California para continencia inmediata, 3 y 6 meses. Se realizó análisis de subgrupos en cirugía robótica, entre técnica estándar versus preservación de Retzius (RS). Se usaron las pruebas Mann-Whitney U y Chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0,05$

Se realizaron 59 cirugías en el período descrito, 29 PRR y 30 RALP (13 RS). La mediana de seguimiento fue 8 meses (18 días-20 meses). Las RALP fueron realizadas por un solo cirujano, mientras que las PRR fueron realizadas por diferentes urólogos y residentes. Solo existe diferencia preoperatoria en peso prostático siendo mayor en PRR, el resto de las características de la muestra no presentan diferencias significativas.

Se observó mayor tiempo operatorio, menor sangrado, menos complicaciones de todo tipo menor estadía hospitalaria en RALP, con diferencia estadísticamente significativa. Se observó uso de sonda de 14 días en PRR y 7 días en RALP. No se observaron diferencias en márgenes quirúrgicos y persistencia de antígeno prostático entre ambos grupos.

En el análisis de subgrupos robóticos, sólo se observó diferencias estadísticamente significativas en tiempo operatorio, siendo mayor en RS.

En QoL destaca mejor conciencia inmediata en cirugía robótica (ambas ramas) versus cirugía abierta (14.3% PRR vs 40% RALP estándar vs 50% RS), sin embargo, no se logra diferencia estadísticamente significativa (P 0.114). Falta seguimiento a largo plazo para evaluar diferencias estadísticas de función eréctil.

Los resultados obtenidos en nuestro centro siguen la misma tendencia observada en estudios internacionales, demostrando que la cirugía robótica ofrecería ventajas significativas en resultados operatorios y postoperatorios inmediatos.

### **O23) ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA LAPAROSCOPIA EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN TÉRMINOS DE INCONTINENCIA URINARIA, FUNCIÓN ERÉCTIL Y ESTENOSIS URETROVESICAL EN UN ÚNICO CENTRO PÚBLICO CHILENO**

Cornejo, V.(1); Carrillo, I.(1); Arancibia, B.(2); Schalper, M.(1); Escobar, S.(1); Saenz, S.(1); Orellana, S.(3); Rojas, V.(1); Toloza, H.(3); Calderón, D.(3);

(1): Universidad de Chile / Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

**Introducción:** En el tratamiento quirúrgico del cáncer prostático, la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) se ha añadido como una opción deseable a la prostatectomía radical retropúbica (PRR) basándose en un perfil perioperatorio favorable. Pese a esto, la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, complicaciones que con ahínco deterioran la calidad de vida no tienen evidencia contundente a favor de la PRL. Considerando la masificación de la PRL en los hospitales de Chile, surge la necesidad de generar datos de las principales complicaciones y resultados funcionales de la laparoscopia con respecto al abordaje clásico.

**Objetivo:** Comparar la PRL y PRR en términos de incontinencia urinaria, función eréctil y desarrollo de estenosis uretrovesical en un centro chileno.

**Material y métodos:** Se incluyeron 45 pacientes operados de prostatectomía radical (PR) entre 2021-2024 con al menos 6 meses de post operatorio. Los datos acerca de las características del cáncer prostático y las complicaciones fueron extraídos desde fichas clínicas. Además, se aplicó vía telefónica la encuesta EPIC-CP.

**Resultados:** En el grupo de PRL fueron reclutados 24 pacientes y 21 en el de PRR. No hubo diferencias significativas en el riesgo del cáncer al diagnóstico. Ningún paciente del grupo de PRL desarrolló estenosis uretrovesical mientras que se produjo en 3 pacientes del grupo de PRR (p 0.168). El puntaje total promedio de la encuesta fue de 19.83 en PRL y 26 en PRR (p 0.125). En el subtema de incontinencia urinaria el promedio del puntaje para PRL fue 2.95 mientras que en PRR fue 5 (p 0.22). En función sexual, el puntaje promedio de la encuesta en PRL fue 8.25 mientras que en PRR fue 9 (p 0.69).

**Conclusiones:** Existen tendencias en los resultados de encuestas estandarizadas a favor de la PRL en términos de incontinencia urinaria así como también en el desarrollo de la estenosis uretrovesical. Se plantea como paso inicial para favorecer la recopilación de datos protocolizados y reproducibles en el perioperatorio de pacientes a fin de tener una visión más fidedigna de la comparación entre abordajes.

## OA3) ORALES UROLOGÍA ADULTO 3 -- HPB - CÁNCER DE PRÓSTATA Y RENAL - UROLOGÍA FUNCIONAL

### O24) APLICACIÓN DE UNA CALCULADORA DE RIESGO PARA EL SCREENING Y DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN CHILENA

Saldivia Zaror, D.(1); Reyes Sánchez, A.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Velásquez Larraín, L.(2); Larena Huguet, F.(1); Fulla Ortiz, J.(1); Martínez Osorio, C.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): , ,

#### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Cáncer de Próstata (CaP) se apoya en diversas calculadoras de riesgo para ayudar en decidir cuándo realizar una biopsia prostática, buscando aumentar la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs). El objetivo de este estudio es evaluar el poder predictivo de una calculadora de riesgo para CaP en una población chilena.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a biopsia de próstata transrectal ecoguiada entre enero-2021 y diciembre-2023 en un hospital público de Santiago, Chile. Se registraron antígeno prostático específico (APE), tacto rectal y estimación de peso prostático (EPP), ingresando estos datos en la calculadora de riesgo "European Randomised Study for Screening of Prostate Cancer 3" (ERSPC-3). Se definió CaPcs como Gleason Score  $\geq 7$ . Se excluyeron casos con EPP  $<10$  o  $>110$  cc y/o APE  $<0,5$  o  $>50$  mg/dL. El poder predictivo se evaluó mediante análisis de área bajo la curva (ABC). Se utilizó SPSS-v29, considerando significativo  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se incluyeron 115 biopsias, edad  $70,7 \pm 6,13$  años promedio, mediana de APE 8,24 (1,4-43,0), mediana de EPP 45,3 (10,9-102,0). Fueron CaP 73/115 (63,5%) y de estos, 46/73 (58,9%) CaPcs. Pacientes con CaP y CaPcs tuvieron significativamente mayor edad, mayor APE y menor EPP. La sensibilidad de la calculadora fue 93% para CaP y 98% para CaPcs, la especificidad 48% y 35% respectivamente. Con ERSPC-3 no se detectó 1 caso de CaPcs, resultando el valor predictivo negativo 96%. El número necesario a tratar fue de 10. El ABC fue de 0,821 ( $p < 0,001$ ; IC 95%, 0,744-0,898) en el cálculo de riesgo de CaP y 0,830 ( $p < 0,001$ ; IC 95%, 0,754-0,907) en CaPcs.

## CONCLUSIONES

En esta cohorte, ERSPC-3 tuvo desempeño adecuado en predecir CaP y CaPcs, pudiendo tener rol en diagnóstico de CaP, especialmente en situaciones donde no se cuenta con herramientas como resonancia magnética. No obstante, se requieren estudios de validación con cohortes más grandes y multicéntricas para evaluar su aplicabilidad en nuestra población y determinar su utilidad clínica real.

## O25) CARGA FINANCIERA POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HPB EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS BASADO EN GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD)

Juri, D.(1); Acuña, J.(2); Loyola, M.(2); García, A.(2); Gomez, I.(2); Cáceres, C.(2); Eltit, I.(2);  
(1): Hospital de Urgencia Asistencia Publica, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

Introducción y Objetivos: La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una afección común en hombres mayores, que causa síntomas del tracto urinario bajo (LUTS) y representa una carga

económica significativa para los sistemas de salud. Este estudio evaluó el presupuesto hospitalario y los días-cama en el tratamiento quirúrgico para la HPB para el sistema de salud público chileno.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de las bases GRD del MINSAL, con un total de 16.960 pacientes con HPB atendidos en el sistema público chileno (FONASA) entre 2019 y 2021. Se compararon los pagos GRD, tiempos de hospitalización y severidad del evento hospitalario entre la Resección Transuretral de Próstata (RTU-P) y la Adenomectomía Suprapúbica Transvesical (ASPTV).

**Resultados:** La edad promedio fue de 60 años con una desviación estándar de 6. La RTU-P fue la intervención más frecuente (70,3%) con 11.930 eventos, con un pago promedio por evento de \$1.400.684,87 y una mediana de 4 días de hospitalización (RIQ 3-5) con un uso de 42.482 días-cama. El 27.7% de los eventos tuvieron una severidad moderada-mayor. En comparación la ASPTV con 5.030 eventos, tuvo un pago promedio \$2.353.317,41, mediana de días hospitalización 6 días RIQ 4-8, un total de 24.396 días-cama y un 30.5% de eventos con severidad moderada-mayor.

**Conclusiones:** La cirugía por HPB representa una carga financiera importante para el sistema de salud chileno, con un alto uso de días-cama y un presupuesto reducido para financiar esa ocupación. Es crucial continuar investigando para estandarizar prácticas y explorar técnicas mínimamente invasivas que podrían mejorar la eficiencia y ser costo efectivas para el manejo de la HPB. Se debe considerar como limitante el ser una revisión retrospectiva y el uso de datos poblacionales, con posibles errores de registro y categorización.

## O26) TERAPIA PROSTATICA CON VAPOR DE AGUA REZUM. EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS

Navarro Genta, M.(1); Sotomayor Carrillo, M.(2);

(1): Clínica Atacama achs salud, Copiapó, Chile (2): Clínica Atacama achs salud, Copiapó, Chile

**Introducción:** Rezum es una nueva terapia mínimamente invasiva diseñada para tratar en forma ambulatoria la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). Consiste en energía de ablación térmica por convección de calor que penetra al tejido por Inyección intra prostática de vapor de agua. Su acción ocasiona una Inflamación inicial y posterior necrosis tisular con apoptosis celular que culmina con la disminución del volumen glandular periuretral. Se considera efectivo solo para volúmenes prostáticos



entre los 30 y 80 ml, logrando preservar la eyaculación y presentar menores tasas de complicaciones y retratamientos que las terapias convencionales.

## **Materiales**

**Métodos:** Análisis prospectivo y descriptivo de 41 hombres operados de Rezum con anestesia espinal, entre Junio 2023 y Julio 2024 en nuestra institución que completaron al menos, un mes de seguimiento. Promedio edad : 63 años, tamaño prostático: 43 ml. APE : 1,83. IPSS : 21 pts. Qmax: 9,6 ml/seg . Seguimiento con cuestionario IPSS – IIEF, APE, ECO y Uroflujometría al 3º, 6º y 12º meses. Se evaluaron complicaciones según Clavien – Dindo. Analisis estadístico : SPSS 17,0 con estadística no paramétrica.

**Resultados:** Tiempo promedio de cirugía: 11 minutos. Promedio de inyecciones : 6. Promedio hospitalización y SUV : 1 y 5 días. Al 3º , 6º y 12º meses la reducción del IPSS fue de 13 , 6 y 4 pts. (p <0,001). 21 casos (56 %) manifestaron urgencia y disuria transitoria (C-D 1). 2 pacientes (5 %), presentaron eyaculación retrograda. 1 paciente tuvo RAO post retiro de SUV que cedió con 7 días más de cateterismo (C -D 1).

**Conclusión:** Rezum es una técnica ambulatoria segura, fácil y reproducible con resultados iniciales aceptables. Su principal indicación, a juicio de los autores, es para pacientes que no desean medicación o por refractariedad al tratamiento, o para los que no pueden optar a otra opción quirúrgica por riesgo muy elevado.

## **O27) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM ES SEGURA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS URINARIOS BAJOS Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA PREEXISTENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO.**

Gavilán Leñam, D.(1); Segura Díaz, F.(1);

(1): HOSPITAL LA UNIÓN, LA UNIÓN, CHILE

**INTRODUCCIÓN.** La enucleación prostática con láser de holmium (HoLEP) es un tratamiento contemporáneo para CPB, con resultados funcionales comparables a métodos tradicionales pero con menor morbilidad. A pesar de las ventajas específicas de HoLEP, existen muy pocos datos publicados sobre el uso de HoLEP en presencia de cáncer de próstata (CaP) y síntomas del tracto urinario inferior (STUI) concomitantes. Nuestro objetivo es reportar el rol de HoLEP en este grupo específico de pacientes.

**MATERIAL y MÉTODOS.** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron datos de 302 pacientes consecutivos sometidos a HoLEP en Hospital Juan Morey de La Unión, con al menos 6 meses de seguimiento. Se registraron variables perioperatorias, quirúrgicas y complicaciones post operatorias.

**RESULTADOS.** Se identificaron 18 pacientes sometidos a HoLEP en presencia de CaP conocido en nuestro centro. Edad media 69.1 (86-59) años, 33% ASA 3, PSA preop 9.1 (50-0.4) ng/dL, tamaño prostático medio 63.3 (110-40) mL. Tiempo de enucleación medio 41.1 (75-15) min, tiempo de morcelación medio 16.1 (80-3) min. La media de tejido prostático removido fue 41.1 (95-11) gramos. La tasa de incontinencia de orina al mes y a los 3 meses, fue 11% y 5% respectivamente. Mediana de PSA postoperatorio fue 0.83 a los 3 meses ( $p < 0,001$ ). No se registraron complicaciones Clavien-Dindo mayores a Grado 2, ni conversión a RTU o cirugía abierta. 8 pacientes permanecieron en vigilancia activa, mientras que 7 pacientes recibieron radioterapia y 3 pacientes recibieron radioterapia previo a HoLEP.

**CONCLUSIONES.** HoLEP es una técnica segura y beneficiosa para pacientes con CaP y síntomas tracto urinario inferior. HoLEP podría contribuir en reflejar mejor el nivel PSA y optimizar el manejo de CAP en este grupo específico de pacientes.

## **O28) SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: UNA TRANSICIÓN DE THULEP A HOLEP EN UN SOLO CENTRO**

Eltit, I.(1); Otaola-arca, H.(1); Zambrano, N.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Lyng, R.(1); Fernandez, M.(1); Bustamante, A.(1);  
(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

### **Abstract**

**Introducción:** La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) afecta significativamente la calidad de vida de los hombres y tiene notables consecuencias económicas. La enucleación endoscópica de la próstata (EEP) ha ganado prominencia en el manejo quirúrgico. Sin embargo, la EEP puede realizarse con diversos dispositivos o técnicas. Este estudio presenta un análisis prospectivo de la implementación de un programa de EEP con láser, comenzando con la Enucleación Prostática con Láser de Tulio (ThuLEP) y haciendo la transición hacia la Enucleación Prostática con Láser de Holmio (HoLEP). Nuestro objetivo fue evaluar los resultados quirúrgicos de estas técnicas.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado con pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) que fueron sometidos a EEP. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, variables preoperatorias, quirúrgicas y postoperatorias. Se evaluaron el Antígeno Prostático Específico (PSA), flujo urinario (Qmax), las complicaciones perioperatorias y la necesidad de reintervención en el seguimiento programado. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Entre 2019 y 2023, 197 pacientes fueron sometidos a EEP (114 ThuLEP, 83 HoLEP). Ambas técnicas tuvieron un tiempo operatorio similar (139 min vs. 126 min,  $p=0.312$ ), ThuLEP tuvo un menor peso de tejido resecado (53.5 g vs 44 g,  $p=0.024$ ) y una menor velocidad de resección basada en la imagen preoperatoria (1.34 min/g vs 1.8 min/g,  $p=0.001$ ) o en el tejido resecado (2.8 min/g vs 5.2 min/g,  $p=0.001$ ). La necesidad de hemostasia con dispositivo bipolar fue menor en el grupo HoLEP (9.4% vs. 44%,  $p<0.001$ ). La estancia hospitalaria no fue significativamente diferente entre los grupos, con una mediana de 2 días para ambos ( $p=0.084$ ), así como el tiempo de cateterización (3 días vs 2 días  $p=0.093$ ). La tasa de complicaciones postoperatorias fue significativamente menor en el grupo HoLEP (33.3%, vs 5.7%  $p<0.001$ ).

**Conclusiones:** Nuestro estudio presenta los resultados de la implementación de un programa de EEP que comenzó con ThuLEP y progresó hacia HoLEP. Según nuestros hallazgos, HoLEP demostró tiempos quirúrgicos más cortos, mayor velocidad de resección y una menor tasa de complicaciones, incluso después de ajustes en la curva de aprendizaje.

## O29) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LASER DE HOLMIO COMO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: EXPERIENCIA INICIAL

Acuña, J.(1); Ramírez, G.(2); Eltit, I.(2); Loyola, M.(2); Parada, F.(2);

(1): Hospital Félix Bulnes, Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital Félix Bulnes, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

### Introducción

La Enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP), ha demostrado tener una eficacia similar a la resección transuretral (RTUp) y la cirugía abierta para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB), con menor tiempo de cateterización, estada hospitalaria y menor riesgo de sangrado.

Se ha propuesto a la HoLEP como un tratamiento seguro como cirugía ambulatoria en casos seleccionados, si considerando una cuidadosa hemostasia para evitar una hospitalización prolongada por hematuria.

El objetivo de este trabajo es describir los resultados de una experiencia inicial de HoLEP ambulatorio.

## **Materiales y métodos**

Estudio retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos. Se incluyen pacientes tratados con HoLEP entre julio-2023 y mayo-2024. Considerando ambulatorios si desde su ingreso a su egreso transcurren menos de 24 horas. Se obtienen datos generales, comorbilidades, información intraoperatoria y presencia de complicaciones postoperatorias, estas se clasifican mediante Clavien-Dindo.

## **Resultados**

Durante el período se realizaron 127 HoLEP, 19 cumplen criterio de ingreso <24 horas. La mediana de edad fue de 69.8 años (56.5-81.4 años). 77.8% eran  $\geq$ ASA II. Un 12.5% portaban un catéter urinario permanente y la indicación quirúrgica principal fue falla al tratamiento médico (84.2%). La mediana de volumen prostático fue 60 cc (25-113cc.). El tiempo de enucleación y morcelación fueron en promedio de 49.1 ( $\pm$ 28.7min) y 9.5 ( $\pm$ 7.1min) minutos, respectivamente. La mediana de estadía fue 19 horas (5.6-23.85 horas). La mediana de tiempo de catéter fue 3 días (1-10 días). 17 pacientes (89.5%) no tuvieron complicaciones postoperatorias. 2 (10.5%) reconsultaron a urgencias, 1 por retención urinaria (Clavien-Dindo I), se resuelve con instalación de catéter y nueva prueba miccional exitosa; y 1 caso tuvo hematuria y retención urinaria un día post prueba miccional (Clavien-Dindo II) que se resolvió con lavado vesical y cateterización. No hubo rehospitalizaciones ni reconsultas después de la primera semana postoperatoria. Ningún paciente presentó incontinencia de orina en esta serie al primer control.

## **Conclusiones**

La HoLEP es una cirugía segura de realizar de manera ambulatoria en casos seleccionados, considerando volúmenes prostáticos moderados y cirugías no extensas. Ésta propone un gran avance en la eficiencia del tratamiento de la HPB.

## **O30) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM (HOLEP) AMBULATORIA ¿ES UNA ALTERNATIVA SEGURA Y FACTIBLE?**

Gavilán Leñam, D.(1); Segura Díaz, F.(1);

(1): HOSPITAL LA UNIÓN, LA UNIÓN, CHILE

INTRODUCCIÓN. La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica quirúrgica contemporánea cada vez más usada para abordar los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) secundarios al crecimiento prostático benigno (CPB). El manejo postoperatorio habitual en cirugía de CPB incluye uso de cateterización e irrigación vesical continua durante la noche, lo que implica estadía hospitalaria mayor a 1 día. Debido a las

mejoras significativas en los resultados de HoLEP, decidimos evaluar esta técnica en un escenario de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de forma retrospectiva.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a HoLEP entre agosto de 2023 y julio de 2024. Se seleccionaron pacientes con estadía hospitalaria menor o igual a 24 horas. Se registraron variables perioperatorias, quirúrgicas y complicaciones post operatorias.

**RESULTADOS.** De un total de 131 pacientes, 73 (55%) pacientes fueron dados de alta con estadía hospitalaria menor o igual a 24 horas. La media de estadía hospitalaria fue 20.1 (24-7) hrs. La media de antígeno prostático específico preoperatorio fue 4.2 (50 - 0.2) ng/dL, volumen prostático medio 65 (150-25) mL. El tiempo medio de enucleación fue 31.2 (65-10) min, tiempo medio de morcelación 9,2 (40-2) min , la media de tejido enucleado fue 39.2 (150-2) gramos. En 88.1% de los pacientes se usó resectoscopio 26F y en 11.9% resectoscopio 22F. El tiempo medio de uso de sonda fue 49,3 (96-24) horas. La tasa de readmisión fue 1.3 % (n = 1) por hematuria.. 1 paciente desarrolló estrechez del meato.

**CONCLUSIONES.** HoLEP puede ser realizado con éxito como una cirugía ambulatoria, sin un aumento de las complicaciones postoperatorias en pacientes seleccionados, permitiendo mayor acceso a atención oportuna para pacientes con CPB y disminuyendo los costos asociados a la atención.

### **O31) USO DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA PERITUMORAL EN TUMORES PEQUEÑOS PARA REEMPLAZAR EL CLAMP DEL HILIO RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA**

Larrañaga, M.(1); Ibañez, H.(2); Pfeifer, J.(3); Román, C.(3); Olivares, R.(3); Salvadó, J.(3); Cabello, J.(3); Moreno, S.(3); Cabello, R.(3); Franco, C.(4); Velasco, A.(3);  
(1): Pasante Urología Finis Terrae, Providencia, Chile (2): Becada Urología Finis Terrae, Providencia, Chile (3): Departamento Urología Clínica Santa María, Providencia, Chile (4): Departamento Patología Clínica Santa María, Providencia, Chile

**Introducción:** La radiofrecuencia está estandarizada para la ablación de tumores renales pequeños, llegando a ser una recomendación (débil) para pacientes frágiles o no candidatos a cirugía, sin embargo, la evidencia sigue siendo limitada. La nefrectomía parcial, el gold standar, a menudo conlleva complicaciones hemorrágicas graves, falla renal aguda y en algunos casos daño renal irreversible dado el clampeo prolongado del hilio renal. Para mitigar estos riesgos, proponemos una técnica novedosa que sustituye el pinzamiento por la ablación por radiofrecuencia del tumor para la hemostasia en la nefrectomía parcial laparoscópica o asistida por robot.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 466 pacientes consecutivos tratados en Clínica Santa María con tumores renales T1a tratados laparoscópicamente o con cirugía asistida por robot entre 2005 y julio de 2024. Se utilizó radiofrecuencia peritumoral para la hemostasia, seguida de enucleación completa de la lesión. El seguimiento incluyó ecografía y creatinina al mes, TC a los 3 meses, 9 y anualmente durante 5 años.

**Resultados:** La edad media fue de 60,3 años, con 335 hombres (71,8%). El tamaño medio del tumor fue de 24 mm. Se realizaron cirugías asistidas por robot en 357 casos (76,6%). La pérdida media de sangre fue de 50 ml. Se produjeron complicaciones hemorrágicas en 7 pacientes (1,5%), 1 de los cuales requirió una transfusión de sangre (0,21%). 30 pacientes experimentaron enfermedad renal aguda transitoria en estadio 1 (6,4%), sin cambios significativos en los niveles medios de creatinina pre y postoperatorios (1,035 mg/dL vs 1,042 mg/dL,  $p = 0,89$ ). La mediana de seguimiento fue de 50,7 meses, sin recidiva tumoral en el lecho tumoral. Se encontró carcinoma de células renales en el 81,5% de los tumores.

**Conclusiones:** Hasta donde sabemos, esta serie representa la mayor experiencia mundial en el tratamiento de tumores renales mediante ablación periférica por radiofrecuencia sin clampaje, demostrando resultados quirúrgicos y oncológicos óptimos, menor morbilidad y menos complicaciones en comparación con las técnicas tradicionales de clampaje.

## O32) CURVA DE APRENDIZAJE DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES ROBÓTICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO, UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Cortés, C.(1); Reyes, A.(1); Velásquez, L.(1); Giménez, B.(1); Martínez, C.(1); Campos, D.(1); Larenas, F.(1); Fullá, J.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

La cirugía conservadora de nefronas es el tratamiento de elección en tumores renales localizados. La cirugía robótica ha mejorado los resultados perioperatorios, pero dependen de la experiencia del cirujano. Este estudio evaluó la curva de aprendizaje de un equipo quirúrgico único en nefrectomías parciales robóticas.

Estudio prospectivo de nefrectomías parciales robóticas realizadas con sistema DaVinci X vía transperitoneal entre Noviembre 2022 y Agosto 2024 en Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se evaluaron variables demográficas y quirúrgicas. Se estudió curvas de aprendizaje mediante regresión cuadrática y análisis de subgrupos según RENAL score con test T de student y Mann-Whitney U.

Se realizaron 27 cirugías. Tamaño tumoral promedio 34.5 mm (11-63 mm), 15 casos izquierdos y 12 derechos. 7 corresponden a tumores de baja complejidad (RENAL score 4-6)

(BC), 18 moderada complejidad (RENAL score 7-9) (MC), 2 alta complejidad (RENAL score 10-12).

La mediana de tiempo instalación de trócares fue 15 minutos (6-47 min), logrando curva de aprendizaje con 11 casos. La mediana de tiempo docking fue 6 minutos (1-27 min), con curva de aprendizaje alcanzada con 13 casos.

En tumores BC el tiempo de consola mediano fue 106 minutos con isquemia mediana 18 minutos incluyendo 3 pacientes realizados sin isquemia. En tumores MC el tiempo de consola mediano fue 162 minutos con isquemia mediana 28 minutos. En ambos se logró estabilización del tiempo quirúrgico a los 8 casos. La mediana de sangrado fue 100 cc (20-800 cc). En el análisis de subgrupos, mostró mayor tiempo de isquemia y menor sangrado en MC comparado con BC estadísticamente significativo.

No hubo conversión a cirugía abierta o nefrectomía radical. Solo hubo 1 complicación tipo CLAVIEN-DINDO 2. La hospitalización promedio fue de 1 día.

Este estudio evidencia una curva de al menos 13 casos para optimizar tiempos de instalación de trócares y docking. Además, se estiman un total de 8 casos en tumores BC y MC para avanzar casos quirúrgicos de mayor complejidad.

### **O33) LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA.**

Benítez-filselcker, A.(1); Frenk, C.(1); Ávila, C.(1); Schaub, A.(1); Urrutia, C.(2); Vilches, R.(3); Miranda, M.(1); Olmedo, T.(1);  
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de Chillán, Chillán, Chile (3): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

#### **Introducción:**

La incontinencia urinaria (IU) es la principal complicación tras una prostatectomía radical (PRR), sin importar la técnica quirúrgica utilizada. Diversos factores están asociados con la IU que puede presentarse después de la PRR, entre ellos, la longitud de la uretra membranosa (LUM). La introducción de la resonancia multiparamétrica de próstata (RMmp) ha permitido evaluar mejor el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria tras la intervención quirúrgica.

#### **Objetivo:**

Establecer una asociación entre LUM por RMmp e IU en pacientes sometidos a PRR en el área norte de la Región Metropolitana.

#### **Materiales y Métodos:**

Estudio analítico, retrospectivo, en pacientes con cáncer de próstata (CaP) sometidos a PRR con RMmp preoperatoria entre Julio 2020 y Octubre 2023. Se registraron características clínico-epidemiológicas y oncológicas basales. Se registró la LUM medida por un radiólogo experto y se comparó la asociación con IU en el seguimiento postquirúrgico.

### **Resultados:**

Se analizaron 37 pacientes sometidos a PRR, 18 laparoscópicos y 19 abiertos. La media de LUM fue de 14.2 mm (rango 7-20mm). Presentaron algún grado de IU a los 3,6 y 12 meses, 17 pacientes (46%), 13 pacientes (35%) y 10 pacientes (27%) respectivamente. La longitud de uretra >12 mm se asocia en forma significativa con una menor tasa de incontinencia a los 12 meses post quirúrgicos ( $p=0.007$ ). No se encontró asociación entre la longitud de uretra y la continencia a los 3 y 6 meses. Al comparar la continencia de los pacientes con la vía de abordaje no se encontró diferencia en la continencia a los 3, 6 ni 12 meses al comparar cirugía abierta versus laparoscópica

### **Discusión:**

Según nuestra experiencia, la medición de LUM previo a PRR se relaciona con la incidencia de IU post operatoria, siendo un predictor de la continencia a los 12 meses independiente de la vía de abordaje de la cirugía. La medición de esta variable previo a la cirugía puede ser una herramienta relevante al momento de la toma de decisión del tipo de manejo del CaP localizado.

## **O34) EVALUANDO LA CARGA DE PROCEDIMIENTOS DESOBSTRUCTIVOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS POBLACIONAL**

Calvo De La Barra, C.(1); Rourke, K.(2);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): University of Alberta, Edmonton, Canadá

Introducción: Dada la alta frecuencia y baja letalidad del cáncer de próstata (CP), los procedimientos desobstructivos del tracto urinario inferior (TUI) -posterior a los tratamientos oncológicos- son frecuentes y deben tenerse en cuenta al elegir el enfoque terapéutico. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia a largo plazo de los procedimientos en el TUI después de varias modalidades de tratamiento para el CP.

Métodos: Se incluyeron todos los hombres con CP (2002-2021) del registro provincial de Alberta, Canadá. Se extrajeron las modalidades de tratamiento del CP y los procedimientos al TUI, incluyendo intervenciones al cuello de la vejiga (ej. incisión), próstata (ej. RTU-P) o



uretra (ej. dilatación) después de 30 días de tratamiento (excluyendo procedimientos diagnósticos). Los pacientes fueron asignados a uno de 8 grupos: prostatectomía radical(PR), radioterapia(EBRT), braquiterapia(BT), crioterapia(Cryo), tratamiento médico/observación(MT/O), PR+EBRT, BT+EBRT o Cryo+EBRT. Se comparó la incidencia de intervenciones entre las diferentes modalidades de tratamiento.

Resultados: Se identificaron 47.387 pacientes con CP con media de 66 años. 3.821 pacientes requirieron una intervención del TUI a una mediana de seguimiento de 75 meses. La necesidad de intervención difirió entre los grupos ( $p<0,001$ ). Al año de una PR, esta fue del 5% y se estabilizó en 9% después de 20 años. Sin embargo, el resto de las modalidades de tratamiento mostraron cifras en continuo aumento incluso a los 20 años, con hasta el 50%(Cryo+RT) necesitando un procedimiento. En el análisis multivariado, incluyendo el estadio ( $p<0,001$ ), todas las modalidades se asociaron con un mayor riesgo al comparar con PR. En especial, RT+Cryo(HR:5,2; $p<0,001$ ), RP+EBRT(HR:2,1; $p<0,001$ ) y MT/O(HR:1,7; $p<0,001$ ) mostraron el mayor riesgo. El promedio de intervenciones fue de 1,8, lo que difirió entre grupos ( $p<0,001$ ). Los pacientes sometidos a MT/O tuvieron 1,4 procedimientos, mientras los sometidos a terapias combinadas (RP+RT, RT+Cryo) tuvieron una media de 2,5 procedimientos realizados.

Conclusiones: La necesidad de intervenciones en el TUI debe tenerse en cuenta al aconsejar a los pacientes que estén considerando un tratamiento para CP. La PR evidenció el menor riesgo de procedimientos secundarios, mientras que las terapias combinadas mostraron el mayor riesgo.

## OA4) ORALES UROLOGÍA ADULTO 4 -- INVESTIGACIÓN BÁSICA – MISCELÁNEO

### TI9) CIRUGIA RENAL PERCUTANEA DE ACCESO MINIMO CON VANIA DE IRRIGACION Y ASPIRACION. EXPERIENCIA INICIAL

Acuña Galvez, E.(1);

(1): Hospital Provincial de Ovalle, Ovalle, Chile

#### Introducción

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) ofrece tasas libres de calculo similar a la cirugía abierta, pero no esta exenta de complicaciones, las que estan asociadas con la precisión de la punción y el tamaño del tracto. En 2015, el Dr. G. Zeng introdujo la técnica SuperminiPerc (SMP) utilizando una vaina de acceso percutáneo de 14 Fr con irrigación y aspiración continua, mejorando la visión y extracción de fragmentos. Estudios comparan la seguridad y eficacia de SMP con otras técnicas, encontrando que presenta menos complicaciones y estancias hospitalarias más cortas.

## Objetivo

Presentar la experiencia inicial de casos de SMP en Hospital de Ovalle(HPO).

## Material y métodos

Realice un estudio retrospectivo de todos los casos de cirugía renal percutánea por patología litiasica, desde mayo de 2023 a julio de 2024 realizadas en HPO. El criterio de inclusión fue que la cirugía principal fuese SMP con vaina de succión y/o irrigación 14 o 18fr, y que los litos a tratar fuesen Grado I o II de Guy's stone score.

## Resultados:

Se incluyeron 15 pacientes, 53,3 % de sexo femenino. Edad promedio es 56,9 años, IMC 26,9; Volumen promedio de litiasis 13578 mm<sup>3</sup>, UH 1080; Lateralidad izquierda un 53% de los casos. La punción fue en cáliz inferior en el 60%. Tiempo quirúrgico promedio fue 102min. Volumen Eliminado de litiasis fue 11.266 mm<sup>3</sup> en promedio, mediana 7.438 mm<sup>3</sup> rango 2.248 32.665mm<sup>3</sup>.

La eficacia del láser fue de 102,7mm<sup>3</sup>/min promedio. El 86,7% quedo con catéter ureteral post operatorio y solo dos casos con nefrostomía. La Tasa de Libre de Cálculo (TLC) fue de 80% y los 3 casos con litos residuales, fueron tratados con SMP quedando libres de cálculo después de la 2da SMP. La estadía hospitalario promedio fue de 2,7 días. Complicaciones tipo Clavien -Dindo tipo I hubo 3 casos (dolor post operatorio) y tipo II solo 1 caso de ITU febril.

## Discusión:

Esta es la primera serie de SMP presentada en Chile. Siendo una cirugía segura y reproducible con TLC similar a la descrita en la literatura con eficiencia del láser muy alta, sin embargo, se requiere estudios prospectivos para comparar resultados.

## O36) CARCINOGENICIDAD GENÉTICA DEL CÁNCER DE VEJIGA RELACIONADO CON EL ARSÉNICO: DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA A LA MODELIZACIÓN MATEMÁTICA

Fernandez, M.(1); Armisen, R.(1); Fernandez, M.(2);

(1): ICIM; Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): ICIM; Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

El mecanismo por el cual el arsénico induce cáncer de vejiga y por qué lleva a tumores altamente agresivos sigue siendo un tema sin resolver en la investigación oncológica. Sin embargo, los métodos de secuenciación han ampliado la literatura genética sobre esta

enfermedad. En este trabajo realizamos una revisión bibliográfica sistemática que nos permitió identificar genes implicados en el cáncer de vejiga relacionado con exposición a arsénico, encontrando 1628 genes asociados principalmente con la progresión tumoral y la detoxificación. La co-ocurrencia de estos dos procesos biológicos es poco común en las células normales, donde la respuesta de detoxificación generalmente suprime la transcripción de genes relacionados con el crecimiento para evitar un consumo excesivo de energía. Sin embargo, la exposición crónica al arsénico en regiones con una alta incidencia de esta enfermedad sugiere que esta co-ocurrencia ocurre. Esta co-ocurrencia de ambas funciones sugiere un mayor consumo de energía, lo que impulsa a las células tumorales a activar vías metabólicas alternativas, como la glucólisis, en un fenómeno conocido como el efecto Warburg. Basándonos en esta premisa, en la siguiente fase de nuestro estudio modelamos esta hipótesis, proponiendo que en los tumores expuestos (TE), el crecimiento agresivo es sostenido por la energía inicialmente asignada a la detoxificación, la cual se vuelve disponible a medida que disminuye el efecto del contaminante lo cual implica que se desactiva la detoxificación. Para ilustrar esto, utilizamos las ecuaciones de Lotka-Volterra—un modelo matemático comúnmente aplicado en ecología para describir especies que compiten por el mismo recurso energético—para modelar la competencia por energía entre el crecimiento y la detoxificación en los TE. Nuestros resultados indican que los TE muestran una mayor asignación de energía al crecimiento que los tumores no expuestos a medida que disminuye la detoxificación, ya que también disminuye el efecto negativo de la detoxificación sobre el crecimiento (es decir, la competencia por energía). Concluimos que la presencia de detoxificación puede ser un factor clave que contribuye a la agresividad de los TE, ya que podría aumentar la asignación de energía hacia el crecimiento.

### **O37) ACCIÓN DE LA MOLÉCULA DE SÍNTESIS TETRAHIDROISOQUINOLINA SOBRE LA ACTIVIDAD MOTORA DEL DETRUSOR EN MODELO DE VEJIGA DE RATA EN CÁMARA DE ÓRGANO AISLADO**

Cifuentes Arévalo, M.(1); Sepúlveda Díaz, F.(1); Paredes Poblete, A.(2); Palacios Díez, J.(3); Parra Montes, C.(4); Cifuentes Jorquera, F.(5);

(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile (3): Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile (4): Universidad de Concepción, Concepción, Chile (5): Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

**Introducción:** El Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH) es una condición caracterizada por urgencia miccional, que suele ir acompañada de aumento de la frecuencia miccional e incontinencia urinaria. Afecta a un 30 % de la población y tiene un negativo impacto en la calidad de vida.

Dentro de las opciones farmacológicas de tratamiento están los anticolinérgicos y los agonistas  $\beta_3$ ; los primeros presentan efectos adversos que limitan su uso y los segundos no están disponibles en Chile. Se requieren estudios que analicen nuevas moléculas y las sinergias entre fármacos para ampliar el arsenal terapéutico.

**Objetivo:** Evaluar la acción in vitro de la tetrahydroisoquinolina sobre la actividad motora del detrusor.

**Material y método:** El modelo de vejiga de rata en cámara de órgano aislado fue publicado en el Boletín SCHU el año 2019: la vejiga de rata es seccionada en 3 anillos que se montan en una cámara de con solución de Krebs-Ringer a 37 grados Celcius, oxigenado con mezcla gaseosa 95% O<sub>2</sub> y 5% CO<sub>2</sub>. La medición de la tensión de los anillos y el registro digital de los datos se realiza a través de un dispositivo PowerLab. La hiperactividad del detrusor es inducida por el agonista colinérgico carbacol. Se evalúa la acción de la tetrahydroisoquinolina y se compara su potencia con el anticolinérgico oxibutinina y el agonistas  $\beta_3$  mirabegron.

**Resultados:** Los tres compuestos, Mirabegron, Oxibutinina y Tetrahydroisoquinolina, produjeron disminución de la tensión máxima de forma dosis-dependiente. Mirabegron e Tetrahydroisoquinolina mostraron un porcentaje de relajación máximo de  $95 \pm 3,6 \%$  y  $84 \pm 10,4 \%$  respectivamente a dosis de  $10^{-4}$  M (sin diferencia significativa entre ambas). Oxibutinina logró un porcentaje de relajación significativamente más alto a la misma concentración con un  $119 \pm 2,1 \%$ . \*\*  $p < 0,01$  (n=3 experimentos, valores expresados como la media  $\pm$  el error estandar).

**Conclusión:** La molécula de síntesis Tetrahydroisoquinolina tiene un potente efecto relajante del detrusor en el modelo descrito. Su potencia es menor a Oxibutinina pero comparable con Mirabegron. Se requieren nuevas investigaciones que precisen el mecanismo de acción y la posible sinergia con otras moléculas.

### O38) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SIMULADOR DE BAJO COSTO PARA LA ENSEÑANZA DE CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

Berrios, N.(1); Aravena, M.(1); Ruiz, T.(1); Sanhueza, L.(1); Labarca, Y.(1); Ortega, J.(1); (1): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción: La cistostomía percutánea es un procedimiento que actualmente carece de simuladores fácilmente accesibles en el mercado, a pesar de la importancia de su enseñanza al formar parte del perfil de conocimientos EUNACOM. Ante este desafío, es necesario encontrar métodos para enseñar esta técnica con recursos ampliamente disponibles. Por medio de este trabajo buscamos desarrollar y validar un modelo de simulación de bajo costo para el entrenamiento de cistostomía percutánea.

**Materiales y métodos:** Se elaboró un modelo utilizando materiales económicos y de fácil acceso. Este fue sometido a un proceso de evaluación y validación por seis expertos del departamento de urología de nuestro centro. Se recogió información sobre la validez aparente mediante escalas de Likert con puntuación de 1 a 5.

**Resultados:** El simulador se fabricó utilizando un recipiente metálico, con un sistema de drenaje y una tabla de melamina como zona de fijación para los tejidos. Los tejidos en la zona de punción se simularon con etileno acetato de vinilo (goma EVA) para la piel, lámina de policloruro de vinilo (mat de yoga) para planos subcutáneos y cinta de reparación (duct tape) para la fascia de los rectos. La vejiga se simuló con un globo de látex reforzado con cinta adhesiva, que permite mantener la integridad superficial al ser puncionado. La validez del simulador fue puntuada con un promedio general de 4,63 (DS±0,49) por los expertos. Las preguntas que recibieron la puntuación media más alta (ambas con 4,83±0,41) evaluaban la utilidad para el aprendizaje y enseñanza de la técnica, mientras que la con promedio más bajo (4,33±0,51) evaluaba la capacidad para recrear respuestas mecánicas fisiológicas con detalle (resistencia tisular y salida de orina). A pesar de la adecuada puntuación general, todos los expertos recomendaron agregar reparos anatómicos al simulador para mejorar su fidelidad.

**Conclusión:** El simulador creado para cistostomía es un modelo accesible que logra simular adecuadamente el procedimiento. Los puntajes otorgados evidencian que el simulador puede ser utilizado como una adecuada herramienta de aprendizaje de la técnica, pero algunas modificaciones menores pueden ser necesarias para aumentar su fidelidad.

### **O39) MODELO DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DEL COMPONENTE NO SEMINOMA DE CÁNCER TESTICULAR EN IMÁGENES DE ULTRASONIDO**

Calvo, I.(1); Lopez, G.(2); Villafranca, P.(2); Henríquez, I.(3); Moreno, S.(3); Henríquez, H.(2); (1): Clínica Santa María, Santiago, Chile (2): Departamento de Radiología, Clínica Santa María, Santiago, Chile (3): Departamento de Urología, Clínica Santa María, Santiago, Chile

#### **Introducción:**

En el cáncer testicular, el tipo no seminoma y en particular el teratoma representan un desafío dada su resistencia a la radio y quimioterapia. El ultrasonido tiene alta sensibilidad para la detección de lesiones malignas, sin embargo, bajo valor predictivo para diferenciar subtipos histológicos. Las características radiómicas de imágenes modeladas con machine learning han mostrado utilidad en oncología, pero su aplicación en ultrasonido está menos estudiada. El objetivo de este trabajo es predecir el componente no seminoma en pacientes

con cáncer testicular a través del análisis de características radiómicas en imágenes de ultrasonido.

### **Materiales y métodos:**

Se estudió una cohorte retrospectiva de 228 pacientes orquiectomizados entre enero 2018 y mayo 2023. Criterios de inclusión: pacientes con imágenes de ultrasonido prequirúrgico, marcadores tumorales y biopsia disponible. Criterios de exclusión: Tumores con poca representación ecográfica o factores técnicos que afecten segmentación del tumor.

Las imágenes fueron anonimizadas y segmentadas por 4 operadores utilizando la plataforma ITK-Snap. Se realizó extracción de las características radiómicas de cada tumor utilizando la librería PyRadiomics. La selección de variables y ajuste de los modelos de machine learning se realizó con algoritmos de búsqueda iterativa maximizando AUC para predicción binaria de componentes no seminoma y teratoma. Se midió el rendimiento diagnóstico de la ecografía en forma ciega a 8 radiólogos. Se consideró significancia estadística p value menor a 0,05.

### **Resultados:**

Se incluyeron 115 pacientes (38 no seminoma y 77 seminomas puros). La prevalencia del componente teratoma fue de 19% (22 pacientes). El rendimiento ecográfico alcanzó AUC de 0,75 y 0,59 para no-seminoma y componente teratoma respectivamente. Los modelos con características clínicas (edad y marcadores) alcanzaron AUC de  $0,83 \pm 0,09$  para la predicción de no seminoma y  $0,59 \pm 0,07$  para predicción de teratoma. Los modelos combinados de características clínicas y radiómicas tuvieron un AUC de  $0,87 \pm 0,08$  y  $0,77 \pm 0,06$  respectivamente (diferencia significativa  $p < 0.001$ ).

### **Conclusiones:**

La técnicas de radiómica en imágenes de ultrasonido pueden mejorar significativamente la predicción del componente no-seminoma de cáncer testicular.

## **O40) CANCER TESTICULAR BILATERAL DE CÉLULAS GERMINALES**

Ebel, L.(1); Cuevas, P.(2); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(3); Oyanedel, F.(3); Toledo, H.(3); Cañoles, R.(4); Westendarp, M.(5); Segura, F.(6); Gavilán, D.(6); Flores, F.(2); Navarrete, M.(2); Foneron B., A.(7);

(1): HOSPITAL BASE VALDIVIA-UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, Chile (2): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, Chile (3): OSPITAL BASE VALDIVIA-UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, Chile (4): CLINICA COSTANERA DE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile (5): CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile (6): HOSPITAL JUAN MOREY, LA UNIÓN, Chile (7): HOSPITAL BASE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile

Introducción. Cáncer testicular (CT) es el tumor sólido más frecuente del hombre joven entre 15-44 años. Al momento del diagnóstico o durante el seguimiento 1-5% de los tumores son bilaterales (TB), sincrónico (TBS) o metacrónico (TBM); este segundo tumor (ST) se puede presentar tardíamente. Factores de riesgo para TB son criptorquidia, volumen testicular < 12cc., infertilidad y edad <30 años. El manejo con orquiectomía radical (OR) es curativo en 70% de los pacientes, pero tiene efectos adversos que afectan la calidad de vida de los pacientes. Orquiectomía parcial (OP) es una alternativa en casos seleccionados, con escasas complicaciones, preservación de función testicular y buen control oncológico. Presentamos una casuística de 23 años de TB tratados en una región de alta incidencia de CT. Materiales y Método. Cohorte retrospectiva de casos de CT de células germinales (CG) tratados en servicios públicos y privados una región de Chile entre enero 2000 y diciembre 2023. Resultados. Durante el período de análisis se trataron 624 casos de CTCG, 35 (5.6 %) de los cuales fueron TB (16 TBS y 19 TBM), con edad promedio de 30.0 años (rango 17-69 años). 29 casos (82.8%) fueron etapa I al momento del diagnóstico y 6 (17.1%) etapa II. 3 casos (8.6%) tenían antecedente de criptorquidia. El lapso promedio para ST fue 103.3 meses (rango 23-249 meses). En todos los casos se realizó OR, excepto 4 TBS en que se optó por OP; 3 de ellos necesitaron posteriormente OR por progresión. 21 (60.0%) TB fueron seminomas y del mismo tipo histológico en ambos testículos en 18 casos (51.4%). En 4 pacientes con TBS el tipo histológico fue diferente a cada lado. No hubo fallecidos. Conclusiones. El porcentaje de TB en nuestra serie es similar a otras publicadas, especialmente en países de alta incidencia de CTCG. La mayoría de nuestros TB se diagnostican en etapas iniciales y son seminomatosos; llama la atención que la mitad de los TBS eran de diferente tipo histológico. Existe un bajo número de pacientes tratados con OP. Se confirma el buen pronóstico de estos pacientes a pesar de TBM de presentación tardía.

#### **O41) MUERTE PREMATURA POR CÁNCER GENITOURINARIO EN CHILE. ESTIMACIÓN DE IMPACTO EN PRÓXIMA DÉCADA**

Inzunza N., J.(1); Inostroza A., C.(2); Rojas C., E.(1); Gonzalez B., M.(1); Thorkelsen, G.(1);

Valenzuela V., R.(3); Basaure B., M.(3); Valeria T., C.(3);

(1): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (2): Departamento de Salud, Villarrica, Chile (3): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Introducción: El análisis de mortalidad es esencial en la vigilancia de salud de una población, siendo la mortalidad prematura aquella que se produce antes de la edad promedio de muerte estimada. Para evaluar la magnitud y las tendencias de la mortalidad prematura se han utilizado diversos métodos recomendándose el indicador *Años de Vida Potenciales Perdidos* (AVPP), que ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El principio de los AVPP es cuanto más prematura es la muerte, mayor pérdida de vida. Su cálculo da como resultado el número de años adicionales que los fallecidos habrían vivido hasta su respectiva expectativa de vida. El objetivo de este trabajo es conocer la proyección de AVPP de los principales cánceres

genitourinarios (CGU) en la próxima década en Chile. Material y método: Estudio observacional, descriptivo. Aplicación de metodología “*Global Burden of Disease*”. Extracción de datos: para esperanza de vida (EV) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)- ONU y para mortalidad del Global Cancer Observatory (OMS). Se utiliza la media aritmética de cada población proyectada para evaluar diferencias. Resultados: AVPP proyectados por CGU para años 2025, 2030 y 2035 de 149435 (127161 en hombres y 22274 en mujeres), 188577 (162289 en hombres y 26288 en mujeres) y 236403 (205304 en hombres y 31099 en mujeres), respectivamente. En hombres AVPP proyectados años 2025, 2030 y 2035 según CGU: 83065, 108153 y 139735 (próstata); 16056, 20343 y 25501 (vejiga), 23703, 28883 y 34570 (riñón); 2901, 3111 y 3318 (testículo); 1436, 1799 y 2180 (pene). En mujeres AVPP proyectados a años 2025, 2030 y 2035 según CGU: 9334, 11143 y 13379 (vejiga), 12940, 15145 y 17720 (riñón). Conclusión: se proyecta un aumento importante los AVPP por cáncer GU en Chile en la próxima década de acuerdo a estimaciones de mortalidad y expectativa de vida, lo estima el impacto que tendrá el cáncer GU en la estimación de carga de enfermedad futura para nuestro sistema de salud.

## O42) MUJERES EN UROLOGÍA EN CHILE: SITUACIÓN ACTUAL

Sepúlveda, F.(1); Olivares, V.(1); Ibañez, H.(1); Maldonado, F.(1); Ascorra, S.(1); Pfeifer, J.(2); (1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

### **Introducción:**

En los últimos años se ha evidenciado un aumento progresivo de mujeres especialistas en urología a nivel mundial. En 1985 existían solo 50 urologas en el mundo, cifra que contrasta con las 1667 registradas en el Censo anual de la AUA en 2023.

Este incremento se ha evidenciado también en Latinoamérica, con la creación de la Oficina de la mujer Uróloga de la CAU en 2021. En Chile, en 2018 había 500 Urólogos, de los cuales un 2.6% eran mujeres, además de 11 residentes de sexo femenino. Sin existir a la fecha registros más actualizados.

El objetivo del presente trabajo es analizar la situación actual de las mujeres en la especialidad de Urología en Chile.

### **Materiales y métodos:**

Estudio descriptivo, transversal, basado en una encuesta electrónica aplicada entre mayo y agosto 2024 a urológas y residentes. Revisión de registros de Superintendencia de Salud



(SIS). Se analizaron: datos demográficos, áreas de interés, desempeño y participación en actividades de liderazgo. Análisis estadístico mediante software SPSS 29.0.

### **Resultados:**

A la fecha 643 especialistas se encuentran registrados en SIS, de los cuales 4.6% son mujeres, además de 16 becas en formación.

El 25% de las urologas tituladas comenzó su formación previo a 2013, mientras que 50% lo hizo después de 2017. El 90.3% se encuentra trabajando en Chile, de las cuales un 60.7% se ubica en la región metropolitana. Con un promedio de 1 mujer y 8 hombres especialistas en Urología por servicio.

Las áreas de mayor interés fueron: urología general (29%), oncología (29%), reconstructiva (22.6%) y andrología (12.9%).

El 50% de las tituladas tiene fellowship y un 48.4% participa en docencia.

En cuanto a los residentes, las mujeres representan un 18.6% del total, con un 87.5% de estas realizando su formación en la región metropolitana.

### **Conclusiones:**

El rol de las mujeres en urología ha evolucionado significativamente, reflejando un avance hacia mayor inclusión y equidad; no solo están destacándose en la práctica clínica, sino también en la investigación, docencia y liderazgo profesional. A pesar de estos avances, persisten desafíos relacionados con la paridad de género y la representación equitativa en posiciones de liderazgo.

## **O43) ABSCESO PROSTÁTICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN 11 AÑOS**

Walbaum, J.(1); Rojas, A.(1); Manterola, C.(1); Astroza, G.(1); Brusoni, S.(1);  
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción

Los abscesos prostáticos (AP) son una entidad poco común que presentan un desafío urológico, dado la ausencia de guías clínicas que estandaricen su enfrentamiento. Su génesis deriva de la prostatitis aguda bacteriana, con mayor incidencia en pacientes inmunocomprometidos. La amplia disponibilidad de antibióticos y el mejor control de patologías que generan inmunosupresión ha disminuido significativamente la incidencia de los AP. El diagnóstico oportuno y tratamiento efectivo de infecciones genitourinarias han aportado a disminuir factores asociados al desarrollo de estos.

#### Materiales y métodos

Este estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de AP en nuestro centro entre 2012-2023, incluyó 20 pacientes y variables incluyendo comorbilidades, exámenes de laboratorio, tamaños de absceso y próstata, intervenciones realizadas y tiempo de estadía.

#### Resultados

Los 20 pacientes tenían antecedentes de diabetes y/o inmunosupresión. Ocho pacientes cursaban con una infección urinaria en tratamiento previo al diagnóstico de AP. Ocho cursaron con shock séptico y siete con requerimiento de drogas vasoactivas previo a la intervención. Respecto al estudio diagnóstico, se realizaron tres ecografías pelvianas, 19 tomografías computadas y siete resonancias magnéticas. Como tratamiento al ingreso, se realizó cirugía endoscópica a 16 pacientes, drenaje transrectal a dos pacientes y antibióticos a dos pacientes que luego fueron a cirugía por falla del manejo conservador. Los tamaños de absceso en promedio fueron de 42.4 mm en su eje mayor (rango 17-100) y tamaño prostático promedio de 72.06 cm<sup>3</sup> (rango 11-386). El tiempo de estadía promedio fue de 20.05 días (rango 6-62 días), y solo un paciente falleció por sus comorbilidades. En el análisis estadístico, el tiempo de estadía tuvo una asociación estadísticamente significativa con edad mayor a 60 años ( $p < 0.05$ ) y tamaño de absceso  $> 40$  mm ( $p < 0.05$ ).

#### Conclusiones

La literatura disponible de esta patología se compone en su gran mayoría de reportes de casos. Existen pocos datos de esta patología en la literatura internacional y menos aún en la local. Tomando en cuenta esta baja calidad de evidencia para guiar el manejo de los AP y la ausencia de guías clínicas, se encuentra la necesidad de realizar estudios de nuestra realidad local para poder establecer conductas a futuro.

### **O44) EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ABSCESOS PROSTÁTICOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 35 CASOS**

Hohf, P.(1); Mora, R.(1); Jofre, F.(1); Mejías, A.(1); Mondaca, C.(1); Henriquez, P.(1); Marquez, R.(1); Alcolao, C.(2); Navarrete, F.(2); Arancibia, A.(2); Iturriaga, C.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** Actualmente no existen protocolos para el manejo de abscesos prostáticos (AP). Guías Europeas señalan como posibles opciones de tratamiento tanto el manejo quirúrgico (drenaje) como el conservador (exclusivamente antibióticos). El drenaje, es indicado habitualmente ante fracaso del tratamiento conservador, inestabilidad clínica, AP bilateral y aquellos abscesos de mayor tamaño, siendo este último parámetro variable según la literatura disponible, fluctuando diámetros máximos de 1 a 3 cm. Este análisis pretende caracterizar ambos grupos de manejo e identificar posibles parámetros predictivos para el fracaso al tratamiento conservador.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo longitudinal de 35 pacientes diagnosticados con AP en hospital público de Santiago de Chile, entre julio/2019 y julio/2024, agrupando aquellos manejados conservadoramente vs quirúrgicamente. Se evalúan antecedentes médicos, laboratorio, características AP, total días tratamiento antibiótico y hospitalización. Análisis multivariado de datos, usando el tipo de manejo como variable dependiente.

**Resultados:** De 35 casos de AP, 18 (51.4%) fueron drenados por fracaso a tratamiento antibiótico, tras un promedio de 17.6 días. Al comparar grupo conservador (17 pacientes, 48.6%) vs quirúrgico obtuvimos respectivamente: edad promedio 67.6 vs 62 años, diabéticos 47% vs 61% (p 0.6), antígeno prostático (APE) 13.3 vs 29.3 ng/ml (p 0.002), PCR 121 vs 191 mg/L (p 0.16), tratamiento antibiótico empírico 51.4% vs 50.2% (p 0.63), diámetro máximo AP 38.9 vs 44.6 mm (DE  $\pm$  22.6 vs 18.1mm; p 0.005) [p < 0.05 alcanzada desde diámetros  $\geq$ 46mm, p 0.027], bilateralidad 41.1% vs 66.6% (p 0.27): multifocalidad 41% vs 61%, compromiso vesícula seminal 11.76% vs 33.3% (p 0,002), total días hospitalización 12.41 vs 23.8 días (DE  $\pm$  11.08 vs 19.24; p 0.049), total días antibióticos 32.2 vs 36.6 días.

**Conclusión:** Evidenciamos significancia estadística en: total de días hospitalización, valor APE, diámetro máximo AP (alcanzada con valores  $\geq$ 46mm) y compromiso vesícula seminal. Resultados sugieren posible beneficio de drenaje precoz en estos 3 últimos escenarios. AP multifocal o bilateral no demostraron ser factores predictores de fracaso a tratamiento conservador, descrito en algunas revisiones.

## O45) EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN MANEJO DE ABSCESO RENAL EN HOSPITAL PÚBLICO. UN DESAFÍO EMERGENTE.

Ascorra H., S.(1); Villena H., J.(1); Fasani M., M.(2); Duran G., L.(3); Pfeifer E., J.(3); (1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes, Bulnes, Chile (3): Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

### Introducción

Los abscesos renales y perirrenales son una complicación grave dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), que aún con un manejo agresivo la mortalidad puede ser entre 39-56% (1). Se recomienda el drenaje quirúrgico de abscesos mayores de 4-5 cm, pero esto debe ser evaluado caso a caso. El manejo inicial será con antibiótico de amplio espectro teniendo en cuenta la resistencia local.

## **Materiales y métodos**

Estudio descriptivo que incluyó 63 pacientes, con absceso renal o perirrenal desde enero 2021 hasta agosto 2024. Se describieron variables como: urocultivo (UC), cultivo de abscesos, resistencia bacteriana local y requerimiento de procedimiento quirúrgico.

## **Resultados**

De los 63 pacientes, un 73% fueron de sexo femenino, con una media de 45 años (20-73 años). El 55% (35/63) tuvo UC positivo, siendo *Escherichia Coli* (E.Coli) el principal agente identificado (68%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (KP) (11%). Un 66% (42/63) fueron manejados con tratamiento médico exclusivo, con un promedio de tamaño de absceso de 2.0 cm. En el 33% (21/63) fue necesario un tratamiento quirúrgico complementario con un tamaño promedio de 4,2 cm, predominando el drenaje percutáneo por radiología intervencional (57%), seguido de la instalación de catéter doble J (33%). En 1 paciente fue necesario hacer una nefrectomía total y en otro un aseo quirúrgico.

Los cultivos de abscesos siempre fueron positivos, siendo E.Coli el principal agente infeccioso, seguido de KP con un 41% y 33% respectivamente.

El agente aislado en los pacientes puncionados y con UC positivos previo (6/12), hubo una correlación del 100%. En el otro 50% tuvieron UC negativo al ingreso con cultivo de absceso positivo.

Se determinó una resistencia antimicrobiana local de 41%, 29% y 20% en E.Coli para el uso de ciprofloxacino, ampicilina/sulbactam y cefazolina respectivamente. El 12% tuvieron agente  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido positivo. En el 70% de los casos el tratamiento empírico fue ceftriaxona.

## **Conclusiones**

El absceso renal es una complicación infrecuente sin embargo grave. Existe escasa literatura chilena respecto al manejo de esta patología. En nuestro centro hemos visto un aumento de casos de pielonefritis complicada. Su manejo óptimo inicial es fundamental para una buena evolución.

## O46) PATOLOGÍA UROLÓGICA EMERGENTE: IMPACTO EN LA VÍA URINARIA DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA - TUSSI

Brito Gonzalez, F.(1); Díaz Carnot, M.(2); Vicherat Mattar, C.(3); Bonomo Fuenzalida, J.(4); Poblete Gonzalez, R.(4); Innocenti Jimenez, G.(5); Velarde Ramos, L.(6); Olmedo Ramos, T.(7); Rojas Pincheira, A.(8); Canales Rojas, R.(9); Cifuentes Arévalo, M.(10);

(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Clínica Santa María, Providencia, Chile (3): Clínica INDISA Maipú, Maipú, Chile (4): Clínica Redsalud Rancagua, Rancagua, Chile (5): Hospital de Lota, Lota, Chile (6): Hospital Felix Bulnes, Cerro Navia, Chile (7): Hospital Clínico Universidd de Chile, Independencia, Chile (8): Clínica Redsalud Calama, Calama, Chile (9): Clínica Las Condes, Las Condes, Chile (10): Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile

**Introducción:** El consumo de ketamina ha aumentado en el mundo, especialmente entre jóvenes. En Chile ha aumentado el consumo de la droga sintética Tussi, que se suele mezclar con ketamina. Las uropatías inducidas por ketamina y su metabolito norketamina afectan a usuarios crónicos al acumularse en la vejiga tras la excreción renal, provocando inflamación, daño urotelial, fibrosis y alteraciones del detrusor. Los síntomas típicos incluyen micción frecuente, urgencia, disuria, hematuria, dolor pélvico y reducción de la capacidad vesical. En casos severos, puede haber daño renal por reflujo vesicoureteral. El diagnóstico se basa en síntomas y antecedentes de consumo, con análisis de orina, cistoscopia y uro-TAC recomendados. La suspensión del uso de ketamina es la principal estrategia de tratamiento, aunque en casos avanzados pueden ser necesarias terapias intravesicales e intervenciones quirúrgicas. El pronóstico depende de la duración e intensidad del consumo.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y patológicas de uropatías inducidas por el uso crónico de ketamina en pacientes chilenos.

**Material y Métodos:** Se invitó a los miembros de la FUFFER a presentar casos clínicos de cistopatía por ketamina. Nueve urólogos reportaron información anonimizada de 10 pacientes chilenos.

**Resultados:** De los 10 pacientes (60% hombres, 40% mujeres, edad promedio de 26 años), ninguno tenía antecedentes urológicos previos. Los síntomas comenzaron en promedio 13 meses antes del diagnóstico, destacando dolor vesical (70%), disuria (60%), polaquiuria y hematuria (50%). La puntuación promedio en IPSS fue de 33.8 y la calidad de vida en QoL fue de 5.8. El 40% consumía ketamina diariamente y el 20% de 3 a 5 veces por semana; el 80% continuaba consumiendo. La mayoría usaba la vía inhalatoria y el 80% consumía otras drogas. Todos los pacientes mostraron alteraciones en el sedimento urinario, y el 30% presentó hidroureteronefrosis bilateral o engrosamiento de las paredes vesicales. El Botox demostró una buena respuesta pero con duración muy breve, mientras que los antimuscarínicos mostraron una respuesta deficiente.

**Conclusión:** El manejo de las uropatías por ketamina es complejo, con respuestas variadas a los tratamientos. La suspensión del consumo es crucial, y el enfoque terapéutico debe ajustarse según la evolución del paciente.

## **TI2) MANEJO DE LA ESTRECHEZ URETRAL FEMENINA MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL**

Saavedra, A.(1); Brito, F.(2); Rojas, I.(3); Rojas, A.(4); Bernal, J.(5); Cifuentes, M.(6); Walbaum, J.(4); Fuentes, A.(7); Bernier, P.(8);

(1): Urología Clínica Alemana de Santiago - Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (4): Departamento de Urología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (5): Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (6): Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río - Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Santiago, Chile (7): Departamento de Urología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile - Servicio de Urología - Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (8): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción.** No existe consenso en la definición ni tratamiento de la estrechez uretral femenina (EUF). La dilatación tiene altas tasas de fracaso. Nosotros adoptamos la uretroplastia con injerto dorsal de mucosa oral (DO-BMGU).

**Objetivo.** Revisar el fundamento anatómico-fisiológico de la EUF y evaluar si la DO-BMGU es eficaz y segura para su tratamiento.

**Materiales y métodos.** Serie prospectiva con todos los casos de EUF femenina diagnosticados entre 2016 y 2024. Se evaluó: IPSS-AUA, cistouretroscopía, uroflujometría/residuo, urodinamia y calibración uretral. Todas fueron a DO-BMGU estandarizada. Se incluyeron sólo aquellas con >3 meses de seguimiento.

**Resultados.** Se incluyeron 23 pacientes. La mediana de edad fue de 58,4 años. El 47,8% fueron idiopáticas, 30% se asoció a cirugía ginecoobstétrica. El tiempo operatorio fue de 150 minutos. Las estrecheces fueron de 2,6cm y el 78,3% comprometió la uretra media. Las medianas de hospitalización y sonda fueron de 2 y 15 días, respectivamente. No hubo complicaciones Clavien-Dindo >II. A 15 meses, se observó un 9% de recurrencia y un caso de incontinencia de novo. El IPSS-AUA disminuyó en 20 puntos y hubo una mejoría de 4 puntos en calidad vida. El Qmax aumentó en 15ml/seg.

**Conclusiones.** La DO-BMGU tiene baja recurrencia y es altamente segura, preservando la continencia de esfuerzos en el 96%, a 15 meses.

## OA5) ORALES UROLOGÍA ADULTO 5 -- UROLITIASIS

### O47) CAMBIOS EN LA TEMPERATURA RENAL DURANTE LA LITOTRIZIA URETEROSCÓPICA CON LÁSER PULSADO DE TULIO:YAG: UN ANÁLISIS IN VITRO

Urrea, F.(1); Villena, J.(1); Larrañaga, M.(1); Salvado, J.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Las Condes, Chile (2): Clinica Santa Maria, Las Condes, Chile

#### Cambios en la temperatura renal durante la litotricia ureteroscópica con láser pulsado de Tulio:YAG: un análisis in vitro

**Introducción:** El uso creciente de la ureteroscopia (URS) y en particular la ureteroscopia flexible (f-URS) ha desplazado a la litotricia extracorpórea por ondas de choque (SWL). Esto se debe, en parte, a la disponibilidad del láser Holmium desde su introducción en 1992. Sin embargo, los dispositivos de alta potencia han generado preocupaciones sobre los riesgos térmicos asociados. Este estudio tiene como objetivo evaluar las variaciones de temperatura generadas por el láser de Tulio en un modelo simulado de ureteroscopia flexible.

**Material y métodos:** Se utilizó un modelo de simulación de alta fidelidad con un ureteroscopio flexible y un láser de Tulio,

. Se realizaron mediciones de temperatura intrarrenal y ureteral con termopares colocados cerca del lugar de activación del láser. Se emplearon parámetros de energía comunes en la práctica clínica, variando la tasa de flujo de irrigación (10 y 20 ml/min) y las combinaciones de potencia del láser (7.5W, 15W y 30W). Las temperaturas se midieron a los 15, 20 y 30 segundos tras la activación del láser, registrándose el valor máximo alcanzado. El análisis estadístico se realizó utilizando el software STATA 2.0.

**Resultados:** El aumento de temperatura fue proporcional a la energía aplicada. En configuraciones de 30W, se registraron temperaturas superiores a 43°C a los 30 segundos con un flujo de 10 ml/min, mientras que con 20 ml/min ninguna configuración superó este umbral. En la medición ureteral, las temperaturas no superaron los 43°C en ningún caso. El aumento de flujo de 10 a 20 ml/min redujo significativamente las temperaturas registradas.

**Conclusiones:** El láser Tulio es eficaz y presenta un comportamiento térmico seguro en este modelo simulado, sin exceder los 43°C con flujos de irrigación adecuados y energías menores a 30W. Estos hallazgos subrayan la importancia de la modulación de pulsos y la tasa de flujo en la minimización del riesgo de daño térmico durante la litotricia endoscópica. Este estudio contribuye a la búsqueda de tratamientos más seguros en el uso de láseres de alta potencia.

## O48) CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA (RIRS) EN LITIASIS ÚNICA DE CÁLIZ INFERIOR DE 1-2CM: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Benítez-filselcker, A.(1); Mohr, E.(1); Schaub, A.(1); Valenzuela, C.(2); Jofré, F.(1); Abad, J.(3); Barahona, J.(3); Consigliere, L.(3); De La Llera, J.(3); Vizuete, E.(3); Marchant, F.(3); Águila, F.(3);

(1): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Fellowship Endourología Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Urología, Hospital San José, Santiago, Chile

### Introducción:

Aproximadamente un 35% de las litiasis renales corresponden a litiasis localizadas en cáliz inferior (CI). Su manejo supone un desafío considerando las características anatómicas del CI por lo que, la vía de abordaje a elegir cobra relevancia en la búsqueda de resolver estas litiasis en 1 tiempo quirúrgico. Aquellas litiasis de mayores a 2 cm requieren de resolución a través de Nefrolitotomía Percutánea. Sin embargo, aquellas litiasis de 1-2 cm la RIRS aparece como una herramienta viable y de gran disponibilidad a nivel nacional.

### Material y método:

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 83 pacientes con litiasis única de CI de 1-2cm sometidos a RIRS entre Junio 2018 a Julio 2024 a cargo de la Subunidad de Litiasis Urinaria del Hospital San José. Se analizan variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias y tasa de stone free (TSF) definido <2mm.

### Resultados:

Se analizó un total de 83 pacientes. La media de edad fue 52,8 años. Un 54,2% de los pacientes fue ASA 2. La media de tamaño fue 13,75 mm (DE  $\pm$  0,71mm) y densidad media de 974,9 UH. Un 37,5% (31/83) presentaba catéter doble J pre operatorio. Se utilizó ureteroscopio Wiscope de OTU Medical y Láser de Holmio de baja potencia. La media de tiempo quirúrgico fue 61,1 min (DE  $\pm$  7). El 88% (73/83) de los pacientes quedó con catéter doble J post al procedimiento. En el 86,8% (72/83) la cirugía se realizó de forma ambulatoria. Se evaluó la TSF en 96,4% (80/83) casos a través de PieloTC en la mayoría de los pacientes con una TSF estimada de 73.2% de los pacientes analizados. La tasa de complicaciones fue de 8.4% (7/83) siendo un 85.7% de ellas complicaciones menores (Clavien-Dindo 1-2).

### Conclusiones:

La RIRS es una opción de tratamiento efectiva y segura en pacientes con litiasis en CI entre 1-2cm para la resolución de la patología con bajas tasas de complicaciones asociadas, sobre



todo al ser realizada en centros de alto volúmen con un equipo especializado en patología litiásica.

#### **O49) LASER DE HOLMIO DE ALTA POTENCIA VS LASER DE TULIO PULSADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO**

Villena, J.(1); Marchant, P.(1); Larrañaga, M.(1); Urrea, F.(1); Cabello, J.(2); Marchetti, P.(2); Salvadó, J.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

**Introducción:** La evidencia actual señala que los resultados obtenidos por el láser de holmio (Ho:YAG) y el de fibra de Tulio (TFL), en el tratamiento endoscópico de la litiasis de la vía urinaria alta, serían al menos equivalentes. La introducción reciente del láser de Tulio pulsado (pTm:YAG) podría resultar, por sus características, la combinación ideal de sus predecesores. El objetivo del presente estudio fue comparar el desempeño y los resultados obtenidos entre Ho:YAG de alta potencia y pTm:YAG.

**Materiales y métodos:** Este estudio clínico prospectivo randomizado que incluyó pacientes con litiasis única renal o ureteral quienes fueron sometidos a cirugía endoscópica retrógrada. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir litotripsia con láser. Las variables analizadas fueron: tasa de libre de cálculos residuales (< 2 mm), tiempo operatorio, energía total utilizada, energía utilizada por mm<sup>3</sup>, tiempo total de activación del láser, necesidad de catéter doble j postoperatorio y complicaciones

**Resultados:** Se reclutaron 122 pacientes, de los cuales 66 recibieron tratamiento con fibra de pTm:YAG (54%). La tasa libre de cálculos global fue de 65,1% para pTm:YAG y 62,5% Ho:YAG (p = 0,76) y específicamente para cálculos renales 60,9% vs 48,4% (p=0,28) respectivamente. La mediana de energía utilizada en el grupo de pTm:YAG fue de 4,71 kJ vs 5,31 kJ para Ho:YAG (p=0,9). La mediana del tiempo de activación del láser fue menor para pTm:YAG (432 s vs 396 s; p=0,13). El requerimiento postoperatorio de catéter doble J fue mayor en el grupo Ho:YAG (50% vs 67,8%; p=0,04). El análisis no demostró diferencia estadísticamente significativa respecto a la energía necesaria para tratar 1 mm<sup>3</sup> de cálculo (0,2 kJ/mm<sup>3</sup> pTm:YAG vs 0,22 kJ/mm<sup>3</sup> Ho:YAG; p=0,96). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas al incluir al análisis químico de la litiasis tratada

**Conclusiones:** La litotripsia intracorpórea con pTm:YAG tendría resultados no inferiores en cuanto a la tasa libre de cálculos al compararlos con Ho:YAG de alta potencia. Se observa cierta tendencia a favor de pTm:YAG respecto a energía total requerida y a una menor

necesidad de catéter doble J posterior, lo que debe ser corroborado por nuevos estudios en este campo de la urología.

## **O50) EXPERIENCIA CLÍNICA EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 629 CASOS EN HOSPITAL PÚBLICO CON EQUIPOS DESCARTABLES.**

Schaub-cantin, A.(1); Mohr-oelckers, E.(1); Benitez-filselcker, A.(1); Valenzuela, C.(2); Jofre, F.(3); Abad, J.(2); Barahona, J.(2); Consigliere, L.(2); De La Llera, J.(2); Vizuite, E.(2); Marchant, F.(1); Águila, F.(2);

(1): Servicio Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Sub-Unidad Litiasis Urinaria, Servicio Urología, Hospital San José, Santiago, Chile (3): Servicio Urología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

### **Introducción:**

La ureteroscopia flexible (URSf) actualmente corresponde a una técnica quirúrgica habitual y extendida en el quehacer del Urólogo a nivel nacional. Uno de los hitos que permitió el acercamiento de este procedimiento a la práctica habitual fue la llegada de equipos flexibles descartables. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica de 629 casos consecutivos de URSf descartable en un centro de salud público de referencia nacional.

### **Material y método:**

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 629 pacientes con diagnóstico de litiasis renal sometidos a URSf entre Junio 2018 a Julio 2024 a cargo del equipo de la Subunidad de Litiasis Urinaria del Hospital San José. Se utilizó ureteroscopia Wiscope de OTU Medical y Laser de Holmio de baja potencia en todos los casos. Se realizó análisis variables demográficas, intraoperatorias y postoperatorias.

### **Resultados:**

Se analizó un total de 629 pacientes. La media de edad fue 51 años, siendo pacientes ASA 2 lo más habitual (47%). El 66,2% presentó litiasis única. El promedio de tamaño fue 18,5mm (DE ± 7,7) y una densidad media de 952,2 UH (DE ± 99,7). Las ubicaciones más frecuentes fueron cáliz inferior (39,8%) y pelvis renal (21,8%). Un 45,3% tenía catéter doble J preoperatorio. La media de tiempo quirúrgico fue 67,7 min (DE ± 53). El 87,1% (543/629) quedó con catéter doble J postoperatorio. El 92,5% (579/629) de los casos se realizó de forma ambulatoria. Se evaluó tasa Stone Free con PielotC 447 (71,5%) pacientes, 60,6% de estos sin litiasis residual. Un 9,32% presentó complicaciones postoperatorias, siendo un 79,0% (49/62) Clavien-Dindo 1-2.

### **Conclusiones:**

La URSf ha demostrado ser una técnica segura y efectiva para la resolución de patología litiásica renal, siendo la técnica más utilizada a nivel nacional por el Urólogo general. A nuestro conocimiento esta corresponde a la serie más grande de URSf a nivel nacional, demostrando resultados comparables con la literatura internacional.

## **O51) PULVERIZANDO UN CÁLCULO RENAL, ¿QUE LÁSER ELEGIR? ESTUDIO EXPERIMENTAL.**

Astroza, G.(1); Manterola, C.(1); Pauchard, F.(2); Salvado, J.(3);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Naval de Viña del Mar, Viña del Mar, Chile (3): Clínica Santa María, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

El manejo endoscópico es el tratamiento más frecuentemente utilizado en litiasis de la vía urinaria superior. Para su realización existen diferentes tecnologías laser disponibles. Nuestro objetivo es determinar si existe diferencia en términos de eficiencia y velocidad de ablación con 3 de los láseres disponibles actualmente.

### Material y métodos

Se realizó litotricia de litiasis de BegoStone por 3 urólogos con experiencia endourológica. Los parámetros de laser fueron iguales para todos los dispositivos (0,8J-25 Hz). Se realizaron 6 mediciones por cada laser. Se limitó duración a 5 minutos. Se comparó eficiencia y velocidad de ablación entre laser Holmium:Yag (Ho), laser fibra de thulio (fTm) y láser thulio pulsado (p-Tm:YAG). En el caso de fTm se utiliza onda corta según recomendaciones de literatura. Eficiencia se calcula mediante diferencia de pesos (DP) y energía utilizada. Ablación se define como DP/tiempo láser. Se mide la temperatura durante los procedimientos. Análisis estadístico con programa STATA mediante test Kruskal wallis.

### Resultados

Se realizan 6 mediciones por láser.

La disminución promedio de masa litiasis fue 0,13 gramos Ho, 0,167 gramos fTm., 0,118 pTm. Al comparar la eficiencia no existió diferencia entre los dispositivos laser (p:0,0652). Al comparar velocidad de ablación existe una diferencia entre los dispositivos (p: 0,0144), estando determinada por la diferencia entre fTm y pTm. En términos de temperatura no existe diferencia entre los diferentes láseres. (p:0.44)

### Conclusión

Tanto el láser fTm, pTm y HO son igual en términos de eficiencia. En términos de velocidad de ablación existe una diferencia por menor ablación de pTm. Todos mantienen similar perfil de incremento de temperatura asociado a su utilización.

## **O52) RESULTADOS DE LA URETEROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA (UE) EN PACIENTES CON UROSEPSIS PREVIAMENTE DRENADA: ANÁLISIS PAREADO**

Navarro C., R.(1); Dueñas, L.(1); Moreno, N.(1); Acevedo, E.(1); Astroza E., G.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción:**

En casos de ureterolitiasis infectadas, es necesario drenar la vía urinaria antes de la resolución del cálculo. Se planea estudiar los resultados de UE tras drenaje endoscópico (DE) por urosepsis secundaria a ureterolitiasis.

### **Métodos**

Estudio retrospectivo en centro de alta complejidad. Se identificaron pacientes que requirieron DE por urosepsis (criterios sepsis-2) por ureterolitiasis entre 2017-2022. Fueron emparejados por edad, sexo y tamaño del cálculo con un grupo control (2:1). Se analizaron por subgrupos las complicaciones a 3 meses (CD>II) y la tasa libre de cálculos (TLC). El análisis comparativo se realizó con test no-paramétricos.

### **Resultados:**

108 pacientes requirieron DE por urosepsis. Se emparejaron con 216 pacientes sin sepsis, eliminando los con seguimiento incompleto, quedando 199. La edad media fue 55 años (ds7). No hubo diferencias en ambos grupos en hipertensión ni diabetes (DM), ésta última mostró

tendencia hacia el grupo sepsis (25vs13%,p.06). El grupo control presentó más ureteroscopías ipsilaterales previas (UIP) (35%vs11%,p<.05).

Del total, 11.7% presentó complicación, 1% requirió reintervención de urgencia debido a cálculo residual. 8% experimentó complicaciones infecciosas (n17 febriles) y 4% complicaciones mecánicas.

Entre grupos no hubo diferencias(p>.05). El grupo sepsis reportó 13% de complicaciones, 9% infecciosas y 3% mecánicas. El grupo control presentó 11%, 7% y 4%, respectivamente.

Grupo sepsis no mostró diferencias según edad o tamaño del cálculo, a diferencia del grupo control, que a mayor edad y tamaño, más complicaciones (p.04 y.01).

En el grupo control, el único factor que se asoció a complicaciones fue la historia de UIP (p<.01). En el grupo sepsis el único factor asociado a complicaciones fue DM. Sin embargo al estratificar la variable DM para ambos grupos no hubo diferencia en complicaciones. En cuanto a TLC no hubo diferencias (p>.05).

Conclusiones:

Es seguro realizar UE en pacientes drenados de urgencia. No existen diferencias en cuanto a complicaciones o TLC en comparación con pacientes sin sepsis. Pacientes sin sepsis previa de mayor edad o tamaño de lito presentarían más complicaciones, probablemente tomando como confundente los antibióticos que haya recibido el grupo sepsis. La DM, per se, se asociaría a mayores complicaciones quirúrgicas, no exclusivamente en pacientes con sepsis previa.

### **O53) VAINA DE ACCESO URETERAL DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE EN PACIENTES CON SEPSIS URINARIA PREVIA ¿ES REALMENTE NECESARIA?**

Navarro C., R.(1); Dueñas, L.(1); Castiglioni, E.(1); Astroza E., G.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

## Introducción

La ureterolitotomía endoscópica es el principal tratamiento de la ureterolitiasis. Cuando se presenta complicada por infección, es necesario drenar las vías urinarias antes de la resolución definitiva.

La ureteroscopia flexible (URSf) es el tratamiento de elección en la litiasis proximal. Diferentes autores prefieren utilizar una vaina de acceso ureteral (VAU) en estos pacientes para reducir la presión intrarrenal y así disminuir el número de eventuales infecciones en quienes tuvieron una previa.

Nuestro objetivo es analizar las complicaciones y el papel de VAU en pacientes sometidos a URSf previamente drenados endoscópicamente por urosepsis, escenario sin reportes en literatura.

## Métodos:

Estudio retrospectivo observacional unicéntrico. Se revisaron los pacientes que presentaron urosepsis asociada a litiasis requiriendo drenaje endoscópico (catéter-jj) entre 2017-2022. Se incluyeron pacientes que fueron resueltos con URSf en el mismo centro a plazo máximo de 6 meses. Se comparó el grupo que utilizó VAU con los que no usaron (según decisión del cirujano, debido a la naturaleza retrospectiva). Se analizó demografía, complicaciones (CD>II) y tasa libre de cálculo (TLC). Los análisis se realizaron con pruebas no-paramétricas.

## Resultados:

Se incluyeron 45 pacientes. La edad media fue 59 años (ds14), el promedio de días con catéter-jj fue 12 (ds5) el tamaño medio del cálculo fue 9mm (ds 2). Se usó VAU en el 57% de los pacientes. No hubo diferencias en sexo o comorbilidades entre ambos grupos. El grupo VAU reportó mayor antecedente de ureteroscopia ipsilateral previa (26%frente a 11%,  $p<.05$ ).

Grupo VAU presentó 11% de complicaciones a 3 meses. Todas fueron de naturaleza infecciosa, con sólo una infección febril. El grupo control registró un 21% de complicaciones,

sólo 1 paciente con complicación infecciosa (no febril) y el resto asociadas a dolor debido al cálculo residual, uno de ellos requiriendo reintervención de urgencia.

En a la TLC no hubo diferencias entre ambos grupos (p0.07), ni diferencias en cuanto a de uso de catéter-JJ posterior (50v56%).

Conclusiones:

El requerimiento de VAU en pacientes previamente drenados por urosepsis obstructiva es controvertido; nuestros números no muestran beneficio estadístico en la tasa de infecciones postoperatorias, aunque podría tener un papel en las complicaciones mecánicas postoperatorias.

#### **O54) VARIABILIDAD EN LA DEFLEXIÓN DEL URETEROSCOPIO FLEXIBLE AL UTILIZAR VAINAS DE ACCESO URETERAL DE SUCCIÓN FLEXIBLES Y NAVEGABLES. UN ESTUDIO EX VIVO.**

Cuesta, N.(1); Poblete, M.(2); Salvadó, J.(3); Pauchard, F.(4);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (3): Clínica Santa María, Santiago, Chile (4): Hospital Naval Almirante Neff, Viña del Mar, Chile

**Introducción:** La prevalencia de urolitiasis en Chile es del 14,4%. La ureterorrenoscopia es la técnica más utilizada para el manejo de la urolitiasis. La cirugía endoscópica intrarrenal (RIRS) presenta tasas libres de cálculos (SFR) del 49,6%. Las Vainas de Acceso Ureteral con Succión Flexibles y Navegables (FANS) incorporan la succión y navegabilidad intrarrenal, que mejoran el SFR en la RIRS. **Objetivo:** Evaluar la variabilidad en la deflexión del ureteroscopio flexible (fURS) de distintos calibres, al implementarlos junto con FANS de diferentes diámetros.

**Materiales y Métodos:** Estudio comparativo en ambiente no vivo; a partir de la medición de la deflexión máxima entre seis diferentes modelos de fURS de diámetros entre 7,5 a 9,5 Fr, al acoplarlos con dos marcas de FANS, cada una en presentaciones de 10-12 Fr y 12-14 Fr, e incorporando la variable de con/sin Fibra Láser (LF) dentro del canal de trabajo. Se registran 5 mediciones para cada combinación, utilizando la media, desviación estándar, y modelos de análisis de varianza para establecer las comparaciones.

**Resultados:** La deflexión media del total de fURS sin FANS fue de 286,17°, superando a todas las combinaciones FANS/fURS. El análisis de varianza muestra una tendencia a la disminución de la deflexión del fURS al utilizarse junto con una FANS, independiente del calibre del instrumento. Las FANS de 10-12 Fr, presentan una deflexión media de 221,62°, mientras que en las 12-14 Fr, disminuye a 182,27°. Al comparar los fURS, la mayor deflexión media en combinación con FANS es en modelos de 8,6-8,7 Fr, con diferencias estadísticamente significativas en los análisis de varianza implementados. Además, los modelos comparativos (Corrección de Bonferroni) indican que no existen diferencias significativas en las diferentes combinaciones de fURS 8,6-8,7 Fr con FANS (para ambos tamaños), con o sin LF ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las FANS disminuyen la deflexión de los distintos fURS en modelos ex vivo, independiente del diámetro del instrumento, pero con tendencia a una mejor capacidad de deflexión con vainas 10-12 Fr, y en equipos de 8,6-8,7 Fr. Estos últimos presentarían un comportamiento más uniforme en cuanto a su deflexión, indistintamente de la FANS utilizada.

## O55) EVALUACIÓN DE PRESIÓN Y TEMPERATURA INTRARRENAL DURANTE EL USO DE SUPER MINI PERCUTÁNEA.

Cuesta, N.(1); Ascorra, S.(2); Poblete, M.(2); Parada, V.(2); Salvadó, J.(3); Pauchard, F.(4);  
(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile  
(3): Clínica Santa María, Santiago, Chile (4): HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF, VIÑA DEL MAR, CHILE

**Introducción:** La prevalencia global de la litiasis urinaria en Chile es de 14,4%. La tasa de uso de nefrolitotomía percutánea (NLPC) se ha mantenido estable en el tiempo. La miniaturización de ha demostrado ser más segura y con igual eficacia que los diámetros tradicionales. La super mini percutánea (SMP) consiste en un sistema cerrado que incluye una bomba de irrigación y aspiración con vaina 14 y 18 Fr, y un nefroscopio 7 Fr. Durante la litotripsia con láser, tanto la presión como la temperatura intrarrenal (PIR y TIR) pueden generar complicaciones. **Objetivo:** Evaluar la PIR y TIR durante el uso de láser con SMP.

**Materiales y métodos:** Modelo ex vivo porcino renal. Equipo SMP con vaina 14 Fr y Nefroscopio 7 Fr. Se midió PIR y TIR durante 120 segundos de uso de láser Tm:YAG pulsado con pulso largo activado continuo, a 20 W (1J x 20 Hz) y 30 W (2 J x 15 Hz) con fibra láser de 270  $\mu$ m. Se evaluaron dos flujos de irrigación distintos (200 y 250 mmHg de presión de irrigación), a una presión de aspiración de -150 mmHg. Cada prueba se realizó 2 veces.

**Resultados:** La PIR promedio con presión de irrigación de 200 y 250 mmHg de irrigación fue 10,9 y 12,2 mmHg, respectivamente. La temperatura promedio con presión de irrigación de 200 mmHg y láser a 20 W fue de 21,8 °C, para 30 W de 22,9 °C. La presión de irrigación de 250 mmHg con láser a 20 y 30 W, obtuvo una temperatura promedio de 22,9° C y 22° C.



**Discusión:** La aspiración en la NLPC ha revolucionado a esta técnica, y al asociarla a la miniNLPC, ha reducido las tasas de infección, y aumentado la tasa libre de litiasis. La SMP ha demostrado ser similar en eficiencia y seguridad a otras técnicas. Nuestro estudio demuestra que tanto con irrigaciones de mayor flujo, como con potencias altas (30 W) se trabaja en un ambiente seguro dentro del riñón durante la SMP.

## **O56) TASA DE ÉXITO Y COMPLICACIONES DE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA SEGÚN PUNTAJE DE GUY.**

Acuña Madrid, J.(1); Piñats Diaz, N.(2); Lopez Radtke, V.(3);

(1): Hospital Dipreca / Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile (2): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (3): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

### **Introducción**

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) es considerada el estándar de tratamiento para la litiasis renal voluminosa. La tasa libre de cálculos varía en distintas series y según la complejidad del caso. Es importante prevenir y detectar las complicaciones a tiempo, ya que pueden comprometer la unidad renal. El puntaje de Guy (GS) permite clasificar de una manera simple y reproducible, la complejidad de cada caso.

El objetivo de este trabajo es describir la tasa de éxito de las NLPC y las complicaciones, en un centro, clasificando los casos por GS.

### **Materiales y Métodos**

Se realiza estudio retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos. Se incluyen pacientes sometidos a NLPC entre Enero 2022 y Agosto 2024.. Se registran datos del paciente, de la intervención y postoperatorios, como éxito (stone free), complicaciones según Clavien-Dindo y necesidad de segundo procedimiento. El éxito quirúrgico fue definido como presencia de litiasis residuales < 3 mm en pielotTC de control.

### **Resultados**

Se incluyeron a 34 pacientes sometidos a NLPC, mediana de edad 63 años (24-81 años) e IMC promedio 29.8 ( $\pm$ 5.7). Distribución GS: I: 17.6%(N=6), II: 20.6% (N=7), III: 38.2% (N=13), IV: 23.5 (N=8). La técnica de punción realizada más frecuente fue 0-90° en 70,6% (N=24)°. En el 55,9% (N=19) se usó nefrostomía postoperatoria.

El éxito según GS; I:100% (N=6), II:71% (N=5), III:54%(N=7),IV:50%(N=8), éxito global 65%(N=22). El tiempo quirúrgico promedio fue de 117,5 minutos ( $\pm$ 34,1min). Tres pacientes presentaron complicaciones Clavien-Dindo II (dos hematomas perirrenales, con transfusión

en uno de estos casos, y una infección del tracto urinario febril), y un paciente tipo IIIa (Sepsis urinaria y retiro precoz de catéter doble J).

## Conclusiones

La NLPC es una técnica segura en nuestra serie, con un éxito global del 65% que varía considerablemente según GS, esto apoya el uso de puntajes de nefrolitometría. Creemos que los resultados en los puntajes  $\geq$ II pueden apoyar la incorporación de técnicas combinadas para mejorar nuestros resultados.

## O57) CATÉTER URETERAL JJ CON RIENDAS ¿LA ALTERNATIVA DE ELECCIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO?

Henríquez Rissios, J.(1); Poblete Mora, M.(1); Parada Aguirre, V.(1); Ramírez Quintero, J.(1); Duran García, L.(2); Pfeifer Esparza, J.(2);  
(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

**Introducción:** Los catéteres ureterales doble J representan una valiosa herramienta en la endourología. Dentro de ellos, los que poseen riendas (CUR) ofrecen beneficios al poder ser removidos sin necesidad de instrumentación, una ventaja en centros que no cuentan con cistoscopia fuera de pabellón. El presente estudio tiene como objetivo describir el tiempo de permanencia y las complicaciones asociadas al uso de CUR y catéteres sin riendas (CUSR).

**Métodos:** Estudio descriptivo en pacientes con instalación de CUR o CUSR post cirugía de litiasis desde entre abril del 2021 y julio de 2024 en un centro de salud pública de Santiago. Las variables a evaluar fueron: características demográficas y quirúrgicas, tiempo de permanencia del catéter, infección del tracto urinario (ITU), consultas al servicio de urgencia (CSU), desplazamiento del catéter, entre otras.

**Resultados:** Se analizaron un total de 120 pacientes, de los cuales a 75 se les instaló CUR. El tiempo de permanencia promedio para los CUR fue de 16 (0-104) días y de 192 (0-828) días para los CUSR. El desarrollo de ITU fue de un 4% (n=3) para CUR y 15,56% (n=7) para CUSR. En los pacientes con CUR un 14,67% (n=11) presentaron un retiro accidental y un 6,67% (n=3) de los CUSR, el tiempo promedio hasta dicho evento fue de 5,09 días para CUR. Reingresaron un 2,7% (n=2) de los pacientes con CUR con necesidad de reinstalación en solo un paciente, mientras que los CUSR presentaron un 13,3% (n=6) de reingreso hospitalario por complicaciones.

**Conclusión:** Los CUR ofrecen una alternativa viable para el manejo de pacientes post cirugía de litiasis, puesto que presentan baja tasa de complicaciones y facilitan su retiro a tiempo sin necesidad de procedimientos invasivos, evitando potencialmente complicaciones a largo plazo por catéteres ureterales abandonados en un contexto de bajo acceso a cistoscopia.

## **O58) RADIACIÓN DURANTE EL ESTUDIO PERIOPERATORIO DE UROLITIASIS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN. ¿ESTAMOS CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE RADIACIÓN?**

Kirmayr, M.(1); Cornejo, V.(1); Ormeño, C.(2); Arancibia, B.(2); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Escobar, S.(1); Saenz, S.(1); Rojas, V.(1); Bogado, J.(1); Toloza, H.(3); Calderon, D.(3); (1): Universidad de Chile / Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

**Introducción:** El estudio de la urolitiasis actualmente se basa en imágenes con uso de radiación ionizante, la cual ha sido ampliamente reconocida como dañina a partir de sus efectos acumulativos. El 2020 publicamos que la cantidad de radiación recibida en el pre y postoperatorio en un Hospital Público, fue cercana a la radiación total anual máxima recomendada (43,9 mSv) independiente del tratamiento recibido y planteamos como deseable generar medidas para disminuir esta radiación.

**Objetivo:** Buscamos reflejar, esta vez en otro establecimiento público, la evolutividad de este indicador de calidad en la atención.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con urolitiasis, evaluando como variable principal la radiación a la que se sometieron durante el estudio perioperatorio. Las características basales de los pacientes así como los tipos de procedimientos se obtuvieron desde fichas clínicas, la radiación de exposición desde informes radiológicos y el cálculo de volumen litiásico a través del programa Horos 4.0.1.

**Resultados:** Incluimos 162 pacientes. 35 (21,6%) tratados de forma percutánea y 127 (78,4 %) de forma endoscópica. Los pacientes recibieron una radiación promedio de 18,9 mSv previo al tratamiento, 12,03 mSv post-tratamiento, y total de 30,9 mSv. Se encontró mayor radiación total en pacientes sometidos a NLPC (45.77 mSv) versus URS/RIRS (27.92 mSv) con un  $p < 0.001$ . Se encontró una correlación entre el volumen del cálculo y la radiación recibida positiva débil ( $r = 0,22$ ) para la radiación postratamiento.

**Conclusión:** La radiación a la que se someten los pacientes en el estudio litiásico muchas veces es subestimada. Las importantes dosis de radiación que expone este estudio demuestran que en Chile es un tema no abordado, más aún al compararlo con un estudio previo en otro centro nacional. Buscamos promover la investigación de este tema y la

búsqueda de intervenciones que optimicen el estudio perioperatorio a fin de mejorar los estándares de calidad en la atención.

Copy Translate

## OA6) ORALES UROLOGÍA ADULTO 6 -- CÁNCER DE PRÓSTATA

### O59) LINFADENECTOMÍA PÉLVICA UNILATERAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: CREACIÓN DE UN NOMOGRAMA

Alliende, C.(1); Eltit, I.(1); Mejías, O.(1); Souper, R.(1); Otalola, H.(1); Pinochet, R.(1); Orvieto, M.(1); Bernier, P.(1); Fernández, M.(1); Bustamante, A.(1);  
(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

#### Introducción

La linfadenectomía pélvica bilateral se asocia a morbilidad y mayor tiempo operatorio. Su rol terapéutico está en entredicho. Una estrategia para disminuir la toxicidad y costos de la linfadenectomía sería detectar en qué pacientes puede realizarse de manera unilateral.

#### Materiales y métodos

Analizamos nuestra base de datos prospectiva de pacientes operados de prostatectomía radical. Para el estudio incluimos a pacientes que 1.fueran sometidos a linfadenectomía pélvica y 2.estuvieran catalogados como cN0. Todos fueron diagnosticados mediante RNM, biopsias target y sistemáticas. Contaban con PET/CT-PSMA el 67%, y el resto TAC y Cintigrama óseo. El templado de la linfadenectomía pélvica fue de tipo extendida.

El outcome principal fue la presencia de invasión linfonodal (IL), y fue analizado como ipsi y contralateral al lado dominante prostático. El lado dominante se definió como el lado de peor grado tumoral, mayor carga tumoral o peor estadio cT en la resonancia.

Se analizaron los datos con SPSS y se compararon los pacientes con IL contralateral contra el resto de pacientes. Ocupamos las pruebas de Chi2 y Kruskal-Wallis. Evaluamos distintas variables histológicas, imagenológicas, bioquímicas y demográficas. Hicimos una regresión logística binaria multimodal para predecir IL contralateral.

#### Resultados

Se analizaron datos de 379 pacientes. La mediana de edad fue de 67 años. La mediana de PSA fue de 5.9. La mediana de linfonodos obtenidos fue de 10 por lado. 40 pacientes presentaron IL contralateral al lado prostático dominante (10.6%).

Para predecir el compromiso de IL contralateral a la lesión dominante realizamos una regresión logística binaria multivariable. Nuestro modelo incluyó las siguientes variables: ISUP del lado dominante (OR 15.9-IC95%;2.02-126.33), ISUP del lado no dominante (OR 3.0-IC95%;1.39-6.31), extensión extra prostática (OR 3.6-IC95%;1.74-8.10) y extensión a las vesículas seminales (OR 6.2-IC95%;2.14-18.22), todos con p-value<0.001. El AUC fue de 82% (IC95%:76%-89%). Se generó un score y un nomograma.

Con un corte en el score de 4.4 el modelo logra una sensibilidad del 98% y una especificidad del 31%, que permite ahorrar 107 linfadenectomías contralaterales con el riesgo de perder a 1 paciente con IL.

## **Conclusiones**

Nuestro modelo permite con seguridad establecer en que pacientes se puede realizar una linfadenectomía unilateral.

## **O60) EXPLORACIÓN DE MODELO PREDICTIVO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA ISUP 3 O MÁS: LA PRECISIÓN DEL PET PSMA**

Eltit, I.(1); Otaola-arca, H.(1); Cristi, J.(2); Alliende, C.(1); Aliaga, A.(1); Pinochet, R.(1); Labra, A.(2); Chong, G.(2); Orvieto, M.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Imagenología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

## **Introducción:**

La detección de cáncer de próstata ISUP 3 o más ( $\geq$  ISUP 3) en la evaluación preoperatoria sigue siendo un reto. La biopsia prostática, el estándar diagnóstico, presenta limitaciones técnicas y complicaciones. El PET PSMA podría jugar un rol en la detección de tumores primarios. El PRIMARYs que combina el SUVmax y la distribución de la captación prostática, ha emergido como una herramienta en la predicción de tumores intraprostáticos. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un MODELO predictivo basado en PET PSMA para detectar cáncer de próstata  $\geq$  ISUP 3, priorizando la especificidad.

## **Materiales y Métodos:**

Estudio retrospectivo con 221 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata de riesgo intermedio o superior, todos sometidos a prostatectomía radical robótica. Se utilizaron variables del PET PSMA como SUVmax, PRIMARY, SUV de la zona periférica sana y SUV ratio (SUVmax/SUV glúteo); Así como variables clínicas. El MODELO predictivo fue desarrollado mediante regresión logística binaria. La validación incluyó un subgrupo de mayor riesgo

(PIRADS 4 o 5 y PSA > 10 ng/mL). Se usaron curvas ROC y el test de Hosmer-Lemeshow para evaluar el ajuste.

### **Resultados:**

Las variables significativas para el MODELO fueron: Primary 4 o 5 (OR 2.63), SUVmax (OR 1.69), SUV ratio (OR 1.076) y SUVmax – SUVzp (OR 0.59). En la muestra general (n=221), mostró un AUC de 0.797 (IC 95%: 0.725 - 0.868), indicando una capacidad moderada a alta para predecir pacientes  $\geq$  ISUP 3. La especificidad fue 100%, sin falsos positivos, y la sensibilidad 22%, clasificando correctamente a 35 pacientes. En el subgrupo de mayor riesgo (n=33), el AUC fue de 0.847 (IC 95%: 0.734 - 0.959). La especificidad fue 100%, y la sensibilidad 53.5%, clasificando correctamente a 23 pacientes.

### **Conclusión:**

El modelo basado en PET PSMA mostró alta especificidad para la detección de  $\geq$  ISUP 3, sin falsos positivos y con una mejora importante en la sensibilidad en el subgrupo. No obstante, dada la subrepresentación de grupos clínicos y su carácter retrospectivo, no es generalizable a la población general. El modelo debe ser validado en estudios prospectivos antes de su aplicación en la práctica clínica.

## **O61) PET-CT/PSMA COMO PREDICTOR DE COMPROMISO GANGLIONAR EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

Cañas Ramirez, R.(1); Avila Diaz, C.(1); Gurovich Herrera, J.(1); Henriquez Montoya, D.(2); Vega Avalos, A.(2); Iñiguez Robles, S.(2); Walton-diaz, A.(2); Vilches Paez, R.(2); Roman Sobarzo, J.(2);

(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:** La tomografía por emisión de positrones con antígeno de membrana próstata específico (PET-CT/PSMA) se ha convertido en la técnica de elección para la etapificación del cáncer de próstata (CaP) de riesgo intermedio y alto, dado su alta especificidad. Sin embargo, la linfadenectomía pélvica extendida sigue siendo el estándar de oro para la detección de compromiso linfonodal. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del PET-CT con 18F-PSMA como predictor de compromiso linfonodal en la prostatectomía radical con linfadenectomía extendida (PRR + LND), basándose en la experiencia de un centro único de referencia nacional.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente datos de pacientes diagnosticados con CaP sometidos a PRR + LND en un hospital público desde enero de 2016 hasta junio de 2024. Todos los pacientes contaban con un estudio preoperatorio utilizando PET-CT con 18F-

PSMA. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica inicial o que habían recibido radioterapia y/o hormonoterapia previa.

**Resultados:** En el periodo estudiado, 26 pacientes fueron sometidos a PRR + LND y evaluación preoperatoria con PET-CT/PSMA. De estos, 15 (57,7%) presentaban CaP de riesgo intermedio y 11 (42,3%) de riesgo alto, según criterios de D'Amico. La edad media fue de 64,1 años (DE  $\pm 7,7$ ) y la mediana de antígeno prostático específico (APE) fue 8,9 ng/ml (RIQ 7,5). De la cohorte, sólo 4 (15%) presentaron metástasis ganglionares en la biopsia quirúrgica. El PET-CT/PSMA mostró una sensibilidad del 25%, especificidad del 83,4%, VPP 25%, y VPN 86,4% para la detección de metástasis ganglionares. Adicionalmente, se estimó la correlación entre la localización de la lesión indicada en el PET y la localización definida en la biopsia quirúrgica, siendo esta no significativa, con un  $p$  de Spearman de 0,252 ( $p=0,299$ ).

**Conclusiones:** El PET-CT/PSMA exhibió una sensibilidad baja y alta especificidad y VPN para la detección de compromiso linfonodal en pacientes con CaP de riesgo intermedio a alto. Alineado con estudios internacionales, el PET-CT tiene un rol en la toma de decisiones en el manejo del CaP, pero no debe usarse aisladamente como predictor de compromiso linfonodal. La linfadenectomía pélvica extendida permanece como el método diagnóstico de referencia.

## O62) ETAPIFICACIÓN GANGLIONAR DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON PET-CT PSMA EN PACIENTE DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO DESFAVORABLE

Iacobelli Ovalle, A.(1); Lopez, V.(1); Poblete, R.(1); Fernández, J.(1); Izquierdo, I.(1); Coria, D.(2); Mandujano, F.(2); Vivaldi, B.(2); Horn, C.(2); Sáez, I.(2); Coz, F.(2);  
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**Introducción:** la prevalencia e incidencia del cáncer de próstata (CaP) en Chile va en aumento, siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en hombres. Una precisa etapificación es fundamental en el manejo y pronóstico del CaP. Las guías europeas (EAU) recomiendan el uso del [18F]-PSMA PET/CT para etapificación en pacientes de riesgo intermedio y alto, mientras que la American Urological Association (AUA) únicamente recomienda su uso en pacientes de riesgo alto. Estudios prospectivos han demostrado una muy buena especificidad (E) del PET-CT PSMA tanto en riesgo alto (93%) como en riesgo intermedio (96%). Sin embargo, reportan también un alto número de falsos negativos, con sensibilidad (S) entre 40-58%. **Material y métodos:** se evaluó retrospectivamente a 80 pacientes del Hospital Militar de Santiago con CaP de riesgo alto e intermedio desfavorable (según la clasificación establecida por la NCCN), etapificados con [18F]-PSMA PET/CT entre abril de 2020 y junio de 2024 y luego sometidos a una prostatectomía radical retropúbica, con linfadenectomía pélvica estándar ( $n=55$ ) o expandida ( $n=25$ ). **Resultados:** el estudio histopatológico final evidenció metástasis ganglionares (pN1) en 9 pacientes (11%), de los cuales 1 tenía compromiso según el PET. Adicionalmente el PET informó lesiones sospechosas en 3 pacientes, de los cuales solo 1 tenía malignidad en la biopsia. Con esto, el

porcentaje de falsos positivos fue 66,6%, y el de falsos negativos fue de 10,3%. **Conclusiones:** La etapificación con [18F]-PSMA PET/CT no reemplaza a la etapificación ganglionar quirúrgica en pacientes previo a la prostatectomía radical, por lo que el uso de nomogramas validados sigue siendo el gold standard para definir la necesidad de linfadenectomía extendida

### O63) ROL DEL PET-CT PSMA EN LA ESTADIFICACIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿SUPERIOR A LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA?

Jacobelli Ovalle, A.(1); Márquez, I.(1); Fernández, J.(1); Izquierdo, I.(1); Said, D.(2); Yévenes, S.(2); Vivaldi, B.(2); Horn, C.(2); Sáez, I.(2); Morales, I.(2); Domenech, A.(2); Guzmán, S.(2); Coz, F.(2);

(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** La etapificación local del cáncer de próstata es esencial para seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente. En la actualidad, la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) se considera la herramienta de elección para la etapificación local, con una sensibilidad (S) del 57% y una especificidad (E) del 91% para la evaluación de la extensión extra prostática (EEP), y una S del 58% y E 96% para la detección de invasión de vesículas seminales (IVS). Por otro lado, la tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET-CT) utilizando PSMA, ha emergido como una herramienta de gran relevancia en la evaluación del compromiso ganglionar y la detección de metástasis a distancia. Actualmente no existe evidencia robusta sobre el uso del PET-CT PSMA para la etapificación local. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó 15 pacientes con cáncer de próstata operado, todos con RMmp y PET-CT PSMA antes de la cirugía, informados por radiólogos expertos. El estadio T informados en RMmp y PET-CT PSMA se compararon por separado con el de la biopsia de la pieza operatoria (gold standard), con el objetivo de calcular la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de cada técnica. **Resultados:** para detectar enfermedad pT3 ambas técnicas mostraron una S del 44%, pero la E del PET-CT PSMA fue de 67%, versus 50% de la RMmp. Los valores predictivos positivo y negativo fueron 66% y 44% para el PET CT PSMA, versus 57% y 37% para la RMmp. **Conclusiones:** estos resultados sugieren que el PET-CT PSMA podría tener un rol importante en la etapificación local del CaP, e incluso podría llegar a ser superior a la RMmp en ciertos escenarios. Es necesario un mayor volumen de pacientes para evaluar por separado EEP e IVS

### O64) USO DE PET PSMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO CON CARACTERÍSTICAS DESFAVORABLES. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.



Manzanares Sánchez, V.(1); Arias Orellana, E.(1); Barrios, G.(1); Lobos, R.(1); Ramírez, J.(1); Saez, G.(1); López, P.(1); Herrera, L.(1); Bustamante, C.(1); Torrado, K.(1); Bezama, P.(1); Quintana, E.(1);

(1): Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Si bien la mayoría de estudios que muestran beneficio de drogas en cáncer de próstata (CP) metastásico son basados en imagenología convencional (IC), la sensibilidad y especificidad de estos métodos es ineficiente. Tras evidencia más actual, el PET PSMA se ha vuelto una herramienta de uso cotidiano, sobre todo en alto riesgo. El motivo de este estudio es analizar pacientes con CP localizado con imagenología convencional que cambiaron a metastásico tras PET y evaluar factores que inciden en esto, como también evaluar la proporción de cambios de conducta de tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Datos de pacientes con CP localizado de riesgo intermedio desfavorable, alto riesgo y localmente avanzado según IC, que fueron sometidos a PET PSMA. Outcome primario fue la tasa de pacientes con metástasis tras PET PSMA. Dentro de los outcomes secundarios destacan la tasa de cambios de conducta de tratamiento y análisis de estimación de riesgo según distintas variable patológicas. Datos analizados con software SPSS v25.

**RESULTADOS:** 51 pacientes con CP localizado en IC sometidos a PET PSMA. Media de edad 67,3 años (49-81) y mediana de APE de 19,5 ng/ml (0,94 – 1157). 13 (25,5%) resultaron positivos para metástasis y en 19 (37,3%) hubo un cambio de conducta terapéutica. De los metastásicos, el 76,8% eran cT2c o T3, 76,9% tenían APE > 20 ng/ml, 61,4% tenían un ISUP 4 o 5 y el 100% eran de alto riesgo o localmente avanzado. En análisis univariado, destacan con mayor riesgo de metástasis al PET, ISUP 5 con O.R de 6.66 ( $p = 0.052$  - IC: 0.98 – 45.03) y cT3 con un OR de 10.83 ( $p = 0.024$  - IC: 1.37 – 85.44). Con respecto al cambio de conducta destacan, cT3 con OR: 10.55 ( $p = 0.076$  -IC: 0.78-142.23) y APE > 20 ng/ml con OR de 5.85 ( $p = 0.047$  -IC: 1.02 – 33.32).

**CONCLUSIÓN:** Nuestros resultados, que vienen de un hospital de alta complejidad del público de Chile, apoyan el uso de PET PSMA en pacientes con CP con características desfavorables, ya que pueden cambiar de manera importante, la conducta terapéutica de este grupo de pacientes.

## **O65) EVALUACIÓN DEL USO DEL PRIMARY SCORE PARA LA DETECCIÓN DE TUMORES ISUP 3 O MÁS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**

Eltit, I.(1); Otaola-arca, H.(1); Cristi, J.(2); Alliende, C.(1); Aliaga, A.(1); Pinochet, R.(1); Labra, A.(2); Chong, G.(2); Orvieto, M.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Imagenología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer de próstata ISUP 3 o más representa un reto en su detección preoperatoria. Mientras que la resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) y el PIRADS son las herramientas de referencia, el PET PSMA y el PRIMARY score han emergido como alternativas prometedoras. El PRIMARY, basado en la captación de PSMA y el valor de SUVmax, ha demostrado una correlación con la agresividad tumoral. Este estudio compara la capacidad predictiva del PRIMARY y PIRADS para la detección de tumores ISUP 3 o más en pacientes con cáncer de próstata localizado.

**Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 214 pacientes sometidos a prostatectomía radical robótica, todos ellos con PET PSMA preoperatorio en contexto de etapificación. Se evaluó la capacidad predictiva del PRIMARY y PIRADS utilizando biopsias preoperatorias y postoperatorias. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y el área bajo la curva (AUC).

**Resultados:** En la biopsia preoperatoria, el PRIMARY score mostró una sensibilidad del 94%, especificidad del 23.3%, VPP del 73.7% y AUC de 0.738 (IC 95%: 0.667-0.809). Por otro lado, el PIRADS score tuvo una sensibilidad del 92.8%, especificidad del 6.2%, VPP del 67.4% y AUC de 0.570 (IC 95%: 0.489-0.651). El 32.1% de los pacientes con PRIMARY 5 presentaron tumores ISUP 5.

En la biopsia postoperatoria, el PRIMARY mantuvo una sensibilidad del 92.5%, especificidad del 29.7%, VPP del 76.5% y AUC de 0.697 (IC 95%: 0.619-0.775). El 43.1% de los pacientes con PRIMARY 5 presentaron tumores ISUP 5. En comparación, el PIRADS mostró una sensibilidad del 92.8%, especificidad del 18.9%, VPP del 66% y AUC de 0.582 (IC 95%: 0.498-0.665).

**Conclusiones:** El PRIMARY mostró una aceptable capacidad predictiva para la detección de tumores ISUP 3 o más en pacientes con cáncer de próstata localizado, en concordancia con PIRADS, pero ambos con baja especificidad. Otros elementos clínicos deben ser tomados en cuenta para la toma de decisiones. Aunque los resultados son prometedores, las limitaciones del estudio, como su diseño retrospectivo y la baja representación de pacientes de menor riesgo, sugieren la necesidad de estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

## **O66) BIOPSIA PROSTÁTICA EN PI-RADS 5. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE BIOPSIA NEGATIVA**

López-ponce De León, L.(1); Cañas, R.(1); Mohr, E.(1); Moya, F.(2); Larenas, F.(2); Ledezma, R.(1); Gárate, R.(2); Gallegos, I.(1); Acevedo, C.(2);

(1): Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Corporación Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:** La Resonancia Magnética Multiparamétrica (RMmp) se ha consolidado en el diagnóstico del cáncer de próstata (CaP). La detección de lesiones PI-RADS 5 se asocia a una alta probabilidad (VPP: 73-94%) de encontrar CaP clínicamente significativo en la biopsia (CaPCS). Pocos estudios han caracterizado a los pacientes con PI-RADS 5 y biopsia protática negativa. Por otro lado, no está claro cómo debe ser el manejo y seguimiento de estos pacientes. El objetivo del trabajo es analizar variables que pudieran asociarse a biopsia negativa.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo y analítico de 736 pacientes sometidos a biopsia prostática transrectal sistemática y cognitiva, con un RMmp previa y PI-RADS 5 entre 2016 y 2023. Según el diagnóstico de la biopsia, se analizaron posibles diferencias y variables predictoras de una biopsia sin cáncer, a través de prueba  $\chi^2$ , t-test y regresión logística.

**Resultados:** La frecuencia global de cáncer fue 87,5% (644/736), con 91,4% de CaPCS (ISUP  $\geq 2$ ). La media de edad en el grupo con biopsia negativa y positiva fue 66,0 (DE  $\pm 6,2$ ) y 69,2 (DE  $\pm 7,8$ ),  $p < 0,011$ . No se encontró una diferencia en la media de antígeno prostático específico (APE) y densidad de APE ( $p = 0,38$  y  $0,33$ , respectivamente). Los pacientes con biopsia previa negativa tuvieron una frecuencia de cáncer significativamente menor de 70,2% vs 89,0%,  $p < 0,001$ . Se encontró una diferencia significativa en el volumen prostático y la ubicación de la lesión sospechosa (zona periférica o zona de transición). Agrupando el volumen prostático en valor de corte en 80 cc y la ubicación en ZP o ZT, el grupo  $> 80$  cc y ZT, tuvo una frecuencia de biopsia negativa de 50% vs el grupo  $< 80$  cc y ZP, de 93,2% (OR=0,07 (IC 95%: 0,02-0,18);  $p < 0,001$ ), que refleja una reducción del 92,7% del riesgo de cáncer en la biopsia.

**Conclusión:** En PI-RADS 5, la ubicación de la lesión por RMmp en ZT y el volumen prostático por RMmp  $> 80$  cc se asocian a mayor frecuencia de biopsia negativa. Estos elementos pueden ser de utilidad en la indicación de biopsia en grupos seleccionados y contribuir en su seguimiento.

## **O67) EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA BIOPSIA POR FUSIÓN DE IMÁGENES RESONANCIA MAGNÉTICA CON ULTRASONIDO TRANSRECTAL Y LA BIOPSIA GUIADA POR MICRO-ULTRASONIDO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO.**

Eltit, I.(1); Otaola-arca, H.(1); Westenenk, K.(1); Garrido, M.(1); Bernier, P.(1); Orvieto, M.(1); Souper, R.(1); Stein, C.(1); Pinochet, R.(1);  
(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

### **Introducción:**

El cáncer de próstata (CP) es el segundo cáncer más común en hombres a nivel mundial, con

más de 1.27 millones de nuevos casos y 355,000 muertes anuales. En Chile, es el segundo cáncer con mayor mortalidad entre los hombres mayores de 70 años. Las guías internacionales incluyen la prueba de PSA seguida de resonancia magnética multiparamétrica (mpRM) y, si es necesario, una biopsia guiada por ultrasonido transrectal con fusión de imágenes (MRI-TRUS). Recientemente, el microultrasonido de alta resolución ha mejorado la visualización anatómica con reportes de mejoras en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs).

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la biopsia por fusión MRI-TRUS y la biopsia guiada por microultrasonido (microUS) para detectar cáncer de próstata clínicamente significativo (CPcs).

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado realizado en un centro entre enero de 2022 y julio de 2024. Durante el primer período (enero de 2022 a octubre de 2023), los pacientes se sometieron a biopsias MRI-TRUS con el sistema BK Biojet. Entre octubre de 2023 y julio de 2024, se realizaron biopsias cognitivas con microultrasonido “ExactVu” (microUS). Se definió CPcs como ISUP 2 o más.

**Resultados:** 658 pacientes se sometieron a biopsias: 207 con MRI-TRUS y 451 con microUS. No hubo diferencias en las características basales entre ambos grupos. La detección general de CP fue mayor en MRI-TRUS (81.6% vs 79.8%), pero la detección de CPcs fue superior en microUS (64.5% vs 60.4%). Las biopsias dirigidas (TBx) con microUS detectaron más CPcs en PIRADS 3, 4 y 5 comparado con MRI-TRUS (50.9%, 76.5% y 90.7% vs 40%, 69.6% y 87.2%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Al comparar la detección en PIRADS 2, el grupo de TBx con microUS encontró tasas de detección más altas de CPcs que la biopsia sistemática (SBx) con MRI-TRUS (33% vs 16%).

**Conclusiones:** La biopsia por fusión MRI-TRUS y la guiada por microUS son similares en la detección de CPcs. El microultrasonido es una alternativa prometedora que requiere más estudios para respaldar su adopción en el diagnóstico del cáncer de próstata.

## O68) COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA TRANSRECTALES

Iacobelli Ovalle, A.(1); Zaninovic, I.(1); Fernández, J.(1); Izquierdo, I.(1); Coria, D.(2); Mandujano, F.(2); Horn, C.(2); Vivaldi, B.(2); Sáez, I.(2); Coz, F.(2);  
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**Introducción:** La biopsia de próstata transrectal (BpTR) es uno de los métodos tradicionalmente utilizados para diagnosticar el cáncer de próstata. Las guías actuales de la Asociación Americana de Urología (AUA) y la Asociación Europea de Urología (EAU) recomiendan la biopsia prostática por vía transperineal (BpTP) por su menor riesgo de

complicaciones infecciosas en comparación con la vía transrectal. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional de pacientes sometidos a BpTR durante 10 años consecutivos en el Hospital Militar de Santiago (HMS), entre 2014 y 2024. El protocolo de este establecimiento incluyó la administración de un fleet enema 3 horas antes y 2 gramos de ceftriaxona intravenosa 30 minutos previos al procedimiento. Se analizó la tasa de complicaciones infecciosas (sepsis de foco urinario e ITU) durante los 30 días posteriores al procedimiento. **Resultados:** de un total de 988 pacientes sometidos a BpTR, la tasa de ITU febril fue de 0,20% (2 pacientes), y la de sepsis 0,40% (4 pacientes). Adicionalmente, otros 6 pacientes presentaron ITU sin fiebre. De los 4 pacientes que presentaron sepsis de foco urinario, dos eran diabéticos y uno usuario de sonda Foley. **Conclusiones:** al comparar nuestros resultados con la mayor serie retrospectiva publicada, que incluyó 486.487 pacientes sometidos a biopsia prostática (387.879 BpTR y 98.588 BpTP) en Reino Unido (2008- 2019) y que reportó una tasa de 1,17% para ITU febril y 0,53% para sepsis, podemos concluir que nuestro protocolo es seguro. Las complicaciones serias en nuestra serie se limitaron en su mayoría a pacientes con comorbilidades predisponentes a infección

## O69) MANEJO SUBÓPTIMO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HOMONO-SENSIBLE EN LA SALUD PÚBLICA DE CHILE. RESULTADOS SOBRE EL USO DE INTENSIFICACIÓN A LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDRÓGENICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

Manzanares Sánchez, V.(1); Arias Orellana, E.(1); Barrios, G.(1); Lobos, R.(1); Ramírez, J.(1); Saez, G.(1); López, P.(1); Herrera, L.(1); Bustamante, C.(1); Torrado, K.(1); Bezama, P.(1); Quintana, E.(1);

(1): Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Actualmente los tratamientos de primera línea para el cáncer de próstata hormono-sensible metastásico (CPHSm) son los antiandrógenos de segunda generación, la radioterapia a la próstata y los triplete (asociados a Docetaxel), con ciertas diferencias en su uso según volumen y temporalidad de la enfermedad. Según normas MINSAL, no existe aprobación para financiamiento de antiandrógenos de segunda generación en ningún subgrupo de pacientes con CPHSm. Por lo tanto, en la salud pública de Chile, dentro de las terapias que han demostrado mejoría en sobrevida global con nivel de evidencia tipo 1, se cuenta exclusivamente con radioterapia a la próstata en bajo volumen (BV) sincrónico y Docetaxel en alto volumen (AV). El propósito de este estudio es mostrar los resultados con relación al manejo de intensificación a la terapia de deprivación androgénica (TDA) en paciente con CPHSm en nuestro centro.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo. Datos recabados de pacientes con CPHSm presentados en comité de uro-oncología en nuestro hospital desde abril del 2022 hasta

agosto del 2024. Outcome primario fue la tasa de pacientes que recibieron intensificación a la TDA. Dentro de los outcomes secundarios destacan, intensificación según subgrupo, tasas de sobrevida y causas de no uso de intensificación. Análisis de datos mediante software SPSS v25.

RESULTADOS: De 133 pacientes, la media de edad fue 72 (+/- 7 años), el 78.1% tenían un ECOG de 0 o 1. El 48% de los pacientes recibió intensificación a la terapia de deprivación androgénica (TDA). Ningún paciente de BV metacrónico recibió una intensificación aprobada. Los BV sincrónicos recibieron intensificación en el 70% de los casos (radioterapia). En AV sólo el 39.5% recibió intensificación (Docetaxel). Dentro de las causas de no uso de Docetaxel en AV, destacan en primer lugar la edad del paciente, seguido por el ECOG y comorbilidades. No hubo diferencias en sobrevida global con o sin intensificación. ( $\chi^2$  0,1 – p = 0,736)

CONCLUSIÓN: Menos del 50% de los pacientes recibieron una terapia óptima en CPHSm. La incorporación de los Antiandrógenos de segunda generación en este setting de pacientes en la salud pública es de suma importancia para ofrecer un manejo aceptable.

## **070) EXPERIENCIA INICIAL DEL USO DE APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE**

Rozental De Mayo, M.(1); Quiñones Rivera, C.(1); Piñats Diaz, N.(1); Soublett Rivas, O.(1); Orellana Salinas, N.(1); Kerkebe Lama, M.(1); Hassi Roman, M.(1); Dominguez Argomedo, R.(1);

(1): Hospital DIPRECA, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La intensificación del tratamiento en el cáncer de próstata metastásico hormonosenible (CPMHS) se ha posicionado como el gold estándar en el tratamiento, ya sea con dupletes o con tripletes dependiendo de las comorbilidades del paciente, carga, recurrencia y la forma de presentación de la enfermedad. La apalutamida (Apa) con el estudio TITAN se posicionó como una opción terapéutica en pacientes con CaPMHS en todos los subgrupos de pacientes. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia inicial del uso de Apalutamida en pacientes CPMHS.

Materiales y métodos:

Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes con CPMHS con un seguimiento de al menos 3 meses de los pacientes tratados con Apalutamida de nuestro centro en el setting de CaPMHS.

Resultados:

Se incluyeron un total de 11 pacientes. Con una edad en promedio de 75,4 años (rango 64-85 años), un APE al diagnóstico promedio del inicio de la Ape de fue de 128 ng/dL (rango de 0,25 a 664 ng/dL), el 45% (5/11) de los pacientes eran M1a y un 27% (3/11) tenían una enfermedad de alto volumen. La totalidad de los pacientes lograron un PSA90 a los 3 meses y el 63% de los pacientes lograron un APE indetectable a los 3 meses, mientras que el 91% logro APE indetectable a los 6 meses de seguimiento. De los efectos adversos sólo 1 paciente presento necesidad de ajuste de fármacos de hipotiroidismo, el 27% (3/11) de los pacientes presentaron fatiga, uno de ellos se requirió disminución de dosis. Ningún paciente presento rash cutáneo ni artralgias.

Conclusiones:

La Apalutamida para el tratamiento del CPMHS, demostro ser un fármaco seguro con un perfil bajo de efectos adversos, que logra un control oncológico rápido y eficaz, logrando un descenso profundo y rápido del APE, outcome que según la literatura ha logrado demostrar un beneficio en sobrevida libre de progresión.

## **VA1) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 1 -- ANDROLOGÍA - CÁNCER DE PRÓSTATA - CÁNCER RENAL**

### **V01) "TIPS AND TRICKS" DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PENE DE TRES COMPONENTES POR VÍA INFRAPÚBICA**

Calvo, N.(1); Matheu, R.(2); D'anna, M.(2); Torremadé, J.(2); Parra, J.(2); Ruiz, R.(2); Baixauli, M.(2); Sureda, J.(2); Muní, M.(2); Carbonell, E.(2); Costa, M.(2); Martínez, C.(2); Alfambra, H.(2); Pagés, R.(2); Villalba, E.(2); Corral, J.(2); Peri, L.(2); Alcaraz, A.(2);

(1): Hospital Clínic de Barcelona , Hospital de Quilpué, Barcelona, Quilpué, España, Chile (2): Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Existen tres vías de abordaje para la implantación de prótesis de pene: penoescrotal (la más utilizada), infrapúbica y subcoronal. Aunque no se dispone de evidencia concluyente en la literatura sobre cuál debería ser la vía de elección, es evidente que cada una presenta ventajas y desventajas particulares. Por ello, es fundamental que el cirujano implantador esté familiarizado con todas ellas para adaptarse a las necesidades de cada paciente. En este video, presentamos una serie de trucos y recomendaciones prácticos para optimizar el uso de la vía infrapúbica en la implantación de prótesis de pene.

### **V02) MINI SLING Y PROTESIS DE PENE PARA EL TRATAMIENTO DE LA CLIMACTURIA**

Calvo, N.(1); Grañén, C.(2); D'anna, M.(3); Torremadé, J.(3); Parra, J.(3); Ruiz, R.(3); Baixauli, M.(3); Sureda, J.(3); Matheu, R.(3); Costa, M.(3); Corral, J.(3); Peri, L.(3); Alcaraz, A.(3);

(1): Hospital Clínic de Barcelona , Hospital de Quilpué, Barcelona, Quilpué, España, Chile (2): Hospital Universitario de Donosti, San Sebastián, España (3): Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

## **Introducción**

La climacturia es la pérdida involuntaria de orina durante el orgasmo, y al igual que la disfunción eréctil, es una condición frecuente después de prostatectomía radical, con una prevalencia entorno a 30-45%. En pacientes que persisten con climacturia a pesar de medidas conservadoras, se puede plantear un tratamiento quirúrgico. El implante simultáneo de una prótesis de pene de 3 componentes y la colocación de una malla suburetral que comprime la uretra sólo durante la activación de la prótesis (mini-jupette) consigue tasas de mejoría subjetiva de la climacturia de hasta el 93%, y resolución de la climacturia en el 68% de los pacientes. Presentamos un video para describir la técnica quirúrgica.

## **Material y métodos**

Mostramos la técnica quirúrgica del implante simultáneo de una malla suburetral (en nuestro caso, un fragmento de una malla Virtue) y de una prótesis de 3 componentes (Titan Touch cilindros 18cm+1cm; reservorio Cloverleaf 125cc ectópico retromuscular izquierdo) en un paciente de 57 años con antecedentes de prostatectomía radical en 2021 por un cáncer de próstata de riesgo intermedio. El estudio prequirúrgico incluyó una anamnesis detallada, uretrocistoscopia, flujometría, pad-test y ecografía Doppler peneana.

## **Resultados**

Mediante abordaje escrotal se realiza la implantación de la prótesis de pene y la colocación de una malla suburetral, suturada a la parte medial de las corporotomías. El tiempo quirúrgico fue de 50 minutos. Comprobación al finalizar la intervención mediante cistoscopia de correcta coaptación de la uretra bulbar al activar la prótesis. La intervención se realizó en



régimen de cirugía mayor ambulatoria y el paciente fue dado de alta tras retirada de sonda vesical. La prótesis de pene fue activada a las 4 semanas después de la cirugía.

### **Conclusiones:**

El implante simultáneo de un fragmento de malla suburetral y la prótesis de pene es una técnica segura y técnicamente reproducible, pudiendo ser una alternativa para aquellos pacientes con antecedente de prostatectomía radical que presenten climacturia y disfunción eréctil concomitante.

### **V03) DESARROLLO DE EXOSCOPIO DE BAJO COSTO, DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MICROCIRUGÍA UROLÓGICA-ANDROLÓGICA**

Gurovich, J.(1); Santander, D.(1); Cañas, R.(1); Kerkebe, M.(2); Marconi, M.(3); Palma, C.(2); (1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Clínica Meds, Santiago, Chile (3): Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Meds, Santiago, Chile

### **Introducción**

La microcirugía urológica es un ámbito poco desarrollado fuera de la andrología, ya sea por falta de accesos a microscopios quirúrgicos o adiestramiento durante la residencia. Es por esto que presentamos un novedoso sistema de magnificación digital que emula a un exoscopio de fácil manipulación y cuyo costo no supera los 150 USD.

### **Metodología**

Utilizamos un Microscopio 4K que se utiliza para reparar electrónica. El cual fijamos a la mesa quirúrgica a través de un brazo articulado o bien a la lámpara quirúrgica a través de un sistema tipo ventosa de alta carga. Se utilizaron coberturas con mangas estériles para la manipulación intraoperatoria. La iluminación se realizó con las lámparas quirúrgicas del pabellón. La captura de la imagen se realizó en 1080 mp y se proyectó a un monitor de 27 pulgadas de una torre de laparoscopia vía cable HDMI. Se realizó con este instrumental una serie de microcirugías andrológicas: varicocelectomía, denervación testicular, microtese y vasovasostomía.

### **Resultados**

El tiempo promedio de preparación del instrumental previo a la cirugía fue de 15 minutos. El exoscopio proporcionó una magnificación similar al microscopio binocular pero en 2 dimensiones. Se realizaron sin problemas la siguientes cirugías: varicocelectomía, denervación testicular y microtese. No hubo cambios significativos en los tiempos quirúrgicos versus la técnica microquirúrgica habitual.

## Conclusiones

Este exoscopio de bajo costo entrega una imagen adecuada que permite realizar algunas técnicas microquirúrgicas de menor complejidad (varicocelelectomía, denervación testicular y microtese). Cirugías más complejas como las vasovasostomias nos permiten realizar docencia al poder proyectar la cirugía en una pantalla

## V04) SLING AJUSTABLE RETROPÚBICO VULKO: INNOVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA MASCULINA

Walbaum, J.(1); Moreno, N.(1); Manterola, C.(1); Rojas, A.(1); Bernal, J.(2); Moreno, S.(3); Saavedra, Á.(4);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (4): Clínica Alemana Santiago - Pontificia Universidad Católica de Chile - Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

La indicación y éxito del uso de slings ajustables para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) ha sido ampliamente difundida y utilizada en nuestro centro en los últimos años, con altas tasas de éxito en términos de continencia y satisfacción del paciente, superando el 80%. Estos dispositivos mejoran la continencia proporcionando soporte mecánico a la uretra bulbar en reposo y durante el esfuerzo. Las tasas de continencia total reportadas en la literatura varían entre un 40% y 60%, y en un 70%-90% se logra el uso máximo de un protector al día. Los slings ajustables son más simples para el paciente porque no requieren manipulación, a diferencia de los esfínteres urinarios artificiales. Sin embargo, hay situaciones en las que están contraindicados.

En este video presentamos la primera aplicación de un nuevo sling ajustable, “Vulko”, en nuestro país. Este se compone de una almohadilla ajustable que se posiciona a nivel de la uretra bulbar, un puerto autosellante para ajustes ubicado en un bolsillo escrotal, y dos brazos de fijación retropúbicos.

En cuanto a la cirugía, el Vulko se instala utilizando agujas para posicionar las bandas retropúbicas (similar a la instalación de un sling TVT en mujeres). Posteriormente, se realiza una cistoscopia intraoperatoria para confirmar su correcto posicionamiento. Se realiza ajuste de la tensión de los brazos de fijación y se deja la almohadilla parcialmente inflada con suero fisiológico.

En este primer caso, hemos observado resultados positivos en términos de continencia en los primeros controles, sin necesidad de ajustes hasta el momento y sin complicaciones tempranas. El paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención. La evolución definirá la necesidad de futuros ajustes, ya sea de manera percutánea en primera instancia, o mediante tracción de los brazos, en segunda.

Este video introduce el primer caso de uso del sling ajustable “Vulko” en nuestro país, ofreciendo una nueva alternativa para el tratamiento de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo masculina.

## **V05) AVANCES EN NEFRECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT: INTEGRACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN 3D EN UN CASO CON LOCALIZACIÓN ANATÓMICA CONSIDERADA IRRESECABLE**

Barreto, N.(1); Silvão, R.(1); Santana, D.(1); Sousa, L.(2); Lima, R.(1); Pinho, F.(1); Ziomkowski, A.(1); Marques, L.(1); Pinho, M.(1); Zollinger, L.(1); Leão, N.(1);  
(1): brazilian institute of robotic surgery, SALVADOR, Brasil (2): brazilian institute of robotic surgery, Feira de Santana, Brasil

### Introducción

El carcinoma sarcomatoide representa aproximadamente del 1% al 13% de los carcinomas de células renales. El avance de la nefrectomía radical asistida por robot, combinada con la tecnología de reconstrucción tridimensional, abre nuevas perspectivas en la precisión y eficacia de este procedimiento. Este reporte de caso tiene como objetivo demostrar la aplicación de estas tecnologías en un escenario altamente complejo, con un paciente presentando un tumor que involucra estructuras anatómicas importantes como la suprarrenal, aorta y la arteria mesentérica superior, cuya resección se consideraba imposible.

### material y métodos

Paciente masculino, 55 años, ASA I, presenta tumor renal izquierdo, score renal 11ph, sin comorbilidades previas, IMC 25,6 kg/m<sup>2</sup>. Con lesión descrita como sólida, expansiva e infiltrativa centrada en la topografía retroperitoneal paraaórtica izquierda, volumen estimado de 81cm<sup>3</sup> promedio aproximadamente 5,6x6,3x7,8 cm, volumen estimado de 143 cm<sup>3</sup>, superficie de contacto estimada en 4,3 cm, signos de invasión de la suprarrenal izquierda, también con el psoas, en el plano de L1 y L2 y amplio contacto con la aorta abdominal supra e infrarrenal y aorta mesentérica superior. Debido a la proximidad a estructuras importantes, se solicitó la reconstrucción de imágenes tridimensionales mediante sketchfab. El paciente fue sometido a nefrectomía radical con el sistema DaVinci XI y con el sistema AirSeal.

### resultados

Tiempo quirúrgico fue de 270 minutos, tiempo de consola de 240 minutos, pérdida sanguínea de 200 ml, sin complicaciones intra ni postoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 48 horas y el paciente acudió al mes del procedimiento sin recurrencia. La patología

muestra un riñón de 10,0x5,7x5,0cm (APXLLXCC)<sup>3</sup> y la glándula suprarrenal de 3,5x3,0x1,5cm. Se presenta entre el tejido adiposo perirrenal de la región superomedial y la glándula suprarrenal, tumor heterogéneo, de color marrón, firme y de límites imprecisos, que mide 3,7x3,6x3,5cm, infiltra la glándula suprarrenal, mostrando márgenes quirúrgicos negativos, ausencia de ganglios linfáticos positivos.

conclusiones

La incorporación de la reconstrucción 3D y la cirugía asistida por robot jugó un papel fundamental en la fase preoperatoria y intraoperatoria, haciendo que la nefrectomía radical fuera un éxito. La combinación de estas tecnologías permitió una comprensión precisa de la anatomía, especialmente en casos desafiantes.

## **V06) NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT DE ALTA COMPLEJIDAD UTILIZANDO VERDE DE INDOCIANINA PARA LA ESCISIÓN DE 8 TUMORES.**

Barreto, N.(1); Silvãõ, R.(1); Sousa, L.(2); Lima, R.(1); Pinho, F.(1); Ziomkowski, A.(1); Calazans, L.(1); Santana, D.(1); Estrela, J.(1); Leao, N.(1);

(1): brazilian institute of robotic surgery, SALVADOR, Brasil (2): brazilian institute of robotic surgery, Feira de Santana, Brasil

**Introducción y Objetivo:** La nefrectomía parcial asistida por robot (RAPN) en el tratamiento de tumores renales T1a y, cuando es factible, T1b, con el objetivo de preservar la función renal y mejorar la calidad de vida de los pacientes, se ha convertido en una práctica consolidada. El avance de la RAPN, combinado con la tecnología de cirugía guiada por imágenes utilizando fluorescencia con verde de indocianina, abre nuevas perspectivas en la precisión y eficacia de este procedimiento. Este informe de caso con video tiene como objetivo demostrar la aplicación y los resultados de este enfoque innovador en un escenario de alta complejidad, con un paciente que presenta múltiples tumores y anatomía distorsionada.

**Materiales y Métodos:** Paciente masculino, 49 años, American Society of Anesthesiologists I, con una RAPN previa en el riñón derecho hace 3 años, presenta tumores renales en el lado izquierdo, puntaje renal promedio 9p. Se le realizó RAPN con el sistema DaVinci XI y se realizó linfadenectomía retroperitoneal. Durante el procedimiento, se utilizó verde de indocianina para evaluar la perfusión renal y posibles focos de sangrado. Los fragmentos quirúrgicos fueron enviados para patología.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 190 minutos, con tiempo de consola de 140 minutos, tiempo de isquemia de 29 minutos, pérdida sanguínea estimada de 600ml, sin complicación intra y postoperatoria, 2 días de hospitalización. El paciente se presentó a los 3 meses del procedimiento con función renal conservada, sin recurrencia. La patología mostró 1 de los 8 tumores con márgenes comprometidos. Los 8 tumores clasificados como carcinoma de

células renales cromóforo, con los siguientes tamaños: 0,5cm, 0,6cm, 0,5cm, 1,0cm, 1,7cm, 2,1cm, 2,5cm y 5,8cm. Linfadenectomía retroperitoneal, libre de neoplasia.

**Conclusiones:** La capacidad de RAPN para proporcionar una visión expandida de las estructuras anatómicas, junto con el potencial del verde de indocianina para proporcionar información en tiempo real sobre la perfusión renal, contribuye a los excelentes resultados alcanzados en este caso. En conclusión, la combinación de estas dos tecnologías permite un abordaje eficaz y más seguro para el paciente y el cirujano en la nefrectomía parcial de alta complejidad.

## V07) NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA CON USO DE ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN TUMOR CON TROMBO TUMORAL

Aliaga, A.(1); Benitez, A.(2); Krebs, A.(3); Zambrano, N.(3); Otaola, H.(3); Lyng, R.(3); Bustamante, A.(3); Bermúdez, H.(3);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile (2): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** La nefrectomía parcial robótica (NPR) se ha convertido en el estándar de tratamiento para tumores renales clínicamente T1 y T2 siempre que sea técnicamente posible por sus beneficios en términos de preservación de función renal. Sin embargo, su indicación en tumores clínicamente T3a es controversial, Estudios recientes han sugerido resultados oncológicos comparables con la nefrectomía radical, más aún con la expansión de la NPR se ha incrementado su indicación en casos Seleccionados de tumores cT3a.

Se presenta un caso de NPR en un tumor renal con trombo tumoral en una vena renal segmentaria cT3a, con el objetivo de mostrar la factibilidad y seguridad de la técnica.

**Materiales y métodos:** Paciente de 49 años que en control anual se realiza ecografía que evidencia masa renal izquierda, TAC tórax abdomen y pelvis muestra masa sólido- quística de 73 x 49 mm con trombo tumoral que invade vena renal segmentaria cT3a. RENAL SCORE 9a. Sin evidencia de enfermedad a distancia.

**Resultados:** Se realizó NPR izquierda (sistema DaVinci XI) en posición de decúbito lateral derecho, con flexión lateral a 30°. Se emplearon 4 trócares robóticos (a nivel umbilical, subcostal, flanco y fosa iliaca izquierda) y 2 trócares para el ayudante. Se identificó vena renal segmentaria con trombo tumoral la que se secciona. Luego con uso de ecografía intracavitaria se identifican bordes de resección tumor renal. Se realiza NPR con isquemia caliente utilizando técnica de desclampeo precoz. Se completa cirugía sin incidentes, tiempo de isquemia 17 minutos, tiempo operatorio 3 horas 27 minutos, alta hospitalaria al tercer día sin incidentes. Biopsia : Carcinoma de células renales variedad células claras de 7.3 x 4.4 cm ISUP I, con infiltración de rama muscular de vena renal, margen negativo, 0/7 linfonodos comprometidos. pT3aN0M0. Se indicó terapia adyuvante con pembrolizumab, a la fecha paciente completa 6 meses de tratamiento bien tolerado, sin evidencia de enfermedad.

**Conclusión:** en casos seleccionados la NPR es una alternativa segura y eficaz en el manejo de pacientes con tumores localmente avanzados, pudiendo lograr de forma adecuada una trifecta de márgenes de resección negativos, tiempo de isquemia < 25 minutos y ausencia de complicaciones.

## **V08) CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS EN TUMOR COMPLETAMENTE INTRARRENAL: ABORDAJE LAPAROSCOPICO CON APOYO ECOGRAFICO INTRAOPERATORIO**

Sovino Brown, F.(1); Pinto Martinez, U.(2); Ascanio Rojas, J.(2); Bustamante Valenzuela, P.(2); Acuña Galvez, E.(2); Vera Veliz, A.(3);

(1): Escuela de Medicina- Universidad San Sebastian, Concepcion, 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.**Plantear preservar parénquima renal sano al resecar un tumor intrarrenal siempre es un desafío quirúrgico. Este requiere una minuciosa planificación pre-operatoria e incorporación de avances tecnológicos intra-operatorios que incrementen las probabilidad de tener éxito en esta cirugía, evitando así una nefrectomía radical.

**CASO-CLINICO:** Hombre 38años, enfermedad autoinmune IgG4. Hallazgo incidental de TumorRenal derecho 41x38mm 100% endofítico. Renal-Score11AH. Se plantea tumorectomía laparoscópica.

**TECNICA-QUIRURGICA:**Posición de lumbotomía. Veress en punto de Palmers derecho. Neumoperitoneo 15mmHg. Cinco trocares. Tras decolar con Voyant Maryland se realiza maniobra de Kocher. Rechazo hepático. Por trifurcación precoz de arteria renal (TAC-Preop), se disecciona en su origen aórtico y se aísla con cinta vascular. Apertura de fascia de Gerota. Se

libera y expone el riñón en su totalidad. No visualiza tumor (100% endofítico). En base a reparos anatómicos, se realiza ecografía intraoperatorio con transductor laparoscópico . Se visualiza tumor de 4cm. Se delimita área de resección con energía monopolar. Mínima disección vena renal. Clamp vascular doble a arteria renal y vena renal. Con tijera fina se realiza disección de parénquima renal sano hasta identificar tumor con su pseudocápsula. Con tracción y contracción se realiza tumorectomía con técnica de enucleación. Control de vasos nutricios con hem-o-lock. Se reseca el tumor renal in toto. Cápsula tumoral íntegra y ausencia de neoplasia macroscópicamente residual en el lecho. Primer plano medular de renorrafia (stratafix 3-0), cerrando dirigidamente sistema colector y afrontando posteriormente con hem-o-lock. Desclampeo arterial y venoso sin incidentes. Sin sangrado significativo. Se realiza segundo plano cortico-medular con V-lock 3-0 afrontando con hem-o-lock después de cada pasada. Extracción tumoral en endocath. Parénquima renal hermético. Gelita hemostática. Cierre de Gerota. Cirugía sin incidente. Tiempo laparoscópico: 200min. Tiempo isquemia: 50 min. Sangrado intra-op: 200cc.

**RESULTADOS:** Evolución satisfactoria. Alta al 1er día post-operatorio. Informe Anatomopatológico: Cáncer Renal de Células claras, Márgenes quirúrgicos Negativos

**DISCUSION:** El uso de ecografía intraoperatoria para delimitar los bordes del tumor, no solo otorga beneficios para una mayor conservación de parénquima renal sano si no también en la adecuada identificación de los márgenes de resección. El éxito de la cirugía laparoscópica en este complejo escenario depende de una adecuada planificación quirúrgica.

## **V09) TIPS QUIRÚRGICOS PARA ACCESO AL ESPACIO RETRO PROSTÁTICO DE DENONVILLIERS POR VÍA PERINEAL**

Cifuentes Arévalo, M.(1); Bernal Riquelme, J.(2); Saens Navarrete, P.(3); Navarro Sepulveda, G.(4); Veragua Orrego, R.(1); Mac Millan Soto, G.(5);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Complejo Asistencial Soterp del Río, Puente Alto, Chile (3): Salud Fem, Viña del Mar, Chile (4): Clínica Redsalud, Valparaíso, Chile (5): Instituto Diagnóstico Urológico IDU, Viña del Mar, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La fascia de Denonvilliers es uno de los componentes faciales que rodean la próstata. Fue descrita en 1836 por el anatomista francés Charles Pierre Denonvilliers con el nombre de membrana prostato-peritoneal. Casi 200 años después, su origen embrionario y su anatomía en adultos continúa siendo una controversia.

El presente video tiene por objeto mostrar detalles quirúrgicos que permitan acceder al espacio de Denonvilliers por vía perineal.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Se presenta un caso quirúrgico, en que, a raíz de la entrada al espacio de Denonvilliers para crear una neovagina, se revisan algunas recomendaciones para el acceso seguro a esta cavidad virtual.

#### RESULTADOS:

Se presenta un esquema dinámico de anatomía figurada donde se muestra el canal anal y su esfínter, la uretra bulbar, la aponeurosis perineal media o diafragma urogenital, la uretra membranosa, la próstata y las láminas de Denonvilliers. Entre los tips quirúrgicos para el acceso a esta cavidad virtual podemos encontrar: levantar la uretra bulbar, seguir el rafe ano-bulbar, reconocer la membrana perineal, pasar por debajo de esta y de las glándulas de Cowper, acceder de forma cortante y luego roma bajo la uretra membranosa, presentar la glándula prostática y disecar cercano a su ápex. Dentro del instrumental propuesto se encuentra un instrumento de mano fino para sellado bipolar y corte, un separador perineal con luz, y una sonda rectal para realizar una prueba neumática.

#### CONCLUSIÓN:

Los tips descritos permiten una configuración en tres dimensiones del espacio de Denonvilliers, así como una sistematización de los pasos para acceder a éste por vía perineal.

### V10) REPLICACIÓN DE TÉCNICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA A LAPAROSCOPIA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS

Dominguez Argomedo, R.(1); Eltit, I.(2); Piñats, N.(3); Hassi, M.(1); Orellana, S.(3); Kerkebe, M.(3);

(1): Hospital DIPRECA/ Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (3): Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer de próstata es la neoplasia más común en hombres en Chile. En su estadio localizado, la cirugía es una opción eficaz con buen control oncológico. La Prostatectomía Radical Robótica (RARP) ha demostrado ofrecer mejores resultados oncológicos y funcionales, sin embargo, su acceso es limitado a pocos centros en nuestro país. La Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) se ha presentado como una alternativa en centros sin acceso a tecnología robótica, aunque su uso se ha limitado, probablemente por su complejidad. El objetivo de este video es demostrar la técnica de una PRL replicando a una RARP y comparar una serie de 42 pacientes sometidos a PRL y 37 pacientes sometidos a RARP, utilizando la misma técnica quirúrgica.

**Materiales y métodos:** Se presenta un video comparando dos casos de prostatectomía radical, uno mediante la plataforma robótica DaVinci Si y otro mediante abordaje laparoscópico, ambos realizados por el mismo cirujano y utilizando la misma técnica



quirúrgica (abordaje anterior, preservación cuello vesical, preservación de fascia endopélvica y preservación de complejo venoso dorsal). Además, se comparan los resultados oncológicos y funcionales de una serie de ambas técnicas.

**Resultados:** En nuestra serie de casos, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a tiempo operatorio (PRL 182 min vs RARP 160 min,  $p=0.09$ ) ni sangrado estimado (PRL 316 ml vs RARP 300 ml,  $p=0.45$ ). Respecto a los márgenes quirúrgicos (MQ), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a tasa de MQ negativos en T2 (PRL 72% vs RARP 80%,  $p=0.61$ ) ni en T3 (PRL 50% vs RARP 55%,  $p=0.83$ ). A los 30-45 días luego de la cirugía se evidenció una diferencia estadísticamente significativa respecto a continencia social a favor del abordaje robótico (PRL 56,6% vs RARP 84,4%,  $p=0.02$ ).

**Conclusiones:** La replicación de la técnica quirúrgica robótica por vía laparoscópica es factible y segura. En nuestra serie, la cirugía robótica presenta mejor tasa de continencia social a los 30-45 días comparado la PRL.

## V11) “BUNCHING TECHNIQUE”: NOVEDOSA TÉCNICA DE FLAP PERITONEAL DESPUÉS DE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.

Mejias Briceño, O.(1); Souper Moreno, R.(2); Aliaga, A.(2); Bernier Bórquez, P.(2); Orvieta Sagredo, M.(2); Otaola-arca, H.(2);

(1): Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo., Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Clínica Alemana, Santiago. Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo., Santiago, Chile

**Introducción:** la linfadenectomía pélvica (PLND) se recomienda durante la prostatectomía radical robótica (RARP). Pero, realizarla puede producir comorbilidad, principalmente linfocele post operatorio, que en su mayoría son insignificantes, aunque, entre el 2 y el 8% pueden ser clínicamente significativos que ameriten algún tipo de intervención.

Actualmente se ha descrito “bunching technique” (BT), una nueva técnica de confección de flap o colgajo peritoneal (FP), que permite reducir el riesgo de linfocele clínicamente significativo en pacientes sometidos a RARP y PLND.

**Materiales y métodos:** presentamos técnica quirúrgica del FP en paciente de 78 años a quien con hallazgo casual de antígeno prostático en 52ng/mL, se le solicita resonancia magnética multiparamétrica de próstata que demuestra extensa lesión desde base hasta apex prostático, con extensión extracapsular y compromiso de vesículas seminales, se le realiza biopsia sistemática de próstata reportando adenocarcinoma (ADC) de próstata gleason 3+5 que compromete todos los sextantes, el PET PSMA es negativo para diseminación.

Es llevado a RARP + PLND extendida y confección del FP; este último, se inicia una vez realizada la anastomosis uretrovesical, donde el peritoneo que se liberó inicialmente al descender la vejiga se agrupa, tomando un punto de sutura barbada tipo stratafix, se unen los pliegues peritoneales derecho e izquierdo, mediales a la zona de disección ganglionar; una vez agrupado en la línea media, este flap peritoneal se fija al pubis con el mismo punto de sutura; logrando así, dejar abiertos los canales laterales de la pelvis para el flujo linfático.

**Resultados:** 180 minutos de cirugía, sangrado cuantificado en 200cc, 1 solo día de hospitalización, la biopsia definitiva reportó: ADC de próstata gleason 4+5, con extensión extracapsular, compromiso de vesículas seminales, y 4 linfonodos positivos de 21 en total. pT3nN1Mx. En la cirugía y en el post operatorio no hubo incidentes.

**Conclusiones:** EL FP con BT evita el cierre completo del peritoneo y la grasa perivesical sobre el lecho de disección ganglionar, procurando favorecer un drenaje adecuado del líquido linfático desde la pelvis verdadera hacia el abdomen; realizarlo parece ser un procedimiento seguro, que no agrega morbilidades significativas y en teoría no requiere curva de aprendizaje.

## V12) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA PRESERVADORA DE ESPACIO DE RETZIUS

Velásquez Larraín, L.(1); Saldivia Zaror, D.(2); Cortés Cortés, C.(2); Robson Jofré, J.(3); Larenas Huguet, F.(2); Fulla Ortiz, J.(2);

(1): Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago, Chile (2):

Universidad de Chile - Hospital Clínico San Borja Arriaran, , (3): Universidad de Chile -

Hospital Clínico Metropolitano El Carmen, ,

### Introducción

La prostatectomía radical videolaparoscópica asistida por robot (RALP) se ha convertido en el último tiempo en parte del *gold standard* para el tratamiento del cáncer de próstata (CP) localizado. Se han descrito varias técnicas quirúrgicas, siendo al abordaje transperitoneal y extraperitoneal los más utilizados. En busca de respetar estructuras de soporte con el objetivo de preservar los mecanismos de continencia, en 2010 se describe un nuevo abordaje denominado *Retzius-Sparing* (RS), donde se realiza un abordaje posterior a través del saco de Douglas.

### Materiales y Métodos

Se presenta un video con relato descriptivo docente de una RALP-RS.

### Resultados

Hasta la fecha se han realizado 30 prostatectomías robóticas en nuestro centro, 13 de estas mediante abordaje RS. Se obtuvo un tiempo promedio de cirugía de 304 minutos, sangrado promedio de 265cc, 1 día promedio de hospitalización, 7 días promedio de sonda y 1 complicación Clavien-Dindo I. Respecto a la encuesta de continencia inmediata 57% de los encuestados refieren continencia total, 14% goteo leve sin uso de PADS, 28% goteo moderado con uso de PADS.

## Conclusión

La RALP-RS es una técnica segura y confiable como alternativa a la técnica estándar para pacientes con CP localizado. El abordaje posterior se ha visto que se ha asociado a recuperación precoz de continencia urinaria en comparación con otras técnicas. Además, estudios comparativos no han demostrado diferencias en complicaciones ni resultados oncológicos. El rol en cuanto a disfunción eréctil sigue poco claro y debe ser estudiado a través de estudios comparativos.

**Palabras Claves:** Neoplasias de la Próstata; Procedimientos Quirúrgicos Robotizados; Prostatectomía; Incontinencia Urinaria.

## VA2) VIDEOS UROLOGÍA ADULTO 2 -- UROLOGÍA RECONSTRUCTIVA - ENDOUROLOGÍA

### V13) URETEROPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL

Foneron, A.(1); Toledo, H.(1); Subiabre, M.(1); Oyanedel, F.(1); Ebel, L.(1); Foneron, A.(1); Troncoso, L.(1); Brandau, C.(1); Flores, F.(1); Navarrete, M.(1); Cuevas, P.(1); Gárate, S.(1); (1): HOSPITAL BASE VALDIVIA, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, CHILE

#### Introducción

El manejo de las estenosis largas del uréter proximal es un desafío terapéutico dado que las opciones quirúrgicas son limitadas. El uso de injerto de mucosa bucal es una opción válida. Presentamos la técnica quirúrgica de ureteroplastía con injerto de mucosa bucal vía laparoscópica.

#### Material y método

Paciente de 47 años portador de una estenosis larga de la unión pieloureteral izquierda sintomática, con antecedente de pieloplastía izquierda laparoscópica el 2005 y el 2019; y una

endopielotomía izquierda el 2022. El estudio con tomografía computada y cintigrama renal dinámico confirman la obstrucción

## Resultados

Iniciamos el procedimiento con una pielografía ascendente y realizamos la medición del segmento estenótico (15 min). Procedemos a realizar la cosecha del injerto de mucosa bucal con una longitud de 8 cm (40 min). Posteriormente posicionamos al paciente en posición de lumbotomía izquierda. Se identifica y disecciona la unión pieloureteral y uréter proximal. Realizamos la ureterotomía y luego procedemos a suturar el injerto de mucosa bucal con una sutura corrida con vicryl 4-0, previa instalación de un catéter doble j por vía anterógrada. Cubrimos el injerto con epiplón

El tiempo operatorio laparoscópico fue de 155 min, con un sangrado de 100 cc. El alta fue a las 72 horas y el control con tomografía a los 3 meses muestra adecuado paso del contraste.

## Conclusiones

El uso de injerto de mucosa bucal se presenta como una opción atractiva para la reparación de estrecheces largas de uréter proximal. La vía laparoscópica permite entregar todas las ventajas del abordaje mínimamente, invasivo sin sacrificar los resultados funcionales

## V14) URETEROPLASTÍA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Orellana, S.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1); Morales, C.(1); Guerrero, P.(1); Sáenz, S.(1); Escobar, S.(1); Schalper, M.(1); Toloza, H.(1);  
(1): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

La estenosis de uréter se puede presentar hasta en el 1% de los pacientes sometidos a ureteroscopia. El tratamiento varía según la ubicación, la extensión, la causa subyacente y las expectativas del paciente. La estenosis de uréter proximal puede ser un reto para el urólogo, especialmente cuando no pueden ser resueltas con ureteroplastia término-terminal. El injerto de mucosa oral se propone como una alternativa válida y con buenos resultados.

## MATERIALES Y MÉTODO

Masculino de 61 años con antecedentes de enfermedad litiásica a repetición tratado por vías percutáneas y endoscópicas, evoluciona con estenosis de la unión pieloureteral (UPU) izquierda que requirió de pieloplastia desmembrada laparoscópica, presentó recidiva a los 12 meses con cuadro infeccioso sobreagregado que requirió de instalación de catéter doble J y nefrostomía. En estudio destaca ureteropielografía que evidencia estenosis filiforme de UPU de aprox. 3 cm. Se objetiva función renal con cintigrama MAG 3 que evidencia función relativa 40% riñón derecho, 60% riñón izquierdo con ectasia pielocalicial reversible en imagen postmiccional, por lo que se plantea reparación de estenosis.

Se realizó ureteroplastia laparoscópica en posición de flanco con abordaje transperitoneal, previa cosecha de injerto de mucosa de cavidad oral de aproximadamente 4,5 x 1 cm, a través de nefrostomía se realiza ureteroscopia flexible e identificación de zona de estenosis, se realiza ureterotomía longitudinal laparoscópica en segmento identificado, posteriormente se procede a la incorporación del injerto de mucosa oral con técnica de onlay utilizando sutura monocryl 4/0 con cara mucosa hacia el lumen ureteral, prueba de hermeticidad con solución fisiológica y visión directa a través de ureteroscopia anterógrada con visión laparoscópica simultánea. Se realiza instalación de catéter doble J y nefrostomía izquierda.

## RESULTADOS

Tiempo quirúrgico: 350 minutos. Paciente evoluciona favorablemente en el post operatorio, sin complicaciones urológicas o digestivas, retiro de sonda foley a las 48 hrs y alta hospitalaria al segundo día.

## CONCLUSION

La ureteroplastia con injerto de mucosa oral con abordaje laparoscópico se presenta como una opción eficaz para tratar estenosis ureterales complejas en uréter proximal. Existe poco material disponible sobre este abordaje, donde se busca aprovechar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

## V15) TÉCNICA DE DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA

Benítez-filselcker, A.(1); Frenk, C.(1); Robson, J.(2); Íñiguez, S.(3); Henríquez, D.(3); Vega, A.(3); Walton-díaz, A.(3); Román, J.(3); Vilches, R.(3);

(1): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Fellowship Cirugía

## **Introducción**

La cistectomía radical mediante cirugía abierta es considerada el tratamiento de referencia para el cáncer de vejiga con invasión muscular. Nuevas técnicas mínimamente invasivas han surgido en los últimos años con buenos resultados oncológicos, menor sangrado y menor tasa de complicaciones.

## **Materiales y Métodos**

Vídeo descriptivo con relato docente de cistoprostatectomía radical más derivación urinaria intracorpórea laparoscópica

## **Resultados**

Se describe cirugía de paciente masculino de 63 años, con antecedente de tabaquismo suspendido hace 20 años. Presenta historia de hematuria macroscópica. Se realiza estudio con UroTAC objetivando tumor vesical de 42 mm, sin evidencia de diseminación a distancia. Se realiza resección transuretral de vejiga (RTU-V) confirmando un carcinoma urotelial de alto grado que compromete musculo detrusor. Se decide realizar cistoprostatectomía radical más derivación urinaria laparoscópica intracorpórea, llevada a cabo sin incidentes. Sangrado estimado 400 cc, estadía hospitalaria de 4 días. Biopsia indica pT0 en vejiga, próstata con adenocarcinoma ISUP 3 (T2), márgenes quirúrgicos negativos, linfonodos negativos. Descripción de la técnica detallada en el video.

## **Conclusión**

El conducto ileal intracorpóreo después de una cistectomía radical laparoscópica es seguro, factible y reproducible, con buenos resultados oncológicos y postoperatorios. El manejo ureteral en esta técnica permite utilizar segmentos ureterales más cortos, además de una menor tracción del uréter y así menos daño de la vasculatura ureteral, resultando finalmente en menos complicaciones post operatorias.

**Palabras claves:** Cáncer de vejiga, laparoscópico, derivación urinaria

**V16) ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO CON USO DE ÍLEON DISTAL EN MICROVEJIGA, UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.**

Carrillo, I.(1); Orellana, S.(1); Rojas, J.(1); Rojas, V.(1); Morales, C.(1); Guerrero, P.(1); Sáenz, S.(1); Escobar, S.(1); Schalper, M.(1); Cornejo, V.(1); Olavarría, T.(1); Toloza, H.(1);  
(1): Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La enterocistoplastia de aumento es una técnica indicada en vejigas de baja capacidad, neurogénicas, de alta presión, poco distensibles y que no responden a tratamiento farmacológico. Se utiliza un segmento intestinal detubulizado que se incorpora a la vejiga, se propone un abordaje laparoscópico completo.

**MATERIAL Y METODO:** Femenina de 32 años con antecedente de tuberculosis vesical, cesárea y sobrepeso, evoluciona con aumento de frecuencia miccional, disuria y urgencia miccional. Se realiza estudio con cistoscopia que evidencia vejiga con 2 cicatrices en fondo y cúpula, urgencia a los 120 ml, capacidad disminuida. Urodinamia: vejiga hipersensible hiperreactiva, primer deseo miccional a los 30 ml, capacidad cistométrica máxima 113 ml, micción con importante apoyo de prensa abdominal, Q max 10 ml/seg. Pdet Qmax: 27 cm H<sub>2</sub>O. UroTC: vejiga distendida de paredes finas con divertículo lateral derecho.

Abordaje laparoscópico transperitoneal en posición de Trendelenburg, abordaje y liberación de plano anterior de vejiga, apertura transversal en cara superior y anclaje a pared abdominal. Identificación de porción de íleon distal a 15 cm de válvula ileocecal y resección de 10 cm con sistema motorizado de grapado mecánico intracorporeo, utilizando cargas de 60 mm, anastomosis latero lateral de íleon y cierre de este. Apertura de porción de íleon seccionado por borde antimesentérico, sutura continua con a borde de vejiga utilizando sutura barbada v-loc 3/0, logrando incorporación completa. Comprobación de hermeticidad con 120 ml de solución fisiológica, instalación de drenaje por contrabertura y cambio de sonda foley por uretra.

RESULTADOS: Tiempo quirúrgico: 220 minutos. Sangrado estimado < 50 ml. Paciente evoluciona favorablemente en el post operatorio, sin complicaciones, dada de alta al séptimo día. Se realiza cisto-TC de control a los 30 días que evidencia vejiga aumentada en tamaño, sin fugas, por lo que se retira sonda foley. Paciente con micción con prensa abdominal y cateterismo limpio intermitente ocasional para medición de residuo post miccional.

CONCLUSIONES: La enterocistoplastía de aumento es una técnica validada para el tratamiento de vejigas pequeñas, el abordaje laparoscópico ofrece las ventajas de esta vía, reproduce la técnica descrita para el abordaje abierto y requiere de cirujanos entrenados en cirugía laparoscópica.

## **V17) RECONSTRUCCIÓN DE ESTENOSIS URETERAL POST URETEROSCOPIA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON SISTEMA RAS HUGO™ . PRIMER REPORTE EN LA LITERATURA.**

Manterola, C.(1); Astroza, G.(1); Majerson, A.(1); Rojas, A.(1); Walbaum, J.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN:**

La tasa de reingreso tras una Ureteroscopía es baja (8.3%) y suele estar relacionada con patologías de manejo conservador. Sin embargo, la estenosis ureteral post-Ureteroscopía, con una incidencia entre el 0.3 y 3%, puede ser grave, evolucionando en el peor caso a la pérdida de la unidad renal si no se maneja precozmente. Factores de riesgo reconocidos incluyen litiasis proximal, hidronefrosis preoperatoria, perforación ureteral y cálculos impactados.

### **MATERIALES Y MÉTODOS:**



Se presenta un caso de estenosis ureteral post-Ureteroscopía tratada con reconstrucción laparoscópica asistida por robot. Paciente masculino de 47 años con antecedentes de ureterolitotomía endoscópica previa, con cólico renal izquierdo y ureterolitiasis proximal de 6 mm. La estenosis de 2 cm se diagnosticó mediante TAC y confirmada con UPR. La reconstrucción se realizó utilizando el sistema RAS Hugo™ con anestesia general, posición en lumbotomía izquierda y trócares robóticos. Se efectuó una excisión de la zona enferma y anastomosis término-terminal con sutura radial sobre guía hidrofílica, previa identificación del nivel de estenosis asistido con ureteroscopio y transluminiscencia.

#### **RESULTADOS:**

Recuperación satisfactoria, postoperatorio sin incidentes; alta al segundo día postoperatorio. Los controles posteriores mostraron una recuperación sin evidencias de filtración, ni hidroureteronefrosis al uroTAC. A las 4 semanas, se retiró el catéter doble J sin complicaciones. Ecografía de control a las 8 semanas sin hidroureteronefrosis, paciente asintomático.

#### **CONCLUSIONES:**

La reconstrucción ureteral laparoscópica asistida por robot es una excelente alternativa para el tratamiento de estenosis ureterales no manejables endoscópicamente. Esta técnica ha demostrado ser efectiva, con bajos riesgos perioperatorios y rápida recuperación.

### **V18) OBSTRUCCIÓN URETERAL POR PROYECTIL CON RESOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA POR RETROPERITONEOSCOPIA**

Espinoza, C.(1); Díaz, G.(2); Carreño, C.(3); Paluz, F.(3); Quilodrán, F.(1); Cuesta, N.(1); García, M.(1); Nápole, H.(4); Lira, N.(4); Ondarza, C.(4); Kramer, F.(4); Mülchi, C.(4); Venegas, J.(4); (1): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 44 años con antecedente de laparotomía exploradora por herida de arma blanca (2021), sin otros mórbidos de relevancia.

Ingresa el 05/11/2023 al Hospital de Quilpué por herida por arma de fuego en región lumbar izquierda. Se realiza TC AP y se observa proyectil en cáliz inferior de riñón izquierdo con

hematoma perirrenal no expansivo. Se indicó manejo conservador y alta a las 48 horas. A los 4 días vuelve a consultar en Urgencia Hospital Carlos Van Buren por dolor lumbar izquierdo con parámetros inflamatorios elevados y orina completa inflamatoria. En TC AP destaca proyectil de 9 mm en uréter proximal izquierdo con hidroureteronefrosis y colección perirrenal.

Se decide retroperitoneoscopia izquierda según técnica SMART modificada. En esta se coloca primer trocar de 12 mm en línea axilar media, 1 cm sobre cresta ilíaca, neumoperitoneo a 12 mmHg y disección roma con endocámara. Segundo trocar de 5 mm por debajo de 12° costilla y tercer trocar de 5 mm en línea axilar anterior, entre medio de trócares iniciales. Posterior disección de espacio retroperitoneal, identificación de psoas y uréter proximal; al liberar adherencias se evidencia periureteritis. Se palpa proyectil a la altura del polo renal inferior y se comprueba localización con fluoroscopia. Se realiza ureterostomía proximal con salida de orina turbia, se extrae proyectil con pinza y se retira por trocar de 12 mm. Ureterorrafia vicryl 3-0, drenaje de colección hematopurulenta con toma de cultivos e instalación de drenaje al lecho. Tiempo quirúrgico 68 min, sangrado mínimo. Se deja sonda Foley por 2 días y drenaje por 3, con alta al 3° día.

Al UROTC 6 meses después no se evidencia estenosis ureteral proximal ni hidroureteronefrosis.

## DISCUSIÓN

En la literatura hay pocos casos similares y en ellos se describe eliminación del proyectil de forma espontánea, manejo con láser Holmium-YAG y laparotomía como posibles opciones terapéuticas. Se propone la retroperitoneoscopia como una forma válida de resolución quirúrgica mínimamente invasiva para el cólico renal secundario a proyectil de arma de fuego en vía urinaria.

## V19) TRASPLANTE RENAL ASISTIDO POR ROBOT EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO

Oyanedel, F.(1); Narvárez, P.(2); González, C.(3); Cancino, C.(4); Valenzuela, R.(5); Izquierdo, L.(6); Vilaseca, A.(6); Peri, L.(6); Musquera, M.(6); Alcaráz, A.(6);

(1): Hospital Clínico Regional de Valdivia, Valdivia, Chile (2): Hospital El Carmen de Maipú, Maipú, Chile (3): UROCLIN - Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia (4): Hospital Higuera de Talcahuano, Talcahuano, Chile (5): Hospital de La Serena, La Serena, Chile (6): Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

El trasplante renal abierto (TRA) es la técnica quirúrgica estándar en pacientes con enfermedad renal terminal. Sin embargo, la cirugía robótica se ha desarrollado con el objetivo de reducir la morbilidad asociada al TRA, acumulándose evidencia a favor de esta nueva técnica quirúrgica. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de trasplante renal asistido por robot (TRAR) en un paciente con obesidad mórbida y revisar el estado actual de esta técnica en el mundo.

Se presenta el caso de un paciente de 46 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus con afectación multisistémica, obesidad mórbida (IMC 40), síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y enfermedad renal crónica terminal secundaria a nefropatía diabética. El paciente fue sometido a TRAR sin complicaciones intraoperatorias.

La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, permitiendo el alta a los 7 días del procedimiento. Los exámenes de control a las 24 horas mostraron una creatinina de 2,65 mg/dL y una velocidad de filtración glomerular (VFG) de 27,67 mL/min. A los 3 meses postoperatorios, se observó una mejoría significativa de la función renal, con una creatinina de 1,36 mg/dL y una VFG de 62 mL/min.

En la literatura destaca que el TRAR presenta un perfil similar al TRA en términos de funcionalidad en el seguimiento a corto y largo plazo. Además, el TRAR se asocia a menor dolor postoperatorio, menor necesidad de analgésicos, mejor resultado cosmético y menor tasa de complicaciones.

A pesar de ser una técnica reciente y en desarrollo, el TRAR se perfila como una alternativa quirúrgica segura al abordaje abierto estándar, especialmente en pacientes con factores de riesgo como la obesidad mórbida.

Este caso demuestra la factibilidad y seguridad del TRAR en un paciente de alto riesgo quirúrgico.

Se requieren más estudios para determinar los resultados a largo plazo y su aplicabilidad en trasplantes de donante cadavérico, la forma de donación más frecuente en Chile.

## **V20) MÉTODOS DE ASPIRACIÓN EN ENDOUROLOGÍA: EL NUEVO PILAR TERAPÉUTICO PARA LOGRAR EL STONE FREE**

Gurovich, J.(1); Frenk, C.(1); Mohr, E.(1); Benitez, A.(1); Andriola, M.(1); Schaub, A.(1); Farías, J.(1); Valenzuela, C.(1); Águila, F.(1); Marchant, F.(1);  
(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

La aspiración ha sido utilizada por más de 25 años en la Nefrolitotomía Percutánea (NLP) para mejorar la visualización y la extracción de litiasis. En los últimos años la tecnología ha permitido aplicar la aspiración a otras técnicas endourológicas. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia con los nuevos métodos de aspiración tanto ureterorenolitotomía endoscópica flexible (URSf) como en súper-miniPerc (smNLP).

## Materiales y métodos

Video descriptivo con relato docente de tres técnicas quirúrgicas endourológicas modernas de litotripsia intracorpórea con láser de holmium, asociada a distintos sistemas de aspiración: URSf con vaina de aspiración, URSf con canal de trabajo para aspiración y smNLP aspirativa.

## Resultados

Se describen cuatro casos de pacientes con nefrolitiasis, uno de ellos sometido a URSf aspirativo, uno a URSf con vaina de aspiración y dos a smNLP utilizando amplatz de aspiración. En el video se expone y describe la técnica de aspiración como una ventaja en visibilidad endoscópica, tiempo quirúrgico, y efectividad en intraoperatoria, logrando stone free en todos los casos, incluyendo litiasis complejas, riñón en herradura, pigtail calcificado y un coraliforme completo. No hubo complicaciones perioperatorias, todas las altas fueron precoces (< 24 horas), y consiguiendo tubeless en el caso de las smNLP.

## Conclusión

El interés de este trabajo es triple. En primer lugar, exponer didácticamente una técnica quirúrgica novedosa implementada en un centro universitario. En segundo lugar, dar a conocer nuestra experiencia tras aplicar estas técnicas con resultados prometedores en cuanto a tiempo operatorio, tasa libre de cálculos y con ausencia de complicaciones. En tercer lugar, mostrar cómo estas técnicas de aspiración son estandarizables, reproducibles y por qué lideran el presente de la endourología.

## V21) VAINA DE SUCCIÓN ASPIRATIVA PERCUTÁNEA EN MINI NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA-ECIRS

Donoso Machuca, E.(1); Mejias Briceño, O.(2); Martinez Corral, M.(1); Pérez Fentes, D.(1); (1): Complejo Hospitalario Universitario De Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España (2): Facultad de Medicina, Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

**Introducción:** La nefrolitotomía percutánea (NLP) es el procedimiento estándar para cálculos renales mayores de 2 cm. La miniaturización de los instrumentos ha demostrado que la miniNLP (12-22F) tiene menos necesidad de transfusión y menos días de hospitalización que la NLP estándar (>22F). A su vez, la cirugía intrarrenal combinada endoscópica (ECIRS) ha

demostrado una mejor tasa libre de cálculos, menor tasa de complicaciones y tiempos quirúrgicos más cortos comparado con el acceso percutáneo estándar.

Conforme al avance en tecnología en endourología, la invención de nuevos instrumentos ha mejorado las tasas de éxito libre de cálculo y con menos complicaciones. Las vainas de acceso con aspiración son nuevos elementos que permiten mejorar la tasa libre de cálculos, mejorando la visión del campo, y podrían implicar menores costos quirúrgicos.

**Materiales y método:** Presentamos varón de 59 años sin antecedentes mórbidos, se pesquisó como hallazgo casual en ecografía renal una litiasis renal izquierda. Se realiza Tomografía axial computada sin contraste que destaca litiasis coraliforme izquierda en pelvis renal y cáliz inferior, diámetro máximo de 25 mm, 950 unidad de Hounsfield. Se indica mini NLP-ECIRS con uso de vaina de succión aspirativa ClearPetra.

**Resultados:** Posición Valdivia-Galdakao, punción transpapilar de cáliz inferior renal izquierdo eco-radio guiado con endovisión. Dilatación de 1 paso. Acceso combinado vía anterógrada con mini nefroscopio Olympus, y retrógrada a través de ureterorenoscopia flexible. Se fragmenta litiasis con láser Holmium Lumenis. Aspiración continua de restos litiásicos. Drenaje sólo con catéter doble j 4.8 f. Tiempo quirúrgico de 85 minutos, sangrado no significativo, 1 día de hospitalización y función renal conservada. Control con radiografía reno-vesical post operatoria muestra vía urinaria libre de litiasis significativa.

**Conclusiones:** La vaina de aspiración en NLP es una herramienta novedosa que mejora significativamente los resultados quirúrgicos, mediante la reducción de la presión intraluminal, disminución de la migración de fragmentos litiásicos, mejor visión del campo operatorio y evita el uso de dispositivos accesorios. Ésto impacta en menores complicaciones y disminución de re-intervenciones por litiasis residual.

## V22) CIRUGÍA INTRARRENAL COMBINADA: MIENTRAS MÁS TECNOLOGÍA, MEJOR CLEARENCE LITIÁSICO

Morales, I.(1); Fasce, R.(2); Izquierdo, I.(2); López, L.(3); Morales, C.(1);

(1): Universidad de los Andes - Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile (2):

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery (ECIRS) es un procedimiento endourológico sinérgico, que combina la cirugía intrarrenal retrógrada con la nefrolitotomía percutánea; cuyo objetivo es mejorar la tasa libre de cálculos en un solo procedimiento, con un solo tracto percutáneo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente sexo masculino de 59 años, antecedentes de Hipertensión arterial e Insulinorresistencia, con historia de múltiples episodios de cólico renal derecho e infecciones del tracto urinario superior. PielotAC demuestra pérdida de la arquitectura calicial renal derecha a expensas de litiasis coraliforme de 27 mm en pelvis renal con extensión a cáliz medio e inferior, además litiasis en cáliz superior de 26 mm e inferior de 19 mm. Dado lo anterior, se decide ECIRS.

**TÉCNICA:** Posición supino según Giusti, mínimo levantamiento dorsal. Demarcación de referencias claves para zona segura de punción. Punción de cáliz inferior con técnica 0-90°. Simultáneamente con vaina de acceso ureteral 12-14 Fr se accede a vía excretora iniciando proceso de fragmentación y dusting con láser de alta energía. El objetivo del acceso endoscópico es facilitar y asegurar la punción transpapilar e ir progresivamente disminuyendo la masa litiásica, focalizando el trabajo en aquellos cálices donde el abordaje percutáneo es más difícil. Con el uso de fragmentación con Trilogy, se otorga la posibilidad de realizar succión de fragmentos residuales, mejorando el rendimiento de nuestro clearance y visión durante la cirugía.

**RESULTADOS:** Tiempo operatorio 180 minutos, sin complicaciones. Alta a los 2 días post intervención, sin dolor, orina espontánea. Retiro stent JJ a los 2 meses.

**CONCLUSIÓN:** ECIRS es un procedimiento totalmente estandarizado. Es un abordaje sinérgico que combina el acceso retrógrado como el anterógrado, muy versátil en posición supina. Técnica endourológica eficaz y que entrega una mayor seguridad, permitiendo mejorar la tasa libre de cálculos.

## **V23) TRATAMIENTO INTRARRENAL BILATERAL SIMULTÁNEO CON TÉCNICAS PERCUTÁNEAS Y RETRÓGADA**

Urrea, F.(1); Salvado, J.(2); Cabello, J.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Las Condes, Chile (2): Clínica Santa María, Las Condes, Chile

### **Introducción**

El tratamiento de cálculos renales bilaterales simultáneos representa un desafío terapéutico significativo. En este caso, se presenta un procedimiento combinado y mínimamente invasivo, utilizando técnicas percutáneas y endoscópicas avanzadas, con el objetivo de lograr una resolución eficaz y segura de la litiasis. El abordaje incluyó el uso de una mininefrolitotomía percutánea (MiniPerc) en el riñón derecho, apoyada por un láser de tulio de alta potencia, mientras que el riñón izquierdo fue tratado con ureteroscopia flexible y láser de holmio de alta potencia.

### **Materiales y Métodos**

Se trató a un paciente de 47 años con diagnóstico reciente de HTA, que presentó en ecografía HUN bilateral. Y se decidió manejo mediante un tratamiento simultáneo en ambos riñones:

- Riñón derecho: Se realizó una nefrolitotomía percutánea (MiniPerc), utilizando un acceso de pequeño calibre y láser de tulio de alta potencia para la fragmentación y extracción de los cálculos.
- Riñón izquierdo: Se empleó un ureteroscopio flexible junto con un láser de holmio de alta potencia para el tratamiento endoscópico de los cálculos.

El procedimiento fue realizado bajo anestesia general y con la asistencia de fluoroscopia para la correcta visualización y localización de los cálculos en ambos riñones. Los parámetros de energía del láser de tulio y holmio fueron ajustados para asegurar una fragmentación efectiva y la minimización del daño térmico al tejido circundante.

### Conclusiones

El tratamiento intrarrenal bilateral simultáneo utilizando técnicas combinadas de MiniPerc con láser de tulio y ureteroscopia flexible con láser de holmio demostró ser una opción segura y eficaz para el manejo de la litiasis renal bilateral. El enfoque mínimamente invasivo permitió una rápida recuperación del paciente, con una alta tasa de eliminación de cálculos y mínimas complicaciones intra y postoperatorias. Este caso resalta la viabilidad del uso de tecnologías láser avanzadas para el tratamiento de patologías renales complejas.

### V24) MINIPERC EN LITIASIS DE CÁLIZ SUPERIOR, ¿ES UN DESAFÍO REALIZARLO EN DECÚBITO SUPINO?

Morales, C.(1); Fasce, R.(2); Izquierdo, I.(2); López, L.(3); Morales, I.(1);

(1): Universidad de los Andes - Hospital Parroquial San Bernardo, Santiago, Chile (2):

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El abordaje percutáneo es el actual gold standard para nefrolitiasis mayores de 20 mm, con una alta tasa libre de cálculos. Sus desventajas a lo largo de la historia han sido las complicaciones, como una tasa de transfusión hasta un 15%. Es por ello que la idea de la miniaturización (MiniPERC) de este procedimiento nació como el tratamiento ideal en combinar la baja mortalidad de la Litotricia intracorpórea, con la alta tasa libre de cálculos de la NLPC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hombre de 57 años, sano, historia de 3 meses de evolución de cólico renal derecho, asociado a hematuria. Niega fiebre y expulsión de litos; con instalación de

pigtail derecho por episodios similares. PielotAC actual informa nefrolitiasis derecha en cáliz superior (GCS) de 34x12 mm (1190 UH), sin hidroureteronefrosis + ureterolitiasis derecha en tercio medio de 18x4.5 mm (1120 UH), pigtail derecho in situ, normoinserito. Se planifica MiniPERC derecho con punción en GCS y Ureterolitotomía láser ipsilateral.

**TÉCNICA:** Posición supina de Giusti. Ingreso con ureteroscopio a vejiga y se exterioriza pigtail de cirugía previa. Ascenso de guía hidrofílica que queda de seguridad. Ingreso con ureteroscopio y se identifica lito ureteral en tercio medio, el cual se pulveriza con energía láser. Ureteropielografía retrógrada. Punción de cáliz superior con técnica 0-90°. Paso de guía hidrofílica que se logra exteriorizar por meato uretral (guía de máxima seguridad). Dilatación con alken hasta 18 Fr. Se utiliza nefroscopio 15 Fr. Identificación de lito en cáliz superior, se pulveriza con energía láser Holmium sin incidentes. Se obtienen fragmentos con efecto vacío por nefroscopio. Nefroscopía sin litos residuales. Se deja catéter ureteral unido a sonda Foley 18 Fr. Se retira nefroscopio bajo visión directa, sin sangrado visible, sin lesión de órganos vecinos. Sutura a piel.

**RESULTADOS:** Tiempo operatorio de 150 minutos. Tubeless. Sin complicaciones. Alta a domicilio al primer día postoperatorio, sin dolor, orinando espontáneo.

**CONCLUSIÓN:** El MiniPERC es una herramienta eficaz para el manejo de cálculos entre 20-40 mm, independientemente del lugar anatómico en que se encuentren, siendo la punción del GCS factible de realizar en la posición supina.

## TI1) TRABAJOS DE INGRESO

### TI1) IMPLEMENTACIÓN DE SONDAS ABIERTAS EN HIPOSPADIAS, EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARIÁN

Celis, S.(1); Sepúlveda, X.(1); Figueroa, S.(1); Reyes, D.(1);  
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

#### Introducción:

La hipospadias es la malformación congénita del pene más frecuente, con una incidencia de 1 en 200-300 recién nacidos varones. La corrección se realiza idealmente entre los 6-18 meses de vida, siendo parte de la cirugía el uso de sonda o tutor uretral. La normativa de muchos centros obliga el uso de sistemas cerrados, con bolsas recolectoras, lo que puede facilitar tracción y desplazamiento de las sondas, que se evitaría con sistemas abiertos, con numerosas publicaciones que la apoyan.

Basado en esto, se inició un protocolo de manejo de hipospadias con sondas abiertas que se implementó durante el año 2023.



### **Materiales y método:**

Estudio prospectivo descriptivo en que se realiza seguimiento a todos los pacientes operados de hipospadias y patología genital que en su post operatorio se manejan con sonda abierta

Se evaluará complicaciones como desplazamiento, sangrado e infección urinaria.

### **Resultados:**

Se implementa el protocolo en forma oficial el mes de Septiembre del 2023.

Desde entonces 25 pacientes han sido sometidos a cirugía de hipospadias, malformaciones de pene o uretra quedando con sondas a sistema abierto.

Se realizó capacitación a enfermeras y folletos para padres.

El número de días promedio con sonda fue de 7 días (1-10)

Se retira sonda en policlínico de Urología Pediátrica, por médico a cargo.

No se reportan infecciones ni desplazamiento en este periodo

Se debe realizar cambio de curación o adelantar retiro 24 horas por deposiciones en curación en 2 pacientes sin que se reporten casos de infección

### **Conclusión:**

El manejo de sondas a sistema abierto (doble pañal) en lactantes y pre escolares sometidos a cirugía de corrección de hipospadias es seguro desde el punto de vista clínico, fácil de usar y de capacitar a los padres y consideramos que es el estándar de cuidado en este tipo de cirugías.

### **TI3) INICIOS Y EXPERIENCIA ACTUAL EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS DOPPLER DE PENE EN MANOS DEL URÓLOGO.**

Moreno Figueroa, S.(1);

(1): Clínica Santa María, Santiago, Chile

**Título: Inicios y experiencia actual en la realización de ecografías doppler de pene en manos del urólogo.**

**Introducción:** La ecografía doppler de pene es un examen radiológico que requiere de experiencia, paciencia y dedicación. Habitualmente es realizado por médicos radiólogos, sin embargo, en la actualidad existe un creciente interés por médicos urólogos en participar en la realización de este examen con ventajas asociadas a su ejecución.

**Objetivo:** Mostrar la implementación, experiencia actual y posibles ventajas en la realización de ecografías doppler de pene por un urólogo.

**Método:** Trabajo descriptivo que muestra la implementación de la técnica de ecografía doppler de pene. Se expone además la experiencia acumulada en la realización de este examen en manos de un urólogo.

**Resultados:** En un periodo de cuatro años 325 pacientes se realizaron una ecotomografía doppler de pene en nuestro centro. La edad promedio fue de 57 años (29-83 años). De éstos 81.5% tenían como indicación disfunción eréctil (DE), 11.7% Enfermedad de la Peyronie, 5.2% DE más Enfermedad de la Peyronie y 1.5% otra patología. De acuerdo al IIEF-6 el 42% de los pacientes presenta DE severa. Desde el punto de vista vascular un 45.8% de los pacientes tenía una ecografía normal, un 12% insuficiencia arterial, un 30% insuficiencia venosa, un 0.9% insuficiencia mixta borderline y un 10.8% insuficiencia mixta.

**Conclusiones:** La ecografía doppler de pene no es una técnica compleja de aprender, sin embargo requiere dedicación y paciencia en su implementación y desarrollo. Creemos que este examen realizado por manos de un urólogo permite entregar información adicional valiosa.

#### **TI4) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO (LFT); EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTROS PRIMEROS 62 CASOS**

Poblete, R.(1); Bonomo, J.(1); Storme, O.(2); Ledezma, R.(3); Acosta, A.(4);

(1): Clinica Red Salud Rancagua, Rancagua, Chile (2): Clinica Red Salud, Santiago, Chile (3): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Interno Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**Introducción** La enucleación prostática con láser de Holmio rápidamente se ha convertido en el Gold Standard del tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna, de esta misma forma otras energías como el Tulio y Fibra de Tulio se han postulado como muy buenas alternativas en cuanto a eficacia y seguridad para nuestros pacientes.

**Materiales y Métodos** Serie de 62 pacientes con Síntomas del tracto urinario inferior producidos por hiperplasia prostática benigna obstructiva, fueron sometidos a cirugía con TFL entre Octubre del año 2021 y Agosto del año 2024. Los primeros 16 casos fueron proctorizados. El estudio pre operatorio fue con ecografía y Resonancia nuclear magnética en casos seleccionados, Antígeno prostático (APE) y además Uroflujometría (UFM). Se realizó un análisis de las siguientes variables: edad de los pacientes, tiempo quirúrgico, biopsia, gramos resecados, UFM control, APE control, días de sonda, días de hospitalización y presencia de complicaciones intra o post operatorias.

**Resultados** La edad promedio fue 65 años, el volumen prostático promedio pre operatorio por ecografía fue de 52 cc y por RNM 63 cc, el APE pre operatorio promedio fue de 3,9 ng/dl y post operatorio de 0,87 ng/dl, el flujo máximo pre operatorio fue de 10,8 ml/seg y post operatorio de 28 ml/seg, el tiempo quirúrgico promedio fue de 126 minutos, los gramos resecados promedio fueron 18,8 gr (mínimo de 1 gr y máximo de 76 gr), el promedio de días de uso de sonda foley post operatorio fue de 5,1 días y un promedio de 1,03 días de hospitalización. Complicaciones post operatorias en 14 pacientes; esclerosis de cuello vesical (1,6%), estrechez de fosa navicular (8 %), estrechez de uretra bulbar (3,2%), retención aguda

de orina (4,8%), hematuria post operatoria (1,6%), fiebre (1,6%), incontinencia de orina transitoria (1,6%).

**Conclusiones** La cirugía prostática con LFT representa una alternativa efectiva en el tratamiento de la Hiperplasia prostática obstructiva según nuestra experiencia. Las complicaciones descritas son parte del desarrollo de la curva de aprendizaje y similares a las descritas en la literatura.

## **T15) NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA CON HOLEP: IMPLEMENTACIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO.**

Donoso Machuca, E.(1); Mejias Briceño, O.(1); Morales Butteler, J.(1); Silva Bittner, D.(1); Ruiz Espinosa, T.(1); Rodriguez Christian, D.(1); Rojas Castiglioni, I.(1); Punte Menéndez, T.(1); Molina Pire, B.(1); Osorio Martini, F.(1); Barroso Salvestrini, J.(1); Otaola Arca, H.(1); Catalán Ancic, G.(1);

(1): Facultad de Medicina, Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

**Introducción:** Históricamente, el manejo quirúrgico del crecimiento prostático benigno (CPB) ha sido la resección transuretral de la próstata (RTU-p). Enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) ha ido desplazando lentamente a la RTU-p como la técnica estándar en CPB. Hay escasos reportes de programas de implementación de HoLEP en nuestro país. Nuestro objetivo es describir la implementación del programa de HoLEP y analizar sus resultados preliminares en nuestro Hospital.

**Material y método:** Análisis prospectivo de los primeros casos de HoLEP en nuestra institución; resultados quirúrgicos y funcionales a corto plazo. Se incluyeron todas las cirugías de HoLEP entre mayo y julio 2024 en el Hospital Padre Hurtado. HoLEP fue realizada por 2 cirujanos. Se registraron características perioperatorias, quirúrgicas, funcionales y complicaciones en programa IBM SPSS v29.0. Se analizaron diferencias clínicas al mes post cirugía utilizando prueba estadística Wilcoxon ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** Edad media fue 66 (57-80) años, volumen prostático medio 87 (26-156) mL. El tiempo enucleación medio fue 78 (30-150) minutos. El tiempo medio de hospitalización fue 1.7 días (1-7). El promedio de tejido prostático removido fue 40 (5-155) gramos. Comparamos score IPSS e índice calidad de vida pre y postoperatorio, evidenciamos una mejoría significativa al mes post cirugía ( $p < 0.05$ ). No se registraron casos de conversión a RTU-P, cirugía abierta ni necesidad de transfusión.

**Conclusiones:** HoLEP es una cirugía eficaz y confiable para el CPB, con excelentes resultados quirúrgicos y funcionales. Si bien nuestros resultados son preliminares, concluimos que la implementación de un programa HoLEP en centros de salud pública resulta factible y necesaria.

## TI6) ANÁLISIS DE RECIDIVA Y PROGRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO CLÍNICO

Narvaez Fuentes, P.(1); Mercader Barrull, C.(2); Sureda, J.(2); Oyanedel Farias, F.(3); Carbonell, E.(2); Alfambra, H.(2); Cancino Bustos, C.(4); Valenzuela Grau, F.(5); Gonzalez, C.(6); Borja Niama, A.(7); Vilaseca Cabo, A.(2); Alcaraz Asencio, A.(2); Ribal Caparros, M.(2); (1): DEPARTAMENTO UROLOGIA HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU, SANTIAGO, CHILE (2): Departamento Urología Hospital Clínic de Barcelona., BARCELONA, ESPAÑA (3): DEPARTAMENTO UROLOGIA HOSPITAL BASE DE VALDIVIA, VALDIVIA, CHILE (4): Departamento de Urología Hospital Higuera de Talcahuano, CONCEPCION, CHILE (5): Departamento de Urología de Hospital de la Serena., LA SERENA, CHILE (6): UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLIN, COLOMBIA (7): DEPARTAMENTO UROLOGIA FAMILY MED, RIOBAMBA, ESCUADOR

**Introducción:** El cáncer de vejiga (CV) es el noveno más diagnosticado mundialmente. Existen disparidades de género en cuanto a incidencia y pronóstico, con las mujeres presentando etapas más avanzadas y resultados menos favorables que los hombres. Estas diferencias pueden deberse a factores biológicos, hormonales y/o a retrasos en el diagnóstico. El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias pronósticas entre hombres y mujeres en una cohorte de pacientes con CV no músculo invasivo (CVNMI) atendidos en el Hospital Clínic de Barcelona.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo donde se analizaron una cohorte retrospectiva de 434 pacientes con CVNMI, y una cohorte prospectiva de 87 pacientes sometidos a cistoscopia inicial en este centro. Se recolectaron datos clínicos y patológicos, y se analizaron tiempos de espera y consultas previas al diagnóstico definitivo. Se ajustó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para evaluar la relación entre el género y la recurrencia y progresión, controlando factores de riesgo según el modelo EAU NMIBC. Las probabilidades libres de eventos se estimaron mediante Kaplan-Meier y se compararon con la prueba de rango logarítmico. En la segunda cohorte, se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas según la normalidad de los datos, y se eliminaron outliers utilizando el rango intercuartílico. Se utilizó el programa Stata 17.0 para realizar los análisis estadísticos.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en la recidiva (HR 1.25, IC 95%, 0.24 - 1.57, p=0.194) ni en la progresión (HR 0.61, IC 95%, 0.24 - 1.57, p=0.306) del CVNMI entre hombres y mujeres. Las características clínico-patológicas y tratamientos fueron comparables entre géneros. Los tiempos de espera y el circuito diagnóstico-terapéutico también fueron equivalentes entre sexos.

**Conclusión:** En nuestra cohorte, el pronóstico entre hombres y mujeres con CVNMI fue similar, no asociándose el género a un peor resultado en cuanto a supervivencia y progresión de CVNMI. Estos hallazgos destacan la importancia de un manejo clínico uniforme para reducir

disparidades de género en el pronóstico del CV, subrayando la necesidad de un enfoque personalizado y específico de género en la atención del cáncer vesical.

## **TI7) IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA RUTA CLÍNICA DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: UN MODELO DE GESTIÓN EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA DE REFERENCIA EN CHILE.**

Duhalde, K.(1); Vera, M.(1); Leiva, P.(1); Diaz, J.(1); Sandoval, C.(1); Recabal, P.(1); Vidal, Á.(1); Iñiguez, S.(1); Falcon, C.(1); Altamirano Villarroel, J.(1);  
(1): Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

**Introducción.** El adenocarcinoma de próstata (CAP) es la neoplasia maligna más frecuente en hombres en Chile . Los prestadores de salud buscan optimizar la atención, generando valor mediante mejores resultados clínicos y eficiencia en el servicio para estos pacientes, enfocada en la actualización basada en evidencia, un sistema de indicadores de gestión clínica y sus resultados, y ciclos de evaluación multidisciplinaria. **Materiales y Métodos.** El modelo se implementa considerando: i) documentación de la práctica médica local, (ii) diseño y medición de indicadores de cumplimiento y latencias entre hitos claves: confirmación diagnóstica, comité oncológico, realización de tratamiento, (iii) obtención de resultados de medición (iv) realización de reuniones multidisciplinarias para aumentar el valor **Resultados.** Entre el 2021 hasta el 2024 el algoritmo clínico de la ruta se ha actualizado en siete ocasiones, donde el 2024 se centró en aumentar la capacidad de atención del equipo médico en la etapa de seguimiento de los pacientes tratados, mediante la incorporación del programa de enfermeras como agentes principales en la atención al paciente en la etapa posterior al tratamiento. El año 2023 se realizaron 309 prostatectomías radicales. Entre el 2023 y 2024 mediante gestión de los equipos se logró aumentar la adherencia de los pacientes a la ruta clínica desde un 94% a un 99% y además de disminuir en un 35% el tiempo de espera de los pacientes a cirugía. Los ciclos de evaluación realizados en reuniones multidisciplinarias gatillaron el diseño de un modelo de priorización basado en las características clínicas de cada paciente el cual establece tiempos de espera máximos según la necesidad de cada perfil con el fin de optimizar el flujo de la ruta clínica y asegurar la atención oportuna a pacientes oncológicos **Conclusiones.** La implementación de la CAP y sus indicadores de adherencia ha permitido caracterizar el flujo de pacientes a nivel local y evaluar el cumplimiento de hitos clave. Esto ha impulsado estrategias multidisciplinarias para optimizar la gestión oncológica, mejorando los tiempos de espera, la adherencia a la ruta clínica, además de diseñar un modelo de priorización basado en las necesidades clínicas, a implementar a corto plazo.

## **TI8) ¿ES RAZONABLE REALIZAR UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT (RALP) EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS?: ESTUDIO PROSPECTIVO EN CENTRO ÚNICO**

Orvieto Sagredo, M.(1); Pinochet, R.(1); Otaola Arca, H.(1); Eltit, I.(1);  
(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** La prostatectomía radical (RP) es el tratamiento recomendado para el cáncer de próstata localizado en pacientes con una expectativa de vida mayor a 10 años. Sin embargo, muchos no se someten a PR, y se opta por la terapia de privación de andrógenos (ADT), a pesar del mayor riesgo cardiovascular asociado. No existen herramientas confiables que permitan un cálculo acertado de la esperanza de vida. Este estudio prospectivo tiene como objetivo evaluar los resultados funcionales, oncológicos y las complicaciones en pacientes mayores de 75 años sometidos a RALP (robotic-assisted laparoscopic prostatectomy).

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo no aleatorizado centro unico, que incluyó pacientes mayores de 75 años con cáncer de próstata localizado que optaron por RALP. Se recolectaron datos demográficos, índice de masa corporal, tamaño prostático, PSA preoperatorio, complicaciones intraoperatorias, preservación del paquete neurovascular (PNV), márgenes quirúrgicos, recurrencia bioquímica, continencia social y mortalidad. El seguimiento se llevó a cabo a las 3 semanas, 3 meses y luego según indicación clínica. Los datos se recolectaron en RedCAP y se analizaron en SPSS.

**Resultados:** Entre 2015 y 2024, 110 pacientes mayores de 75 años fueron sometidos a RALP. El 53,3% usaba catéter de Foley antes de la cirugía y el 9% era sexualmente activo. El 22,2% presentó ISUP 5 preoperatorio. El tiempo quirúrgico promedio fue de 194 minutos, con una tasa de complicaciones intraoperatorias del 1,8%, que incluyó lesiones vasculares e intestinales, de las cuales solo una requirió conversión a cirugía abierta. Se realizó preservación de bandeletas en el 56.8%. La estancia hospitalaria media fue de 2 días y el uso de sonda 8 días. Los márgenes quirúrgicos fueron positivos en el 29,1% de los casos, y el 16,3% presentaba ganglios linfáticos afectados. El 9,3% tuvo persistencia del PSA y el 6,5% recurrencia bioquímica. El 89,1% alcanzó continencia social (uso de 0-1 pañales). Hubo dos muertes, una atribuida al cáncer de próstata.

**Conclusiones:** Nuestros resultados apoyan el uso seguro y eficaz de RALP en pacientes mayores. Se requieren estudios adicionales para validar estos resultados y optimizar el tratamiento en esta población.

## PA) PÓSTERES UROLOGÍA ADULTO

P01) CORPOROPLASTÍA CON RESECCIÓN DE PLACA, INJERTO Y PRÓTESIS DE PENE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE Y CURVATURAS COMPLEJAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 15 PACIENTES CONSECUTIVOS

Marconi, M.(1); Ortiz, L.(1); Giacaman, I.(1);

(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

## **Introducción**

En una pequeña proporción de pacientes con Enfermedad de La Peyronie la complejidad de la curvatura y su asociación a disfunción eréctil moderada o severa obligan a plantear una cirugía combinada de resección de la placa, instalación de prótesis de pene e injerto para cubrir el defecto.

## **Objetivo**

Describir una serie chilena de 15 pacientes consecutivos operados a través de esta técnica.

## **Materiales y Métodos**

Estudio retrospectivo y descriptivo, desde el año 2014 al 2024 en solo centro por un solo cirujano. A todos los pacientes se les realizó Doppler de Pene con inyectoterapia preoperatorio.

## **Resultados**

El promedio de edad de los pacientes fue de 55.5 años (46-64). Siete pacientes presentaban solo curvatura dorsal con un promedio de 52 grados (40-90). Ocho pacientes tenían curvaturas mixtas con: deformidad dorsal o lateral asociada a deformidad en reloj de arena y/o rotación. 1 tenía DE leve, 7 DE moderada, 7 DE severa. En 14 pacientes se instalaron prótesis maleables, en un caso una prótesis inflable. En todos los casos se reseco la placa dorsal completa y a través de ese defecto se instaló prótesis. Se utilizó injerto de pericardio bovino con un tamaño promedio del defecto cubierto de 3.5 cm x 3 cm de ancho. Se utilizaron prótesis maleables de 11 mm de diámetro en 12 pacientes, de 13 mm en 2 pacientes y una inflable en un caso. El aumento del largo promedio del pene preop versus postop fue de 2.4 cm (1.5-4.0). El periodo de seguimiento promedio fue de 11 meses (rango 7 - 48). Doce pacientes presentaron hipoestesia transitoria del glande hasta 9 meses post operados. Dos pacientes presentaron isquemia superficial del glande con pérdida parcial de mucosa, ambos se manejaron de forma conservadora. No se registraron re operaciones ni infecciones de las prótesis. Al último control post op todos los pacientes se encontraban sexualmente activos.

## **Conclusión**



En pacientes seleccionados la resección de placa asociada a instalación de prótesis de pene e injerto es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de pacientes con curvaturas complejas asociadas a disfunción eréctil en Enfermedad de La Peyronie.

## **P02) USO DE UN MODELO 3D PARA LA PLANIFICACIÓN Y CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

Olivares, V.(1); Poblete, M.(1); Maldonado, F.(1); Pfeifer, J.(2); Moreno, S.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

La Enfermedad de La Peyronie (EP) es una condición adquirida caracterizada por la formación de una placa fibrosa en la túnica albugínea peneana, con una prevalencia del 3-9%. Esta enfermedad puede deteriorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus parejas. En etapas tempranas, el tratamiento generalmente se limita a analgésicos, pero en casos avanzados, puede ser necesaria una cirugía, especialmente si la deformidad afecta la función sexual. El objetivo de este trabajo es presentar el primer paciente diagnosticado con EP que a partir de una modelaje 3D se planifica cirugía de corrección con injerto

Hombre de 53 años hipertenso, insulinoresistente y tabáquico, consultó por cuadro de 6 meses de dolor y curvatura peneana de 80° a la erección comprometiendo su vida sexual. El examen físico reveló un pene de 15 cm en stretch. Se diagnostica placa dorsal no calcificada de 19.1 x 16.6 x 2.4 mm mediante ecografía doppler. Con un escáner 3D se logró crear un modelo tridimensional del pene utilizando filamento de ácido poliláctico (PLA) y poliuretano termoplástico (TPU), donde se practicó previamente la cirugía, facilitando la planificación quirúrgica haciéndola más precisa, pronosticando la necesidad de un parche de 4x3cm.

El procedimiento quirúrgico incluyó una incisión subcoronal, desforramiento del pene, disección parauretral y una erección artificial para evaluar la curvatura. Se identificó placa indurada dorsal y se realizó incisión en forma de H para su resección, dejando defecto de 4x3 cm. Se colocó parche de pericardio bovino Xenosure en el área afectada. Finalmente, cierre de herida en dos planos y se completó la circuncisión.

Paciente presentó evolución favorable, dado de alta al día siguiente. En control postoperatorio, presentó una erección normal a los 7 días y erecciones nocturnas a la tercera semana. Al examen físico se evidenció un aumento de 1.5 cm en la longitud en stretch. Actualmente presenta actividad sexual normal y sin dolor peneano.

Este caso destaca la utilidad de los modelos 3D en la planificación quirúrgica de la EP para una evaluación más precisa y una mejor comunicación de los resultados esperados.

### P03) INFLUENCIA DE LOS BORDES POSITIVOS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL EN RESULTADOS ONCOLÓGICOS INTERMEDIOS PARA SOBREVIDA

Parrao, D.(1); Saavedra, C.(1); Larrañaga, M.(2); Nova, A.(2); Valero, G.(2); Tagle, R.(2); Sanhouse, R.(2); Soto, F.(2); Bravo, J.(2);

(1): Universidad O'Higgins, Rancagua, Chile (2): Hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de prostata (CaP) corresponde al segundo cáncer más común de los países occidentales y en Chile, ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia de cáncer en hombres. El tratamiento quirúrgico mediante prostatectomía radical es el manejo de elección para CaP localizado. Los márgenes quirúrgicos positivos (MQP) son consistentes e independientemente asociados con un aumento de la recidiva bioquímica (RBQ), 1.5 veces por sobre la enfermedad órgano confinada, aunque el impacto en los resultados a largo plazo incluidos metástasis, resistencia a castración y sobrevida cáncer específica siguen siendo controversiales. La larga historia natural del CaP presenta un desafío para los ensayos clínicos diseñados para mejorar la sobrevida global. Es por esto por lo que quisimos evaluar la influencia de los bordes quirúrgicos positivos en los determinantes de progresión de enfermedad y como eventual predictor de sobrevida usando los outcomes intermedios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio no experimental, retrospectivo. Información extraída de base de datos institucional de pacientes sometidos a prostatectomía radical entre enero del 2015 y marzo 2024. Se comparó entre pacientes con bordes positivos versus negativos los meses a RBQ, muerte cáncer específica, sobrevida global y sobrevida libre de metástasis. El análisis se realizó mediante Chi<sup>2</sup>/ Regresiones logísticas/ y curvas de Kaplan-Meier, según correspondiera. **RESULTADOS:** En el periodo de estudio se realizaron 346 prostatectomías radicales con datos completos para incorporarse al estudio, de las cuales 134 tenían márgenes positivos. Hubo diferencia estadística cuando se comparó sobrevida libre de RBQ (p 0.01), y sobrevida cáncer específica (p 0.041), no así para sobrevida libre de metástasis (p 0.77), y sobrevida global (p 0.94), entre aquellos con bordes positivos y negativos tras la prostatectomía radical. Tras regresión logística multivariada para evaluar determinantes quirúrgicas y pre quirúrgicas asociadas a márgenes positivos (edad, Gleason pre y post operatorio, APE, riesgo, compromiso extra prostático, CaP significativo), estos tres últimos presentaron relación significativa (p 0.001). **CONCLUSIONES:** Los márgenes positivos se asociaron con disminución de la sobrevida libre de RBQ y sobrevida cáncer específica en nuestro centro, pudiendo establecer que son una variable a considerar en el manejo y seguimiento de los pacientes con CaP.

### P04) UPGRADING Y PATOLOGIA ADVERSA EN UNA SERIE CONTEMPORANEA DE CANCER DE PROSTATA DE BAJO RIESGO SOMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL

Aliaga, A.(1); Eltit, I.(1); Bernier, P.(1); Orvieto, M.(1); Otaola, H.(1); Souper, R.(1); Pinochet, R.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

## **Introducción:**

En la actualidad tanto guías europeas como norteamericanas recomiendan la vigilancia activa como tratamiento preferente en el cáncer de próstata de bajo riesgo. Sin embargo, se han reportado prevalencias de *upgrading/upstaging* de hasta un 50% en estos pacientes. El objetivo de este estudio fue determinar las prevalencias de *upgrading* y patología adversa en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo sometidos a prostatectomía radical, utilizando resonancia magnética preoperatoria (MRI).

## **Materiales**

y

## **métodos:**

Utilizando una base de datos institucional con registro retro y prospectivo, se identificaron pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo (ISUP 1, PSA < 10,  $\leq$ cT2a) sometidos a prostatectomía radical con RM preoperatoria. Se evaluaron las prevalencias de *upgrading*, patología adversa (ISUP  $\geq$  3, pT3 o N+) y enfermedad no órgano-confinada (pT3 o N+) y se determinaron factores de riesgo asociados.

## **Resultados:**

158 pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo se sometieron a prostatectomía radical. La edad promedio fue de 63.9 años y el PSA promedio fue de 5.52 ng/dl, 112 pacientes (71,4%) tenían lesiones PIRADS 4-5. Tras la prostatectomía radical, el 80.4% de los pacientes presentó *Upgrading*, 40 pacientes (25.3%) presentaron patología adversa y 27 pacientes (17.1%) mostraron enfermedad no órgano-confinada.

En un modelo de regresión logística binaria, se observó que solo la presencia de lesiones PIRADS 5 aumenta significativamente el riesgo de patología adversa, en comparación con pacientes con lesiones PIRADS  $\leq$  3 con un odds ratio de 3.29 (p=0.021) para presentar patología adversa en la PRR.

## **Conclusión:**

En esta serie contemporánea de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo, se observó

una alta prevalencia de *upgrading* y patología adversa tras la prostatectomía radical, esta serie presenta una alta incidencia de lesiones clínicamente significativas en la resonancia, lo que puede explicar la alta tasa de *upgrading*. La presencia de lesiones pirads 5 incrementa significativamente el riesgo de presentar patología adversa. Estos hallazgos confirman la importancia de la MRI como predictor de riesgo de enfermedad clínicamente significativa y su uso e interpretación debiese ser extendido a todo paciente con cáncer de próstata de bajo riesgo en que se desee ofrecer vigilancia activa

## **P05) DE LA PELVIS AL CEREBRO: DEBUT DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CON SÍNDROME DE COLLET- SICARD**

López Radtke, V.(1); Parada Bahamondes, F.(1); Orrego Álvarez, J.(2); Fernández Villavicencio, S.(3); Loyola Muñoz, M.(1); Ramírez Rocha, G.(1); Luz Montecinos, D.(1); Eltit Soler, I.(1); Arias Castro, E.(4); Hassi Román, M.(1); Domínguez Argomedo, R.(1); Barría Oyarce, S.(1);

(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile (3): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (4): Hospital de Peñaflo, Santiago, Chile

### **Introducción**

Las metástasis craneales son infrecuentes, se asocian principalmente a cáncer de próstata (CaP) (6,3%), mama (54.9%) y pulmón (14,4%). Una manifestación infrecuente es el síndrome de Collet–Sicard. Corresponde a un compromiso unilateral de pares craneales, específicamente los nervios IX, X, XI y XII, secundario a lesiones en base de cráneo que afectan el foramen yugular y el canal hipogloso.

Se reportan solo 51 casos de este síndrome, entre 1915 y 2012, siendo el primer caso reportado en Chile secundario a metástasis por CaP. Consiste en disfonía, disfagia, disminución del reflejo nauseoso, atrofia del músculo trapecio, esternocleidomastoideo y desviación lingual.

Su principal etiología son metástasis de base de cráneo (17,8%). La resonancia con gadolinio es el gold estándar para el diagnóstico. Puede indicarse radioterapia a la lesión y corticoides sistémicos para el alivio sintomático. Sin embargo, el pronóstico está determinado por la neoplasia primaria.

### **Caso clínico**

Hombre, 67 años, antecedente de hipertensión arterial, presenta clínica de 1 mes de cervicalgia izquierda, disfagia lórica y disfonía. Neurología descarta accidente isquémico agudo.

Se pesquisa antígeno prostático (PSA) de 44 ng/ml y RNM informa PIRADS-5 con múltiples adenopatías pélvicas de aspecto metastásico y compromiso ureteral bilateral. Biopsia compatible con CaP ISUP 5 múltiples cores. TC TAP con metástasis pulmonares y hidroureteronefrosis bilateral. Cursa con falla renal postrenal, se realiza instalación de JJ anterógrados.

Clínicamente presenta disfonía bitonal, atrofia y paresia lingual izquierda, reflejo nauseoso disminuido y paresia del músculo esternocleidomastoideo y trapecio ipsilateral. Neuroimágenes reportan lesión en cóndilo occipital izquierdo con infiltración tumoral de foramen hipogloso con extensión al bulbo yugular, sospechoso de metástasis. Cuadro compatible con síndrome de Collet-Sicard. Neurocirugía desestima cirugía.

Entonces, CaP metastásico de novo alto volumen, inicia Terapia de deprivación androgénica(TDA), Docetaxel y Darolutamida. Actualmente, clínica neurológica estable, PSA 3.96 ng/ml. TT < 7 ng/dl, en 5to ciclo Docetaxel.

## Conclusión

Las metástasis craneales por CaP son infrecuentes y su diagnóstico es un desafío. Es fundamental el manejo multidisciplinario, siempre teniendo en consideración que lo primordial es el tratamiento de la neoplasia primaria.

## P06) PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI: REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 50 CASOS

Jacobelli Ovalle, A.(1); Boysen, S.(2); Fernández, J.(1); Izquierdo, I.(1); Horn, C.(3); Vivaldi, B.(3); Sáez, I.(3); Domenech, A.(3); Morales, I.(3); Coz, F.(3); Guzmán, S.(3);

(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): University of Arkansas, Santiago, Chile (3): Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** la prostatectomía radical robótica ha demostrado ser superior a la prostatectomía radical abierta en términos de estadía hospitalaria, complicaciones perioperatorias y en tiempo quirúrgico. La evidencia actual sugiere que estas técnicas son equivalentes en cuanto a resultados oncológicos y funcionales. En los últimos años se ha visto un aumento importante en la disponibilidad de la cirugía robótica en nuestro país. **Material y métodos:** analizamos de manera retrospectiva las características demográficas, el estudio preoperatorio, los datos intraoperatorios, la biopsia postoperatoria y controles post operatorios de 50 pacientes operados de manera consecutiva entre los años 2023 y 2024 en

la Clínica Universidad de los Andes. **Resultado:** nuestra población de pacientes tenía una edad media de 66,3 ( $\pm$  8,5) años. El APE preoperatorio promedio fue de 7,5 ( $\pm$  6,1) ng/mL. El 40% de los pacientes tenía una histología preoperatoria de grado ISUP 3 o superior. Según la clasificación de riesgo de D'Amico, el 40% de los pacientes eran de alto riesgo. El tiempo operatorio total promedio fue de 123,2 ( $\pm$  27,2) minutos. A lo largo de la serie, la regresión lineal sugiere una disminución de 29,4 minutos en el tiempo operatorio ( $p$  value  $<$  0,05). No hubo complicaciones Clavien-Dindo III-IV-V. Tras el análisis de la pieza operatoria, el 66% de nuestros pacientes fueron pT3. Los márgenes quirúrgicos en pacientes pT2 fueron del 14%. Los tiempos medios de hospitalización y sonda Foley fueron de 1,83 ( $\pm$  0,83) y 5,31 ( $\pm$  1,41) días, respectivamente. La tasa de continencia precoz (2-3 meses) fue de 58% (0 paños al día) y 85% (máximo 1 paño al día). **Discusión:** la prostatectomía radical asistida con robot Da Vinci en nuestra serie inicial ha demostrado ser una técnica segura y con buenos resultados oncológicos. Hace falta un mayor periodo de seguimiento para una adecuada evaluación de los resultados funcionales

## P07) IMPLEMENTACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA EN EL NORTE DE CHILE: MANEJO URO-ONCOLOGICO EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE BAJO VOLUMEN

Vera Veliz, A.(1); Pinto Martinez, U.(2); Ascanio Rojas, J.(2); Jaque Jaque, C.(2); Bustamante Valenzuela, P.(2); Muñoz Hernandez, J.(2); Acuña Galvez, E.(2);

(1): Hospital Dr Antonio Tirado Lanás - Hospital San Juan de Dios, Ovalle - La Serena, Chile

(2): Hospital Dr Antonio Tirado Lanás, Ovalle, Chile

**INTRODUCCION:**La cirugía robótica se convirtió en el abordaje de elección para el manejo quirúrgico de la patología uro-oncológica, sin embargo, la cirugía tradicional abierta sigue siendo la técnica predilecta en muchos centros asistenciales, sobretodo, si son de bajo volumen, pertenecen al sistema público y se ubican en regiones. El abordaje laparoscópico reaparece como una excelente alternativa mínimamente invasiva en aquellos lugares que aún no logran implementar la cirugía robótica.

**OBJETIVO:**Describir los resultados de la CirugíaLaparoscopica avanzada Uro-Oncologica realizada en un hospital público de bajo volumen.

**MATERIAL-METODO:**Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todas las cirugías laparoscopicas del Hospital de Ovalle con diagnostico oncológico pre-operatorio desde Septiembre2017 a Julio2024. Se describen características demográficas, quirúrgicos y oncológicos.

**RESULTADOS:**Se incluyeron 133intervenciones quirúrgicas(131pacientes). Desde el 2020 se realizaron el 97,7% de las CirugíasLaparoscópicas. Solo durante el 2024 se realizó el 23% de

esta cohorte. El 91,7% corresponde a un mismo 1er Cirujano. Edad 67 años (24-88). Un cuarto son mujeres. Distribución cronológica desde el 1er caso de cada cirugía:

Nefrectomía-Radical (NR): Desde Septiembre 2017 N: 37 casos. Tamaño Tumoral 8,8 cm (2,5 - 20).

Tumorectomía-Renal (NP): Desde Diciembre 2019 N: 41 casos. Tamaño Tumoral 3,5 cm (1-10); 24,4% técnicamente alta complejidad quirúrgica.

Nefroureterectomía (NUR): Agosto 2021 N: 4 casos. Todos UTUC Alto Riesgo.

Suprarrenalectomía (SR): Desde Agosto 2021 N: 4: 2 casos incidentaloma > 4 cm y 2 oligometastasis de Cáncer Renal.

Prostatectomía Radical (PR): Desde Agosto 2022 N: 38 casos. Volumen Prostático 44,9 +/- 19,5 cc; PSA Pre-op: 9,6 +/- 6,7 ng/ml. En 63,2% Linfadenectomía Pelvica.

Linfadenectomía Inguinal Bilateral (VEIL): Desde Julio 2022 N: 3 casos. Un caso Estadio IV post-Quimioterapia,

Linfadenectomía Pelvica (como cirugía única) Desde Julio 2022 (N: 3): 2 Cáncer Prostático y un Cáncer Pene.

Cistoprostatectomía radical (CR) Junio 2023 N: 1. Cáncer Vesical localmente avanzado.

Linfadenectomía LumboAortica Bilateral (LALA) desde Abril 2024 N: 2 casos. Uno en Masa Residual post-quimioterapia

Tiempo quirúrgico global 181 (70-480) minutos. Complicaciones intraoperatorias: 4,5%, Mano-Asistido 8,2%. Una conversión a cirugía abierta (LALA Masa Residual post-Quimioterapia). Complicaciones post-op Clavien-Dindo  $\geq 2$ : 15% (principalmente transfusiones en cirugía renal). Alta post-operatoria 2do día (1-20). Dos casos post PR reintervenidos en el 1er mes post-operatorio (Uroperitoneo: Fístula uretro-rectal). Existe diferencia significativa al comparar los tiempos quirúrgicos, complicaciones y estadía post-operatoria a favor de los últimos casos de PR, NR y NP.

CONCLUSIONES: A pesar de no contar con un alto volumen de casos, la implementación de la Cirugía Laparoscópica avanzada ha permitido ampliar los límites de su indicación e incorporar nuevos abordajes y técnicas quirúrgicas, con buenos resultados, los que han ido mejorando durante nuestra curva de aprendizaje.

## P08) PRÁCTICAS EN BIOPSIA PROSTÁTICA EN URÓLOGOS CHILENOS

Acevedo, E.(1); Marchant, A.(1); López, F.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

## Introducción

Existe gran variación en las prácticas al realizar una biopsia de próstata. El objetivo fue recopilar información sobre las prácticas y preferencias de urólogos chilenos al realizar biopsias de próstata.

## Material y métodos

Encuesta diseñada en Google Forms y divulgada por redes sociales y correo electrónico a urólogos chilenos entre marzo y abril de 2024. En treinta preguntas auto aplicadas se recabaron datos demográficos, uso de resonancia magnética, uso de antibióticos, técnica de biopsia y preferencias personales.

## Resultados

Se registraron 93 respuestas, siendo la mayoría de Santiago (56%). Los encuestados realizan el procedimiento en el sistema privado (46%), público (15%) o en ambos (36%). La mediana de biopsias mensuales por urólogo fue de 5 (RIC 2-8). El 87% realiza sólo biopsias transrectales. La mayoría toma muestras sistemáticas y dirigidas. Un 69% realiza biopsias por fusión, siendo 77% cognitivas y 23% por software. Un 72% solicita resonancia magnética a todos los pacientes, mientras que un 27% sólo a pacientes seleccionados. Sólo un 6% realiza cultivos rectales previo a la biopsia. El 91% realiza profilaxis con antibióticos orales, siendo ciprofloxacino el más utilizado (74%). El 82% inicia el antibiótico oral al menos un día antes del procedimiento, prescribiéndolo por  $4 \pm 2$  días. Un 78% utiliza además un antibiótico endovenoso, siendo amikacina el más utilizado (51%). Sólo un 29% utiliza algún desinfectante intrarectal. La analgesia más utilizada es la infiltración peri prostática (78%), mientras que un 17% utiliza sedación endovenosa. Si tuvieran que someterse a una biopsia de próstata, un 53% elegiría la vía transperineal, utilizando fusión (98%). Respecto a la



analgesia, un 57% optaría por anestesia local y sedación, y un 31% por anestesia general o sedación profunda en pabellón.

## Conclusiones

La mayoría de los urólogos chilenos encuestados realizan las biopsias prostáticas que indican. La vía más utilizada es la transrectal con anestesia local, tomando muestras sistemáticas y dirigidas, utilizando profilaxis antibiótica combinando antibióticos orales por varios días con antibióticos endovenosos. Sin embargo, si tuvieran que realizarse una biopsia, más de la mitad optaría por una biopsia transperineal con anestesia local y sedación.

## P09) HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CIRUGÍA DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO

Schalper, M.(1); Saenz, S.(1); Escobar, S.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Rojas, V.(1); Rojas, J.(2); Guerrero, P.(2); Toloza, H.(2); Calderón, D.(1); Iglesias, T.(2); (1): Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

### Introducción:

El hallazgo incidental de un cáncer de próstata en una cirugía de Crecimiento Prostático Benigno (CPB) genera un desafío en las alternativas de tratamiento. Esto cobra especial relevancia en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo, los cuales muchas veces tendrán un curso indolente de la enfermedad. Si estos pacientes son tratados activamente, podrán presentar consecuencias a corto y largo plazo, sin mayor beneficio oncológico. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia del cáncer de próstata incidental luego de una cirugía de CPB y determinar la tasa de progresión a enfermedad clínicamente significativa en el subgrupo de pacientes de bajo riesgo.

### Materiales

y

### Métodos:

Estudio retrospectivo que incluyó a 806 pacientes que se sometieron a cirugía de CPB entre los años 2014 y 2024 en un único centro. Se determinó la prevalencia de cáncer de próstata como hallazgo. Del subgrupo de bajo riesgo, se determinó la progresión a enfermedad clínicamente significativa, elevación significativa de PSA y lesión clínicamente significativa en RNM.

**Resultados:**

La prevalencia del cáncer de próstata incidental luego de una cirugía de CPB fue de un 4,59%. El 67,5% corresponden a ISUP 1, 27% a ISUP 2 y 5,4% a ISUP 3. No se obtuvieron hallazgos de ISUP 4 ni ISUP 5. De los pacientes con ISUP 1, tres fueron a tratamiento activo, todos ellos a Radioterapia. El resto de los pacientes fueron vigilados con APE con una media de seguimiento de 2,7 años. Ningún paciente progresó a enfermedad clínicamente significativa. Un paciente tuvo elevación significativa de PSA, con biopsia sin progresión de ISUP. Dos pacientes se realizaron RNM posterior, ambos con PIRADS 2.

**Conclusión:**

El hallazgo incidental de un cáncer de próstata posterior a una cirugía de CPB corresponde en la mayoría a casos de bajo riesgo. En el seguimiento de estos pacientes no se evidenció progresión a un cáncer de próstata clínicamente significativo. Esto plantea la necesidad de generar protocolos de vigilancia adaptados a este grupo de pacientes, más flexibles en comparación con los protocolos de vigilancia activa propuestos para el tratamiento del cáncer de próstata de bajo riesgo.

**P10) EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD CLÍNICA DE ABIRATERONA EN DOSIS DE 250 MG CON ALIMENTOS**

Escobar Urrejola, S.(1); Estay Miquel, R.(2); Cornejo, V.(1);

(1): Universidad de Chile - Sede Oriente, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile - Sede Oriente. Hospital Salvador, Santiago, Chile

Introducción: la recomendación de antiandrógenos de nueva generación (ARPI) se ha extendido a todos los pacientes con cáncer de próstata metastásico (CPM). Sin embargo, no existe cobertura generalizada para ellos en Chile por ser un medicamento de alto costo, lo que constituye una barrera de acceso internacionalmente reconocida para tratamientos oncológicos.

En el caso de abiraterona, su ingesta con alimentos ha demostrado aumentar la biodisponibilidad. Un estudio fase II demostró que un cuarto de dosis (250 mg) tomada con alimentos sería no inferior a la dosis convencional, en el descenso del antígeno prostático (APE). Guías internacionales sugieren esta dosificación en contextos de falta de acceso.

Desde 2023 se comenzó un protocolo de uso de abiraterona en dosis reducida en pacientes sin acceso a ARPIs. Este estudio de experiencia en mundo real evalúa los resultados clínicos en esta cohorte con una media de seguimiento de 7,8 meses.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes tratados con abiraterona 250 mg con al menos 3 meses de seguimiento. Se registraron datos demográficos y clínicos. El objetivo primario fue la sobrevida libre de progresión (SLP),

definida por el tratante. Los objetivos secundarios fueron el descenso medio del APE, la adherencia al tratamiento y la sobrevida general.

Resultados: se incluyeron 17 pacientes. Su edad media fue 74 años. El 65% tenían un CPM sincrónico y 71% de alto volumen. El APE medio al inicio del tratamiento fue de 125. El 53% era resistente a la castración.

No se alcanzó una SLP media, encontrándose a la fecha el 64.71% libre de progresión; 75% en el grupo sensible a la castración y 56% en el resistente. Se registró 1 muerte no asociada al tratamiento, con una sobrevida general del 94%.

Conclusiones: Este corresponde al primer estudio de mundo real realizado en Chile sobre Abiraterona en dosis disminuida. Si bien la naturaleza retrospectiva y no controlada limita la interpretación, nuestros resultados son similares a los de la literatura. Se requiere más seguimiento para tener mayor respaldo a esta indicación, ya aceptada por guías internacionales en contexto de limitaciones de acceso.

## **P11) RELACIÓN ENTRE DENSIDAD DE ANTÍGENO, PI-RADS Y PRIMUS COMO PREDICTOR DE LESIONES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS**

Frenk, C.(1); Benítez-filsecker, A.(1); Gil, A.(1); Urrutia, C.(2); Henríquez, D.(3); Vega, A.(3); Avilés, N.(3); Román, J.(4); Madariaga, M.(3); Gallegos, I.(3); Cortés, D.(3); Walton-díaz, A.(3); (1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de Chillán, Chillán, Chile (3): Urofusión, Santiago, Chile (4): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

### **Introducción:**

La resonancia magnética multiparamétrica de próstata (RMmp) ha reducido significativamente el número de biopsias y la detección de cáncer no significativo. Incorporar variables adicionales como la densidad de antígeno prostático (dAPE), fusión con microultrasonido (mUS) y clasificación PRIMUS podría mejorar la precisión en la identificación de cáncer clínicamente significativo (CapCS).

### **Objetivo:**

Evaluar la relación entre dAPE, PI-RADS y PRIMUS como predictor en detección de lesiones CapCS en pacientes con sospecha de CaP.

### **Materiales y Métodos:**

Estudio retrospectivo, analítico y unicéntrico de pacientes sometidos a biopsia prostática por fusión entre 2019-2024. Todos contaban con RMp evaluada por un radiólogo experto. Las biopsias, transrectales y transperineales, fueron realizadas por urólogos con sistemas Exact Vue o Koelis, y analizadas por un único uropatólogo. Se calculó dAPE y clasificó en grupos de riesgo: Bajo <0.1, Intermedio-Bajo(I-B): 0.1-0.15, Intermedio Alto(I-A): 0.16-0.2, Alto>0.2 y se compararon con los PIRADS y PRIMUS identificados. Se definió PIRADS-PRIMUS 1-2 como riesgo bajo, 3 riesgo intermedio y 4-5 riesgo alto. Los datos se analizaron con Jamovi 2.3.28.

### **Resultados:**

Se realizaron 1419 biopsias, 86 fueron por mUS. Mediana de edad fue 67 (IQR 62-72) años, mediana de APE 7,38 (IQR 5,3-11,2) y mediana de dAPE 0,15 (IQR 0,1-0,23). La tasa de detección global de CaP y CapCS 68,7% y 54,6% respectivamente. La tasa de CaCS en PIRADS bajo según dAPE baja/I-B/I-A/Alto fue 6,25/17,4/12,5/13,3% respectivamente. En PIRADS intermedio fue de 9,5/18,8/32,1/32,3% y en PIRADS alto de 47,6/63,5/75/82,9% siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p<0.01$ ). El mismo análisis con PRIMUS, no logra resultados estadísticamente significativos ( $p=0.2$ ).

### **Discusión:**

Nuestros datos muestran una correlación entre altos valores de dAPE y PIRADS de mayor riesgo con la detección de lesiones CapCS, especialmente en lesiones de riesgo intermedio, donde dAPE ayuda a identificarlas con mayor precisión. Sin embargo, el análisis con PRIMUS no fue significativo por el bajo número de biopsias.

## **P12) DETERMINANDO EL VALOR BASAL DE PSA EN HOMBRE CHILENOS COMO REFERENCIA CLÍNICA CLAVE**

Sánchez, C.(1); Gatica, T.(2); Ramos, C.(1);

(1): Clínica MEDS, Santiago, Chile (2): Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile

**ANTECEDENTES:** Se ha descrito que aquellos hombres que tienen niveles de antígeno prostático específico (APE) por sobre la mediana para su grupo etario estarían en mayor riesgo de tener cáncer de próstata. Especialmente, el valor de APE en la década de los '40 podría ser un factor predictor del desarrollo de cáncer en décadas posteriores, de su nivel de agresividad, e incluso de mortalidad. Este factor sería tan relevante como la raza o los antecedentes familiares. El objetivo del trabajo fue describir los valores de APE por grupo de edad de hombres chilenos.

**METODOLOGIA:** Se analizaron resultados de exámenes de APE realizados en el laboratorio clínico de un centro de salud nacional entre enero del 2021 y septiembre de 2024, tanto por

indicación médica como por tamizaje y campañas. Se calcularon las medianas de APE por edad.

**RESULTADOS:** Se analizaron datos de 8.778 pacientes. La mediana de APE basal (menores de 50 años) fue de 0,64 (n=2.279). Al separar por rango de edad, las medianas de APE fueron: 0,58 ng/ml para el grupo entre 30 y 40 años (n=109), 0,65 ng/ml para el grupo entre 41 y 50 años (n=1785), 0,94 ng/ml entre 51 y 60 años (n=2.431), 1,35 ng/ml entre 61 y 70 años (n=2.210), 1,34 ng/ml entre 71 y 80 años (n=1.354), y 1,99 ng/ml para 81 años y más (n=504). De estos, 1.009 resultados corresponden a hombres que asistieron a campañas de tamizaje, cuyos valores de mediana de PSA fueron 0,77 ng/ml entre 30 y 40 años (n=4), 0,64 entre 41 y 50 años (n=209), 0,89 ng/ml entre 51 y 60 años (n=276), 1,25 entre 61 y 70 años (n=303), 70-80: 1,24 entre 71 y 80 años (n=188), y 80: 1,5 para 81 años y más (n=29).

**CONCLUSIÓN:** En este estudio describimos el valor de APE de una población de hombres chilenos. Su importancia radica en que aquellos con un valor basal por sobre la mediana considerada normal para la edad estarían en un riesgo mayor de cáncer prostático. Esto podría ayudar a planificar sus controles de la manera más adecuada a su condición.

### **P13) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN CON MICRO ULTRASONIDO: EXPERIENCIA DE NUEVA TECNOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.**

Frenk, C.(1); Benítez-filselcker, A.(1); Gil, A.(1); Urrutia, C.(2); Henríquez, D.(3); Vega, A.(3); Avilés, N.(3); Román, J.(4); Madariaga, M.(3); Gallegos, I.(3); Cortés, D.(3); Walton-díaz, A.(3); (1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de Chillán, Chillán, Chile (3): Urofusión, Santiago, Chile (4): Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

#### **Introducción:**

El micro ultrasonido (mUS) se ha posicionado como una nueva técnica de imagen de alta resolución que ha demostrado ser útil como complemento a la Resonancia magnética de próstata (RMp) en la detección de Cáncer clínicamente significativo (CapCS).

#### **Objetivo:**

Reportar nuestra experiencia inicial con el uso de mUS en biopsia de próstata por fusión.

#### **Materiales y Métodos:**

Estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico, de pacientes sometidos a biopsia prostática por fusión con mUS por sospecha de CaP entre Diciembre 2023 y Agosto 2024. Los pacientes contaban con RMp revisada por un radiólogo único experto. Se realizaron biopsias

transrectales y transperineales por urólogos expertos con sistema Exact Vue. Se tomó biopsia sistemática y target a las lesiones identificadas. La biopsia fue analizada por un Uropatólogo único. Se reportan tasas de detección de Cap y CapCS usando técnica micro US. Los datos se analizaron con el software estadístico Jamovi 2.3.28.

### Resultados:

Se realizaron 86 biopsias. La mediana de edad fue 66,5 (IQR 61-72 años), la mediana de APE fue 7,13 (IQR 5,34 - 11,7). Se biopsiaron 30 lesiones PIRADS 3, 67 lesiones PIRADS 4 y 26 PIRADS 5. Se logró identificar 64 lesiones mediante clasificación PRIMUS con 4 PRIMUS 2; 20 PRIMUS 3, 24 PRIMUS 4 y 15 PRIMUS 5. La clasificación PIRADS y PRIMUS de 1 a 5 fue la misma en ambas lesiones en un 68,2% (43/63). En las lesiones PRIMUS 3 hubo una correlación del 71,4%, PRIMUS 4 61,8% y PRIMUS 5 80%. La tasa detección global de CaP y CapCS fue 57% y 46,5% respectivamente; con un análisis por subgrupo PRIMUS 3 de 15% y 66,7% respectivamente, PRIMUS 4 50% y 83,3%, PRIMUS 5 73,3% y 100%.

### Discusión:

En nuestra experiencia el uso de la biopsia por fusión con mUS tiene una tasa de detección de CapCS comparable a la RMmp. Esta herramienta permite además al urólogo experto a reconocer nuevas lesiones o reclasificar lesiones previamente identificadas.

## P14) COMPARANDO LO INCOMPARABLE: ANÁLISIS DE PACIENTES Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES ENTRE UNA SERIE HISTÓRICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA Y UNA ROBÓTICA

Iacobelli Ovalle, A.(1); Boysen, S.(2); Mendoza, E.(1); Fasce, R.(1); Fernandez, J.(1); Izquierdo, I.(1); Coria, D.(3); Mandujano, F.(3); Horn, C.(3); Vivaldi, B.(3); Saez, I.(3); Domenech, A.(4); Morales, I.(4); Coz, F.(4); Guzmán, S.(4);

(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): University of Arkansas, Santiago, Chile (3): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile (4): Clinica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** la prostatectomía radical (PR) es un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata (CaP). Históricamente su uso se reservó para pacientes con enfermedad localizada. Su indicación actualmente se ha expandido a pacientes de mayor riesgo, como parte de una terapia multimodal. La PR robótica busca posicionarse como el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico del CaP. Existe evidencia contundente a favor de la cirugía robótica por sobre la técnica abierta en cuanto a tiempo operatorio, estadía hospitalaria y complicaciones intraoperatorias, pero no ha demostrado tener mejores resultados oncológicos y funcionales. **Material y métodos:** analizamos retrospectivamente los resultados oncológicos y funcionales de 295 pacientes sometidos a PR abierta por cirujanos reconocidamente expertos, en el Hospital Militar de Santiago entre los años 1995 y 2023. Comparamos estos resultados con los de una serie de 50 pacientes consecutivos

sometidos a PR robótica entre los años 2023 y 2024 en la Clínica Universidad de los Andes. **Resultado:** destaca inmediatamente la diferencia de las series. La serie robótica tiene pacientes de mayor edad, mayor riesgo (D`Amico) y mayor pT3 (p value < 0,05). Sin embargo, el tiempo operatorio, de hospitalización y de sonda Foley fueron inferiores en la serie robótica (p value < 0,05). Pese a las diferencias entre las series, los resultados oncológicos son muy similares cuando se considera márgenes positivos en estadíos pT2 y pT3 (14% y 72% en la serie robótica versus 22% y 73% en la serie abierta). No hubo diferencias estadísticamente significativas en continencia. **Discusión:** los resultados oncológicos y funcionales en la serie robótica parecen ser comparables a los de la serie abierta, a pesar de tratarse de pacientes más añosos y con cánceres más agresivos. El tipo de paciente sometido a cirugía ha ido cambiando drásticamente sin que los resultados quirúrgicos se vean comprometidos

## P15) ABORDAJE DE VESÍCULAS SEMINALES ANTERIOR VS POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES PRECOCES

Luz, D.(1); Gómez, I.(1); Hassi, M.(1); Domínguez, R.(1); Eltit, I.(1); Loyola, M.(1); Parada, F.(1); Ramírez, G.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile

### Introducción

La técnica de prostatectomía radical ha sufrido múltiples adaptaciones desde su inicio, incluido el abordaje laparoscópico y posteriormente robótico. Dentro de las técnicas posibles, se ha descrito el abordaje de las vesículas seminales por anterior(AAVS), realizando la liberación de éstas luego de la disección del plano posterior del cuello vesical, y el abordaje posterior(APVS), donde la liberación de las vesículas se realiza al inicio de la cirugía con una apertura del peritoneo a nivel del fondo de saco de Douglas. Este estudio compara resultados oncológicos y funcionales precoces del AAVS vs APVS en pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica(PRL) con preservación de fascia endopélvica, como tratamiento del cáncer de próstata localizado.

### Materiales y métodos

Estudio prospectivo longitudinal que incluye 89 pacientes sometidos a PRL entre enero 2022 y agosto 2024. Se evaluaron resultados oncológicos tempranos: ISUP, margen quirúrgico(MQ) y tasa de PSA indetectable; y, resultados funcionales a los 30-45 días utilizando el cuestionario validado E.P.I.C. La continencia social(CS) se definió como el uso de

0-1 protector. Se evaluó la seguridad mediante clasificación Clavien-Dindo(CD) y el análisis estadístico se realizó con IPSS.

## Resultados

Del total de 89 PRL, 42 pacientes fueron sometidos a AAVS y 47 a APVS. La edad media de ambos grupos fue 68 años y no hubo diferencias significativas en variables preoperatorias. A los 30-45 días no hubo diferencias significativas respecto a CS en ambos grupos(56,7% PRL-AAVS y 41,4% PRL-APVS  $p=0.087$ ). No hubo diferencias en MQ negativos en pacientes con enfermedad T2 (PRL-AAVS 68% y PRL-APVS 83%  $p=0.22$ ) y T3 (PRL-AAVS 50% y PRL-APVS 52.9%,  $p=0.93$ ). No hubo diferencias significativas respecto a complicaciones CD ( $p=0.22$ ). Las limitaciones del estudio incluyen la ausencia de aleatorización y la evaluación de algunas variables funcionales mediante porcentaje subjetivo.

## Conclusión

En nuestra serie, no existen diferencias estadísticamente significativas entre variables oncológicas y funcionales precoces en pacientes sometidos a PRL con AAVS o APVS. Es necesario mantener un seguimiento a largo plazo para evaluar con mayor certeza las diferencias en términos funcionales y oncológicos entre ambas técnicas

## P16) ¿CÓMO HA CAMBIADO EL RIESGO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE SE SOMETEN A PROSTATECTOMÍA RADICAL?

Iacobelli Ovalle, A.(1); Boysen, S.(2); Mendoza, E.(1); Fasce, R.(1); Fernandez, J.(1); Izquierdo, I.(1); Coria, D.(3); Mandujano, F.(3); Horn, C.(3); Vivaldi, B.(3); Saez, I.(3); Guzmán, S.(4); Coz, F.(3);

(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): University of Arkansas, Santiago, Chile (3): Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile (4): Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** históricamente, el tratamiento del cáncer de próstata (CaP) ha variado no solo en las opciones disponibles, sino también en las indicaciones de estas. Antiguamente era imperativo ofrecer tratamiento curativo a pacientes que hoy vigilamos. Asimismo, hoy ofrecemos tratamiento quirúrgico a pacientes que anteriormente se consideraban fuera de alcance curativo. Nuestras conductas clínicas se basan en recomendaciones internacionales, pero ante las preocupantes tasas de incidencia y mortalidad en nuestro país, es razonable pensar que estas pautas no se ajustan a la realidad de nuestra población. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Hospital Militar de Santiago entre los años 1995 y 2023 (N=693). Mediante un diagrama de dispersión ilustramos la distribución del riesgo (D'Amico) de estos pacientes. Los criterios de inclusión de alto riesgo incluyeron al menos uno de los siguientes: PSA  $\geq 20$ , TR  $\geq T2c$  o puntuación de Gleason  $\geq 8$ . **Resultado:** nuestro gráfico evidencia un incremento en la cantidad relativa de pacientes de alto riesgo a lo largo del tiempo. Nuestro análisis estadístico



sugiere un cambio brusco en el riesgo a partir de 2014. El porcentaje de pacientes de alto riesgo en nuestra serie antes y después de este punto aumentó hasta casi duplicarse (de 13,1% a 21,3%). Después de 2018, la tasa de pacientes de alto riesgo fue del 38,5%. **Discusión:** si bien el riesgo de nuestros pacientes ha ido aumentando paulatinamente, existe un claro quiebre a finales de 2014. Esto podría coincidir con la incorporación de la RMmp en la práctica clínica. Es posible que esta herramienta haya contribuido a disminuir el sobrediagnóstico y consiguiente sobretratamiento, pero dejándonos con un universo de pacientes de mayor riesgo. Esto debe motivarnos a concientizar las ya demostradas limitaciones de la RMmp, especialmente en el contexto de la vigilancia activa y en las lesiones PI-RADS 3. Queda la pregunta abierta sobre si este cambio en los pacientes afectará la ya elevada mortalidad del CaP en nuestro país

## **P17) UTILIDAD DEL TACTO RECTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA**

López-ponce De León, L.(1); Mohr, E.(1); Cañas, R.(1); Moya, F.(2); Larenas, F.(2); Ossandón, E.(1); Gárate, R.(2); Gallegos, I.(1); Acevedo, C.(1);

(1): Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Corporación Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:** El rendimiento del tacto rectal (TR) como examen de tamizaje es limitado y tiene una tasa baja de diagnóstico de cáncer de próstata (CaP). Así como también, es de relevancia para la etapificación clínica, además de asociarse a un mayor grado histológico. La Resonancia Magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata es una herramienta útil para evaluar el riesgo de CaP. Se presenta el rendimiento diagnóstico de pacientes sometidos a biopsia de próstata sistemática y/o cognitiva con RMmp previa, según los hallazgos del TR.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 1.946 pacientes sometidos a biopsia prostática transrectal sistemática y cognitiva entre 2016 y 2023 con RMmp previa y TR realizado antes de la biopsia. Se analizó diagnóstico de CaP según TR y puntaje de PI-RADS a través de tablas de contingencia.

**Resultados:** Del análisis de 1.946 biopsias realizadas, 576/1.946 (29,6%) presentó TR sospechoso. La frecuencia de CaP de la población estudiada fue de 1.282/1.946 (65,9%). La frecuencia de CaP en PI-RADS 2 fue de 46/171 (26,9%); en PI-RADS 3 de 126/339 (37,1%); en PI-RADS 4 de 507/742 (68,3%); y en PI-RADS 5 de 601/688 (87,3%). En los casos donde se registró un TR sospechoso, la frecuencia de CaP en PI-RADS 2 fue de 10/17 (58,8%); en PI-RADS 3 de 27/35 (77,1 %); en PI-RADS 4 de 149/177 (84,2%); y en PI-RADS 5 de 332/345 (96,2%).

Conclusión: Al evaluar a un paciente con sospecha clínica de CaP por APE y RMmp, el TR es una herramienta económica que facilita una aproximación más precisa al riesgo de diagnóstico de CaP, independiente del PI-RADS. Siendo de especial importancia en pacientes con PI-RADS 2 y 3.

## **P18) RIESGO DE PROGRESIÓN A CÁNCER DE PRÓSTATA EN ASAP Y PIN ALTO GRADO. ¿CÓMO CONTROLARLOS?**

Lyon Errázuriz, J.(1); Fuentes Carrión, M.(1); Leyton Naranjo, R.(2); Sandoval Ramírez, J.(2); Durán García, L.(2); Ayala Castro, C.(2); Durruty Bostelmann, J.(2); Hartmann Arnouts, J.(2); Oyanedel Muñoz, P.(2); Testa Sklovsky, I.(2); Leyton Naranjo, R.(2); Frías Muñoz, S.(3); (1): Residente Urología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (2): Urólogo, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "General Dr. Raúl Yazigi J.", Santiago, Chile (3): Interno Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile

### Introducción

El Cáncer de Próstata (CaP) es el segundo tumor maligno más diagnosticado mundialmente. La Neoplasia Intraepitelial Prostática de alto grado (PIN-AG), y la Proliferación Acinar Pequeña Atípica (ASAP) son un diagnóstico histológico que se han asociado al desarrollo de CaP; las guías clínicas actuales recomiendan rebiopsiar los ASAP y un control estrecho a los PIN-AG. Presentamos nuestra experiencia en el seguimiento de pacientes con biopsias con PIN-AG y ASAP.

### Materiales y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo y descriptivo de 15 pacientes, con diagnóstico de PIN-AG y ASAP en nuestro centro. El seguimiento consistió en control de Antígeno Prostático (APE), resonancia multiparamétrica de próstata (RNMmp), y Biopsia Prostática. Objetivo primario: detección de CaP.

### Resultados

El promedio de edad al momento del diagnóstico fue 67 años. El 93% se diagnosticó por APE elevado, siendo el promedio 5.6 ng/ml (3.7-11 ng/dl). El tiempo promedio de seguimiento fue 32 meses. El 80% tenía RNMmp previa, siendo PIRADS 4 y PIRADS 3 en 40% cada uno. 20% fueron ASAP y 80% fueron PIN-AG.

Se realizó APE, tacto rectal y RNMmp cada 6 meses, agregando nueva biopsia de control si estos progresaban. Se realizaron en 9 (60%) pacientes re-biopsia principalmente por

aumento del APE, con tiempo promedio de 16 meses, solo 1 paciente desarrolló ISUP 1. Solo 1 tuvo progresión imagenológica sin progresión histológica. El resto de pacientes rebiopsiados, 55% tuvieron nuevamente PIN-AG y 33% prostatitis crónica.

#### Discusión

En nuestro centro hemos realizado un protocolo de seguimiento por 3 años. De 15 pacientes, solo uno presentó un CaP ISUP I, tratándose de un paciente que progresó en la RNMmp. Se plantea que quizás nuestro protocolo no es costo-efectivo dado los recursos empleados y el bajo diagnóstico de CaP.

#### Conclusiones

Los protocolos de tamizaje para la detección temprana del CaP, exponen a nuestros pacientes a otros diagnósticos histológicos como ASAP o PIN-AG. Con la incorporación de nuevos marcadores a futuro, el seguimiento y detección de casos de alto riesgo podría ser más preciso con la finalidad de optimizar recursos en los pacientes de mayor riesgo de CaP.

### **P19) BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN GUIADA POR MICRO ULTRASONIDO, EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Schaub, A.(1); Gurovich, J.(1); Mohr, E.(1); Benitez, A.(1); Ávila, C.(1); Acevedo, C.(1); Ledezma, R.(1); Marchant, F.(1); Olmedo, T.(1);

(1): Servicio Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

#### **Introducción:**

El Micro-ultrasonido (MicroUS) es un ultrasonido de alta resolución de 29 MHz (3 veces mayor al convencional). Evidencia preliminar sugiere gran precisión de este para la realización de biopsias de próstata (BP) por fusión al permitir una visualización en tiempo real de la lesión sospechosa. Actualmente aún no se ha definido si el MicroUS debería usarse sólo o en combinación con el uso de resonancia magnética multiparamétrica (RNMmp) de próstata. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de la implementación de esta nueva tecnología en un centro universitario de referencia nacional.

#### **Materiales y Método**

Estudio observacional de registro prospectivo, descriptivo. Se incluyen pacientes con indicación de biopsia de próstata que cuenten con una (RNMmp) de próstata previa y que sean sometidos a BP por fusión guiada por MicroUS entre Junio de 2024 y Agosto de 2024.

Se analizan variables demográficas, clínicas, y radiológicas (PIRADS y PRIMUS). Se utilizan estadísticos no paramétricos y el software Jamovi 1.6.23.0. para el análisis de datos.

### **Resultado:**

Se analizó en total 28 pacientes: mediana de edad 64 (RIC 60 - 74) años, valor de APE 6.38 (4.80 - 9.67) ng/ml. En cuanto a la presentación clínica, un 87.5% T1c, 12.5% T2a. Al analizar la RNMmp la mediana del volumen prostático fue 51.5 (42.6 - 64.5) ml y densidad de APE 0.12 (0.09 - 0.15). Se marcaron 33 lesiones target 87.8% (29) zona periférica, mediana de tamaño 10 (7 - 12) mm. Si bien la media general tanto del PI-RADS como del PRI-MUS fue 4, existe sólo un 68% de correlación en la asignación de valores de la lesión. (PIRADS 3: 21.2% (7/33), 4: 54.5% (18/33), 5: 24.2% (8/33); PRIMUS 2:12.1% (4/33), 3 27.3% (9/33), 4: 42.4% 14/33, 5: 15.2 % (5/33)). Sin complicaciones.

### **Conclusión:**

Con estos resultados preliminares podemos afirmar que el la BP por MicroUS es una técnica segura y bien tolerada por el paciente. Dentro de los desafíos de su implementación se encuentra la curva de aprendizaje para establecer el PRI-MUS con certeza, a modo de poder prescindir de la RNMmp a futuro.

## **P20) USO DE BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR, EXPERIENCIA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA.**

Urrutia, C.(1); Maldonado, F.(2); Falcón, C.(1); Iñíguez, S.(1); Altamirano, J.(1); Recabal, P.(1); Sandoval, C.(1); Díaz, J.(1); Vidal, A.(1);  
(1): Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile (2): Universidad Finnis Terrae, Santiago, Chile

### Introducción

La terapia intravesical con Bacillus Calmette-Guérin (BCG) es el manejo adyuvante de elección para los pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI) de riesgo intermedio y alto. En la literatura, existe controversia en relación a la efectividad de dosis reducida de BCG.

El objetivo de este trabajo es reportar los resultados del uso de BCG en pacientes con CVNMI de riesgo intermedio y alto en nuestra institución.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 100 pacientes de riesgo intermedio y alto que recibieron terapia con BCG desde Abril 2018 hasta Abril 2024 en nuestra institución. Se analizaron las características demográficas, clínicas, histopatológicas y terapéuticas de la muestra. El seguimiento fue durante el primer año desde la inducción. Se analizaron los datos con el Software estadístico de acceso libre Jamovi 2.3.28, se usaron estadígrafos no paramétricos y descriptores de frecuencia.

## Resultados

El grupo de pacientes corresponde a 21 mujeres y 79 hombres. Mediana de edad 69 (62-75) años. Tabaquismo registrado en 61% sin diferencias por género (p0.445). La hematuria fue el motivo de consulta en 48%. Factores de riesgo EORTC: Recurrencia 33%, multifocalidad 44%, tamaño 29,7%, T1 31,5%, Alto Grado 78,6% y CIS 4,3%, resultando 50% de riesgo alto y 50% de riesgo intermedio. Dosis de inducción utilizada: 30mg en el 47,5%, 60mg 27,3%, 90mg 7,1% y 120mg 18,2%. El 95% recibió 6 dosis de inducción. El 66% recibió al menos 1 dosis de mantención. Esquema Swog 53,1%, de ellos el 32,4% completaron la mantención. La recurrencia acumulada fue 20% a los 3 meses, 27,5% 6 meses, 38,9% 9 meses y 47,4% 12 meses. La sobrevida libre de recurrencia a 12 meses según dosis de BCG fue significativamente mejor para los pacientes que recibieron BCG 120 mg vs 30mg (p0,03).

## Conclusión

Los pacientes con riesgo intermedio y alto en nuestro centro han sido tratados con diferente dosificación con la cepa Danish de BCG, los resultados parecieran favorecer administración de 120 mg, lo que se concuerda con los últimos consensos publicados en la literatura. La dosis de 120 mg es actualmente el estándar de tratamiento en nuestra institución.

## **P21) ALTERNATIVAS DE PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR NO METASTÁSICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LA LITERATURA**

Parrao, D.(1); Saavedra, C.(1); Lizana, N.(1); Larrañaga, M.(2); Lindsay, C.(2); Fernández, M.(3); Bravo, J.(2);

(1): Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile (2): Hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (3): Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de vejiga músculo-invasivo (CVMI) tiene un pronóstico desfavorable, con una supervivencia global a 5 años de aproximadamente del 50%. El tratamiento estándar actual es la cistectomía radical (CR), que se asocia a varias

complicaciones, con un impacto significativo en la calidad de vida, y por lo tanto promueve la búsqueda de nuevas alternativas de tratamientos ahorradores de vejiga. Entre las terapias conservadoras, la más utilizada es sido la terapia trimodal. Sin embargo, los inhibidores del punto de control inmunitario han proporcionado nuevas perspectivas para este escenario clínico. **OBJETIVO:** Revisar sistemáticamente la literatura científica más reciente en relación a las estrategias modernas para la preservación de órgano en el tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo no metastásico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La búsqueda de la literatura se realizó utilizando PubMed, Google Scholar, EMBASE, Wiley Library y ClinicalTrials.gov siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. El resultado primario fue la sobrevida global a 5 años, que se abordó mediante una revisión sistemática y un metaanálisis. El riesgo de sesgo y la calidad de la evidencia se evaluaron según la Colaboración Cochrane y el sistema GRADE. **DISCUSIÓN:** La evidencia es consistente en mostrar que la sobrevida a 5 años de la terapia trimodal es similar a la CR en pacientes seleccionados, oscilando ambas entre el 30 y el 80%. Los pacientes sometidos a terapia de preservación vesical obtuvieron mejores resultados en términos de calidad de vida que los sometidos a CR. La inmunoterapia se está consolidando como estrategia para el tratamiento de preservación de órgano, mostrando tasas de respuesta completa de entre el 42% y el 100%, sin embargo, la mayoría de estos resultados se han obtenido en ensayos clínicos en curso, además, aún no existen estudios que comparen la eficacia entre las diferentes terapias disponibles. **CONCLUSIÓN:** Aunque la CR sigue siendo el tratamiento de elección para el CVMI, su importante morbilidad ha impulsado la exploración de terapias alternativas. En este contexto, las terapias de preservación vesical, aunque respaldadas por una literatura limitada, emergen como una alternativa potencial que podría ofrecer resultados oncológicos comparables en pacientes seleccionados.

## P22) TRIFECTA EN LAS NEFRECTOMÍAS PARCIALES LAPAROSCÓPICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE

Parada Bahamondes, F.(1); López Radtke, V.(1); Loyola Muñoz, M.(1); Fernández Villavicencio, S.(2); Luz Montecinos, D.(1); Eltit Soler, I.(1); Ramírez Rocha, G.(1); Soto Cornejo, G.(1); Hassi Román, M.(1); Domínguez Argomedo, R.(1);  
(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

### Introducción:

El cáncer renal representa el 2% de las neoplasias en el mundo. El tratamiento quirúrgico es el gold standard para los tumores localizados. La nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) genera resultados oncológicos equivalentes a las nefrectomía parciales abiertas, con menos

complicaciones perioperatorias y previene el desarrollo y/o progresión de enfermedad renal crónica.

Los resultados quirúrgicos se evalúan en base a la “trifecta” definida por: márgenes negativos, ausencia de complicaciones postoperatorias y tiempo de isquemia caliente  $\leq 25$  minutos, siendo el estándar de la NPL. El objetivo es describir los resultados de las NPL en un Hospital Público de Chile.

### **Materiales y métodos:**

Estudio observacional retrospectivo descriptivo, realizado en un Hospital público de Chile. Recolección de datos pre-operatorios, perioperatorios y post-operatorios de pacientes sometidos a NPL entre enero de 2022 y junio de 2024. Análisis estadístico realizado mediante SPSS V.29.0.0.0.

### **Resultados:**

En 56 pacientes se realizó NPL. Edad promedio 63[25-86] años. RENAL score, 30.8%(N=16) corresponde a bajo riesgo, 57.7%(N=30) moderado riesgo y 11.5%(N=6) alto riesgo. Mediana tiempo quirúrgico de 162(60-280) minutos. Solo 41 pacientes recibieron isquemia y de estos, 70.7%(N=29) tuvo una duración  $\leq 25$  minutos. Mediana creatinina preoperatoria 0.79(0.45-1.44) y postoperatoria 0.84(0.56-1.79), mediana de variación de 0.04(0.0-0.48).

Respecto a la histología, 96,4%(N=54) corresponden a carcinoma de células renales y su etapificación pT corresponde en 62.5%(N=35) a pT1a, 26.8%(N=15) pT1b, 3.6%(N=2) pT2 y 3.6%(N=2) pT3a. Tamaño tumoral promedio 3.84cm( $\pm 1.66$ ). Márgenes quirúrgicos, 92.9%(N=52) fueron negativos y 7.1%(N=4) positivos. Ningún paciente presentó complicaciones Clavien-Dindo  $\geq III$ . Un 75%(N=42) completó criterios para trifecta.

### **Conclusión**

La NPL es una técnica factible y reproducible. El análisis de los resultados demuestran que es posible lograr la trifecta en NPL y se confirma la seguridad y eficacia de esta técnica. No existen diferencias oncológicas ni en la tasa de complicaciones con lo reportado internacionalmente.

## **P23) CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS DE LAS NEFRECTOMÍAS COMO TRATAMIENTO EN TUMORES RENALES EN UN CENTRO DEL ALTO VOLUMEN**

Fuentes, A.(1); Rojas, A.(1); Ramirez, R.(1);

(1): Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** El diagnóstico de tumores renales ha incrementado, en gran parte, debido a la utilización creciente de técnicas de imagen. Sin embargo, aunque el diagnóstico precoz es más frecuente, los resultados oncológicos no han mostrado mejoras significativas. El diagnóstico temprano permite ofrecer tratamientos quirúrgicos con intención curativa, que van desde técnicas conservadoras hasta abordajes más agresivos en tumores avanzados o citoreducción en casos específicos. Este trabajo tiene como objetivo caracterizar y presentar los resultados del uso de la nefrectomía como tratamiento en tumores renales, en un centro de alto volumen quirúrgico.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo que abarcó desde enero 2017 hasta junio 2024, se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía por sospecha imagenológica de tumor renal en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Se analizaron variables demográficas, oncológicas, detalles quirúrgicos y resultados a corto y mediano plazo. La información fue obtenida de registros clínicos electrónicos, informes radiológicos, informes anatopatológicos y seguimiento clínico y telefónico.

**Resultados:** Total 382 cirugías en 374 paciente con una edad promedio 61,5+11,3, 233 (61%) fueron hombres, con comorbilidades en 338 (88,5%), siendo Hipertensión arterial en 230 (60,2%) y tabaquismo 131 (34,3%). Al momento del diagnóstico, 235 (61,5%) fueron asintomáticos, 257 (67,3%) fueron categorizados como T1A-B, 60 (15,7%) T2A-B, 42 (11%) T3A-C, 9 (2,4%) T4 y 17 (4,5%) M1. R.E.N.A.L Score promedio 7,5+3 puntos. Se realizó cirugía laparoscópica en 288 (75,4%), siendo nefrectomía radical 250 (65,4%) y parcial 132 (34,6%). Se observaron complicaciones intraoperatorias en 37 (9,7%) y post operatoria en 33 (8,6%) pacientes. La estancia hospitalaria presentó una mediana de 3 (Rango 1-59). La Histología más frecuente fue células claras 321 (84%) y papilar 23 (6%). Se realizó seguimiento post operatorio promedio de 41,9+26,3 meses, observando recidiva tumoral en 44 (11,5%) y mortalidad asociada a cáncer en 35 (9,2%) con un tiempo promedio de 23,8+19,4 meses desde la cirugía.

**Conclusiones:** En nuestra serie se observaron resultados similares a publicaciones internacionales, destacando que la realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno, con técnicas cada vez más conservadores, presentan resultados adecuados a corto y mediano plazo en centros de alto volumen.

## P24) CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL

Ávila, C.(1); Schaub, A.(1); Phillip, S.(2); Vega, A.(3); Iñiguez, S.(3); Henríquez, D.(3); Walton-díaz, A.(3); Vilches, R.(3); Román, J.(3);



(1): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Instituto Nacional de Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:** Alrededor de un 30% de los pacientes con cáncer de vejiga se presenta en forma músculo-invasor (CVMI), con una rápida progresión y alta capacidad de metastatizar. La cistectomía radical (CR) es el tratamiento de elección para este grupo de pacientes, así como también para aquellos con enfermedad T1 de alto riesgo. Sin embargo, se trata de un procedimiento de alta complejidad dada la edad avanzada de los pacientes tratados y la morbimortalidad perioperatoria inherente al procedimiento. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, unicéntrico, en que se incluyeron pacientes con cáncer de vejiga sometidos a cistectomía radical en el Instituto Nacional del Cáncer entre marzo de 2013 y agosto de 2024. Se consignaron las características clínicas relevantes de la cohorte. La estadística descriptiva se realizó en el programa Jamovi versión 2.3.28.0. **Resultados:** La cohorte consistió de 97 pacientes sometidos a cistectomía radical, con una proporción de sexo masculino/femenino 2:1. La mediana de edad fue de 69 (RIC 11). 59.4% presentó ECOG 0 y 35.4%, ECOG 1 preoperatorio. La indicación más frecuente para CR fue CVMI (79.4%), seguido de T1 de alto riesgo (17.5%). La mediana de tiempo operatorio fue de 256 minutos (RIC 72). La mayoría de las derivaciones urinarias fueron de tipo Bricker (87.6%), seguido de Hautmann (2.1%) y la vía de abordaje más frecuente fue la abierta (95.9%). La mediana de pérdidas sanguíneas fue de 700 cc (RIC 500 cc) y sólo se registró 1 evento de mortalidad perioperatoria (dentro de los primeros 30 días postoperatorios). La mediana de estadía hospitalaria fue de 10 días (RIC 6.25). El año de mayor volumen quirúrgico fue 2021 con 17 casos totales. **Conclusiones:** La cohorte estudiada es consistente con la población comúnmente afectada por esta patología. La CR es un procedimiento de elevada complejidad y costos asociado a tiempos quirúrgicos y pérdidas sanguíneas elevadas, además de estadía hospitalaria prolongada. Los resultados de este estudio son comparables a centros de alto volumen.

## P25) EXPERIENCIA REGIONAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Valero Fuentealba, G.(1); Silva Cornejo, M.(2); Bravo Izurieta, J.(1); Vera Arroyo, N.(2); Oriz Roldan, F.(2); Nova Orostica, A.(1); Larrañaga Riquelme, M.(1);  
(1): HOSPITAL DR FRANCO RAVERA, RANCAGUA, CHILE (2): HOSPITAL FUSAT, RANCAGUA, CHILE

**INTRODUCCIÓN:** La nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) en cirugía conservadora de función renal es el método de elección. Con uso del robot se ha ampliado la indicación para tumores más grandes y complejos. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados quirúrgicos perioperatorios de NPL en una región del país fuera de la Metropolitana.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 127 pacientes operados entre Julio 2009 y Agosto 2024. La técnica quirúrgica es el acceso laparoscópico transperitoneal con instrumental clásico, coagulación bipolar, pinza laparoscópica Satinsky y clamp vasculares para realizar isquemia caliente. Se analizan variables quirúrgicas, perioperatorias y seguimiento a mediano plazo.

**RESULTADOS:** Sexo femenino 44% y masculino 56%. Edad promedio 58 años (30-81). Tamaño tumoral promedio 3.5 cms (2-4.5). Todas las cirugías fueron completadas por vía laparoscópica incluyendo dos nefrectomías radicales debido a sangramiento y lesión tumoral en contacto con hilio. Tiempo quirúrgico promedio de 99 minutos (55-185). Tiempo de hospitalización promedio 2,7 días (2-14). Sangramiento promedio 125 cc (25-1500). Tiempo de isquemia promedio 18 minutos (10-45). Transfusión de glóbulos rojos en 3 pacientes. Complicaciones en 12% de los pacientes. Clavien I 13 pacientes y Clavien IV en 2 pacientes: ambos con shock hipovolémico uno de los cuales requirió de nefrectomía radical 24 horas post cirugía. (ambos tumores de 4 cms). Histología: 90% carcinoma células claras, 3% angiomiolipoma, 6% otras lesiones (metástasis, oncocitoma). Márgenes quirúrgicos (MP) positivos en 8% (9 pacientes). Distribución de MP según tercios de pacientes de la serie: 11%, 7%, 2,4%. Seguimiento: 3 pacientes con MP requirieron de nefrectomía (12, 21, 32 meses), 1 paciente con margen negativo presentó tumor en sitio alejado de lesión primaria y 1 paciente con margen negativo presentó enfermedad diseminada a los 44 meses.

**DISCUSION:** La NPL es una cirugía compleja y demandante. Los resultados perioperatorios son acordes a lo publicado. Atención se debe poner en porcentaje de MP. Sin embargo al analizar estos resultados es posible ver que el porcentaje disminuyó en el último tercio de la serie (2,4%). Eventualmente con la introducción del robot en nuestro sistema de atención sería posible optimizar resultados.

## **P26) INCIDENCIA DE VARIANTES HISTOLÓGICAS DE CÁNCER DE VEJIGA EN RTU-V EN DOS HOSPITALES DE LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA**

Benítez, A.(1); Frenk, C.(1); Sanhueza, J.(2); Mohr, E.(2); Gurovich, J.(2); Segebre, J.(3); Olmedo, T.(4); Gallegos, I.(5); Ledezma, R.(4);

(1): Residente Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Residente Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Servicio de Urología, Hospital San Jose, Santiago, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Departamento Anatomía patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción:**

En la evaluación histológica de los tumores vesicales un 75-80% corresponde a Carcinoma Urotelial Convencional (CaUC), mientras que un 20-25% corresponde a variantes histológicas

(VH) según estudios internacionales principalmente en muestras de cistectomía radical. Las VH son un desafío tanto diagnóstico como terapéutico debido a que su etiopatogenia, pronóstico y los tratamientos difieren, según el tipo de VH, del manejo convencional. De momento, a nuestro conocimiento, no hay estudios nacionales sobre la incidencia de VH.

#### Objetivo:

Describir la incidencia de VH en en pacientes sometidos a RTU-V en dos hospitales de la zona norte de la región metropolitana.

#### Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de 319 pacientes sometidos a RTU-V entre enero 2017 a mayo 2024 en dos hospitales de la zona norte de la región metropolitana. Se realizaron un total de 461 procedimientos. Se registraron características clínico-epidemiológicas, oncológicas basales e histología.

#### Resultados:

La media de edad fue de 70 años (IQR 63-79 años), la incidencia de VH fue de 16,9% (54/319 pacientes). Las principales VH presentes fueron CaUC con diferenciación escamosa con un 48.15% de las VH (26/54 pacientes), seguido del CaUC con diferenciación glandular en 11,1% de las VH (6/54 pacientes). En tercer lugar, en nuestra serie se encuentra la variante Anidada con una incidencia de 9.26% (5/54 pacientes). Además, se reporta el diagnóstico de VH Sarcomatoide y Micropapilar en 4/54 pacientes, cada uno, Plasmocitoide, Mucinoso y Células Claras en 1/54 pacientes, respectivamente.

#### Discusión:

Según nuestra experiencia, aproximadamente 1 de cada 6 pacientes sometidos a RTU-V tendrá el diagnóstico de un Cáncer de Vejiga con VH, tendiendo implicancias directas en su manejo, comportamiento, pronóstico y tratamiento. Si bien, la incidencia puede ser menor a la reportada en cistectomías radicales, esto se puede deber a factores como el hecho de que la RTU-V se realiza a todo tumor, ya sea benignos o malignos, o a factores técnicos del análisis de la muestra. Sin embargo, un diagnóstico en etapas tempranas puede determinar cambios en el manejo de esta patología.

#### P27) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON BCG. REVISIÓN DE 20 AÑOS.

Navarrete Lara, M.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Oyanedel Farías, F.(1); Leal Céspedes, V.(1); Foneron Burgos, A.(1); Troncoso Schifferli, L.(1); Foneron Villarroel, A.(1); Toledo Jaureguiberry, H.(1); Flores Torres, F.(1); Cuevas Seguel, P.(1); Gárate Ortega, S.(1); (1): Universidad Austral de Chile, valdivia, Chile

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es una patología frecuente. Más del 90% corresponde a carcinoma de células transicionales. Aproximadamente el 75% se presentan como cáncer de vejiga no músculo invasor (CVNMI). Hasta la fecha, en nuestro centro no se ha implementado un registro prospectivo sistemático que permita caracterizar detalladamente los resultados oncológicos. Esta situación limita nuestra capacidad para analizar con precisión nuestros resultados locales y compararlos de manera óptima con la literatura. El objetivo principal es determinar aquellos pacientes que progresaron a pesar de terapia con BCG intravesical según el esquema local. El objetivo secundario es determinar porcentajes de recurrencia.

Factores de inclusión: carcinoma in situ (Cis), carcinoma papilar no invasivo (Ta), carcinoma infiltrante hasta la lámina propia (T1), seguimiento con mínimo 4 cistoscopias en 2 años.

Factores de exclusión: tumores con compromiso muscular ( $\geq T2$ ), seguimiento insuficiente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Confección de base de datos con pacientes diagnosticados con CVNMI entre diciembre 2000 y diciembre de 2020. Se analizaron 151 historias clínicas, de las cuales 60 cumplieron los requisitos.

## RESULTADOS

De los pacientes, un 76% (n=46) eran de sexo masculino y 24% femenino (n=14). La edad promedio del diagnóstico fue 66 años y el 40% (n=24) eran fumadores. Respecto a la dosis de BCG el 70% (n=42) recibió dosis reducida de 30mg por cada instilación. Un 18% (n=11) recibió dosis de 5 mg, uno recibió 15 mg, otro recibió 60 mg y el resto no quedó claro en el registro. De los tratados un 10% (n=6) progresaron de CVNMI a enfermedad invasiva. Un 41% (n=25) experimentó recurrencia y el 60% (n=15) se trató con una nueva resección.

## CONCLUSIÓN

Al valorar nuestros resultados y compararlos con la literatura, concluimos que las tasas de progresión y recurrencia son mayores, lo que se podría relacionar con la dosis de BCG recibida, ya que, según las recomendaciones internacionales el esquema sugerido es el SWOG a full dosis (120mg). Esta conclusión sugiere la necesidad de cambios importantes en nuestra conducta clínica futura. Es importante señalar que una limitación de este estudio es su naturaleza retrospectiva y el tamaño de la muestra.

## P28) EXPERIENCIA DE CISTECTOMIA RADICAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DURANTE SUS 10 PRIMEROS AÑOS: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y PERIOPERATORIOS

Villanueva Figueroa, M.(1); Guerrero Carmona, M.(2); Arias Ahumada, G.(3); Gomez Lobo Roa, C.(4); Oporto Uribe, S.(5); Menchaca Cruzat, R.(5); Rojas Becerra, J.(5); Morán Valenzuela, D.(5); Robson Jofré, J.(5); Andriola Pérez, M.(6); Benítez Filselcker, A.(6); Canales Rojas, R.(5);

(1): Hospital clínico de la U de Chile, Santiago, Chile (2): Interna medicina Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (3): Interno medicina Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (4): Alumna medicina Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (5): Hospital El Carmen, Santiago, Chile (6): Hospital Clínico U de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** La cistectomía radical (CR) es el tratamiento estándar para el cáncer de vejiga músculo invasor, pero está asociada con alta morbilidad perioperatoria. La experiencia y el volumen quirúrgico son cruciales para mejorar los resultados. En Chile, la información sobre los resultados de CR en hospitales públicos no referentes es limitada.

**Materiales y Método:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo revisando las fichas clínicas de pacientes sometidos a CR por cáncer de vejiga entre 2014 y 2024 en un hospital público de Santiago. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias y resultados post quirúrgicos, como complicaciones, mortalidad y sobrevida, utilizando medidas de tendencia central.

**Resultados:** Se realizó CR en 43 pacientes, con una mediana de edad de 72 años (68-78); 34 eran hombres y 9 mujeres. El 60% (26/43) tenía un ECOG  $\leq 1$ , y la mediana de albúmina preoperatoria fue 3,7 mg/dl (3,2-4). El abordaje fue abierto en 40 pacientes y laparoscópico en 3, todos con derivación urinaria extracorpórea. Las derivaciones incluyeron conducto ileal en 28 pacientes (65%), neovejiga de Studer en 5 (12%) y ureterostomías cutáneas en 10 (23%). La mediana de sangrado fue 1000 cc (500-1400), con 18 pacientes requiriendo transfusión. La mediana de tiempo operatorio fue 250 minutos (221-316). Se reportaron 5 pacientes con complicaciones CD 3, 15 con CD 4 y 5 fallecidos (CD 5), de los cuales 3 recibieron CR de salvataje. En relación a la etapa: 10 pacientes fueron pT2, 9 pT3 y 12 pT4; 5 pacientes mostraron regresión tumoral (1 pT1 y 4 pT0). No se logró recuperar informe de biopsia en 7 pacientes. En cuanto al compromiso ganglionar, 12 pacientes fueron N1 o superior. La mediana de seguimiento fue de 19 meses (4-28). La mortalidad a 1 mes y 3 meses fue 11,6% y 20,9% respectivamente, con tasas de mortalidad a 3 meses de 50% para pT4, 20% para pT3 y 10% para pT2. No hubo mortalidad en pacientes con regresión tumoral (pT0 y pT1).

**Conclusiones:** La CR presenta desafíos significativos y altas tasas de morbimortalidad. Se requiere formar equipos multidisciplinarios especializados para mejorar los resultados, especialmente en hospitales no referentes.

## **P29) SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA AMBULATORIA EN MASA RENAL SÓLIDA METASTÁSICA**

Carrasco, D.(1); Lara, C.(1); Vega, F.(1); Umaña, J.(1); Lara, D.(1); Pino, M.(1); Pieressa, N.(1); Urrutia, S.(1); Gorena, M.(1);  
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

**Introducción:** El manejo de los tumores renales metastásicos está evolucionando con una creciente disponibilidad de tratamientos dirigidos<sup>1</sup>, que habitualmente requieren confirmación histológica. La biopsia renal percutánea ecoguiada (BRPE) es una técnica mínimamente invasiva eficaz para el diagnóstico histopatológico de cáncer renal metastásico, con una tasa de éxito del 92%<sup>2</sup>. En Chile, la introducción de procedimientos ambulatorios ha demostrado que reduce costos y evita la hospitalización prolongada<sup>3</sup>. Este estudio evalúa la aplicación de la BRPE ambulatoria en un hospital universitario de referencia en el sur de Chile, analizando su tasa diagnóstica y las complicaciones durante un seguimiento de 3 meses. El objetivo primario es evaluar si la BPRE realizada por urólogos en un entorno ambulatorio con anestesia local es segura y eficaz para la confirmación histológica del tumor de células renales.**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo prospectivo unicéntrico. Se reclutaron pacientes con diagnóstico de masa renal sólida metastásica por tomografía computarizada (TC) entre Septiembre de 2021 y Mayo de 2024. Estos fueron sometidos a BPRE para confirmación histológica de neoplasia renal. Se incluyeron BPRE realizadas exclusivamente por urólogos. Se registraron características de las muestras, resultados anatomopatológicos y complicaciones dentro de los primeros 3 meses post procedimiento. Se registran las complicaciones según la escala Clavien Dindo.**Resultados:** Se incluyeron un total de 21 pacientes. De las biopsias realizadas, el 71.4% (15) resultaron positivas para malignidad, mientras que 5 muestras (23.8%) fueron reportadas como tejido no patológico y 1 muestra (4.8%) fue insuficiente para diagnóstico. En cuanto a las complicaciones, se reportó un único caso de hematoma perirrenal, clasificado como Clavien-Dindo II.**Conclusión:** La BPRE ambulatoria, con anestesia local realizada por urólogo en este centro es un procedimiento seguro y efectivo para el diagnóstico histopatológico de cáncer renal metastásico. Es fundamental desarrollar esta técnica en más centros para lograr un diagnóstico precoz y ofrecer un tratamiento oportuno para este tipo de neoplasias.

## **P30) IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL**

Eltit, I.(1); Aliaga, A.(1); Alliende, C.(1); Pinochet, R.(1); Saavedra, A.(1); Bustamante, A.(1); Schultz, M.(2); Miranda, D.(1); Fernandez, M.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Anatomía Patológica Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** Distintas series de cistectomía radical (CR) reportan tasas de complicaciones perioperatorias de hasta 60%, con 15% Clavien Dindo $\geq$ 3, y hasta 3% de mortalidad. Asimismo, la estadía hospitalaria es prolongada y las readmisiones frecuentes. Los protocolos de recuperación acelerada (ERAS), tienen el objetivo de reducir el estrés quirúrgico, acelerar la recuperación y disminuir las complicaciones. Evaluamos el impacto de la aplicación sistemática de un protocolo ERAS en los desenlaces perioperatorios mencionados. Como desenlace secundario, se evaluó la sobrevida libre de recurrencia.

**Material y método:** Se incluyeron pacientes sometidos a CR. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, complicaciones (Clavien-Dindo), tasa de reingreso y reintervención y sobrevida. Los datos se recopilaron desde la base institucional. Se realizaron análisis descriptivos, de asociación y sobrevida.

**Resultados:** Entre 2017 y 2024, 38 pacientes fueron sometidos a CR por cáncer de vejiga (CV), con 75% por cáncer músculo invasor. La mediana de edad fue 72 años (RIQ 67-75). La mediana de tiempo quirúrgico fue 300 minutos (RIQ 270-330) y la de sangramiento intraoperatorio 800 ml (RIQ 600-1000). La mediana de estadía hospitalaria fue 10 días (RIQ 8-14). Desde 2020 (n=21), se implementó en forma sistemática un protocolo ERAS. Como consecuencia, se redujo en forma significativa la mediana de estadía hospitalaria (8 vs. 12 días; p=0.007), observando además una disminución de la tasa de complicaciones (47% vs. 19%; p=0.086). Respecto a éstas, un 31,7% presentó alguna los primeros 30 días, siendo las más frecuentes Clavien Dindo 2 (26,3%). El 7,9% reingresó y un 2,6% requirió reintervención en el mismo período. Con respecto a los desenlaces oncológicos, el 25,2% fue pN+. Luego de una mediana de seguimiento de 27,8 meses (RIQ 12,1-40,9), la sobrevida libre de enfermedad a los 12 y 24 meses fue 92,1% y 78,9% respectivamente.

**Conclusiones:** La implementación de ERAS disminuye la estadía hospitalaria y la tasa de complicaciones. Considerando la vigencia de la CR como tratamiento estándar de distintas etapas del CV, además de la frecuente fragilidad del paciente, parece muy relevante considerar su implementación de manera rutinaria.

### **P31) MARGEN QUIRÚRGICO Y RECIDIVA LOCAL SEGÚN ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO DE TUMORECTOMÍA RENAL; LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO**

Quiñones Rivera, C.(1); Vilches Paez, R.(2); Roman Sobarzo, J.(2); Orellana Salinas, N.(1); Dominguez Argomedo, R.(1); Piñats Diaz, N.(1); Kerkebe Lama, M.(1);  
(1): HOSPITAL DIPRECA, SANTIAGO, CHILE (2): INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER, SANTIAGO, CHILE

## INTRODUCCIÓN

Cáncer renal(CR) corresponde 3% de todos los cánceres, tercero más frecuente en urología. El manejo estándar del CR localizado es quirúrgico, preferentemente cirugía con preservación de nefronas por sobre nefrectomía radical siempre y cuando sea segura para el paciente sin comprometer resultado oncológico con el fin de disminuir morbimortalidad futura cardiovascular.

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la técnica laparoscópica y laparoscópica asistida por robot en el margen quirúrgico de tumorectomías renales sobre las recidivas locales para evaluar posible beneficio de técnicas mínimamente invasivas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico; 248 pacientes con lesiones renales sólidas sometidos a tumorectomía renal en dos Hospitales de Santiago de Chile; en un centro se realizó técnica laparoscópica y en otro laparoscópica asistida por robot; con seguimiento promedio 4 años.

Se evaluaron datos demográficos, tamaño lesión, renal score, tiempo operatorio, margen quirúrgico biopsia operatoria y recidiva local en pacientes con margen comprometido(MQ+); para evaluación de significancia estadística( $p < 0.05$ ) se utilizó T-student.

## RESULTADOS

De las muestras totales( $n=248$ ), 151(61%)pacientes se sometieron a técnica laparoscópica y 97(39%)robótica. Promedio edad ambos grupos 58años, predominio sexo masculino. Promedio tamaño tumoral 26mm grupo laparoscópico y 28mm robótico, renal-score 7.09 y 7.2 respectivamente; sin diferencia estadística significativa entre grupos siendo estos comparables. Tiempo operatorio promedio 136 y 139minutos.

Del grupo laparoscópico, 24(16%)pacientes presentaron MQ+; de los cuales 20(83%) subtipo células claras, 1(4%) papilar y 3(13%) cromóforo; en comparación a grupo robótico 5(5%)pacientes MQ+; 4(80%) células claras y 1(20%) cromóforo; presentando diferencia entre grupos estadísticamente significativa( $p < 0.01$ ). De 30 pacientes MQ(+) solo uno(laparoscópico); subtipo células claras; presentó recidiva local al año de seguimiento; sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos( $p < 0.42$ ).



## CONCLUSIONES

Si bien en esta serie hubo mayor porcentaje de MQ+ en grupo laparoscópico; el porcentaje de pacientes con recidiva local fue muy bajo y sin diferencia estadísticamente significativa en comparación al robótico; pudiendo extrapolar un bajo impacto clínico. Si bien estos datos son iniciales y faltan mayores estudios y tiempo de seguimiento; los resultados se condicen con estudios internacionales; en donde el MQ+ por si solo no es un factor determinante en la recurrencia de enfermedad del CR.

## P32) NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA VS. ASISTIDA POR ROBOT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Reyes Sánchez, A.(1); Gatica Cuthill, T.(2); Cortés Cortés, C.(1); Saldivia Zaror, D.(1); Blackburn Bersezio, S.(1); Fullá Ortiz, J.(1); Larenas Huguet, F.(1); Martínez Osorio, C.(1); (1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile., Santiago, Chile (2): Hospital de Urgencia y Asistencia Pública., Santiago, Chile

### Introducción:

La cirugía robótica en nefrectomía parcial se ha masificado internacionalmente por su menor sangrado y días de hospitalización, manteniendo resultados oncológicos a largo plazo. El objetivo de este estudio es comparar resultados perioperatorios de la nefrectomía parcial laparoscópica(NPL) versus asistida por robot(NPAR) en un hospital público chileno.

### Metodología:

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con tumores renales localizados menores a 10 cm sometidos a NPL o NPAR con DaVinci X entre los años 2018-2024 en un centro. Se obtuvieron datos demográficos, características del tumor, resultados quirúrgicos y anatomopatológicos mediante la revisión de fichas clínicas. Para el análisis estadístico se utilizó STATA 11, se consideró significativo  $p < 0.05$ .

### Resultados:

De un total de 58 pacientes, 29(50%) fueron NPL y 29(50%)NPAR. No hubo diferencias en edad, Charlson-score, ECOG, cirugías abdominales previas, creatinina ni hemoglobina

preoperatoria. El estadio clínico tumoral más frecuente fue T1a, sin diferencias en diámetro tumoral mayor(30 versus 28mm,p=0.778). En ambos grupos el tumor fue de baja complejidad (RENALscore  $\leq 6$ ;48% versus 27.59%, p=0.109) y de ubicación posterior(37% versus 34%, p=0.999). En ambos grupos hubo una mayoría de histología maligna, siendo la más frecuente el carcinoma de células renales tipo células claras.

Respecto a los resultados perioperatorios, no hubo diferencias entre NPL versus NPAR en mediana de tiempo quirúrgico(190.0 versus 186 minutos, p=0.768), sangrado(175 versus 120cc, p=0.179) ni creatinina postoperatoria(0.9 versus 0.8 mg/dL,p=0.039). La mediana de tiempo de isquemia caliente fue significativamente menor en el grupo de NPL(17 min versus 27 minutos,p<0.05). El tiempo de hospitalización fue menor en NPAR(2 versus 1 día,p<0.05). Dos pacientes fueron convertidos a nefrectomía radical en el grupo NPL, sin conversiones en el grupo robótico. No hubo diferencias en complicaciones entre grupos(7 versus 8, p=1.000)

Respecto a los márgenes quirúrgicos, se encontró borde positivo en el 24.14% y 37.93% respectivamente (p=0.382).

### **Conclusión:**

Los resultados perioperatorios entre NPL y NPAR son similares en nuestro centro a excepción a un menor tiempo de isquemia caliente en NPL y menos días de hospitalización en NPAR. Se encontró una tasa de márgenes positivos mayor a la literatura internacional en ambos grupos, lo que podría atribuirse a la curva de aprendizaje.

### **P33) RESULTADOS PERI-OPERATORIOS DE CISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA: EXPERIENCIA DE 23 AÑOS DE UN HOSPITAL ASISTENCIAL TERCIARIO**

Flores Torres, F.(1); Steuer Flández, A.(2); San Martín Mohor, D.(2); Foneron Burgos, A.(1); Troncoso Schifferli, L.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Toledo Jaureguiberry, H.(1); Foneron Villarroel, A.(1); Oyanedel Farías, F.(1);  
(1): Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La cistectomía radical es el tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo-invasor, el no músculo-invasor de muy alto riesgo y la falla a BCG, pero conlleva una tasa de morbi-mortalidad alta. Este estudio evalúa los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a cistectomía radical abierta en los últimos 23 años en un hospital de alta complejidad en Chile.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizaron retrospectivamente 39 pacientes sometidos a cistectomía radical abierta entre 2001 y 2023. Se evaluaron las características basales de los pacientes, estudio preoperatorio, tipo de derivación urinaria y complicaciones perioperatorias según la clasificación Clavien-Dindo.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue  $64.4 \pm 12.6$  años, con 71.7% clasificados como ASA II. Se realizaron 27 (69.2%) conductos ileales, 10 (25.6%) neovejigas ortotópicas y 2 (5.1%) ureterostomías cutáneas. La histología más frecuente fue carcinoma urotelial (82%) con etapa clínica T2-T4 (76.9%). El tiempo quirúrgico promedio fue  $388 \pm 91$  min y el sangrado intraoperatorio  $954 \pm 419$  cc. Se registraron complicaciones en 35 pacientes (89.7%): 71.7% grado I, 38.4% grado II, 43.5% grado III, 5.1% grado IV y 5.1% grado V. Las más frecuentes fueron problemas de herida operatoria (35.8%), anemia con transfusión (30.7%) y alteraciones metabólicas (25.6%). Complicaciones mayores ocurrieron en 53.8% de los pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Se observó una morbilidad perioperatoria mayor a lo reportado en series internacionales. Es necesario implementar protocolos quirúrgicos y perioperatorios mejorados para optimizar los resultados.

### **P34) COMPARACION DE EXPERIENCIA INICIAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT HUGO RAS SYSTEM VERSUS CIRUGIA CONVENCIONAL LAPAROSCOPICA: ¿ES SUPERIOR?**

Rojas, A.(1); Verdugo, C.(1); Salgado, L.(1); Moreno, N.(1); Walbaum, J.(1); Manterola, C.(1); Dominguez, J.(1); Majerson, A.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

#### **INTRODUCCION**

La nefrectomía parcial laparoscópica es el gold estándar en el manejo quirúrgico de tumores renales localizados. Por otra parte, el recién introducido Robot Hugo TM RAS es una de las alternativas actuales para la realización de esta cirugía. ¿Es superior en términos de resultados operatorios y oncológicos? Presentamos nuestra experiencia inicial en nefrectomías parciales asistidas por robot (NPAR) por CCR localizado utilizando Medtronic Hugo™ RAS System comparados a la cirugía laparoscópica convencional.

#### **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, donde incluimos las nefrectomías parciales laparoscópicas y asistidas por Robot por tumor renal realizadas en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus durante los años 2022-2024. Se utilizó STATA BE/18 para análisis estadístico.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 220 pacientes, 149 Nefrectomías Laparoscópica (NPL) y 71 Laparoscópicas asistidas por robot (NPLR) operados entre julio 2022 y agosto 2024. La decisión de una cirugía versus la otra fue por criterio del cirujano. En el grupo RPL, la edad promedio fue de 58 años, ninguno tenía falla renal previa, tamaño tumor promedio de 27 mm, el 73% eran tumores clasificados clínicamente como cT1a. En el grupo NPLR, la edad promedio fue de 55 años, ninguno tenía falla renal previa, tamaño tumor promedio de 29 mm el 66% eran tumores clasificados clínicamente como cT1a. El tiempo operatorio fue significativamente menor en la NPLR 161min versus 190 min (valor p 0,01), de igual forma, la estadía hospitalaria fue significativamente menor en la NPLR 2 días versus 3 (valor p 0,05). No encontramos diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto al tiempo de isquemia (19 min versus 20,3 min), sangrado intraoperatorio (190cc promedio), complicaciones post operatorias, margen positivo en la biopsia, función renal al día 1 post operatorio (crea 0,9) ni en el control ambulatorio 1-3 meses post cirugía (crea 0,9), tampoco hubieron diferencias en cuanto al riesgo de recurrencia ni mortalidad en ambos grupos.

## CONCLUSION

En nuestra serie, la NPLR se asoció a menor tiempo quirúrgico y estadía hospitalaria. No se encontraron diferencias en cuanto a la seguridad ni outcomes clínicos-oncológicos respecto a la cirugía convencional laparoscópica.

## P35) COMPARACION DE NEFRECTOMIA RADICAL VERSUS NEFRECTOMIA PARCIAL PARA CARCINOMA DE CELULAS RENALES DE ESTADIOS CLINICOS T1B Y T2.

Rojas, A.(1); Verdugo, C.(1); Salgado, L.(1); Moreno, N.(1); Jamis, F.(1); Walbaum, J.(1); Manterola, C.(1); Dominguez, J.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

### Introducción:

Según las guías actuales, la nefrectomía parcial (NP) se recomienda para pacientes con tumores T1a (<4 cm). Para los tumores renales más grandes, la nefrectomía radical (NR) sigue siendo el gold estándar, pero ¿Cuál es el rol de la Nefrectomía Parcial en los tumores clínicamente catalogados como T1b y T2? Presentamos nuestra experiencia de 24 años en cirugías de riñón por carcinoma de células renales en estadios clínicos T1b y T2.

### Materiales y Métodos:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, donde incluimos las Nefrectomías Radicales (NR) y Parciales (NP) por tumor renal clínicamente clasificados como T1b y T2 realizadas en

el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus durante los años 1999-2023. Los datos analizaron incluyeron mortalidad global y sobrevida global y libre de enfermedad. Todos los análisis estadísticos se realizaron con Stata/BE 18.

### Resultados:

Se operaron 717 pacientes, de ellos 413 (57%) corresponden a paciente clasificados como T1b, 196(27%) a T2a y 108 (15%) a estadio T2b. En el grupo de pacientes clasificados como T1b, en el 75% se realizó una nefrectomía radical y en un 25% se nefrectomía parcial. Los pacientes sometidos a NP tenían masas más pequeñas (DMP -0,78 cm, IC del 95%: -0,96 a -0,59; p <0,0000). ) En el grupo T2a, en el 91% se realizó una NR y en un 9% se NP. En el grupo T2b, en el 97% se realizó una NR. En relación con la tasa de mortalidad general y cáncer específica, fue significativamente mayor en la NR versus NP en todos los grupos (T1b, T2a y T2b) independientemente de la vía quirúrgica, así como también la NP se asoció significativamente a una mayor sobrevida global y libre de enfermedad a 10 y 15 años de seguimiento, en comparación a la NR en todos los grupos (T1b, T2a y T2b), independientemente de la vía quirúrgica.

### Conclusión:

En nuestra serie, la NP, se asocia a menor tasa de mortalidad general y cancer específica así como también a mejor sobrevida global y libre de enfermedad a 10 y 15 años de seguimiento, independiente del estadio clínico (T1b, T2a y T2b)

## P36) NEFRECTOMÍAS PARCIALES EN MASAS RENALES PEQUEÑAS

Ruiz Espinosa, T.(1); Mejías Briceño, O.(2); Rodríguez Christian, D.(1); Rojas Castiglione, I.(1); Vargas Rojas, V.(1); Punte Menendez, T.(3); Marchant Martínez, Á.(3); Barroso Salvestrini, J.(4); Osorio Martini, F.(4); Catalán Ancic, G.(4); Molina Pine, B.(3); Otaola Arca, H.(4); Donoso Machuca, E.(2);

(1): UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO, Chile (2): HOSPITAL PADRE HURTADO, UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO, Chile (3): HOSPITAL PADRE HURTADO, SANTIAGO, Chile (4): CLÍNICA ALEMANA, HOSPITAL PADRE HURTADO, UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO, Chile

**Introducción:** El carcinoma renal es uno de los cánceres urológicos más frecuentes, cuya incidencia ha aumentado por el mayor acceso a estudios de imagen. Esto ha permitido un diagnóstico en estadios más precoces. La nefrectomía parcial (NP) es el gold estándar para el tratamiento de las masas renales pequeñas (hasta 4 cm), maximizando la preservación de la función renal. La vía laparoscópica es de elección por la ventaja de ser mínimamente invasiva. Nuestro objetivo es mostrar la experiencia y resultados de las nefrectomías parciales en tumores T1a en nuestra institución. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las nefrectomías parciales laparoscópicas y abiertas realizadas entre enero 2019 y diciembre 2023 en el Servicio de Urología del Hospital Padre Hurtado.

**Resultados:** 41 pacientes clasificados como T1a fueron sometidos a nefrectomías parciales, 26 casos fueron hombres, edad promedio 59 años. En el 70.7% fue un diagnóstico incidental. El tamaño tumoral promedio fue de 3.75 cm con R.E.N.A.L. score promedio de 7.2 puntos (5 - 10 puntos), correspondiendo moderada complejidad quirúrgica. 75.6% se abordó por vía laparoscópica, 22% lumbotomía y 2.4% subcostal. El 75% de los casos se realizó con clampeo arterial, 17.1% clampeo venoso y arterial, y 4.8% sin clampeo, con tiempo promedio de isquemia caliente 18.5 minutos (5 - 37 min). El tiempo quirúrgico promedio fue 176 minutos, con estadía hospitalaria promedio de 4 días. Tres casos presentaron complicaciones intraoperatorias (7.3%) éstas fueron lesión esplénica, diafragmática y renal respectivamente, manejados conservadoramente. Tres casos reportaron complicaciones postoperatorias (7.3%), categorizados con Clavien-Dindo modificado I y II. Ninguno fue rehospitalizado. 80.5% de las biopsia definitiva fue carcinoma células claras (80.5%). Tres casos presentaron márgenes quirúrgicos positivos. De estos, solo un caso requirió nefrectomía radical y dos casos no presentaron recurrencia demostrable durante el seguimiento. **Conclusión:** La nefrectomía parcial laparoscópica es un procedimiento quirúrgico seguro con un enfoque mínimamente invasivo, con escasas complicaciones intra y postoperatorias. Es el método de elección para tratamiento de las masas renales pequeñas independiente de su complejidad quirúrgica, y cuyo objetivo final es intentar preservar al máximo la función renal del paciente.

### **P37) DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE VEJIGA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DISPARIDADES DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.**

Narvaez Fuentes, P.(1); Mercader Barull, C.(2); Oyanedel Farias, F.(3); Cancino Bustos, C.(4); Valenzuela Grau, F.(5); Gonzalez Yepes, C.(6); Borja Niama, A.(7); Vilaseca Cabo, A.(2); Alcaraz Asencio, A.(2); Ribal Caparro, M.(2);

(1): HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA, (3): HOSPITAL BASE DE VALDIVIA, (4): HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, (5): HOSPITAL DE LA SERENA, (6): UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA DE MEDELLIN, (7): FAMILY MED, RIOBAMBA ECUADOR, ,

#### **Introducción:**

Las disparidades de género en el cáncer de vejiga (CV) pueden deberse tanto a diferencias biológicas como a variaciones en la evaluación diagnóstica inicial. La hematuria, un síntoma importante del CV, es más frecuente en mujeres, pero a menudo se atribuye erróneamente a infecciones del tracto urinario, lo que puede provocar un retraso en el diagnóstico. Este contribuye a que las mujeres presenten la enfermedad en etapas más avanzadas y experimenten peores resultados en términos de supervivencia específica y global. Estudios han demostrado que las mujeres tardan significativamente más en ser diagnosticadas tras la aparición de hematuria, y son menos propensas a recibir estudios de imagen o ser remitidas a un urólogo para su evaluación.

**Material****y****métodos:**

Se realizó un estudio observacional con una cohorte prospectiva de 87 pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clinic de Barcelona entre julio de 2023 y abril de 2024. Se recolectaron datos clínicos, tiempos de espera y número de consultas, diferenciando entre hombres y mujeres. Las comparaciones se realizaron con pruebas estadísticas apropiadas (chi-cuadrado, t de Student, Mann-Whitney U). Se consideró significativa una  $p < 0.05$ , utilizando Stata 17.0 para los análisis.

**Resultados:**

De los 87 pacientes, el 72.4% eran hombres y el 27.6% mujeres. Las mujeres presentaron más disuria (37.5% vs 15.9% en hombres), mientras que los hombres presentaron más macrohematuria (68.3% vs 62.5% en mujeres). Las mujeres tuvieron un mayor número de consultas previas al urólogo. No se encontraron diferencias significativas en los tiempos de espera entre la consulta inicial y la cistoscopia o la intervención quirúrgica.

**Conclusiones:**

Las mujeres presentaron más disuria y necesitaron un mayor número de consultas previas al urólogo que los hombres, lo que podría retrasar su diagnóstico de cáncer de vejiga. A pesar de ello, los tiempos de espera para procedimientos como cistoscopia y RTU-v fueron similares entre géneros, indicando un manejo equitativo una vez ingresados al circuito hospitalario. Sin embargo, estas diferencias en la evaluación inicial subrayan la necesidad de mejorar la detección temprana y el manejo clínico, especialmente en mujeres

**P38) VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER RENAL: CARACTERIZACIÓN DE UNA SERIE NACIONAL**

Navarrete Lara, M.(1); Foneron Villarroel, A.(1); Steuer, A.(1); Foneron Burgos, A.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Troncoso Schifferli, L.(1); Oyanedel Farías, F.(1); Toledo Jaureguiberry, H.(1); Flores Torres, F.(1); Cuevas Seguel, P.(1); Gárate Ortega, S.(1);  
(1): Universidad Austral de Chile, valdivia, Chile

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer renal corresponde al tercer tumor urológico en frecuencia. Su diagnóstico es cada vez más precoz y el hallazgo de masas renales pequeñas (<4cm), asintomáticas es algo frecuente. En pacientes con comorbilidades importantes y/o edad avanzada es necesario evaluar el riesgo versus beneficio de un tratamiento quirúrgico, tomando en cuenta lo anterior, la vigilancia activa (VA) se presenta como una alternativa de manejo. El objetivo de este trabajo es describir nuestra serie de pacientes en protocolo VA.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó 32 pacientes de un hospital de alta complejidad. Confección de base de datos en Microsoft Excel con pacientes ingresados al protocolo de vigilancia activa desde julio 2019 hasta agosto de 2024

## RESULTADOS

Del total de pacientes un 50% (n=16) corresponde a hombres y 50% a mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de 82 años (rango 61 - 99) y la mayoría de ellos con índice de comorbilidad elevado (Charlson 6 puntos). El tamaño tumoral promedio al ingreso fue de 29mm. El 85% de los pacientes se diagnosticó con masas sólidas y un 15% sólido-quísticas. El 90% (n=29) se pesquisó mediante TC, un 6% a través de ecografía y un 3% por RM como examen inicial. El 84% de los pacientes reclutados cuenta con al menos un control posterior a la primera evaluación. El seguimiento máximo fueron 46 meses. El seguimiento mínimo fue 1 mes. Un 43% (n=14) experimentó crecimiento del tumor. Ocho pacientes fallecieron durante el seguimiento, de los cuales solo 1 falleció a causa del tumor renal. Ningún paciente fue a biopsia confirmatoria.

## CONCLUSIÓN

La vigilancia activa en el cáncer renal es una alternativa en pacientes seleccionados. La confección de un protocolo de manejo es fundamental para el buen manejo de estos pacientes. Esta muestra inicial podría marcar sin duda un precedente en nuestra práctica clínica

## **P39) COMPARACIÓN DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT Y NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y POSOPERATORIOS DE UN SOLO EQUIPO EN BRASIL.**

Sousa, L.(1); Barretto, N.(2); Alves, K.(2); Silvãõ, R.(2); Silva, F.(2); Ferreira, P.(2); Ziolkowski, A.(2); Moura, D.(2); Zollinger, L.(2); Leãõ, N.(2);  
(1): brazilian institute of robotic surgery, Feira de Santana, Brasil (2): brazilian institute of robotic surgery, Salvador, Brasil

## INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial es el abordaje preferido para el tratamiento de tumores renales T1a y, cuando es técnicamente factible, T1b. La investigación comparativa es escasa cuando se trata de evaluar los resultados de la nefrectomía parcial asistida por robot (RAPN) versus la nefrectomía parcial laparoscópica (LPN). Con eso es objetivo comparar los resultados intra y postoperatorios de RAPN y LPN de un solo equipo en Brasil.

## MATERIAL

Y

## MÉTODOS

Un análisis retrospectivo incluyó datos de 105 pacientes, 53 sometidos a RAPN y 52



sometidos a LPN, realizados por un equipo de cuatro cirujanos con dominio de la técnica, en dos centros subcontratados de alto volumen. Mediciones de resultados y análisis estadístico fueron hechos.

#### RESULTADOS

Aunque los tumores fueron más grandes en el grupo RAPN (3,84 vs 3,40 cm), los resultados indicaron ventajas de la RAPN en tiempo de duración de la cirugía (134,65 vs 162,57 minutos) y duración de la estancia hospitalaria (1,24 vs 3,05 días;  $p < 0,001$ ). Además, el tiempo de isquemia fue más corto en los pacientes sometidos a RAPN en comparación con sometidos a LPN (13,28 vs 19,97 minutos;  $p < 0,001$ ). No observaron diferencias significativas en la ubicación del tumor, puntuación ASA, comorbilidades, edad y el IMC entre los grupos. A pesar de estos resultados, la RAPN demostró resultados superiores. Además, la distribución de las puntuaciones RENAL entre los pacientes indicó que el 27% de los pacientes con RAPN estaban en la categoría de bajo riesgo (puntuación RENAL 4-6), el 44,2% en la categoría de riesgo intermedio (puntuación RENAL 7-9) y el 28,8% en la categoría de alto riesgo (puntuación RENAL 10-12). En cambio, en el caso de los pacientes con LPN, 48,3% estaban en la categoría de bajo riesgo, 48% en la categoría de riesgo intermedio y 3,7% en la categoría de alto riesgo.

#### CONCLUSIONES

La RAPN produce resultados comparables a la LPN y puede ser preferible para casos complejos. Esta investigación, indica que la RAPN es ventajosa para los cirujanos laparoscópicos experimentados. Las limitaciones incluyen la naturaleza retrospectiva y el pequeño tamaño de la muestra. Se justifican más estudios prospectivos y aleatorizados.

## **P40) EXPERIENCIA INICIAL DE NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT HUGO RAS SYSTEM**

Rojas, A.(1); Verdugo, C.(1); Salgado, L.(1); Moreno, N.(1); Manterola, C.(1); Walbaum, J.(1); Dominguez, J.(1); Majerson, A.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

#### INTRODUCCION

La cirugía mínimamente es hoy en día el gold estándar en el tratamiento de tumores renales pequeños localizados. El sistema Hugo TM RAS es una de las alternativas actuales para la realización de esta cirugía. Presentamos nuestra experiencia inicial en nefrectomías parciales asistidas por robot (NPAR) por CCR localizado utilizando Medtronic Hugo™ RAS System.

#### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, donde incluimos las Nefrectomías Parciales Asistidas por Robot por tumor renal realizadas en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus durante los años 2022-2024. Los datos analizados incluyeron variables clínicas, perioperatorias y sobrevida. Este estudio fue aprobado por el comité de ética local.

## RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes operados entre julio 2022 y agosto 2024. El 50% eran hombres, la edad promedio fue de 55 años, ninguno tenía falla renal previa, El 40% de los tumores era del riñón derecho, con tamaño promedio de 29 mm (DE 9 mm y 75mm), el 66% eran tumores clasificados clínicamente como cT1a. El tiempo operatorio promedio fue de 161 minutos (incluye tiempos de docking, consola y cierre), el tiempo de isquemia promedio fue de 19 minutos, el sangrado estimado intraoperatorio fue de 200 cc, no hubo complicaciones intraoperatorias. La mediana de estadía hospitalaria fue de 2 días. En cuanto a la histopatología, el 80 % fueron diagnosticados como Carcinoma de Células Renales, el 20% restante entre Oncocitoma, Tejido renal no tumoral y un paciente con biopsia no disponible. En el 87% de los pacientes fue informado borde negativo en la muestra. El 100% de los pacientes controlados a los 3 meses tenían función renal normal. La sobrevida libre de enfermedad a 6 meses es del 100% y no hay mortalidad por cualquier causa a la fecha actual.

## CONCLUSION

El Sistema HUGO RAS es una herramienta factible y segura en el manejo de tumores renales, donde la Nefrectomía Parcial está indicada. Aunque la sobrevida libre de enfermedad es prometedora, necesitamos mayor tiempo de seguimiento para la evaluación en los resultados oncológicos de esta serie.

## P41) RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON DOSIS REDUCIDA DE BCG

Escobar Urrejola, S.(1); Guerrero, P.(2); Montenegro, J.(3); Tirreau, D.(3); Sáenz, S.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Schalper, M.(1); Toloza, H.(2); Calderon, D.(4);  
(1): Universidad de Chile - Sede Oriente, Santiago, Chile (2): Hospital Salvador, Santiago, Chile (3): Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile - Sede Oriente. Hospital Salvador, Santiago, Chile

Introducción: el estándar de adyuvancia para el Cáncer de Vejiga no Músculo Invasor (CaVNMII) es la instilación intravesical de BCG en dosis dependientes de cada cepa. Períodos intermitentes de desabastecimiento han impulsado su uso en dosis reducidas, lo que fue recogido por la guía ministerial del 2013. Siguiendo estas directrices, nuestro hospital realizó hasta el 2020 instalaciones de este tipo.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad clínica de nuestro esquema.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con CaVNMI que recibieron su primera instilación de BCG entre enero 2015 y julio 2019 en un centro público de Santiago, con dosis de 90 mg de cepa danesa (3 frascos de  $\sim 2,5 \times 10^8$  unidades formadoras de colonias. SSI, Copenhage ) en un esquema temporal SWOG.

Se registraron datos demográficos, clínicos y adherencia a tratamiento, estratificando por categorías de riesgo de la Asociación Europea de Urología (EAU); describiendo su tasa de recidiva y progresión a enfermedad músculo invasor.

**Resultados:** se incluyeron 55 pacientes, con edad media 72 años. La media de seguimiento fue 39,27 meses. El 35% correspondían a CaVNMI de novo, siendo el resto recidivas. El 11% había recibido BCG previa. El 22% era de riesgo bajo, el 39% intermedio, el 33% alto y el 6% muy alto. Solo el 41,8% de la cohorte completó el tratamiento indicado.

Sólo el 41,8% completó el tratamiento indicado. En este subgrupo, la tasa de recidiva y progresión fueron de 26% y 4,3% vs 47% y 12.5% en la que no.

El análisis según grupo de riesgo reportó recidiva y progresión de 58% y 0% en bajo, de 33% y 4,7% en intermedio, 27% y 22% en alto y de 33% y 0% en muy alto, respectivamente.

**Conclusiones.** Este estudio reportó que el uso de 90 mg de cepa danesa, presenta resultados oncológicos similares a los publicados para dosis plenas cuando se completa el esquema temporal indicado. Estos resultados deben ser tomados con cautela debido a las limitaciones del estudio, pero aportan al conocimiento de mundo real del uso de BCG en nuestro país.

## **P42) EFICACIA DIAGNÓSTICA DE CITOLOGÍA URINARIA EN CARCINOMA UROTELIAL. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.**

Lobos, R.(1); Manzanares, V.(1); Torrado, K.(1); Arias, E.(1); Barrios, G.(1); Ramírez, J.(1); López, P.(1); Sáez, G.(1); Herrera, L.(1); Bustamante, C.(1); Quintana, E.(1); Bezama, P.(1); (1): Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma urotelial (CU), principalmente el cáncer de vejiga, es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. La cistoscopia acompañada de citología urinaria (CiU) han sido el “gold estándar” para el seguimiento de esta patología. Se describe una baja sensibilidad (37.5–46.0%) pero alta especificidad (98.0–98.6%) para la detección de carcinoma urotelial de alto grado (CUAG) por medio de CiU, con un valor predictivo positivo (VPP) de 70.6–96.0% y valor predictivo negativo (VPN) de 68.0–94.8%. Estos resultados

pueden ser afectados por distintas variables dependientes del centro donde se realice este examen, por lo que en el siguiente estudio se evaluará la eficacia diagnóstica de este método en nuestro hospital.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, se realizó una revisión de las CiU realizadas en el Hospital Regional de Concepción entre abril del 2022 y julio del 2024 (n = 262), analizando finalmente el grupo de pacientes que posteriormente tuvo una confirmación histológica (n = 35). Se calculó sensibilidad, especificidad, VPP y VPN al total de carcinomas y además por separado a CUAG.

## **RESULTADOS**

En el grupo de pacientes con confirmación histológica, el 25.7% de las CiU resultó positiva. En cuanto a la confirmación histológica, el 62.9% presentaron algún carcinoma, siendo CUAG el 45.7%. Para el total de carcinomas, la sensibilidad fue 36.4%, especificidad 92.3%, VPP 88.9% y VPN 46.2%. Para CUAG la sensibilidad fue 42.1%, especificidad 92.3%, VPP 88.9% y VPN 52.2%.

## **CONCLUSIONES**

Basado en los resultados obtenidos por este análisis, podemos afirmar que la sensibilidad, especificidad y VPP son similares a lo reportado en la literatura. En cuanto a VPN el resultado fue más bajo a lo reportado, cuyos factores causantes que lo expliquen pueden ser especulados pero no dilucidados en este estudio.

## **P43) ¿SON REALMENTE BENIGNOS LOS TUMORES MENORES DE 3 CM?. REVISIÓN HISTOLÓGICA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO**

Marquez, R.(1); Alcolado, C.(2); Arancibia, A.(2); Navarrete, F.(2); Mondaca, C.(1); Jofre, F.(1); Henriquez, P.(1); Hohf, P.(1); Mejias, A.(1); Mora, R.(1); Mario, C.(1); Iturriaga, C.(1);  
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

Masa renal pequeña (MRP) es aquella menor a 4 centímetros. Su incidencia ha aumentado por el mayor uso de estudios imagenológicos por otras causas. Dentro de la evaluación de la MRP, un elemento importante a considerar es su tamaño, ya que, lesiones de menor tamaño, tienen más posibilidad de ser benignas en comparación a lesiones de mayor tamaño. Una revisión sistemática realizada en Estados Unidos, demostró que, en lesiones de menos de 4

cm, el 16% correspondía a histología benigna, mientras que en lesiones mayores de 4 cm este porcentaje disminuyó a 8%.

Otra revisión de casos realiza una diferenciación entre tumores de menores de 3 cm y mayores a 3 cm correspondiendo a patología benigna el 22,9 y 13,3% respectivamente.

Materiales y métodos:

Se realiza una revisión retrospectiva de las biopsias de nefrectomías parciales entre enero del 2019 y mayo del 2024 realizadas en nuestro centro con el objetivo de evaluar el porcentaje de patología benigna en tumores histopatológicamente menor a 4 cms.

Resultados:

Se realizaron 184 nefrectomías parciales de las cuales 133 (72.3%) correspondían a tumores de 4 cm o menos. El porcentaje de tumores benignos dentro del grupo de menores de 4 cm según tamaño fue:

- Tumores  $\leq 4$  cm: 5.26% (7 casos)
- Tumores  $< 3$  cm: 5.26% (7 casos)
- Tumores  $< 2$  cm: 3% (4 casos)

La histología de los tumores benignos  $\leq 4$  cm fue angiomiolipoma (2), oncocitoma (1), hemangioma (1), leiomioma (1), nefroma quístico multilocular (1), glómico (1).

Conclusiones:

Nuestros resultados muestran un porcentaje significativamente menor de tumores benignos en comparación con los datos reportados internacionalmente. Esta diferencia es particularmente notable en tumores menores de 3 cm por lo recomendamos tener en consideración éstos hallazgos y enfatizar un seguimiento acucioso y frecuente en pacientes chilenos sometidos a vigilancia activa.

**P44) CISTECTOMIA PARCIAL COMO MANEJO EN CÁNCER VESICAL: SERIE DE CASOS**

Flores Torres, F.(1); San Martín Mohor, D.(2); Steuer Flández, A.(2); Foneron Burgos, A.(1); Troncoso Schifferli, L.(1); Ebel Sepúlveda, L.(1); Toledo Jaureguiberry, H.(1); Foneron Villarroel, A.(1); Oyanedel Farías, F.(1);  
(1): Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Actualmente, la cistectomía parcial en contexto de cáncer vesical se reserva únicamente para casos seleccionados. A pesar de presentar peores resultados oncológicos, su principal ventaja es otorgar una menor morbi-mortalidad. El objetivo de este trabajo es analizar resultados peri-operatorios de 5 pacientes con cáncer vesical que fueron sometidos a cistectomía parcial abierta.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** De forma retrospectiva, entre los años 2001 y 2023 se encontraron 5 pacientes con indicación de cistectomía radical, pero que fueron sometidos a cistectomía parcial abierta, con o sin terapia adyuvante. Se evaluaron las características basales de los pacientes, estudio preoperatorio y complicaciones perioperatorias.

**RESULTADOS:** La edad varió entre 34 y 80 años, y la mayoría fueron clasificados como ASA II. Todos debutaron con macrohematuria. Con respecto a la indicación quirúrgica, 4 eran músculo-invasor al diagnóstico y solo 1 paciente no músculo-invasor con falla a terapia endovesical. El tamaño de las lesiones varió entre 0,5 y 4 cm, siendo en 2 casos compromiso multifocal. El principal motivo por el cual no eran candidatos a cistectomía radical fue por comorbilidades y/o edad añosa del paciente. En solo un caso, la decisión fue en base a la sospecha prequirúrgica de un tumor de uraco. No se reportaron complicaciones graves, y solo un caso de linforrea manejado de forma conservadora. Con respecto a la biopsia de la pieza operatoria, se registraron 2 variantes histológicas: adenocarcinoma mucoideo y carcinoma adenoescamoso. Se observó margen quirúrgico positivo en 2 pacientes. Como terapia adyuvante, 2 pacientes recibieron quimioterapia sistémica y 1 paciente BCG intravesical. Se reportaron 3 fallecimientos, con una sobrevida promedio de 57.1 meses [36.1 - 70.4].

**CONCLUSIÓN:** En nuestra experiencia, los pacientes sometidos a cistectomía parcial en contexto de cáncer vesical presentaron una baja tasa de complicaciones y una sobrevida aceptable, convirtiendo esta técnica en una opción quirúrgica válida en casos seleccionados. Sin embargo, el tamaño limitado de la muestra sugiere la necesidad de estudios más amplios para confirmar estos hallazgos.

#### **P45) SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIO: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y FUNCIONALES EN UNA SERIE DE 134 PACIENTES EN CENTRO ÚNICO.**

Eltit, I.(1); Otaola-arca, H.(1); Rojas, I.(2); Zambrano, N.(1); Barroso, J.(1); Stein, C.(1); Lyng, R.(1); Fernandez, M.(1); Bustamante, A.(1);

(1): Urología Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) afecta significativamente la calidad de vida de los hombres y tiene notables consecuencias económicas. Enucleación Prostática con Láser de Holmio (HoLEP) se ha posicionado como una técnica segura y con resultados funcionales comparables a las técnicas clásicas. El presente estudio examina los resultados quirúrgicos y funcionales de 137 pacientes sometidos a HoLEP, con especial atención a las mejoras en los síntomas urinarios y la continencia.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado que incorporo a 134 pacientes tratados con HoLEP. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, variables preoperatorias, quirúrgicas y postoperatorias. Se evaluaron el Antígeno Prostático Específico (PSA), flujo urinario (Qmax) y las complicaciones perioperatoria. Los resultados funcionales se evaluaron mediante el International Prostate Symptom Score (IPSS) y el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICI-Q). Los datos se recopilaron utilizando RedCAP y el análisis estadístico se realizó con SPSS v29.0.0.

**Resultados:** Entre 2019 y 2023, 134 pacientes fueron sometidos a HoLEP. La edad promedio fue de 67.59 años ( $\pm 8.31$ ), y el tamaño prostático mediano fue de 81.5 g (RIQ: 65-104). El Qmax preoperatorio promedio fue de 12.3 mL/s ( $\pm 5.44$ ). El tiempo operatorio mediano alcanzó los 132 minutos (RIQ: 100-150), con un peso de tejido resecado promedio de 47.7 g ( $\pm 23.11$ ). La velocidad de resección basada en el tiempo operatorio y el peso del tejido fue de aproximadamente 2.73 min/g. No hubo conversiones a cirugía abierta, necesidad de transfusiones, reintervenciones o rehospitalizaciones en menos de 30 días. Se presentaron 11 complicaciones, 8 Clavien III (72%), todas estrechez de uretra. El IPSS demostró una mejoría significativa (21.5 vs 9) a los 3 meses, continuando con mejorías hasta los 12 meses (3.5). El ICI-Q mostró que la continencia se mantuvo estable o mejoró levemente, con una disminución en la puntuación a los 12 meses (3 vs 0).

**Conclusiones:** HoLEP es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la HPB, proporcionando mejoras significativas en la tasa de flujo urinario y los síntomas urinarios. Nuestra serie presenta velocidades de resección adecuadas y con cuestionarios validados para su análisis.

#### **P46) RESECCIÓN TRANS URETRAL DE PRÓSTATA VERSUS ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM EN HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA MENORES A 80 CC, ¿CUÁL TIENE MEJORES RESULTADOS?**

Henríquez Guerrero, P.(1); Marió Guzmán, C.(1); Biancardi Kosler, S.(1); Iturriaga Villarroel, C.(1); Jofré, F.(1); Mondaca, C.(1); Hohf, P.(1); Mejías, A.(1); Márquez, R.(1); Navarrete Ponce,

F.(2); Arancibia, A.(2);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

## **Introducción:**

La Hiperplasia prostática benigna es una patología cada vez más frecuente.

El volumen prostático es fundamental para definir la técnica quirúrgica. En menos de 80 cc la más utilizada es la resección transuretral de próstata (RTU-P). Sin embargo, como alternativa la enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP), ha demostrado menores complicaciones y resultados similares. Actualmente la evidencia aún no es categórica para catalogar el HoLEP como técnica por sobre RTU-P para volúmenes entre 40-80 cc en las guías internacionales.

## **Materiales y Métodos:**

Estudio observacional unicéntrico de cohortes no aleatorizado prospectivo. Compara la resección transuretral de próstata (RTU-P) con la enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) en próstatas de 40-80 cc operadas entre Enero/23 y Julio/24 en términos de complicaciones y resultados.

Variables a evaluar: gramos resecados, complicaciones, días de hospitalización, tiempo de retiro de sonda y duración quirúrgica.

## **Resultados:**

Se analizaron 66 pacientes: 25 con RTU-P y 41 con HoLEP

Los resultados principales fueron:

Complicaciones: El grupo RTU-P tuvo más complicaciones Clavien-Dindo I (16% vs 4.8%) y Clavien-Dindo  $\geq$ III (8% vs 0%) comparado con HoLEP. El odds ratio fue 2.32 y 3.38 respectivamente ( $p < 0.05$ ).

Hospitalización: RTU-P requirió en promedio 1.78 días más de hospitalización que HoLEP (4.2 vs 2.41 días,  $p < 0.05$ ).

Tiempo quirúrgico: HoLEP tomó en promedio 41.89 minutos más que RTU-P (101.8 vs 59.9 minutos,  $p < 0.05$ ).



Tejido resecado: HoLEP resecó en promedio 18.61 gramos más que RTU-P (44.55 vs 25.94 gramos,  $p < 0.05$ ).

No hubo diferencias significativas en el tiempo de retiro de sonda.

### Conclusión:

En conclusión, HoLEP demostró ventajas sobre RTU-P en términos de menos complicaciones, menor estancia hospitalaria y mayor cantidad de tejido resecado, aunque con mayor tiempo quirúrgico. Esto sugiere que HoLEP podría ofrecer menor morbilidad y mejor costo-efectividad que RTU-P para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna en próstatas de 40-80 cc.

Palabras Claves: Prostatic Hyperplasia, Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP), Transurethral resection of the prostate (TURP), Open prostatectomy, Prostate surgery, Long-term outcomes

## P47) ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE THULIUM PULSADO, EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS

Maldonado Alvarez, F.(1); Marchant Bustos, P.(1); Calvo Bernasconi, I.(1); Salvadó Besnier, J.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

### Introducción:

Se han descrito ventajas teóricas del Thulium pulsado (p-Tm:YAG) en el contexto de enucleación prostática endoscópica.

Destaca su alta capacidad de coagulación, comportamiento predecible y una mayor precisión en la penetración del tejido. Se desconoce si la performance pre clínica del láser se traduce en mejores resultados perioperatorios.

### Materiales y métodos:

Se evaluaron los primeros 17 pacientes sometidos a enucleación prostática con p-Tm:YAG en nuestro centro, de forma retrospectiva entre Agosto 2023 y Agosto 2024. Se rescato desde la ficha electrónica la clínica preoperatoria, indicación quirúrgica, tratamientos previos, estudio preoperatorio; tiempo intraoperatorio, necesidad de transfusión, conversión a cirugía abierta, días de hospitalización y días de catéter uretral; en el postoperatorio se evaluó complicaciones y respuesta clínica al primer mes, uroflujometría a los 3 meses, necesidad de reintervenciones y estenosis de uretra precoz.

#### Resultados:

En los 17 pacientes evaluados, el promedio de edad fue 64 años, principales síntomas fueron nicturia (94%), tenesmo (65%) y latencia (29%). El 36% se encontraban con tratamiento tamsulosina/dutasteride, 31% con tamsulosina y 8% con tamsulosina/tadalafilo. El 88% se operaron por falla de tratamiento médico o deseos del paciente, 6% por retención de orina y 6% por hematuria persistente. El volumen prostático promedio fue 85 g, 65% tenía residuo postmiccional aumentado y 35% tenía Qmax bajo 15 ml/seg.

El tiempo quirúrgico promedio fue 162 minutos, no se realizaron transfusiones y no hubo conversiones. Se procesaron 12 biopsias que informaron HPB sin atipias. En promedio estuvieron 2 días de hospitalización, y 4 días en promedio de uso de catéter ureteral postoperatorio.

El 17.6% presentó complicaciones, dos por retención de orina (CDC I) y uno por hematuria, necesitando reintervención para hemostasia (CDC IIIb). Ningún paciente presentó infección urinaria o sepsis postoperatoria.

En control postoperatorio al mes, 53% presentó urgencia miccional, 18% nicturia y 12% goteo postmiccional. Ninguno presentó incontinencia urinaria. El 29% tuvo uroflujometría de control, todos con Qmax > 15 ml/seg. No hubo estrechez uretral durante el seguimiento.

#### Conclusiones:

La enucleación prostática con p-Tm:YAG en nuestra experiencia inicial impresiona ser segura, con buenos resultados funcionales y sin mayor número de complicaciones perioperatorias.

#### **P48) EFICIENCIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DE SISTEMA DE MORCELACIÓN HAWK EN CIRUGÍA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: ACTUALIZACIÓN DE SERIE NACIONAL.**

Piñats Diaz, N.(1); Duran Garcia, L.(2); Reyes Sanchez, E.(1);

(1): Hospital Dipreca, Santiago, Chile (2): Hospital FACH, Santiago, Chile

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico del adenoma de próstata ha migrado a técnicas mínimamente invasivas, destacando dentro de ellas la enucleación prostática láser. Dentro de esta técnica, la morcelación del tejido enucleado corresponde a un paso crítico; y para la cual contamos con diferentes opciones de sistemas de morcelación disponibles en el mercado. El objetivo del trabajo es actualizar nuestra serie local, realizando evaluación de la eficiencia del Morcelador HAWK en 5 variables: tasa de morcelación con peso seco, tasa de morcelación con peso húmedo, tasa de lesiones vesicales, tasa de tejido prostático de difícil morcelación y tasa de conversión a cirugía abierta por adenoma no morcelable; realizando comparación con otros sistemas de morcelación disponibles en la literatura.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, pacientes sometidos a enucleación prostática con láser Holmio y sistema de morcelación HAWK entre 2021-2024 en un mismo centro y cirujano, incluyendo un total de 500 pacientes.

**Resultados:** Mediana de edad 68 años, Media de antígeno prostático: 5,02 ng/ml, media de volumen prostático de 94.03cc. Media de tiempo de enucleación: 56.85 minutos, media de tiempo de morcelación: 15,3 minutos, media de peso húmedo resecado de 56.54 gramos, media de peso seco resecado de 49,7 gramos. Tasa de morcelación con peso seco: 4.1 g/min, tasa de morcelación con peso húmedo: 4.5 g/min, tasa de lesiones vesicales: 0.39%, tasa de tejido prostático de difícil morcelación: 0.5%, tasa de conversión por adenoma no morcelable: 0.39%. Estos resultados son comparables con los descritos en la literatura donde se reportan tasas de morcelación y de complicaciones similares para otros sistemas disponibles en el mercado.

**Conclusiones:** Los resultados son concordantes con la serie previamente analizada, correspondiendo a un sistema de morcelación eficiente, con tasas de morcelación y complicaciones comparables con lo descrito en la literatura. Se posiciona como una opción viable tanto del punto de vista técnico como económico con amplia distribución a nivel nacional y latinoamericano.

## **P49) PROGRAMAS ACOTADOS DE FORMACIÓN EN HOLEP ¿EL CAMINO PARA ACORTAR LA BRECHA EN CHILE? ANÁLISIS INICIAL DE RESULTADOS EN UN CENTRO ÚNICO**

Escobar Urrejola, S.(1); Rojas Ossa, V.(2); Cornejo, V.(1); Sáenz, S.(1); Carrillo, I.(1); Schalper, M.(1); Toloza, H.(3); Calderón, D.(2);

(1): Universidad de Chile - Sede Oriente, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile - Sede Oriente. Hospital Salvador, Santiago, Chile (3): Hospital Salvador, Santiago, Chile

Introducción: la difusión de programas de HOLEP se ha visto dificultada por el costo de entrada de la tecnología y su supuesta larga curva de aprendizaje. Respecto al segundo factor, existe evidencia de que ésta puede reducirse significativamente mediante programas de formación específicos. Nuestro objetivo es analizar los datos quirúrgicos y clínicos iniciales de la implementación de un programa de HOLEP en un hospital público posterior a una formación acotada y estandarizada.

Material y Métodos: un urólogo único, sin experiencia previa en HOLEP, realizó una formación de 22 horas semanales durante 3 meses con un tutor experto, realizándose 35 procedimientos en este período. Posterior a la estadía, se implementó en agosto del 2023 un programa de HOLEP en nuestro equipo, con realización autónoma de los procedimientos. Este análisis prospectivo incluye todos los HOLEP realizados en el programa. Se describe demográficamente a la cohorte, se informan sus tiempos quirúrgicos, estadía hospitalaria, días de sonda, tasas de complicaciones y uroflujometrías postoperatorias.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes. La edad media fue 70 años, el peso medio estimado de la próstata fue de 76 cc y el Antígeno Prostático 3,5. El 33% tenía cistolitiasis asociada, el 3% se encontraba con anticoagulantes y el 46% usaba sonda Foley previa. Se resecó en promedio el 75% del peso previo estimado. El tiempo de enucleación por gramo resecado fue de 1,19 minutos/gramo (m/g), el tiempo de láser fue de 0,58 m/g y el tiempo de morcelación fue de 0,25 m/g. El tiempo medio de uso de pabellón fue 102 minutos. La mediana de estadía en el hospital y de tiempo de sonda fue de 1 y 2 días respectivamente. Hubo solamente una complicación Clavien Dindo 3. El Qmax medio a 3 meses fue de 25 ml/seg. El APE postoperatorio medio fue 0,48.

Conclusiones: los resultados iniciales sugieren la efectividad y seguridad de implementar un programa de HOLEP previo una formación estructurada y acotada, lo que se podría ajustar mejor a las necesidades del sistema público chileno, ayudando a difundir esta técnica en el país. Con mayor tiempo de seguimiento podrán publicarse posteriormente los resultados funcionales de la cohorte.

## **P50) COMPARACIÓN DE SEGURIDAD EN HOLEP: CIRUJANO EN FORMACIÓN VERSUS CIRUJANO EXPERIMENTADO**

Infante, I.(1); Sáez, I.(1); Horn, C.(1); Fasce, R.(1); Iacobelli, A.(1); Izquierdo, I.(1); Coz, F.(1);  
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** la enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) se ha consolidado como una técnica de elección para el crecimiento prostático benigno. A pesar de tener una curva de aprendizaje difícil, se ha descrito que una mentoría estructurada reduce el tiempo quirúrgico y las complicaciones perioperatorias. Este estudio tiene como objetivo analizar las diferencias en los resultados perioperatorios en HoLEP entre un cirujano en formación guiado por mentoría estructurada, y su mentor (cirujano experimentado).

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional que compara 43 HoLEP realizadas por cada cirujano, siendo para el cirujano en formación sus primeros casos. Se analizó el volumen prostático, mejoras en flujo máximo (Qmax), puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS), eficiencia operatoria (gr/min), días de sonda y complicaciones perioperatorias (perforación de la cápsula, reinstalación de sonda, estrechez uretral e ITU). Se realizó un análisis estadístico mediante software SPSS v.29.

**Resultados:** el volumen prostático medio fue 68.16cc en cirujano en formación y 78.09cc en el experimentado. Ambos presentaron mejoras significativas en Qmax e IPSS, con diferencia media ligeramente más alta para el cirujano experimentado. No hubo diferencias significativas en eficiencia operatoria ni complicaciones perioperatorias. Ambos cirujanos presentaron 1 caso de estrechez uretral (resolución endoscópica), casos de urgencia miccional y urgeincontinencia, con resolución espontánea en un 100% de los casos a 2 meses. Hubo una diferencia significativa en la tasa de urgencia miccional postoperatoria, con mayor número de casos para el cirujano en formación (53.5% vs 18.6%). No hay hemorragia ni incontinencia de esfuerzos en las series.

**Conclusiones:** esta serie muestra que cirujanos con un programa estructurado de formación pueden alcanzar resultados similares a los de un cirujano experimentado, aún en su fase inicial de entrenamiento, teniendo sólo diferencia estadísticamente significativa en urgencia miccional postoperatoria. No hay mayor riesgo de complicaciones si el paciente es operado por el cirujano en formación, bajo este tipo de supervisión. Una mentoría estructurada y una correcta selección de pacientes, es el camino necesario para el éxito al iniciar la curva de aprendizaje de HoLEP.

## **P51) EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL SÍNDROME DE DOLOR VESICAL PRIMARIO: LECCIONES DE 13 AÑOS DE EXPERIENCIA**

Navarro C., R.(1); Verdugo, C.(2); Vargas, B.(2); Huete, I.(2); Calvo De La Barra, C.(1); De'll Oro, A.(3);

(1): Dpto Urología. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (2): Escuela de Medicina. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (3): Pontificia universidad católica de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

El síndrome de dolor vesical primario (SDVP), es una enfermedad crónica caracterizada por dolor pélvico que se percibe como originado/relacionado con la vejiga y deteriora significativamente la calidad de vida. Aunque el manejo inicial es conservador, un porcentaje de pacientes requiere intervención quirúrgica. Este estudio propone comparar los resultados de las diferentes intervenciones.

## **Métodos**

Estudio observacional retrospectivo, se revisaron las fichas de los pacientes con SDVP sometidos a intervenciones en pabellón entre 2010-2023. Se excluyeron pacientes con malformaciones y antecedentes de cirugía similar previa. Se recopilaron variables demográficas y clínicas. Los resultados postoperatorios se evaluaron en términos de alivio de síntomas, recurrencia y complicaciones. Se utilizó estadística descriptiva y comparativa no-paramétrica.

## **Resultados**

Se incluyeron 123 pacientes, 89.6% mujeres, con una edad promedio de 50 (ds15) años. 57% estaba usando antihistamínicos y un 40% seguía una restricción dietética. Dentro de las comorbilidades más importantes se encontraron Depresión(13%), Hipotiroidismo(16%), Fibromialgia(7%), Endometriosis(4%) y SII(4%).

54% calificó el dolor como leve, 26% moderado y 19% severo, 51% asociado a STUI de predominio irritativo, 25% a dolor de otras estructuras pélvicas y 10% se presentó con úlceras de Hunner. Se biopsiaron 93%, 97% de ellos mostró cistitis histológica.

De las intervenciones, 64% de los pacientes recibió sólo 1 de ellas. En total, 96% recibió hidrodistensión, 28% Botox, 6% Ac. Hialurónico y 3% DMSO6. Todas las úlceras fueron electrofulguradas y 30% se asoció a inyección de corticoides.

A 18 meses, 56% de los pacientes refería no tener dolor y 20% había recurrido. 24% fueron no respondedores. 15% requirió otro procedimiento a los 6 meses.

El acompañamiento de la hidrodistensión con otro procedimiento no se asoció a mejores resultados (p.21). No se encontraron factores que predijeran buenos resultados.

90% de los pacientes con úlceras respondió al tratamiento, 63% de ellos no presentó ninguna recidiva.

2% sufrió complicaciones (CD>II), 1 paciente se debió reoperar por perforación vesical.

## Conclusión

El SDVP es multifactorial y por ende de complejo manejo. La hidrodistensión es una alternativa segura pero no infalible. La adyuvancia con Botox u otro agente no mejorarían los resultados. La electrofulguración de úlceras de Hunner presenta excelentes resultados.

## P52) SÍNDROME DE ELSBERG SECUNDARIO A INFECCIÓN POR VHH -7 Y EPSTEIN-BARR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villena, J.(1); Calvo, I.(1); Pizzi, P.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

### Introducción:

La retención aguda de orina en mujeres jóvenes es infrecuente, con una incidencia de 3 a 7 casos por 100,000. Sus causas principales son neurológicas, obstructivas, farmacológicas y psicógenas [1]. El Síndrome de Elsberg, se asocia comúnmente con el virus herpes simple 2 (VHH-2) y virus varicela-zóster (VVZ) [2]. Reportamos un caso de radiculitis causada por virus herpes humano 7 (VHH-7) y el virus Epstein-Barr (VEB) en una paciente inmunocompetente.

### Material

y

### método:

Mujer de 29 años sana, consulta por disuria de dos semanas de evolución. Se trata con Cefpodoximo, con mala respuesta, persistiendo disuria. Evoluciona con parestesias en extremidades, hipoestesia/alodinia en silla de montar y retención aguda de orina que requiere sondeo. Urocultivo (UC) negativo, Elisa VIH (-), complemento normal, FR (-). La RNM de columna revela aumento de captación en las raíces de la cauda equina bilateral. El estudio

urodinámico muestra vejiga acontractil. Punción lumbar (PL) con líquido cerebroespinal inflamatorio y PCR viral (+) para VEB y VHH-7.

Se inicia Valaciclovir sin mejoría. Se agrega dexametasona, logrando micción espontánea en 24 horas con residuo postmiccional elevado. La paciente es dada de alta con cateterismo intermitente, completa 7 días de antivirales y 45 días de corticoides, con resolución completa a los 2 meses.

#### **Discusión:**

El síndrome de Elsberg es poco frecuente. Se han reportado casos secundarios a agentes poco comunes como CMV [3] y VEB. En Chile, se han descrito tres casos de infecciones neurológicas por VHH-7 en adultos: uno con polirradiculoneuritis sin trastorno esfinteriano, otro con RAO, fiebre y paresia moderada de EEII (mielitis viral), y el tercero con meningitis viral [4][5]. No hay casos documentados de síndrome de Elsberg por VHH-7 en la literatura. El tratamiento no tiene guías claras, pero se usan antivirales y corticoesteroides en un porcentaje variable de casos [2][6].

#### **Conclusión:**

El síndrome de Elsberg debe considerarse en el diagnóstico diferencial de RAO y síndrome de cauda equina. La búsqueda de causas debe incluir agentes menos comunes como VHH-7 y VEB. El rol de antivirales y corticoesteroides en su tratamiento es incierto.

### **P53) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE VEJIGA HIPERACTIVA POSTERIOR A RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DOCENTE.**

Andriola, M.(1); Menchaca, R.(2); Rodriguez, M.(3); Villanueva, M.(4); Gomez- Lobo, C.(5); Domínguez, G.(6); Vicherat, C.(2);

(1): Hospital Clínico Universidad De Chile, Independencia, Chile (2): Hospital El Carmen, Maipú, Chile (3): Hospital de Chaitén, Chaitén, Chile (4): Hospital Clínico Universidad De Chile, Independencia, Chile (5): Pontificia Universidad Católica de Chile, Las Condes, Chile (6): Hospital Clínico Universidad De Chile, Independencia, Chile

**Introducción:** La terapia quirúrgica clásica para la hiperplasia prostática benigna (HPB) es la resección transuretral prostática (RTU-p), con mejoras considerablemente en los síntomas de vaciado; no obstante los síntomas de almacenamiento persisten hasta en un 25% y en algunos casos aparecen como síntomas de novo. El objetivo de este estudio es estimar la incidencia de vejiga hiperactiva (VHA) de novo en pacientes con diagnóstico de HPB sometidos a RTU-P monopolar. Como variables secundarias se analizó: tiempo de falla a tratamiento médico, edad, volumen prostático estimado (VPE), residuo post miccional (RPM) y flujo máximo (Qmax).



**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó 50 pacientes con diagnóstico de HPB operados de RTU-P entre Enero y Diciembre 2023, seguidos por 6 meses. Se aplicó como método de medición el International Prostate Symptom Score (IPSS) y Quality Of Life Score (QoL), categorizándolos en dos ramas, presencia o ausencia de síntomas de VHA como entidad sindrómica. Criterios de inclusión: Hombres entre 45 – 85 años con indicación quirúrgica y VPE < 80 cc. Criterios de exclusión: patologías neurológicas, urológicas: Cáncer próstata, estenosis uretral, VHA previa, enfermedad cardiovascular descompensada y uso de antimuscarínicos post cirugía.

**Resultados:** Se observó una media de IPSS 11,54 puntos, una incidencia de 62.5 % para VHA con una media de QoL 4.2 (insatisfechos). En el análisis multivariado mediante regresión logística utilizando T de Student y Chi cuadrado para variables dicotómicas, se encontró asociación entre edad > 68.9 años y desarrollo de VHA (P < 0.045), Odds Ratio (OR) 1.68, así como para VPE mayor a 60 cc (P < 0.030). Para el resto de las variables no hubo diferencias estadísticamente significativas (P > 0.07)

**Conclusiones:** En nuestra serie el desarrollo de VHA fue una complicación frecuente de observar, con impacto negativo en la calidad de vida. Existe asociación, de manera independiente, entre las variables edad, volumen prostático y desarrollo de VHA. Sugerimos para este grupo de pacientes, realizar estudio urodinámico pre operatorio, aun cuando no refieran síntomas compatibles con VHA. La principal limitación de este estudio fue la ausencia de estudio urodinámico pre y post quirúrgico.

#### **P54) DISFUNCIÓN MICCIONAL EN MUJERES: ¿ES POSIBLE DISTINGUIR CLÍNICAMENTE ENTRE OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA VEJIGA Y DETRUSOR HIPOACTIVO?**

Rojas Castiglione, I.(1); Eltit, I.(2); Saavedra Zamora, Á.(3);

(1): Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2):

Departamento de Urología, Clínica Alemana. Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (3):

Departamento de Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Facultad de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

**\*\*Objetivo:\*\*** Evaluar posibles diferencias clínicas y sintomáticas entre mujeres con disfunción miccional (DxM) debida a obstrucción del tracto de salida de la vejiga (OSV) o detrusor hipoactivo (DH), y mujeres sin disfunción miccional (No-DxM), y su caracterización urodinámica.

**\*\*Materiales y Métodos:\*\*** Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó a 252 urodinamias en mujeres debido a diferentes síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en dos centros en Chile desde marzo de 2016 hasta junio de 2023. La OSV se definió con Índice

de Solomon-Greenwell (BOOIf) mayor a 18. El DH se definió con todos los siguientes criterios:  $Q_{max} < 15$  ml/seg,  $P_{det@Q_{max}} < 20$  cmH<sub>2</sub>O y una Ineficiencia del Vaciamiento Vesical (IVV)  $> 20\%$ . Se utilizó un cuestionario estructurado no validado en todos los casos, cuyos resultados se compararon entre los 3 grupos.

**\*\*Resultados:\*\*** Se analizaron un total de 252 estudios urodinámicos. Se diagnosticó OSV en 22 casos y DH en 14 (9 y 6%, respectivamente). Las pacientes con OSV tuvieron una mayor frecuencia de los siguientes síntomas: flujo débil, esfuerzo miccional, latencia, intermitencia y disuria ( $p < 0.05$ ). En el análisis multivariado, solamente el chorro débil (OR 5.70,  $p = 0.000$ ) y la disuria (OR 4.14,  $p = 0.015$ ) fueron factores de riesgo de OSV, pero no se encontraron predictores de DH. No se encontraron diferencias significativas en edad de presentación, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos o antecedentes gineco-obstétricos entre los grupos estudiados.

**\*\*Conclusiones:\*\*** Este análisis contribuye a caracterizar la presentación clínica de las pacientes con DxM, mediante un cuestionario estructurado, fácil de aplicar. Las diferencias sintomáticas encontradas permiten establecer criterios de sospecha de OSV por sobre DH, de modo de acotar y dirigir el resto del estudio diagnóstico.

## **P55) MORBILIDAD EN GENITOPLASTIAS DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA.**

De Oliveira, A.(1); Soler, S.(1); Andrusco, A.(1); Vera, A.(1); Valenzuela, R.(1); Alvear, M.(1); Araya, F.(1); Rojas, J.(1);  
(1): Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile

**Introducción:** El Hospital de La Serena es un centro de referencia en cirugías de reafirmación de género, donde las principales técnicas quirúrgicas realizadas son: metaidioplastia (masculinizante) e inversión peneana y vagina sigmoidea (feminizantes). Las genitoplastias son cirugías con una tasa de complicaciones variable, dependiendo de la técnica quirúrgica realizada, sin embargo, la mayoría de baja gravedad, principalmente debido a los criterios de inclusión para ser realizada.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo con análisis de base de datos de 45 pacientes con cirugía de reafirmación de género en el Hospital de La Serena del año 2014 al 2024 y estudio descriptivo de complicaciones más frecuentes.

**Resultados:** Las complicaciones específicas más comunes en la genitoplastia masculinizante descritas en la literatura son estenosis uretrales (30%), fístulas uretrocutáneas (35%) y cavidades vaginales persistentes (47%), siendo las dos primeras las más frecuentes en el centro de referencia (en un total de 16 casos: 1 y 1 respectivamente). En la genitoplastia feminizante, según la evidencia, las complicaciones son más variables, predominando las

necrosis de colgajo (4%), lesiones rectales (4%) y estenosis de neovagina (7%). En los casos locales, 8, 2 y 2 respectivamente de los 40 casos totales. Respecto a complicaciones graves, en el centro de referencia se ha registrado una incontinencia urinaria severa en un paciente reoperado (inversión peneana a vagina sigmoidea).

**Conclusiones:** Las complicaciones son frecuentes en las genitoplastias, de las cuales más del 90% son de baja gravedad. La realidad local - nacional muestra que en las masculinizantes el porcentaje es menor respecto a la descrita en la literatura, y en la feminizante, los resultados son similares. Es necesario seguir mejorando las técnicas quirúrgicas y manejo perioperatorio para disminuir las complicaciones en general de las genitoplastias y mantener criterios de inclusión para no favorecer las complicaciones graves.

## **P56) PARTICIPACIÓN DE URÓLOGAS Y URÓLOGOS EN LOS EQUIPOS DE PISO PÉLVICO DE LA RED PÚBLICA DE SALUD CHILENA**

Cifuentes Arévalo, M.(1); Campos Villagra, D.(2);

(1): Complejo Asistencial Sotero del Río, Santiago, Chile (2): Hospital San José, Coronel, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Las patologías de piso pélvico presentan una elevada prevalencia siendo la más frecuente la incontinencia urinaria seguida por el prolapso genital y la incontinencia anal. Las disfunciones abarcan distintos sistemas por lo que el enfoque multidisciplinario es fundamental.

El objetivo del presente estudio es describir la participación de urólogos(as) en las unidades de piso pélvico de la red pública de Chile, así como los tratamientos que estos equipos ofrecen.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una encuesta abierta a profesionales de unidades de piso pélvico en Chile mediante la Sociedad Chilena de Uroginecología y Piso Pélvico SODUP. Se preguntó sobre la participación de urólogos(as) y la disponibilidad de tratamientos para patologías vesico-uretrales.

### **RESULTADOS:**

La encuesta fue respondida por 36 equipos a lo largo del país. De las unidades encuestadas 8.3% cuentan con horas contratadas de urólogo(a), 50% tienen acceso mediante interconsulta con atención expedita, 32.3% mediante interconsulta con atención lenta o parcial y 8.3% no cuenta con acceso a urólogo(a). Dentro de los tratamientos quirúrgicos disponibles 86% de las unidades realizan cintas suburetrales transobturadoras, 69% cintas retropúbicas, 30% sling de fascia, 30% toxina botulínica, 25 % agentes de abultamiento y 16% neuromodulación sacra. Dentro de los tratamientos farmacológicos un 86% de los equipos tiene disponibilidad de oxibutinina, 25% de tolterodina, 11% de cloruro de trospio y

2 centros no tienen disponibilidad de ningún fármaco. La cirugía de uretra femenina se realiza en un 11% de los equipos y la reparación de fístulas urinarias en un 36%. Solo 5.6% realizan neovaginas en agenesia vaginal y cirugía genital en personas trans.

**CONCLUSIÓN:** Si bien la disponibilidad de terapias para patologías de la vía urinaria es amplia, la participación de urólogos(as) en las unidades de piso pélvico de la red pública del país es incipiente.

## **P57) EMBOLISMO AÉREO VENOSO DURANTE LA REALIZACIÓN DE PIELOGRAFÍA EN LA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Carrasco, J.(1); Jaime, J.(2); De La Fuente, R.(2); Sotomayor, M.(2); Billik, J.(3);

(1): Hospital Regional de Copiapó. Universidad de Atacama, Copiapo, Chile (2): Hospital Regional de Copiapó. Universidad de Atacama, Copiapó, Chile (3): Hospital Regional de Copiapó., Copiapó, Chile

**Introducción:** La nefrolitectomía percutánea (NLPC) fue reportada por primera vez en 1976. En los tiempos actuales, la NLPC es el tratamiento estándar para cálculos grandes o coraliformes en el riñón. Si bien la instilación de medio de contraste es lo más usado para el acceso al sistema pielocalicilial (SPC), también se ha descrito la instilación de aire previo a la dilatación del SPC. El embolismo aéreo venoso (EAV) se ha reportado como posible complicación de la NLPC.

**Materiales y métodos:** Presentamos un caso de sospecha de EAV en un paciente sometido a NLPC. Paciente masculino de 42 años, hipertenso en control, sometido a NLPC izquierda por litiasis coraliforme completa.

**Resultados:** Intubación sin dificultad. Posición de Valdivia modificada. Durante instilación de aire a sistema colector, capnografía cae a cero, con compromiso hemodinámico, hipoxemia severa y monitor que muestra ritmo nodal verificando ausencia de pulso central con cianosis progresiva. Se inicia reanimación con buena respuesta, logrando recuperación de paro de 12 minutos de duración. AngioTAC de tórax post cirugía muestra extenso compromiso condensante asociado a derrame pleural bilateral sugerente de edema pulmonar agudo. Se descarta tramboembolismo pulmonar, arritmia, pneumotórax y desplazamiento del tubo endotraqueal. Paciente con recuperación total post estadía en unidad de pacientes críticos, sin secuelas asociadas a episodio.

**Discusión:** El EAV es una condición potencialmente mortal que se ha reportado en múltiples cirugías, incluyendo la NLPC. Está determinada por la entrada de aire al sistema venoso que se deposita en la circulación pulmonar, lo que causa aumento de la resistencia vascular pulmonar, llevando a una caída del débito cardíaco derecho, que se manifiesta como una caída de la concentración de dióxido de carbono y la saturación de oxígeno. El EAV es una

complicación que se debe tener en cuenta y tomar medidas para evitarla al momento de realizar la pielografía durante la NLPC.

## **P58) SEGURIDAD Y EFICACIA EN NEFROLITOTOMÍA FLEXIBLE (RIRS) EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO ASA 3 Y 4 EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL**

Jofre, F.(1); Benítez-filselcker, A.(2); Mohr, E.(2); Schaub, A.(2); Valenzuela, C.(2); Marchant, F.(3); Águila, F.(2); Barahona, J.(2); Abad, J.(2); De La Llera, J.(2); Vizuet, E.(2); Consigliere, L.(2);

(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Hospital San José, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El aumento de la sobrevida en Chile supone un aumento de las comorbilidades y el riesgo perioperatorio. Una revisión en población mayor de 60 años y menor de 60 años revela que hay diferencias significativas respecto al tamaño de la litiasis (mayor diámetro sobre 60 años) y mayor riesgo operatorio bajo la clasificación american society of anesthesiologists classification (ASA). En otro estudio, los principales factores de riesgo para complicaciones en RIRS fueron ASA mayor a 3, diabetes, tiempo quirúrgico y litiasis residuales. El presente análisis estudiará a los pacientes con clasificación ASA 3-4 y sus resultados post operatorios sometidos a RIRS.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 633 pacientes, 37 ASA 3-4 con litiasis entre el 2018 y 2024. Se estudió la edad, tiempo operatorio, tasa de Stone free (TSF) y complicaciones post operatorias. Se realizó un análisis multivariado de los datos siendo la variable dependiente los pacientes ASA 3-4.

Resultados: Los pacientes ASA 3-4 comparados con la población general tienen un promedio de edad de 62.9 años vs 51 años, media de número de litiasis de 2.5 y 1.5, tamaño promedio de 21.47 mm vs 18.5 mm y una TSF 53.8% vs 60,6%. El número de pacientes ambulatorios fue menor en ASA 3-4 54% vs 78.4% y el tiempo quirúrgico promedio de 74.7 minutos vs 67.7 minutos. Por último, en relación con las complicaciones totales, fue de un 10.8% todas ellas Clavein Dindo II o menos vs 9.79% en la población general. En nuestro análisis de datos sólo fue estadísticamente significativo el número de pacientes ambulatorios p 0.008 y la edad p <0.001.

Conclusión: La nefrolitotomía endoscópica flexible en pacientes de mayor edad y con clasificación ASA 3-4 en nuestra experiencia no tiene un aumento en el número de complicaciones post operatorias, en contraposición con la evidencia actual, parece ser un procedimiento seguro en este grupo de pacientes. En nuestro análisis de datos, el grupo estudiado tiene un aumento en los minutos de cirugía, pero con una desviación estándar amplia no estadísticamente significativa, un menor número de pacientes son de carácter ambulatorio y mayor edad

## P59) CUANDO EL PACIENTE AMBULATORIO SE HOSPITALIZA: FACTORES PREDICTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIA NO PROGRAMADA TRAS RIRS.

Valenzuela Arancibia, C.(1); Benitez, A.(1); Schaub, A.(1); Mohr, E.(1); Jofre, F.(2); Abad, J.(3); Barahona, J.(3); De La Llera, J.(3); Consigliere, L.(3); Vizueta, E.(3); Aguila, F.(1); Marchant, F.(1);

(1): Hospital Clinico Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (3): Hospital San Jose, Santiago, Chile

### Introducción:

La ureteroscopía es una alternativa terapéutica para el tratamiento de cálculos en vía urinaria con tasas de éxito elevadas y bajas tasas de complicaciones. La seguridad quirúrgica ha llevado a la ambulatorización de esta cirugía. Nuestro objetivo es analizar variables clínicas y demográficas de nuestra serie de pacientes sometidos a RIRS en régimen ambulatorio y analizar factores predictores de hospitalización post operatoria.

### Material y método:

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes sometidos a Ureteroscopia flexible entre Junio 2018 a Julio 2024 a cargo de la Subunidad de Litiasis Urinaria Hospital San José. Se analizaron variables demográficas, preoperatorias e intraoperatorias. Se utilizó ureteroscopio Wiscope de OTU Medical y Laser de Holmio de baja potencia.

### Resultados:

De un total de 629 pacientes se registró una tasa de hospitalización de 7,95% (50). La media de edad fue 55,8 años. La mayoría de los pacientes fue ASA 2 (42%). La mayoría de las URSf fueron por litiasis única (62%). El promedio de tamaño litiásico fue 24,12mm (DE ± 22,3) y densidad media 991 UH. La media de tiempo quirúrgico fue 91 min (DE ± 49min). Un 46% (23/50) de los pacientes quedó con catéter doble J post operatorio. Un 22% (11/50) presentó complicaciones postoperatorias, siendo un 54,5% (5/11) Clavien-Dindo I-II. En el análisis multivariado (regresión logística) los factores predictivos de riesgo independiente del fracaso del tratamiento ambulatorio son tiempo operatorio mayor a 90min (p<0.001), la edad (p=0.02) y la ubicación ureteral proximal/UPU (p=0.02).

### Conclusiones:

En nuestra serie pacientes sometidos a RIRS las variables edad, tiempo operatorio y ubicación ureteral proximal/UPU son factores de riesgo independientes de hospitalización post quirúrgica tras cirugía en este grupo de pacientes.

## **P60) IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS INTELIGENTES EN EL SEGUIMIENTO A DISTANCIA DE CATETERES URINARIOS TIPO DOBLE J: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.**

Salvadó, J.(1); Barrera, D.(2); Parada, V.(3); Ramírez, J.(3); Larrañaga, M.(3);

(1): Clínica Santa María - Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción: El uso de catéteres doble j es frecuente en la urología. Las complicaciones más frecuentes derivadas de estos catéteres son dolor, hematuria, infección e incrustación, además del retraso de su retiro. El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos sobre los síntomas generados por la portación de un catéter doble j usando una aplicación para teléfonos móviles en el seguimiento de este tipo de catéteres.

Materiales y Métodos: Se condujo un estudio de casos y controles usando para ello datos registrados de manera prospectiva entre agosto del 2022 y junio del 2023. Se diseñó una aplicación para teléfonos móviles (<https://midoblej.com>). Para el seguimiento se registraron los síntomas generados por el catéter doble J al día 14 de instalación, utilizando la encuesta USSQ, puntaje EVA, días de uso de analgesia y número de consultas extras con tratante previo retiro del catéter. El Grupo 2 fue expuesto a la aplicación al momento de la instalación del catéter y en ambos grupos se registraron los datos al final del protocolo.

Resultados: Se completó la evaluación en 38 pacientes en el Grupo 1 y 22 en el Grupo 2, ambos fueron comparables en sus variables demográficas y clínicas. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a síntomas urinarios, efectos en salud general, problemas adicionales ni satisfacción por la portación de catéter. Se registró una tendencia a menor requerimiento de analgésicos en el Grupo 2, aunque sin diferencias estadísticamente significativas( $p=0,12$ ). El puntaje EVA total, así como el número de veces que requirió contactar al médico tratante fue menor en el Grupo expuesto a la aplicación ( $p<0,01$ ,  $p=0,02$ ; respectivamente).

Conclusiones: Para nuestro conocimiento está es la primera experiencia a nivel mundial que evalúa el efecto de una aplicación para teléfonos móviles en el seguimiento de este tipo de catéteres. El mejor control del dolor y menos necesidad de consultar al médico tratante podría incidir beneficiosamente en términos de costos para un procedimiento altamente frecuente en la urología. Se plantea como desafío iniciar la masificación de esta herramienta por poder confirmar sus beneficios en un número mayor de pacientes.

## **P61) FIEBRE POSTOPERATORIA, PRESENCIA NON GRATA EN EL MANEJO DE LA NEFROLITIASIS: INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES**

Morales, I.(1); Fasce, R.(2); Stoppel, S.(2); Izquierdo, I.(2); Tapia, A.(3); López, L.(4); Martínez, F.(5); Morales, C.(1);

(1): Universidad de los Andes - Hospital Parroquial San Bernardo, Santiago, Chile (2): Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile (3): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (4): Hospital Parroquial San Bernardo, Santiago, Chile (5): Concentra Educación e Investigación Biomédica - Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La fiebre postoperatoria es una complicación frecuente tras la cirugía por nefrolitiasis, con una incidencia reportada que alcanza un 10-30%. Detectar qué paciente presentará este evento es relevante para dirigir terapias antibióticas apropiadas y planificar de mejor forma la cirugía.

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia y factores asociados al desarrollo de fiebre post cirugía de nefrolitiasis.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de Cohorte retrospectivo con muestreo consecutivo de 228 pacientes intervenidos, mediante Nefrolitotomía Percutánea y/o Ureteroscopia flexible, entre 2018 y 2024 en el Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile. Se recolectaron datos demográficos, comorbilidades, características de los cálculos, resultados de laboratorio e información del protocolo quirúrgico. Las diferencias entre pacientes con y sin fiebre fueron analizadas utilizando pruebas T de Student y Mann-Whitney para variables continuas, y la prueba exacta de Fisher para variables cualitativas. Se calculó el Odds Ratio (OR) y se realizó una regresión logística múltiple para identificar factores asociados a fiebre.

**RESULTADOS:** El 9.6% (IC 95%: 6.1%-14.2%) de los enfermos presentó fiebre postoperatoria. La muestra tuvo una media de edad de  $52.2 \pm 13.8$  años, y el 48.5% fueron mujeres. Hipertensión (34.2%) y Obesidad (30.7%) fueron las comorbilidades más frecuentes. En nuestra cohorte, los pacientes con fiebre desarrollaron una tasa mayor de Urocultivo intraoperatorio positivo (40.9%) y SIRS (63.6%), en comparación con el grupo sin fiebre (11.6%, 1.9% respectivamente; ambos  $p < 0.001$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin fiebre respecto al tipo de cirugía ( $p = 0.46$ ), tiempo quirúrgico ( $p = 0.22$ ), Urocultivo preoperatorio positivo ( $p = 0.24$ ), Guy Score



( $p=0.07$ ), volumen litiásico ( $p=0.76$ ) ni stone free intraoperatorio ( $p=0.37$ ). El modelo mostró una buena capacidad diagnóstica (AUC: 0.94, IC95% 0.89-0.98).

**CONCLUSIÓN:** La fiebre es un evento común en el postoperatorio del tratamiento de urolitiasis independiente de la técnica utilizada. La literatura nos señala la existencia de varios factores predictores. En nuestro análisis tuvimos una tasa de fiebre de 9,6%, sumando ambas técnicas, similar a lo descrito.

## **P62) CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA RETROGRADA EN LITIASIS RENAL >2CM: CUANDO LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA NO ES UNA OPCIÓN**

Mohr, E.(1); Benitez, A.(1); Schaub, A.(1); Valenzuela, C.(1); Jofré, F.(2); Abad, J.(3); Barahona, J.(3); Consigliere, L.(3); De La Llera, J.(3); Vizuite, E.(3); Marchant, F.(1); Águila, F.(3); (1): Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (3): Subunidad Litiasis Urinaria, Hospital San José, Santiago, Chile

### **Introducción:**

El tamaño de la litiasis es uno de los principales factores a considerar al momento de la elección de tratamiento a realizar. En guías internacionales la cirugía intrarrenal endoscópica retrógrada (RIRS) aparece como una opción de tratamiento de segunda línea para litiasis de > 2cm. Esta última cobra mayor relevancia cuando la Nefrolitotomía percutánea no se encuentra disponible y/o está contraindicada. El objetivo del presente trabajo es exponer una serie de pacientes con litiasis >2cm resueltas por medio de RIRS en un hospital de referencia nacional.

### **Material y método:**

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 96 pacientes con litiasis única o múltiple >2cm sometidos a RIRS entre Junio 2018 a Julio 2024 en un hospital público de la zona norte de la región metropolitana. Se analizan variables demográficas, intraoperatorias, postoperatorias y tasa Stone Free (TSF)

### **Resultados:**

Se analizó un total de 96 pacientes. La media de edad fue 52,3 años. La mayoría de los pacientes fue ASA 2 (57,8%). El promedio de tamaño litiásico fue 33,3mm y densidad media 894 UH. Un 48,9% (47/96) de los pacientes presentó catéter doble J pre operatorio. Se utilizó ureteroscopio Wiscope de OTU Medical y Laser de Holmio de baja potencia. La media de tiempo quirúrgico fue 86,9 min (DE  $\pm$  42,4). En el 90,6% (87/96) de los casos se instaló catéter doble J post operatorio. Un 68,7% (66/96) de los casos el procedimiento se realizó de forma ambulatoria. Se evaluó TSF en 93,7% (90/96) a través de PieloTC. Un 45,5% (41/90) presentó

stone free. Un 8,3% (8/96) presentó complicaciones postoperatorias, siendo un 75% (6/8) Clavien-Dindo I-II.

### **Conclusiones:**

A pesar de requerir un mayor número de procedimientos, el uso de RIRS aparece como una opción de tratamiento válida para litiasis >2cm, cuando es realizada por Urólogos en centros de alta experiencia y en casos seleccionados. Dentro de sus ventajas se encuentra el realizar procedimientos ambulatorios con una baja tasa de complicaciones asociadas.

### **P63) ASOCIACIÓN DE INSTALACIÓN DE CATETER URETERAL DOBLE J CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A URETERO O NEFROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA**

Mejías Briceño, A.(1); Muñoz Huerta, S.(2); Ramirez Quintero, J.(3); Jofre, F.(1); Hohf, P.(1); Flores Uzcategui, G.(4); Mejías Briceño, O.(5); Ruiz-tagle, D.(2); Iturriaga, C.(2); (1): UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE (2): HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO, CHILE (3): UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, SANTIAGO, CHILE (4): CESFAM BARROS LUCO, SANTIAGO, CHILE (5): HOSPITAL PADRE HURTADO. FACULTAD DE MEDICINA, CLINICA ALEMANA, UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO, CHILE

**Introducción:** las intervenciones endourológicas, incluidas la nefrolitotomía y la ureterolitotomía, son procedimientos comunes para el manejo de la urolitiasis. Sin embargo, las complicaciones postoperatorias asociadas a estas cirugías son problemas que no se deben subestimar. Este trabajo tiene como objetivo determinar las complicaciones asociadas a la instalación o no de cateter doble J en pacientes sometidos a nefro o ureterolitotomía de un hospital público en Santiago de Chile

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron los registros médicos de los pacientes intervenidos por nefrolitotomía y ureterolitotomía endoscópica entre enero del 2023 y abril del 2024. Los pacientes se categorizaron en dos grupos: aquellos que se les instaló cateter doble J y aquellos que no; evaluando su asociación con las complicaciones postoperatorias, incluyendo: molestias asociadas al uso del cateter, cólico renal, hematuria, infecciones del tracto urinario (ITU), consulta en sala de urgencias y necesidad de hospitalización por alguna de estas.

**Resultados:** de las 239 cirugías se les instaló cateter doble J a 174 pacientes, de estos, 51 (29,31%) tuvieron molestias post operatorias relacionadas al stent. En ambos grupos hubo

16 con cólico renal, 13 tuvieron hematuria (5,43%), 15 infecciones del tracto urinario (6,27%), 16 (6,69%) acudieron a servicios de urgencia y 5 (2,09%) se hospitalizaron por alguna de estas complicaciones. La asociación entre el uso de cateter doble J y complicaciones con todas las variables independientes no fue estadísticamente significativa. ( $P = >0.05$ ), siendo solo factor influyente la molestias asociadas al cateter ureteral. Se podría decir, que otros factores, no incluidos en este modelo, podrían ser los determinantes del resultado postoperatorio.

**Conclusiones:** comprender las complicaciones asociadas en las cirugías endourológicas puede mejorar la toma de decisiones clínicas respecto al manejo de catéteres ureterales. Este estudio contribuye a mejorar los resultados en pacientes tratados por urolitiasis y que el uso del stent ureteral no influye significativamente en complicaciones post operatorias.

#### **P64) RTU-V PARA INSTALACION DE STENT URETERAL EN PACIENTE CON OBSTRUCCION URETERAL MALIGNA**

López, V.(1); Silva, C.(1); Iacobelli, A.(2); Izquierdo Pinto, I.(2); Coria, D.(2); Mandujano, F.(2); Horn, C.(2); Vivaldi, B.(2); Sáez, I.(2); Coz, L.(2);  
(1): Facultad de Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología Hospital Militar De Santiago, Santiago, Chile

##### **Introducción:**

La obstrucción ureteral maligna (OUM) es una complicación infrecuente de neoplasias de vía urinaria. Tiene mal pronóstico, reportándose una sobrevida de 3 a 7 meses (1). Las derivaciones urinarias en estos casos han demostrado mejoría en la supervivencia, función renal y calidad de vida (2). No hay guías para el manejo de la OUM, dificultando la toma de decisiones, especialmente en pacientes con limitada expectativa de vida y anatomía urinaria alterada (3). Se presenta una técnica que permite la colocación de *stents* ureterales en este tipo de pacientes.

##### **Materiales**

y

##### **métodos:**

Técnica: Con resectoscopio se resecan ambos orificios ureterales, resultando en mejor visualización de orificios ureterales. Con cistoscopio se avanza guía sobre catéter hasta pelvis renal, logrando instalar catéter JJ. Mismo procedimiento a contralateral.

Ambos pacientes se presentaron con deterioro clínico al diagnóstico. El primero, con alteraciones en su función renal: creatinina en 4,42 mg/dl e hiperkalemia. El segundo presentaba síntomas urinarios bajos de larga evolución e intenso dolor lumbar. En ambos, el estudio imagenológico evidenció engrosamiento difuso de pared vesical con dilatación ureteral bilateral. Se decidió resolución quirúrgica y, mediante la técnica descrita, se logró la

inserción de catéteres JJ bilaterales. Estos permitieron, en el primer paciente, mejorar significativamente su función renal, disminuyendo la creatinina a 1,66mg/dl, a los 15 días. En el segundo, mejoró su calidad de vida, desapareciendo los síntomas urinarios y el dolor.

#### **Discusión:**

La OUM es una complicación que compromete la calidad de vida y pronóstico de los pacientes. Se ha visto que los pacientes con *stent* tienen mayor sobrevida que los sometidos a nefrostomía percutánea, 8,3 y 6,3 meses, respectivamente (4). Se colocaron *stents* ureterales en pacientes en los que la no visualización de los orificios ureterales no lo habría permitido, logrando así la desobstrucción de manera segura, mejorando la calidad y expectativa de vida de los pacientes.

#### **Conclusión:**

La técnica presentada permite colocar catéteres JJ de manera segura en pacientes que, por su anatomía patológica avanzada, no serían candidatos para este manejo.

### **P65) TRASPLANTE COMBINADO CARDIO-RENAL SIMULTÁNEO. REPORTE DEL PRIMER CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Manzanares Sánchez, V.(1); Arias Orellana, E.(1); Fernández, A.(1); Sáez, G.(1); Ramírez, J.(1); Cament, R.(1); Medina, J.(1); Cariaga, C.(1);  
(1): Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile

**INTRODUCCIÓN:** Falla cardíaca y enfermedad renal crónica muchas veces se presentan de manera sincrónica y el empeoramiento de una recae en la otra. En pacientes seleccionados, el trasplante cardio-renal simultáneo (TCRS) mejora la sobrevida de aquellos con falla cardíaca y disfunción renal, comparado con el trasplante cardíaco solo. Dada la escasa actividad de este tipo de trasplante a nivel nacional, presentamos el primer caso realizado en un hospital público de Chile.

**MATERIALES Y METODOS:** Paciente de 46 años, con antecedentes de osteosarcoma de extremidad inferior con amputación y quimioterapia adyuvante. Posteriormente cursa con enfermedad renal crónica (ERC) progresiva que se acompaña luego de una insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FE) reducida. En junio del 2024, con una FE del 22%, y una velocidad de filtración glomerular estimada (eVFG) de 17.5 ml/min/1.73 mt<sup>2</sup>, se decide alistar para TCRS.

**RESULTADOS:** Tras oferta de órganos de donante cadáver con muerte encefálica por TEC, se inicia proceso de TCRS de tipo escalonado. Inmunosupresión de inducción con Basiliximab. Trasplante cardíaco ortotópico con técnica bicava. Tiempo quirúrgico 260 minutos, tiempo de isquemia fría (TIF) 3 horas 45 minutos y caliente 77 minutos, sin complicaciones. Tras 2 horas de estabilización en unidad coronaria, ingresa nuevamente a pabellón para trasplante

renal heterotópico. Tiempo quirúrgico 150 minutos, TIF 11 horas 50 minutos, caliente de 45 minutos, sin incidentes. Buena evolución postoperatoria, extubada a las 24 horas, con recuperación de función renal precoz y alta al día 10 post trasplante, con inmunosupresión de mantención con Tacrólimus, Mycofenolato y prednisona. Al mes post trasplante, en buenas condiciones, autovalente, con FE del 65% y eVFG de 90 ml/min/1.73 mt<sup>2</sup>. Según datos del registro nacional de trasplantes, a nivel nacional sólo se han realizado 8 TCRS hasta la fecha, siendo este, el primer caso a nivel público en Chile, así como también el primero realizado en regiones de Chile.

CONCLUSIONES: La realización de TCRS en un hospital de alta complejidad del sistema público de Chile, es factible y seguro, lo que nos permite ofrecer una nueva alternativa de tratamiento para este tipo de pacientes.

## **P66) EXPOSICIÓN A CIRUGIA UROLOGICA RECONSTRUCTIVA Y FUNCIONAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION EN UROLOGIA EN CHILE**

Rojas, A.(1); Umanzor, P.(1); Verdugo, C.(1); Walbaum, J.(1); Manterola, C.(1); Saavedra, A.(2); (1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (2): HOSPITAL SOTERO DEL RIO; UROLOGIA CLINICA ALEMANA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El aprendizaje y formación en urología funcional y reconstructiva (UFR), está determinado directamente por el grado de exposición de los residentes a estas patologías, sin embargo, sólo una minoría de los centros chilenos cuenta con subespecialistas con entrenamiento formal en UFR. En nuestro país existen 10 centros formadores de urólogos, pero el grado y calidad de la exposición a la UFR es desconocida. El objetivo de nuestro trabajo fue caracterizar la percepción y la exposición de los residentes de urología en Chile a la UFR.

### **METODOLOGÍA**

Se invito, en forma libre y anónima, a los residentes de urología de Chile, independiente de su año o centro formador, a contestar una encuesta online de 9 preguntas de selección múltiple.

### **RESULTADOS**

82 residentes respondieron la encuesta. De ellos el 12% se encontraba en cuarto año, 34% en tercero, 22% en segundo y 26% en primero. El 73% cuenta con docentes entrenados en UFR. El 91% ha participado en alguna cirugía de UFR, ya sea como observador, ayudante o cirujano. De las cirugías a la que tuvieron mayor exposición se encuentran tratamiento quirúrgico de IOE femenina (84%), Uretroplastia (81%), Inyección Botox intravesical (80%),

Instalación de prótesis de pene (77%). En relación al volumen de casos por año, el 34% se expuso a menos de 5 casos, 34% de 5 a 10 casos, 18% de 10 a 20 casos y el 12% a más de 20 casos por año. El 5% percibe que su formación en UFR es nula, 62% insuficiente, 28% suficiente y sólo un 5% piensa que es sobresaliente. Finalmente, el 60% se siente poco preparado para manejar esta patología una vez finalizada su formación.

## CONCLUSIONES

A pesar de que gran parte de los residentes reporta tener docentes formados en el área, la percepción de su formación en UFR es mayoritariamente insuficiente, generando un bajo sentimiento de preparación y confianza en el manejo de estas patologías. Deben buscarse soluciones a esta situación, tales como: crear rotaciones formales en los programas, concentrar rotaciones en centros de alto volumen, aumentar la visibilidad y presencia del área en instancias académicas, entre otras.

## P67) USO DE BALON MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PUBLICO, EXPERIENCIA INICIAL

Rojas, A.(1); Manterola, C.(1); Delvalle, F.(2); Souper, R.(2); Saavedra, A.(2); Bernal, J.(2); Arenas, J.(2); Gallegos, H.(2);

(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile (2): HOSPITAL SOTERO DEL RIO, Santiago, Chile

## INTRODUCCION

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

## MATERIALES Y METODOS

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

## RESULTADOS

Se operaron un total de 12 pacientes en el periodo descrito. La longitud promedio de la estenosis ureteral fue de 13,7mm (DE 10-20mm), 75% del uréter derecho. Previo a la cirugía el 98% tenía HUN severa, 33% había tenido al menos 1 episodio de ITU, 33% se había realizado una pieloplastia previa. En cuanto a la etiología el 50% se debió a una estenosis pieloureteral y el 50% a una estenosis iatrogénica post ureteroscopia. Se utilizaron balones de diámetro 5,6 y 7 Fr y largos de 20,40 y 60mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 28 minutos. En el 50% de los pacientes fue necesario ureterotomía con láser. En ningún paciente fue necesario el uso de catéter doble J. Al comparar este grupo con pacientes similares tratados con balones no medicados en el mismo centro, el uso de BM se asoció a mejor respuesta clínica a 3 meses (91% vs 81%) y 6 meses de seguimiento (88% vs 72%), mayor tasa de éxito definido por cintigrama renal dinámico (88% vs 66%) y menor necesidad de reintervención (8% vs 54%) con un valor  $p < 0,001$ .

## CONCLUSIONES

En nuestra serie, el uso de balón medicado muestra resultados promisorios, comparables a lo reportado en la literatura. Se necesita mas tiempo de seguimiento para determinar el impacto funcional y pronostico asociado a esta intervención.

## P68) ROL DE LA URETROTOMÍA INTERNA COMO OPCIÓN DE RESCATE, EN RECIDIVA DE ESTRECHEZ URETRAL CORTA Y AISLADA, POSTERIOR A UNA URETROPLASTÍA

Campos, R.(1); Humerez, V.(1); Massouh, R.(1); Velarde, L.(1); Gomez, R.(1);  
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

Introducción:

La uretroplastia tiene una tasa de éxito alrededor de un 80% en el tratamiento de la estrechez de uretra masculina a largo plazo, pero frente a una recidiva no existe un manejo estandarizado. Este dependerá de la longitud y severidad de la recidiva. Cerca del 50% de las recidivas son cortas y se ubican proximal o distal a la reconstrucción. Se han planteado la utilización de una uretrotomía interna (UI) de rescate para estos casos, pero existe escasa literatura y reportes aislados. Nuestro objetivo es presentar los resultados de la UI de rescate, en los casos de recidiva corta y aislada en pacientes sometidos a una uretroplastia fallida.

Material y métodos:

Revisión retrospectiva de pacientes hombres sometidos a una uretroplastia por estrechez uretral entre 2014 y 2023 en el Hospital del Trabajador de Santiago y que desarrollaron una recidiva corta y aislada ( $< 2$  cm), y que fue manejada con una uretrotomía interna como

tratamiento primario. Éxito fue definido como la ausencia de síntomas obstructivos (evaluados por escala internacional de síntomas obstructivos, IPSS) y la ausencia de una nueva intervención quirúrgica abierta.

Resultados:

Un total de 318 pacientes fueron sometidos a una uretroplastía entre 2014 y 2023. La tasa de falla de nuestra serie fue de un 8%, (25 pacientes) y de estos, 8 pacientes (32%), fueron tratados con una uretrotomía interna. En 6 pacientes se realizó una sola UI y 2 pacientes requirieron de una segunda UI, la mediana de longitud de la estrechez fue de 1 cm (1-2-cm). En 7 pacientes la estrechez fue en extremo proximal o distal del injerto y en un paciente, fue en una anastomosis termino-terminal. Con una mediana de seguimiento de 46 meses, ningún paciente requirió de un nuevo procedimiento quirúrgico abierto, 6 pacientes (75%) no refieren síntomas obstructivos y 2 pacientes (25%) si los presentan.

Conclusiones:

El uso de la uretrotomía interna en la estrechez corta y aislada post uretroplastía, es un método mínimamente invasivo y efectivo para resolver este tipo de recidiva. La selección adecuada del paciente es fundamental en el éxito de este procedimiento.

## **P69) CALIDAD DE VIDA EN DONANTES DE RIÑÓN, EVALUACIÓN A LARGO PLAZO**

Saenz, S.(1); Kirmayr, M.(1); Tirreau, D.(2); Montenegro, J.(2); Vecka, K.(2); Torres, T.(2); Schalper, M.(1); Escobar, S.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Rojas, V.(1); Calderon, D.(1); Rubio, G.(1);

(1): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción

La donación de riñón de un individuo sano a otro con enfermedad renal terminal es cada vez más común, mejorando la calidad de vida de los receptores. Sin embargo, es importante considerar el impacto que esta donación tiene en la calidad de vida del donante, que asume un riesgo médico y una carga psicológica significativa.

Materiales y métodos

Se incluyó a 50 donantes participantes del programa de donante vivo del Hospital del Salvador entre los años 1970 y 2024.

Participaron pacientes mayores de 18 años que hubieran completado al menos 6 meses desde la cirugía de donación.



Se excluyeron aquellos pacientes con comorbilidades graves preexistentes

Los participantes fueron contactados telefónicamente para realizarles la encuesta de calidad de vida SF-36, la cual es un instrumento validado que mide ocho dominios de la salud: función física y social, limitaciones físicas y emocionales, vitalidad, salud mental, dolor corporal y percepción general de salud.

La población de referencia tiene una media de 50, con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.

Para el análisis utilizamos frecuencias con sus porcentajes para variables categóricas y promedios con desviaciones estándar para variables cuantitativas o medianas.

## Resultados

Los resultados del presente estudio indican que los pacientes, con una edad promedio de 61.56 años, están equitativamente distribuidos por sexo. El tiempo promedio desde la donación fue de 17.42 años.

La mayoría de los pacientes percibe su salud igual que hace 1 año. Las medias de puntuaciones en las diferentes dimensiones del cuestionario fueron: función física 85.20, rol físico 84.50, rol emocional 88.00, dolor corporal 79.60, salud mental 72.96, vitalidad 74.70, función social 92.00 y salud general 80.62.

## Conclusión

Se observa un nivel de calidad de vida en general favorable, con algunas áreas más afectadas que otras, como la salud mental y la vitalidad. Podemos concluir que la donación de riñón no pareciera afectar mayormente la calidad de vida, de esta forma incentivar la donación en la población.

## **P70) DISFUNCIÓN NEUROGÉNICA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR ASOCIADA A FRACTURA DE PELVIS CON COMPROMISO SACRO**

Velarde, L.(1); Massouh, R.(1); Gómez, R.(1);  
(1): Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

## **INTRODUCCIÓN**

Un 15-45% de los casos de fracturas de pelvis pueden comprometer el sacro, y las fracturas de sacro se asocian a daño neurológico en hasta 56.7% de los casos. Sin embargo, es frecuente que las fracturas de sacro pasen desapercibidas. Las lesiones de las raíces nerviosas sacras pueden resultar en disfunción neurogénica del tracto urinario inferior (DNTUI) permanente o reversible, y no hay forma de predecir la evolución. Aunque están descritos en la literatura casos de DNTUI posterior a fractura de pelvis esto no ha sido abordado adecuadamente en la literatura urológica.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Revisión retrospectiva, de una base de datos sostenida en forma prospectiva, de los casos de fractura de pelvis asociada a DNTUI, desde 2018 hasta 2023. Se incluyeron todos los casos con más de 1 año desde el accidente y con estudio urodinámico.

## **RESULTADOS**

Identificamos 7 casos (6 varones), edad media 31 años (24-67), seguimiento medio 23 meses (12-69). Todos presentaron fractura de pelvis inestable con compromiso de los orificios sacros y/o disyunción de la articulación sacroilíaca. Los síntomas referidos fueron disminución o ausencia de sensación miccional, imposibilidad para micción espontánea, micción por Valsalva, necesidad de cateterismo intermitente e incontinencia por rebosamiento. La urodinamia confirmó una vejiga hipocontráctil en 2 casos y acontráctil en 4. Excepto 1 caso, todos mostraron buena capacidad vesical. Tres pacientes tuvieron rotura completa de uretra, resuelta con uretroplastia. Cinco pacientes fueron manejados con cateterismo intermitente y 2 mediante micción por horario con maniobras de Credé. Tres pacientes requirieron implante de un dispositivo anti-incontinencia.

## **CONCLUSIÓN**

Los pacientes con fracturas de pelvis están en riesgo de presentar DNTUI, especialmente cuando hay compromiso sacro. La manifestación clínica y urodinámica más frecuente es la de una vejiga hipo-contráctil, de buena capacidad. Es frecuente que existan otras lesiones genitourinarias asociadas.

## **P71) GLANS RESURFACING CON INJERTO DE MUCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LIQUEN ESCLEROSO DE GLANDE. REPORTE DE CASO.**

Romero Peña, Y.(1); Opazo Manríquez, V.(2); Toffanari Araya, J.(1); Velarde Ramos, L.(3);  
(1): Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile (2): Hospital Barros Luco Trudeau - Clínica Dávila, Santiago, Chile (3): Hospital del Trabajador - Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile

**Introducción:** El liquen escleroso es una enfermedad cutánea inflamatoria, progresiva, que puede afectar glande, prepucio y uretra. La técnica de glans resurfacing con uso de injerto de piel parcial, habitualmente de muslo, fue descrita originalmente para el tratamiento de

carcinoma in situ de glande, sin embargo, también se puede utilizar para el tratamiento de enfermedades benignas. El uso de injerto de mucosa oral es habitual en urología reconstructiva, siendo más familiar que el injerto de piel parcial, con mínima morbilidad y alteración estética, y de utilidad en caso de estrechez de uretra concomitante. Se presenta el caso de glans resurfacing con uso de injerto de mucosa oral. **Presentación de caso:** Paciente de 60 años hospitalizado por absceso renal. Durante la hospitalización se pesquisa hidronefrosis secundaria a globo prepucial. Al examen físico presenta fimosis puntiforme secundaria a liquen escleroso. Se realiza incisión dorsal, sin lograr identificar meato uretral por liquen, por lo que se realiza cistostomía percutánea. Uretrocistografía miccional evidencia estrechez corta de meato uretral. Se indica tratamiento con corticoides tópicos pre-operatorio. Técnica quirúrgica: Se realiza incisión subcoronal circunferencial y degloving de pene. Procuramiento de injerto de mucosa oral de ambas mejillas, con cierre de lecho. Se realiza uretroplastía con injerto de mucosa oral tipo ASOPA, asociado a circuncisión, liberación de adherencias, denudamiento y escisión de mucosa de glande de cuerpo esponjoso subyacente, y cobertura con injerto de mucosa oral triangular. Injerto se sutura a piel de pene. Puntos de capitonaje. Se realiza sutura en guarda griega para confección de surco balanoprepucial. Se deja con sonda de cistostomía y vesicouretral, y curación que se retira a los 3 días. Paciente evoluciona favorablemente. Biopsia sin elementos sugerentes de neoplasia. Se retira cistostomía a las 4 semanas. Actualmente orinando en forma espontánea, sin dificultad, con adecuado resultado estético. Presenta sensibilidad conservada, sin dolor ni prurito. **Conclusiones:** Planteamos el uso de injerto de mucosa oral para cobertura de cuerpo esponjoso en caso de compromiso de mucosa glandular, con mínima morbilidad, y adecuado resultado estético, evitando el uso de injerto de piel parcial, siendo particularmente útil en caso de uretroplastía simultánea.

## **P72) ANALISIS DE PACIENTES CON COMPLICACIONES UROLOGICAS SECUNDARIAS A ENDOMETRIOSIS PROFUNDA**

Rojas, A.(1); Libano, L.(1); Manterola, C.(1); Walbaum, J.(1); Dominguez, J.(1);  
(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

### **INTRODUCCION**

La endometriosis profunda se define como aquella cuyas lesiones infiltran más de 5 mm el tejido retroperitoneal o que afectan órganos subyacentes y pueden afectar a los ligamentos utero-sacos, tabique recto-vaginal, vejiga o uréteres. En aproximadamente el 1-2 % de las endometriosis existe afectación del tracto urinario, siendo la vejiga el órgano más afectado, los uréteres y finalmente la porción uretral. Actualmente, nuestro centro acumula experiencia en 14 pacientes operados por complicaciones urológicas secundarias a la

endometriosis profunda. El objetivo de nuestro trabajo es presentar experiencia local del manejo en complicaciones urológicas de pacientes con endometriosis profunda.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con endometriosis profunda, operados por complicaciones urológicas en la Red de Salud UC-Christus entre los años 2017 y 2023. Los datos se extrajeron de la ficha clínica electrónica. Estos incluyen perfil demográfico, estadificación clínica, manejo quirúrgico, complicaciones intra y post operatorias, seguimiento clínico y sobrevida.

## **RESULTADOS**

En el periodo descrito, se operaron un total de 14 mujeres, con edad promedio de 39 años, donde el 100% tuvo compromiso ureteral unilateral asociado a hidroureteronefrosis ipsilateral. El 95% consultó por dolor tipo cólico ureteral, 28% manifestó disuria y ninguna paciente presentó hematuria. Sólo una paciente tuvo falla renal aguda al momento del diagnóstico. El diagnóstico se confirmó mediante imagen por TAC o RM Abdomen y pelvis. Biopsia prequirúrgica no fue necesaria. En cuanto al manejo quirúrgico, a 7 pacientes se le realizó un reimplante vesicoureteral laparoscópico, a 3 pacientes se le realizó una ureterolisis laparoscópica y a 3 pacientes fue necesaria una nefrectomía total laparoscópica. No hubo complicaciones intraoperatorias ni post operatorias. En cuanto al seguimiento, el 100% se mantiene con buena función renal y libre de recurrencia de enfermedad a la fecha de hoy.

## **CONCLUSIONES**

La endometriosis profunda es una enfermedad poco frecuente pero que puede provocar complicaciones potencialmente graves en el aparato genitourinario. El manejo de las complicaciones urológicas en forma multidisciplinaria es el estándar de atención. El reconocimiento precoz de estas complicaciones determina el buen pronóstico de esta enfermedad.

## **P73) CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PENE EN UN HOSPITAL PÚBLICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS**

Alfaro, A.(1); Briceño, F.(1); Castillo, J.(1); Rochefort, A.(1); Lopez, D.(1); Borgna, V.(1); Alarcon, L.(1);

(1): Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de pene es una neoplasia de baja incidencia, con una tasa global estimada en 0.9 por 100.000 hombres en 2018. El carcinoma escamoso es el tipo histológico más común, representando el 95% de los casos. Frecuentemente, los pacientes acuden a consulta en estadios avanzados, lo que se asocia con una alta mortalidad debido a la infiltración loco-regional y metástasis a distancia. Este estudio tiene como objetivo caracterizar la presentación clínica y manejo quirúrgico de los pacientes diagnosticados con cáncer de pene en un hospital público durante un periodo de 5 años.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados con cáncer de pene entre 2019 y 2024. Los datos fueron obtenidos de las fichas clínicas físicas y electrónicas. Las variables analizadas incluyeron tipo de intervención quirúrgica, tipo histológico, estadificación tumoral, realización de linfadenectomía y mortalidad.

## RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes con una mediana de edad de 65 años. El 87.5% (n=7) fue sometido a penectomía parcial y el 12.5% (n=1) a penectomía radical. El 12.5% de los casos correspondió a carcinoma in situ, mientras que el 87.5% fue carcinoma escamoso invasor. El 62.5% de los pacientes (n=5) fue sometido a linfadenectomía inguinal y pélvica. En cuanto a la estadificación, el 12.5% de los pacientes se encontraba en etapa 0is, 12.5% en etapa I, 25% en etapa IIA, 12.5% en etapa IIIA y 37.5% en etapa IV. La mortalidad global observada fue del 50%.

## CONCLUSIÓN

A pesar de la baja incidencia del cáncer de pene, la presentación en estadios avanzados es frecuente, lo que contribuye a una elevada mortalidad. No se observó una clara correlación entre la agresividad del tratamiento quirúrgico y la estadificación tumoral. Este estudio está limitado por el pequeño tamaño muestral. Sin embargo, nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de mejorar la detección temprana y el manejo integral de esta patología en el sistema público de salud.

## **P74) TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PROSTATICO: REPORTE DE UN CASO**

Padron, L.(1); Torres, M.(1); Espinoza, B.(1); Sepulveda, V.(2); Oliver, E.(2);  
(1): Hospital Regional de Antofagasta, ANTOFAGASTA, Chile (2): Centro Oncológico Norte,  
ANTOFAGASTA, Chile

**Introducción:** El tumor neuroectodérmico primitivo (TNEP) es una entidad sumamente infrecuente en adultos, siendo mucho menos frecuente cuando estos son extraóseos, con relación a los TNEP prostáticos solo se encontraron 18 casos identificados en la literatura. Dada su baja incidencia, edad de presentación, síntomas inespecíficos y mínima o nula elevación de antígeno prostático representa un desafío diagnóstico. El comportamiento es muy agresivo con una supervivencia global limitada. Es fundamental para el diagnóstico la utilización de estudios de inmunohistoquímica.

**Material y métodos:** Reporte de caso observacional, descriptivo y transversal de paciente con diagnóstico de TNET. Se revisa ficha clínica, informes imagenológicos e histológicos.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de artritis reumatoide, que consulta por dolor perineal y sintomatología urinaria obstructiva baja marcada, de rápido empeoramiento de 6 meses de evolución. Al examen físico, destaca tacto rectal con próstata indurada en lóbulo izquierdo; Antígeno prostático específico de 1,26ng/ml; Resonancia multiparamétrica de próstata: lesión en el margen prostático izquierdo de 7x3cm, con infiltración de la cápsula y vesícula seminal, conservando plano con órganos vecinos. Biopsia prostática transrectal describe la presencia de muchas células fusiformes y pequeñas con reactividad para CD99 (membrana y citoplasma difuso), con un Ki67 <5% y FISH Sarcoma de Ewing con resultado positivo para reordenamiento del gen EWRSI. Se planifica a pacientes para terapia multimodal con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante, 2 ciclos de VAC/IE (Vincristina, Doxorubicina y Ciclofosfamida/Ifosfamida y Etopósido) y 3 ciclos de VAC, seguido de radioterapia a lesión tumoral pélvica y márgenes 50Gy en 25Fx con posterior prostatectomía radical a la cual el paciente se niega, por lo cual se deja en seguimiento y tratamiento paliativo, el cual se mantuvo hasta 45 meses posterior al diagnóstico inicial.

**Conclusiones:** Los TNEP prostáticos, siendo infrecuentes requieren un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz, por esto resulta imprescindible la realización del tacto rectal independientemente al valor del antígeno prostático. Los marcadores inmunohistoquímicos confirman el diagnóstico, siendo CD99 el marcador de mayor preponderancia, cuando existe alto nivel de sospecha. El tratamiento multimodal agresivo y precoz pudieran estar relacionados con aumento de sobrevida en estos casos.

## **P75) CUANDO EL CÁNCER DE PRÓSTATA CRUZA FRONTERAS: REPORTE DE CASO DE METÁSTASIS A TESTÍCULO**

López Radtke, V.(1); Parada Bahamondes, F.(1); Fernández Villavicencio, S.(2); Sepúlveda Moraga, S.(3); Guzmán Carmona, M.(3); Sferrazza Miliotto, G.(2); Loyola Muñoz, M.(1);

Ramírez Rocha, G.(1); Luz Montecinos, D.(1); Eltit Soler, I.(1); Acuña Madrid, J.(1); Hassi Román, M.(1);

(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (3): Universidad Mayor, Santiago, Chile

## Introducción

El cáncer de próstata (CaP), a nivel mundial, es el segundo más frecuente y la quinta causa de muerte por cáncer en 2022. El pronóstico y manejo está determinado en parte, por la presencia y sitio de metástasis. Las metástasis (MTT) testiculares son infrecuentes. A continuación, se presenta un caso de CaP con metástasis testicular, siendo infrecuente en la literatura nacional.

## Caso clínico

Hombre, 70 años, antecedente Diabetes-mellitus insulino requirente. Diagnóstico de CaP ISUP 4, antígeno prostático(PSA) debut 53 ng/ml. Etapificación convencional evidenció compromiso de vesículas seminales, dos metástasis óseas en pelvis y ala ilíaca izquierda. Entonces, CaP oligometastásico Hormono-sensible(HS), se decide Terapia de deprivación androgénica (TDA) y radioterapia (RT) a próstata.

Completa terapia, logrando PSA 0,9 ng/ml. A los 8 meses, alza de PSA a 10.12 ng/ml. Reetapificación convencional negativa. Al examen físico, nódulo testicular izquierdo. Ecografía testicular informa tumor testicular con marcadores tumorales negativos.

Se realiza orquiectomía radical izquierda, biopsia compatible con MTT de CaP. Estudios inmunohistoquímicos positivos; CKAE1AE3, p504S, beta catetina de membrana (negatividad nuclear). PSA post cirugía 0.31 ng/ml. PET-PSMA informa sobreexpresión prostática bilobar, adenopatía iliaca común izquierda y lesión ósea en segunda costilla izquierda. Entonces, CaP MTT alto volumen hormono-sensible. Se inicia docetaxel. Actualmente, Docetaxel ciclo 1 y TDA.

## Conclusión

Las MTT viscerales del CaP se suelen presentar en pulmones, hígado y cerebro. Las MTT a testículo son infrecuentes, con una incidencia estimada de 0,06% a 4,6%, y una sobrevida promedio de 22 meses desde el diagnóstico. Los primarios suelen ser próstata (15%), pulmón, melanoma y páncreas.

La diseminación metastásica al testículo no está completamente clara. Existen varias hipótesis: embolia arterial, extensión venosa retrógrada, diseminación linfática o endocanalicular a través del conducto deferente. Las metástasis testiculares indican un alto volumen de enfermedad y suelen estar asociadas a otras localizaciones secundarias.

El cuadro es asintomático o presenta una masa testicular palpable. Generalmente, el diagnóstico es incidental posterior a orquiectomía subalbugínea bilateral como parte del manejo del CaP o en autopsias. El cuadro puede simular neoplasia testicular primaria, haciendo un desafío diagnóstico.

## **P76) SARCOMA SINOVIAL DEL EPIDÍDIMO: UN CASO SINGULAR DE TUMOR PARATESTICULAR**

Olivares, V.(1); Villena, J.(1); Moreno, S.(2); Velasco, A.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Clínica Santa María, Santiago, Chile

Las neoplasias paratesticulares son raras, y los sarcomas paratesticulares lo son aún más. Estos sarcomas se originan en el tejido blando que rodea el testículo, incluyendo el dartos, el cordón espermático y/o el epidídimo. Este informe de caso describe a un paciente masculino de 60 años que presentó un aumento progresivo en el volumen del testículo derecho durante controles urológicos rutinarios. La ecografía escrotal reveló una lesión sólida de 28 mm con características “neoplásicas extratesticulares”, con posible origen epididimario, que provocaba deformación del polo superior del testículo derecho.

La evaluación adicional con resonancia magnética (RM) sugirió un tumor paratesticular derecho con probable origen en la túnica vaginal, mientras que la PET-CT no mostró evidencia de metástasis a distancia. Se realizó una orquiectomía ampliada con éxito y sin complicaciones. La biopsia postoperatoria reveló un tumor de 4,2 cm de diámetro que reemplazaba el epidídimo, clasificado histológicamente como un “sarcoma fusocelular” de alto grado con áreas de necrosis y marcado pleomorfismo nuclear. También se identificaron nódulos satélites en la túnica vaginal y un hidrocele secundario, sin evidencia de invasión linfovascular ni compromiso del cordón espermático. La inmunohistoquímica mostró positividad para actina músculo liso, EMA y CD99, consistente con un diagnóstico de sarcoma sinovial monofásico grado 3.

La evolución postoperatoria del paciente fue favorable y recibió cinco sesiones de radioterapia. Sin embargo, el seguimiento con PET-CT reveló múltiples lesiones retroperitoneales y pulmonares, posiblemente secundarias. Se discutió en un Comité Oncológico la posibilidad de iniciar quimioterapia adyuvante.

Los tumores paratesticulares, aunque infrecuentes, suelen presentar una progresión lenta e indolente, predominantemente entre la segunda y quinta década de vida. La ecografía es la



herramienta diagnóstica principal, pero no siempre proporciona un diagnóstico definitivo antes de la cirugía. El sarcoma sinovial en la región paratesticular es un tumor maligno extremadamente raro, con tratamiento estándar que implica la resección amplia. La terapia adyuvante puede ser indicada para tumores grandes y profundos. Este caso es notable debido al raro subtipo histológico y la rápida progresión radiológica, destacando la importancia de un tratamiento precoz y agresivo para mejorar los resultados en los pacientes.

## **P77) MANEJO DE COLECCIÓN QUILOSA POSTERIOR A RESECCIÓN DE MASA RESIDUAL POST-QUIMIOTERAPIA: USO DEL PARCHE AUTÓLOGO DE SANGRE PERIFÉRICA**

Navarro C., R.(1); Moreno, N.(1); Ortiz, L.(1); Brusoni, S.(1); Troncoso, P.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Hasta 30% de los pacientes con cáncer testicular avanzados desarrollan masas residuales retroperitoneales posterior a quimioterapia, requiriendo linfadenectomía lumboaortica (LALA). Entre las complicaciones postoperatorias se describen las ascitis y colecciones quilosas (CQ), por disrupción de vasos linfáticos cercanos. Por su baja incidencia no existen guías con evidencia suficiente para definir un manejo estándar. En el siguiente caso se utilizó un parche autólogo de sangre periférica (PASA), sin publicaciones similares previas en literatura.

### **CASO**

37 años, cáncer testicular izquierdo NS (2cm, Carcinoma-Embrionario 80%, Teratoma 20%, ILV+) etapa IIB. Completó tres ciclos de BEP. Al control presenta aumento de algunas de las adenopatías. Se realiza LALA full a los 2 meses, sin incidentes.

En postoperatorio evoluciona con síndrome emético e íleo. TAC informa dos colecciones retroperitoneales de 10 y 5.6cm y una mesentérica de 8.5cm comprimiendo el duodeno junto con ascitis. Se realiza drenaje percutáneo de colecciones de 1.5lts de líquido lechoso, con estudio citoquímico que confirma contenido quiloso. Se deja drenaje con débitos diarios sobre 1litro por 7 días, a pesar de manejo conservador (48 horas dieta sin lípidos y posteriormente régimen 0 + NPT). Nueva imagen muestra escasa disminución de colecciones. Se decide escleroterapia con PASA para seguridad del intestino delgado

colindante. Se inyectan 35cc de sangre por urólogos, sin anestesia, a través del drenaje flasheado. A 24horas el débito disminuye significativamente, permitiendo retiro al día 3 posterior al PASA. Imágenes de control al día 7 sin colecciones. Biopsia post operatoria con teratoma maduro y bordes negativos.

A 6 meses asintomático, sin recidiva.

## DISCUSIÓN

Esta complicación post-LALA es inusual y las recomendaciones de la literatura escalan de terapia conservadora a *SHUNTS*, linfografías y escleroterapia con distintos irritantes. Al tener contacto con estructuras sensibles, PASA puede ser una alternativa segura. Esta técnica se extrapola de filtraciones de otras estructuras linfáticas o raquídeas, pero no tiene reportes en quilo.

## CONCLUSIÓN

Esta técnica es segura, sencilla y eficaz para el manejo de CQ post operatorias. Al existir muchas variables y técnicas se hace necesario buscar escenarios para cada una y en contexto de estructuras sensibles cercanas PASA sería una elección.

## P78) DE LA TINTA A LA PANTALLA: ALTERNATIVAS EFICIENTES PARA REDUCIR EL IMPACTO DE LOS PÓSTERS EN EVENTOS CIENTÍFICOS

Navarro C., R.(1); Moreno, N.(1); Vera, G.(2); Astroza E., G.(1);

(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN:

Los congresos académicos traen consigo múltiples beneficios y son esenciales para la urología, sobre todo con nuestra geografía. Su realización lleva muchos gastos ambientales y económicos, algunos, como el transporte son considerados como prioritarios, sin embargo existen gastos prescindibles. Cada vez existen más alternativas a los posters tradicionales y a pesar de que eventos como la pandemia nos enseñaron a utilizarlas, aún no

son estándar. Se planea comparar el impacto de los posters impresos frente a alternativas más eficientes, llevado a nuestra realidad.

#### MÉTODOS:

Se analizó el número de posters presentados en eventos urológicos importantes (AUA,EUA,WCET,CAU y CCHURO) el año 2022. Los costos fueron estimados en pesos chilenos, tomando como referencia el costo promedio de impresión estándar (\$20.000-0.9x1.5mt). Para comparar las alternativas se replicó un diseño de análisis presentado en AUA. Se evaluó el impacto de la impresión con calculadoras de huella de carbono disponibles en internet. Se realizaron estimaciones comparativas para alternativas, como posters pequeños (0.9x1.2 mt-\$13.000), un QR impreso en una hoja carta que lleva a un póster en línea (\$100) y posters virtuales proyectados en pantallas de 40". El consumo de energía se basó en datos de EEUU, pues no existen datos nacionales oficiales. No consideramos gastos de producción en el análisis.

#### RESULTADOS:

El 2022 se imprimieron 3081 posters tradicionales (AUA,EUA,CCHURO y WCET) y 137 virtuales (CAU). El costo total para los presentadores fue más de 61 millones, en comparación con los virtuales que gastaron 0. En lo ambiental, 3081 posters equivalieron a 4437kWh y 1923kg(e)CO<sub>2</sub>, superando al consumo de 16 meses de energía en un hogar chileno.

Si comparamos el gasto del número de posters de CCHURO y del total 2022 con las alternativas (pantalla, QR y poster pequeño) ahorraríamos 1.8,1.7 y 0.6 millones en CCHURO y 62,61 y 22 millones en el total de congresos, respectivamente. La energía ahorrada en el total de congresos equivaldría a 14.4,15.2 y 3 meses de un hogar chileno.

#### CONCLUSIONES:

Los posters tradicionales implican costo económico y ambiental considerable y prescindible. Tenemos ejemplos cercanos en que los prescinden, con buenos resultados (CAU). Debemos migrar al uso de alternativas.

## **P79) RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y PATOLÓGICOS EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL POR CÁNCER DE PENE: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICA ABIERTA Y VIDEO-ENDOSCÓPICA.**

Benítez-filselcker, A.(1); Gurovich, J.(1); Vega, A.(2); Íñiguez, S.(2); Walton-díaz, A.(2); Aliaga, A.(2); Henríquez, D.(2); Román, J.(2); Vilches, R.(2);

(1): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Departamento Urología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

**Introducción:**El compromiso linfonodal en cáncer de pene se presenta en 20-40%, afectando directamente el pronóstico y sobrevida. Aunque la linfadenectomía inguinal abierta (LIA) es el tratamiento estándar, sus complicaciones limitan su uso rutinario. La linfadenectomía inguinal video-endoscópica (LIVE) podría reducir complicaciones y ofrecer resultados oncológicos comparables a la LIA.

**Objetivo:**Comparar resultados oncológicos y complicaciones entre LIA y LIVE en pacientes con carcinoma escamoso de pene en dos hospitales de Santiago

**Materiales y Métodos:**Estudio retrospectivo analítico de pacientes intervenidos entre 2016-2024. Las LIA fueron realizadas por equipo urológico entrenado y las LIVE, por urólogo único entrenado. Se registraron características demográficas, quirúrgicas y oncológicas basales.

**Resultados:** Hubo 12 LIA y 8 LIVE, con 12 y 7 bilaterales respectivamente. Se realizó linfadenectomía y penectomía simultáneas (LyPS) en 5 y 4 respectivamente. Edad media para LIA fue 60, y 59 años para LIVE ( $p=0.938$ ), ambos grupos con mediana ASA 2 ( $p=0.868$ ) y Charlson Score 4 ( $p=0.347$ ). Estadio en LIA fue T1b/T2/T3 15,4/23,1/46,2%, cN0/N1/N2 30,8/38,5/15,4%, en LIVE fue T1b/T2/T3 0/37,5/50% con cN0/N1/N2 de 37,5/50/12,5%. Media de tiempo operatorio para LIA fue 191,6 versus 195,8 minutos en LIVE ( $p=0.076$ ). Se preservó v.safena en 4 LIA y 8 LIVE y transposición de sartorio en 10 y 0 respectivamente. La mediana de linfonodos resecaos por lado fue 11 para LIA y 24 para LIVE, ( $p<0.01$ ) con N+ en 8/12 y 1/8 respectivamente. De estos, 3/9 se realizó LyPS y 6/9 en diferido con media de 240 días entre cirugías. La tasa de complicaciones de LIA fue 57% (28,5% Clavien-Dindo 3-5) versus LIVE 75% (100% Clavien-Dindo I-II).

**Discusión:**A nuestro conocimiento, presentamos la primera serie nacional comparativa de LIA y LIVE. La LIVE es una técnica realizable, con mayor resección de linfonodos. Impresiona al menos equivalente oncológicamente, con menor tasa de complicaciones. Resalta el beneficio de realizar una cirugía mínimamente invasiva con LyPS

## **P80) MELANOMA URETRAL FEMENINO PRIMARIO CON METÁSTASIS GANGLIONARES: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Espinoza, C.(1); Carreño, C.(2); Díaz, G.(3); Paluz, F.(2); Quilodrán, F.(1); Cuesta, N.(1); García, M.(1); Nápole, H.(4); Lira, N.(4); Ondarza, C.(4); Kramer, F.(4); Mülchi, C.(4); Venegas, J.(4); (1): Residente de Urología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El melanoma uretral (MU) es una entidad poco frecuente, siendo el 0.2% del total de melanomas y el 2% de los tumores malignos de la uretra femenina. Suele observarse entre los sesenta y setenta años. La manifestación clínica es inespecífica incluyendo hematuria, masa uretral, disuria e hiperpigmentación en uretra distal, excepto en los amelanocíticos. Suele diagnosticarse en etapas avanzadas, pues tiene capacidad metastásica precoz.

### **CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 73 años, asmática e hipotiroidea, con antecedente de hernioplastía. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de macrohematuria. Al examen físico destaca gran lesión uretral solevantada, indurada y friable que no permite visualizar meato uretral.

Se realizó una biopsia fría que describe tumor maligno de alto grado concordante con melanoma de mucosa. Se etapificó con resonancia magnética (RM) abdominal y pelviana evidenciando pequeñas adenopatías inguinales bilaterales indeterminadas de 14 y 16 mm (derecha e izquierda, respectivamente), y presencia de lesión nodular de 33x25 mm dependiente de uretra media y distal que determina compromiso infiltrativo de pared anterior vaginal y músculo esfínter externo. En comité oncológico se decide resección quirúrgica y complementar etapificación con tomografía por emisión de positrones-computada (PET-CT) y RM cerebral.

Se resecó el tumor uretral con incisión en U vaginal extensa destacando pared anterior vaginal infiltrada por tumor, margen quirúrgico de 2 cm. Biopsia con MU y bordes quirúrgicos negativos. PET-CT describe adenopatías hipermetabólicas inguinales bilaterales e ilíacas externas izquierdas posiblemente secundarias, sin diseminación a distancia, RM cerebral sin hallazgos patológicos. Comité oncológico decide inmunoterapia paliativa (Pembrolizumab 3 ciclos). Luego de 8 meses se encuentra sin recidiva tumoral, adenopatía inguinal persistente en plan de escalar a nivolumab e incontinencia moderada (Sandvik 3).

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los MU tienen mal pronóstico, pues metastatizan tempranamente vía linfática hacia vulva y vagina, así como también hematógicamente a hígado, pulmón y bazo. A menudo pueden confundirse con lesiones benignas como carúnculas o prolapsos vaginales. Existe poca evidencia que permita establecer un manejo estandarizado, depende del tamaño de la lesión primaria y estadio clínico. No obstante, la cirugía tiene un rol fundamental y se describe la inmunoterapia como opción válida de manejo.

## **P81) EXPERIENCIA INICIAL EN BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA REALIZADA POR URÓLOGOS EN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE**

Hohf, P.(1); Soto, R.(1); Muñoz, S.(1); Castro, D.(1); Hausmann, C.(1); Jofré, F.(1); Mejías, A.(1); Mondaca, C.(1); Henríquez, P.(1); Marquez, R.(1); Iturriaga, C.(1);  
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

**Introducción:** La biopsia renal percutánea guiada por ecografía es una técnica mínimamente invasiva que ha adquirido mayor importancia en contexto de cáncer renal metastásico para poder iniciar tratamiento sistémico. El presente trabajo busca establecer la sensibilidad para el diagnóstico oncológico de este procedimiento realizado por urólogos, así como también las complicaciones.

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo de 12 pacientes con diagnóstico imagenológico de cáncer renal metastásico en un hospital público de Santiago de Chile, entre octubre/2022 y agosto/2024, los cuales fueron sometidos a biopsia renal percutánea guiada por ecografía realizada exclusivamente por urólogos. Se analizan incidencias de complicaciones y resultado de biopsias para evaluar sensibilidad diagnóstica.

**Resultados:** De un total de 12 pacientes sometidos a biopsia renal percutánea guiada por ecografía, la edad promedio fue 69.5 años, 7 (58%) fueron en riñón derecho y 5 (42%) a izquierda. Tamaño tumoral promedio fue de 117.3mm y 100% fueron de componente principalmente exofítico. Se obtuvo un promedio de 4 muestras o cilindros por procedimiento. Biopsias positivas para neoplasia renal en 10 de los 12 casos, que traduce una sensibilidad de 83.3%. Presentamos sólo 1 complicación (8%), correspondiente a Clavien Dindo grado I, dado por hematuria leve autolimitada.

**Conclusión:** La biopsia renal percutánea guiada por ecografía es un procedimiento con alta sensibilidad para el diagnóstico de cáncer en pacientes con grandes masas tumorales renales, con una baja frecuencia de complicaciones mayores. Se preconiza el entrenamiento de esta técnica en urólogos dado al aumento en indicaciones de terapia sistémica en el contexto de cáncer renal metastásico.

## **P82) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE CÁNCER DE CÉLULAS GERMINALES DEL TESTÍCULO ETAPA I EN UNA REGIÓN DE CHILE: 2014-2023.**

Ebel, L.(1); Cuevas, P.(2); Troncoso, L.(1); Foneron V., A.(1); Oyanedel, F.(1); Toledo, H.(1); Cañoles, R.(3); Westendarp, M.(4); Segura, F.(5); Gavilán, D.(5); Flores, F.(2); Navarrete, M.(2); Foneron B., A.(6);

(1): HOSPITAL BASE VALDIVIA - UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, Chile (2): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, VALDIVIA, Chile (3): CLINICA COSTANERA DE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile (4): CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile (5): HOSPITAL JUAN MOREY, LA UNIÓN, Chile (6): HOSPITAL BASE VALDIVIA, VALDIVIA, Chile

Introducción. Cáncer testicular de células germinales (CTCG) se diagnostica en etapas tempranas en 60-70% de las series. Luego de orquiectomía, dependiendo del tipo histológico, factores de riesgo de recaída y otras características del paciente, ellos pueden ingresar a protocolos de Vigilancia Activa (VA), requerir quimioterapia (QT) o radioterapia (RT) adyuvantes o linfadenectomía retroperitoneal (LALA). Presentamos una cohorte de pacientes de CTCG etapa I tratados en nuestra región entre los años 2014-2023. Material y Métodos. Cohorte retrospectiva de casos tratados desde el 1-1-2014 hasta el 31-12-2023 de pacientes con domicilio en la región, incluyendo casos del ámbito público y privado; se excluyen pacientes de la región tratados fuera de ella. Se obtienen datos (electrónicos y en papel) de registros oncológicos de todos los centros de salud existentes, del único laboratorio privado de histopatología, de los registros GES y del Registro de Cáncer del Servicio de Salud; se complementan con información de Laboratorios Clínicos y Servicios de Radiología y del sitio web del Registro Civil e identificación. Resultados. Durante el período se diagnosticaron 289 casos, 190 de ellos en etapa I (65,7%). 79 (41,6%) casos tenían marcadores tumorales positivos previo a orquiectomía. Edad promedio fue 33.8 años (rango 17-69). Todos los casos tienen confirmación histológica y 119 (62.6%) fueron seminoma puro. 12 casos (6.1%) fueron bilaterales: 4 sincrónicos y 8 metacrónicos. 96.6% (115/119) casos de seminomas y 97.4% (75/77) de no seminomas tienen registro de manejo: VA 36 casos, QT 93 casos y RT 55 casos; ningún paciente recibió LALA. Seguimiento promedio fueron 44,2 meses (rango 1-120), con 131 casos (66.8%) controlados  $\geq$  24 meses; 31 (16.1%) pacientes pierden seguimiento. Durante el período progresaron 5 pacientes (2.7%), todos rescatados con QT, y 3 fallecieron, ninguno por CTCG. Conclusión. La cohorte presentada confirma el buen pronóstico de pacientes con CTCG etapa I, independiente de su manejo, y la dificultad del seguimiento, en desmedro de VA. Destacamos el alto número de casos observados y la calidad del registro.

## **P83) UROLOGÍA A TRAVÉS DE GOOGLE TRENDS: TENDENCIAS DE BÚSQUEDA DE LOS CHILENOS EN SALUD URINARIA**

Navarro C., R.(1); Moreno, N.(1); Verdugo, C.(1); Astroza E., G.(1);  
(1): Pontificia universidad catolica de Chile, Santiago, Chile

## **Introducción:**

La urología destaca por su vanguardia en la tecnología. Comprender el interés de nuestra población en temas urológicos es esencial para el futuro. *Google Trends (GTs)* es una herramienta que analiza billones de datos de búsqueda para mostrar tendencias. Nuestro objetivo es examinar las tendencias en urología en Chile utilizando datos de *GTs*.

## **Métodos:**

*GTs* analiza muestras tiempo/lugar específicas para mostrar las tendencias de búsqueda. Se utilizó para Chile entre enero 2017-2024. Seleccionamos palabras claves del campo urológico como preferencia de técnicas, perfiles profesionales más buscados, intereses por región, entre otras. (Tabla1 contiene todos los términos). Se analizó el volumen de búsquedas, identificando patrones temporales y sub-distribuciones geográficas. Los datos se normalizaron para facilitar la comparación entre términos y períodos.

## **Resultados:**

En los últimos 7 años la especialidad se ha mantenido como objeto de búsqueda constante, exceptuando el año 2020 donde disminuyó en 50%. En cuanto a la búsqueda de profesionales, ésta ha aumentado hasta un 1.000%, destacando hasta un 50% más en el norte ( $p<0.05$ ) y un creciente interés por urólogo joven.

La patología más buscada fue infección urinaria, cuyas principales búsquedas asociadas son automedicación y relación con actividad sexual. Le siguen cálculos renales, cáncer de próstata y disfunción eréctil. Para los cálculos urinarios, los picos anuales de interés se concentran en los estivales ( $p<0.05$ ). Todas las patologías disminuyeron en el año 2020 a excepción de la disfunción eréctil y las infecciones urinarias ( $p<0.05$ ).



Sobre lo ambulatorio destaca un cambio en la preferencia desde 2018, intercambiando en preferencia de circuncisión a vasectomía, la que tiene su mayor pico al año 2020. En cuanto a cáncer, en orden descendente se encuentra próstata, testículo, vejiga y riñón. Éste último presenta un aumento de hasta un 500% desde su inclusión al GES. (Todos los datos se encuentran graficados).

### Conclusión:

GTs revela patrones claros de la población en ciertos temas. El interés por la urología ha aumentado con el tiempo. En cuanto a factores que afecten, destaca con importancia la pandemia reciente. Se destaca la utilidad de herramientas digitales para monitorear tendencias, lo que contribuye a atención proactiva y retroalimentación pública.

### **P84) CARACTERIZACIÓN Y MANEJO DE ABSCESOS RENALES Y PERIRRENALES. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ANÁLISIS DE 52 CASOS**

Mondaca, C.(1); Jofre, F.(1); Alcolado, C.(2); Navarrete, F.(2); Henriquez, P.(1); Mejias, A.(1); Hohf, P.(1); Marquez, R.(1); Hausmann, C.(1); Iturriaga, C.(1);  
(1): Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

### Introducción:

Los abscesos renales y perirrenales son infecciones poco comunes pero potencialmente mortales del tracto urinario (TU). Gracias a los avances en técnicas de diagnóstico y tratamiento, se ha logrado disminuir la mortalidad hasta un 7% (56% en los años 70s). Los principales factores de riesgo son diabetes mellitus, obstrucciones del TU e infecciones urinarias recurrentes. El manejo según la literatura sugiere que los abscesos mayores de 5 cm se realice drenaje abierto, entre 3 y 5 cm, drenaje percutáneo y menores de 3 cm el tratamiento médico basado en antibióticos.

### Métodos:

Análisis retrospectivo en un hospital público de Santiago bajo la búsqueda de palabras clave "Absceso", "Riñón" y "Renal" en Epicrisis médicas entre 2022 y 2024. Se tabularon los datos y se analizaron en Stata. Tabulación de complicaciones respecto a escala de Clavien Dindo.

## Resultados:

De los 52 pacientes, un 53.8% de los pacientes tenían diabetes mellitus, con HbA1c promedio de 11.79% (7.34-17.3). 34 pacientes (65.4%) recibieron tratamiento médico con 82.4% resolución; 2 fracasaron, 1 falleció por patologías de base y 3 se perdieron en seguimiento. 18 pacientes (35.6%) con manejo quirúrgico; 13 (25%) a drenaje percutáneo con 61.5% de resolución, 5 a nefrectomía con 40% resolución. Se evaluó mediante regresión logística como variable dependiente el tratamiento inicial en base al tamaño diámetro mayor del absceso, segmentados cada 10 mm, siendo significativo el corte por sobre 31mm con mala respuesta a terapia médica ( $p < 0.005$ ), disminuyendo en un 60% la probabilidad de resolución con terapia médica. En el resto de variables no existieron diferencias estadísticamente significativas.

## Conclusiones:

El tratamiento médico con diámetros  $< 31$ mm obtiene buenos resultados cercana a un 80%, siendo concordante con los datos internacionales. La presencia de obstrucción no fue predictor en respuesta, siendo litiasis coraliformes un factor de riesgo (4 de 4 nefrectomías totales). La limitación de este trabajo es el bajo número de complicaciones en terapia médica (3) que limitan la fuerza estadística en  $> 31$  mm. En conclusión el tamaño de los abscesos renales es determinante para elegir una conducta terapéutica, es necesario aumentar el número de pacientes para realizar un análisis estadístico de mayor calidad.

## P85) LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA (VEIL) EN CÁNCER DE PENE (CAP): EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE

Sovino Brown, F.(1); Rojas Salas, A.(2); De Oliveira Costa, A.(2); Pinto Martinez, U.(3); Ascanio Rojas, J.(3); Bustamante Valenzuela, P.(3); Acuña Galvez, E.(3); Alvear Godoy, M.(2); Valenzuela Grau, R.(2); Araya Salcedo, F.(2); Rojas Varas, J.(2); Soler Soler, S.(2); Andrusco Fidalgo, A.(2); Vera Veliz, A.(4);

(1): Escuela de Medicina - Universidad San Sebastian, Concepcion, Chile (2): Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (3): Hospital Dr Antonio Tirado Lanús, Ovalle, Chile (4): Hospital Dr Antonio Tirado Lanús - Hospital San Juan de Dios, La Serena - Ovalle, Chile

INTRODUCCION: El CaP es una patología poco frecuente, corresponde al 0,4- 0,6% de todas las neoplasias masculinas. El compromiso ganglionar es el factor pronóstico más importante. Con el fin de disminuir la morbilidad a la que se asocia la linfadenectomía inguinal, se han realizado modificaciones en el templado de disección e incorporado la cirugía minimamente invasiva.

OBJETIVO: Describir los resultados de la experiencia inicial en VEIL de dos centros de la IV región de Chile.

**MATERIAL-METODO:** Estudio descriptivo de casos de VEIL realizados en los Hospitales de Ovalle y La Serena entre 2021 y 2024. Se describen características demográficas, oncológicas y resultados quirúrgicos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 5 pacientes con CaP. Media de edad 64,2 años, en 4 de los 5 se logró manejo curativo regional. A todos se les realizó una penectomía parcial con posterior VEIL. el tiempo desde la resección del tumor primario (penectomía) hasta linfadenectomía fue de 3 meses en la mayoría. Histología en todos fue Carcinoma Espinoceclular, con ubicación mas frecuente en glande. Cuatro pacientes correspondieron a pt2n0m0, uno estadio IV, con respuesta completa a quimioterapia TIP. VEIL fue bilateral. En dos casos se utilizó verde de indocianina. La técnica quirúrgica fue similar, la disección ganglionar se realizó por debajo de la fascia lata, se preservó la vena safena conservando la grasa subcutánea de camper, sin complicaciones. Tiempos quirúrgicos fueron promedio 246 min (bilateral), con sangrado promedio estimado 75cc a cada lado. Alta varió entre los 3 a 6 días. De las 10 regiones inguinales reseçadas, 9 resultaron negativas sin compromiso. 1 caso presentó en el seguimiento a largo plazo colección en el muslo unilateral que debió ser drenada por cirujano de urgencia. Un paciente presentó linfaedema intermitente. A la fecha sin recidiva inguinal

## CONCLUSION

El abordaje VEIL que demuestra ser efectivo y con mínimas complicaciones perioperatorias, con tiempos quirúrgicos y sangrado favorables, como alternativa mínimamente

## P86) CASO CLÍNICO: HEMATURIA INDUCIDA POR KETAMINA

Larrañaga, M.(1); Orellana, J.(2); Parrao, D.(2); Soto, F.(1); Bravo, J.(1);

(1): Hospital Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile (2): Universidad de Ohiggins, Rancagua, Chile

**Introducción:** Ante el aumento sostenido de la consulta urológica por disuria, dolor pélvico y hematuria en pacientes jóvenes sin infección urinaria concomitante ni factores de riesgo para cuadros neoplásicos de origen vesical es que se presenta el siguiente caso como motivación para conocer una de sus causas.

**Presentación del caso:** paciente masculino de 37 años consulta por cuadro de hematuria de 3 días de evolución asociado a disuria. Refiere episodios previos, todos en contexto de consumo de drogas, específicamente "tussi". Paciente se desempeña como camionero. Niega consumo de tabaco o alcohol, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni familiares y sin alergias.

Resultados: Ingresa al servicio de Urología del Hospital Franco Ravera Zunino para estudio de hematuria. Al examen físico paciente en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, signos vitales normales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal con próstata grado 1 no sospechosa. Diuresis por Foley con hematuria franca. Laboratorios destaca HB: 12.7 g/dl, plaquetas: 287.000/ml; leucocitos: 6200; pruebas de coagulación dentro de rango; creatinina 0,72 mg/dl; APE 1,8 ng/ml; Orina completa no inflamatoria y urocultivo sin crecimiento bacteriano. UroTAC: hallazgos de contenido homogéneo intravesical en contexto de sangrado actual, sin otros hallazgos de significado patológico. Cistoscopia: múltiples lesiones hemorrágicas de aspecto inflamatorio en fondo vesical. Biopsia: tejido inflamatorio crónico y agudo, normotópico y área hemorrágica subepitelial, negativo para neoplasia. Se mantiene hospitalizado 3 días y se logra controlar hematuria con irrigación vesical, ácido tranexámico y Oxibutinina. Se controla paciente a los 3 meses, negando nuevos episodios de hematuria ni de consumo.

Conclusión: la cistitis ulcerativa/hematuria inducida por ketamina (componente del "tussi" en Chile) es una enfermedad emergente, reportada por primera vez en 2007, que podría convertirse en una carga significativa para el sistema de salud debido al aumento del abuso de ketamina como droga recreativa y su uso terapéutico en cuidados paliativos y anestesia. Los profesionales de la salud deben estar atentos y preparados tanto para reconocer este diagnóstico potencial en pacientes jóvenes con síntomas del tracto urinario inferior, como para discutir sobre el uso de ketamina recreacional y sus repercusiones en salud.

## **P87) SHOCK ANAFILÁCTICO COMO PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS RENAL**

Muñoz, N.(1); Muñoz, B.(1); Cornejo, C.(1); Espinoza, M.(1); Díaz, V.(1); González, F.(1); (1): Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

### Introducción

La hidatidosis es una enfermedad endémica en las zonas rurales de Chile, con una incidencia que varía entre 1.8 y 2.5 casos por cada 100,000 habitantes en el período 2015-2019. Esta patología, provocada por el parásito *Echinococcus granulosus*, afecta principalmente los pulmones y el hígado. La hidatidosis renal es poco frecuente y suele manifestarse con síntomas inespecíficos o ser diagnosticada incidentalmente.

Presentación del caso  
Se presenta el caso de un paciente masculino de 31 años, sin antecedentes médicos relevantes, que sufre un golpe en el flanco izquierdo tras una caída desde su propio nivel. Acude al servicio de urgencias con dolor intenso en la región renal izquierda, erupción cutánea alérgica y lipotimia secundaria al traumatismo. Al ingreso, se encuentra en regulares condiciones generales, con taquicardia, palidez y un hematocrito de 32%. Se realiza una

tomografía computarizada de abdomen y pelvis de urgencia, la cual revela un hematoma renal izquierdo asociado a la rotura de un quiste hidatídico renal. El paciente, hemodinámicamente inestable, es evaluado por el urólogo de turno, quien decide proceder con una exploración quirúrgica.

Se realiza una lumbotomía izquierda, donde se observa abombamiento de la celda renal. Al abrir el quiste, se evidencia la salida de un hematoma contenido y múltiples vesículas compatibles con hidatidosis. Se inicia tratamiento con albendazol y se procede con una nefrectomía parcial, vaciamiento del hematoma, extracción de las estructuras hidatídicas y una periquistectomía.

Evolución y seguimiento  
Tras la cirugía, el paciente presenta una evolución favorable y es dado de alta al décimo día. Se prescribe antibioticoterapia profiláctica por 7 días y albendazol durante 3 meses.

#### Conclusión

Este caso ilustra un shock anafiláctico en un paciente previamente asintomático, secundario a un trauma de baja energía que provocó la rotura de un quiste hidatídico renal. En zonas endémicas, es esencial considerar el diagnóstico de quiste hidatídico renal en pacientes que presenten lesiones quísticas renales, especialmente cuando la historia clínica e imágenes son compatibles. El diagnóstico oportuno y un manejo conservador pueden prevenir complicaciones funcionales a largo plazo.

### **P88) SATISFACCIÓN A LARGO PLAZO DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TESTICULARES EN ADULTOS.**

Saenz, S.(1); Escobar, S.(1); Tirreau, D.(2); Montenegro, J.(2); Vecka, K.(2); Torres, T.(2); Schalper, M.(1); Carrillo, I.(1); Cornejo, V.(1); Rojas, V.(1); Calderon, D.(1); Iglesias, T.(1); (1): Hospital del Salvador, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

#### Introducción

La orquiectomía puede ser un desafío emocional y físico para los pacientes. Las prótesis testiculares buscan restaurar el aspecto del escroto y proporcionar una sensación de normalidad. Sin embargo, se conoce poco sobre el nivel de satisfacción de los pacientes que las utilizan y su impacto en la calidad de vida.

#### Material y métodos

Se realizó un estudio para evaluar la satisfacción de los pacientes post orquiectomía, con y sin prótesis testiculares del Hospital del Salvador entre 2013 y 2023. Se aplicó una encuesta Likert, telefónica, evaluando diversos aspectos.

## Resultados

Se evaluaron 78 pacientes con un promedio de edad de 41.3 años. Al 85.7% se les ofreció prótesis y al 14.3% no. Un 18,4% de los que se les ofreció, optaron por no tener prótesis, principalmente por desinterés o miedo, con una edad promedio de 39.8 años.

54 pacientes aceptaron prótesis testiculares, el 87% evaluó su prótesis como buena o excelente. Más del 90% volverían a elegirla y la recomendarían. El 90.7% no reportó problemas con la posición, ni la forma de la prótesis, aunque el 31.5% la encontró muy dura y el 11.1% algo pesada. El 66.7% la calificó como de textura adecuada y el 75.9% como de tamaño correcto. El 59.3% consideró importante la apariencia de tener dos testículos. Un 94.4% no requirió reintervenciones, y el 94.4% ha tenido la prótesis por más de 12 meses. El 81.5% no compartió la satisfacción de su pareja, pero entre quienes lo hicieron, hubo satisfacción del 90%. El 100% considera importante que se ofrezca una prótesis.

Entre los 24 pacientes sin prótesis, el 87.5% expresó importante satisfacción con su imagen corporal genital.

## Conclusión

Se evidencia que los pacientes con prótesis están mayormente satisfechos con su funcionalidad y apariencia, aunque algunos reportaron incomodidades, la mayoría la elegiría nuevamente y la recomendaría, sugiriendo que la prótesis cumple con sus necesidades. Estos resultados subrayan la importancia de ofrecer esta opción, a pesar de esto, cuando se comparan grados de satisfacción, son similares a los pacientes sin prótesis.

## **P89) PLASMOCITOMA TESTICULAR PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.**

Cuesta, N.(1); Díaz, G.(1); Pino, C.(1); Rojas, M.(1); Espinoza, C.(1); Lira, N.(2);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

**Introducción:** El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia maligna que se caracteriza por la proliferación de proteínas electroforéticas e inmunológicamente homogéneas por un clon neoplásico de células plasmáticas. Se estima una incidencia a nivel mundial de 10% de todos los cánceres hematológicos. Clínicamente se manifiesta por la presencia de anemia, hipercalcemia, falla renal y lesiones osteolíticas. Cuando el clon de células plasmáticas infiltra tejidos extraóseos se denomina plasmocitoma extramedular (PME) y se ubica

preferentemente en tracto gastrointestinal y sistema respiratorio. La presentación testicular de un PME es extremadamente inusual, con escasos reportes en la literatura mundial.

**Presentación del caso:** Paciente de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial y obesidad. Fue derivado a policlínico de urología por aumento de volumen testicular derecho. Al examen físico destacaba testículo derecho aumentado de volumen, indurado, sin signos inflamatorios en el escroto. Testículo izquierdo sin hallazgos patológicos. En ecografía testicular se evidenciaban al menos 2 lesiones de aspecto primario en espesor de testículo derecho de 4 y 3 cm. Respecto a los marcadores tumorales: lactato deshidrogenasa 319 UI/L, alfa-fetoproteína 3.13 ng/ml y gonadotropina coriónica <1.2 mUI/ml. Se realizó orquiectomía radical derecha, cuya biopsia macroscópica informó un testículo de 7.4x5x4.5 cm con túnica albugínea lisa y al corte un nódulo tumoral hemorrágico de 6x3.5 cm, limitado al testículo. El diagnóstico histológico fue un tumor maligno poco diferenciado del testículo derecho compatible con neoplasia de células plasmáticas.

**Discusión y conclusiones:** El PME testicular se ha descrito en pacientes con remisión del MM, lo que no se condice con el caso presentado, quien debutó con un PME testicular como manifestación única de MM. El abordaje de los PME testicular es el mismo que en caso de masas testiculares primarias con sospecha de malignidad, que corresponde a la orquiectomía testicular radical. En cuanto al pronóstico, se reporta una supervivencia que varía entre 5 semanas y 48 meses tras la orquiectomía, lo que refleja un mal pronóstico ante esta forma de presentación.

## **P90) EXPERIENCIA INICIAL DE LAS PRIMERAS 208 CIRUGIAS UROLOGICAS ASISTIDAS POR ROBOT UTILIZANDO HUGO RAS SYSTEM**

Rojas, A.(1); Verdugo, C.(1); Salgado, L.(1); Moreno, N.(1); Jamis, F.(1); Walbaum, J.(1); Manterola, C.(1); Majerson, A.(1); Trucco, C.(1); Marchant, A.(1); Troncoso, P.(1); Lopez, F.(1); Dominguez, J.(1);

(1): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Desde su inicio en el año 2000 la cirugía robótica ha revolucionado la cirugía urológica mínimamente invasiva. Actualmente existe una variedad de plataformas robóticas y aplicaciones clínicas. El sistema Hugo RAS SYSTEM de Medtronic es una de las generaciones robóticas más nuevas, sin embargo, dado su reciente introducción en este campo hay poca literatura que reporte su aplicabilidad y resultados. El objetivo es informar nuestra experiencia inicial con el uso del sistema de cirugía asistida robótica (RAS) HUGO para enfermedades urológicas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, donde incluimos todas las cirugías urológicas asistidas por Robot en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus durante los años 2022-2024. Los datos analizados incluyeron variables clínicas y operatorias. Este estudio fue aprobado por el comité de ética local.

## RESULTADOS

Durante el periodo se realizaron 208 cirugías utilizando sistema Hugo RAS SYSTEM de Medtronic. De éstas, 128 fueron Prostatectomía Radical (PRLR), 71 fueron Nefrectomía Parcial (NPLR), 4 Reimplante vesico ureteral, 2 pieloplastia , 1 resección de vesícula seminal derecha1 Linfadenectomía iliobturatriz derecha. Para la PRLR, el tiempo promedio de Docking fue de 6 minutos, tiempo de consola promedio fue de 254 minutos, sangrado promedio estimado fue 200cc. Por dificultad técnica, 2 cirugías se convirtieron a cirugía abierta y laparoscópica. Para la NPLR el tiempo promedio de Docking fue de 5 minutos, tiempo de consola promedio fue de 170 minutos, sangrado promedio 100cc. Para el reimplante, el tiempo de docking fue de 5 minutos, tiempo de consola promedio 200min y sangrado estimado 100cc. La pieloplastía se realizo en un tiempo de consola de 170min y la resección de vesícula seminal y linfadenectomía iliobturatriz con un tiempo de 55 minutos de consola ambas. No se reportaron incidencias intraoperatorias graves. Ningún paciente de nuestra serie requirió conversión a cirugía abierta. Tanto el tiempo de docking como de consola sufrió una disminución significativa durante el periodo.

## CONCLUSIONES.

Nuestro grupo pudo realizar cirugías sin problemas técnicos y con resultados comparables a los reportados en la literatura internacional, lo que sugiere promisoria aplicabilidad del sistema HUGO RAS en nuestro medio.

## P91) ADRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSABDOMINAL EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO EN EL NORTE DE CHILE.

Padron, L.(1); Torres, M.(1); Yaime, H.(1);

(1): Hospital Regional de Antofagasta, ANTOFAGASTA, Chile

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva es el patrón de oro actualmente en el tratamiento quirúrgico de muchas patologías, dentro de estas, la adrenalectomía laparoscópica es la elección actual de tratamiento para el manejo de masas suprarrenales. Nuestro objetivo es recopilar, analizar y exponer nuestra experiencia en laparotomías laparoscópica durante el periodo 2021-2024.



**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo donde se hizo la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de masa suprarrenal a los que se le realizó adrenalectomía laparoscópica transperitoneal en el periodo comprendido entre 2021-2024.

**Resultados:** Se realizaron 11 abordajes izquierdos y 8 derechos, con una media de edad de 59.05 años (23-73 años), la indicación más frecuente fue incidentaloma 73.68%, el tiempo operatorio promedio fue 68.42 minutos (45-92 minutos), el sangrado intraoperatorio fue de 32.1mL (0-100mL), no hubo conversión a cirugía abierta ni reintervenciones, la estadía hospitalaria fue de 2,42 días (1-10 días). Se registró complicaciones en 2 pacientes (10.52%) grado I en la clasificación Clavien y Dindo. El tamaño promedio fue de 47,1mm (15-85mm) y los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes fueron: adenoma 36.84%, mielolipoma 31.57%, cáncer metastático 15.78%, feocromocitoma 10.52%, carcinoma cortical suprarrenal 5.26%.

**Conclusiones:** La adrenalectomía laparoscópica en nuestro centro ha demostrado equiparar la estadística nacional e internacional, esta técnica es el estándar en el manejo de las masas suprarrenales con baja morbimortalidad.

## **P92) SCHWANNOMA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL: ENTIDAD POCO FRECUENTE Y DIFÍCIL DE IDENTIFICAR**

Pino, M.(1); Carrasco, M.(1); Sánchez, R.(2); Salvador, N.(2); Rodríguez, C.(2); Affeld, M.(2); Urrutia, S.(3);

(1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile (2): Hospital Intercultural Nueva Imperial, Temuco, Chile (3): Hospital Regional de Temuco, Temuco, Chile

### **Introducción y objetivos:**

Un schwannoma se define como un tumor neurogénico de carácter benigno procedente de las células de Schwann de los nervios periféricos o craneales. Los schwannomas viscerales son extremadamente raros y pocos casos han sido descritos. La localización retroperitoneal representa menos del 1% de los casos, siendo habitualmente de gran tamaño con tendencia a desplazar tejidos circundantes y hallazgos imagenológicos inespecíficos.

### **Material y Método**

Se presenta caso de paciente femenina de 32 años, sin antecedentes mórbidos, que en contexto de screening de coleditiasis se realizó ecografía abdominal el año 2023 evidenciando masa sólida renal izquierda. Se realizó scanner de abdomen y pelvis con contraste destacando masa tumoral sólida suprarrenal izquierda sin diseminación a distancia de 9x8x10 cm. Estudio de funcionalidad negativo. Se realiza suprarrenalectomía izquierda.

Biopsia informa hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos, con vimentina y S100 positivos, compatibles con schwannoma.

#### **Discusión:**

Los incidentalomas suprarrenales tienen una prevalencia aproximadamente de un 5%. Los schwannomas fueron descritos en 1908 y se desarrollan principalmente en cabeza, cuello, extremidades superiores e inferiores y con menos frecuencia en tracto gastrointestinal y retroperitoneo. Ocurren más comúnmente entre la tercera y sexta década de la vida. Su comportamiento clínico es benigno, con crecimiento progresivo, usualmente asintomático, por lo que su diagnóstico suele ser incidental. Cabe destacar que el estudio con imágenes no ofrece hallazgos específicos para esta lesión, siendo así muy complejo su diagnóstico preoperatorio y diferencial frente a otras lesiones suprarrenales. La inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico ya que este tipo de tumores son positivos para S100 y vimentina.

Habitualmente la indicación quirúrgica frente a incidentaloma suprarrenal es la funcionalidad y/o un tamaño mayor a 4 cm por el riesgo asociado a carcinoma adrenal. Esta última fue la indicación en el presente caso.

#### **Conclusión:**

El schwannoma suprarrenal es una lesión neoplásica muy poco frecuente y con estudio preoperatorio no diagnóstico. Sigue un curso benigno, pero que debe considerarse como diagnóstico diferencial en tumores de la glándula suprarrenal.

### **P93) DESARROLLO MULTICÉNTRICO DE LINFADENECTOMÍA INGUINAL VÍDEO ENDOSCÓPICA EN EL SUR DE CHILE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA MAYOR SERIE DE CASOS PUBLICADA NACIONAL**

Urrutia Varela, S.(1); Moraga Barra, C.(1); Muñoz Pérez, I.(1); Bascur Moenen-locoz, L.(1); Lara Escribá, D.(1); Affeld Perez, M.(1); Orio Alvarez, M.(1); Lobos Sepulveda, C.(1); Gorena Palominos, M.(1); Droguet Gimpel, J.(1); Salvador, N.(1); Lara Goddard, C.(1); Vega Sepúlveda, F.(1); Pieressa Pizarro, N.(1); Carrasco Sanchez, F.(1); Umaña Rodriguez, J.(1); Valenzuela Viale, R.(1); Cordoba Pedreros, J.(2); Rodriguez Troncoso, J.(3);  
(1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile (2): Hospital de Osorno, Osorno, (3): Hospital Regional de Temuco, Temuco, Chile

#### **Introducción**

La linfadenectomía inguinal abierta tradicionalmente ha sido considerada el gold estándar para el manejo de linfonodos inguinales en cáncer de pene sin embargo, los abordajes mínimamente invasivos han demostrado ser oncológicamente equivalentes y con resultados

perioperatorios superiores, siendo la limitación de la implementación de la técnica la curva de aprendizaje y el bajo número de casos en países desarrollados y vías de desarrollo.

#### Material y métodos

Entre Noviembre del 2020 a Octubre del 2024 se inicia el desarrollo autodidacta junto a cirugía de cabeza, cabeza cuello y oncológica. En el periodo descrito fueron realizadas 15 linfadenectomías inguinales vídeo endoscópicas en 8 pacientes, como tratamiento complementario del cáncer de pene o melanoma de extremidad inferior, en 3 hospitales. Analisis de características epidemiológicas y los resultados quirúrgicos y oncológicos. Revisión bibliográfica de revista chilena de cirugía y revista chilena de urología.

#### Resultados

Los pacientes intervenidos fueron sometidos a linfadenectomía inguinal videoendoscópica según técnica descrita. La histología del primario es 90% carcinoma epidermoide, se incluye un melanoma peneano y un paciente resolución de un caso de melanoma de extremidad inferior. De los pacientes incluidos el 31% fueron de estadio clínico pN+. 1 Paciente presentaba cirugía de biopsia de ganglio centinela previa. La linfadenectomía se realizó bilateral en 7 pacientes y en 1 caso se realizó VEIL unilateral. El tiempo operatorio medio de la VEIL fue de 110 min. y la media de adenopatías resecaadas fue de 12 por cada linfadenectomía (6-29 adenopatías). No se realizaron conversiones. La tasa de complicaciones fue del 25%, todas Clavien I o II y corresponden a 1 linfocele y 2 infección de herida operatoria. Ningún paciente presentó necrosis cutánea. La estadía hospitalaria fue en promedio 3 días.

#### Conclusiones

La linfadenectomía inguinal video endoscópica es un procedimiento seguro y reproducible, siendo una alternativa a la linfadenectomía convencional. Los pacientes con biopsia de ganglio centinela se pueden beneficiar con esta técnica sin incremento de morbilidad. Los resultados oncológicos pero el recuento ganglionar muestra alta variabilidad entre centros. La revisión de la literatura no presenta ninguna serie mayor a 3 pacientes.

### **P94) EXPERIENCIA CLÍNICA DE 8 AÑOS EN LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO EN HOSPITAL GENERAL.**

Canales, R.(1); Benítez-filselcker, A.(2); Andriola, M.(2); Castiglioni, E.(3); Rojas, J.(1); Morán, D.(1); Elorrieta, V.(1); Soto, G.(1); Menchaca, R.(1); Vicherat, C.(1);  
(1): Servicio de Urología, Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile (2): Residente Urología Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

#### Introducción:

La linfadenectomía lumboaórtica (LALA) es un pilar del manejo del cáncer testicular avanzado. Al ser una patología de hombres con una expectativa de vida larga, es fundamental la seguridad y su éxito oncológico.

### **Materiales y Métodos:**

Estudio retrospectivo de una serie de 16 pacientes sometidos a LALA por cáncer testicular por vía abierta o laparoscópica, realizadas por un mismo equipo quirúrgico, entre 2016 y 2024 en un hospital general. Cuando la masa fue menor a 3 cm se optó por la vía laparoscópica.

### **Resultados:**

Edad media 31.4 (17-56) años; 4 con masa primaria y 12 residual post QMT. Hubo 6 cirugías laparoscópicas y 10 abiertas, con plantillas bilaterales en 13/16 casos (81.25%). La mediana de tiempo operatorio fue 231,5 minutos (IQR 176-325). De las intervenciones complementarias intraoperatorias hubo nefrectomía, reconstrucción vascular, resección intestinal y neoimplante ureteral en 2 (12,5%), 4 (25%), 1 (6,25%) y 2 casos, respectivamente. La tasa de complicaciones fue de 4/16 pacientes con 2 Clavien-Dindo  $\geq$  III todos en grupo abierto, sin complicaciones en grupo laparoscópico. La mediana de estadía fue 9.25 (IQR 3,5-15) días, con 3 y 13 días para abierto y laparoscópico respectivamente. La tasa de transfusión fue de 18,75%. La mediana de tamaño de la masa resecada fue de 70 mm (IQR 38,5-85) y la mediana de ganglios resecados fue 9 (IQR 3-27), 18 para LALA laparoscópica y 4 en LALA abierta. La tasa de positividad fue de 13.5%. Se realizó preservación nerviosa en 10 casos, con mantención de la eyaculación anterógrada en todos ellos. La mediana de seguimiento fue de 541 (IQR 319,5-1422) días, con sobrevividas global y libre de enfermedad del 100%.

### **Conclusiones:**

Presentamos una serie de una cirugía oncológica compleja, con tasas de complicaciones similares a las reportadas en la literatura, sin recidiva tumoral y sobrevivida del 100%. Consideramos a la cirugía abierta para grandes masas residuales post quimioterapia y a la técnica laparoscópica para masas de menor tamaño, seguras y eficaces en nuestro medio.

**Palabras Claves:** Cáncer Testicular, Linfadenectomía Lumboaórtica, Masa retroperitoneal post quimioterapia.

**P95) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR EN CENTRO DE SALUD PRIVADO CHILENO. COHORTE DE 10 AÑOS.**

Poblete, M.(1); Ibañez, H.(1); Larrañaga, M.(1); Pinto, I.(2); Díaz, M.(2); Kompatzki, Á.(2); Velasco, A.(2); Zúñiga, Á.(2);

(1): Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2): Servicio de Urología, Clínica Santa María, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer testicular es la neoplasia sólida más frecuente en hombres jóvenes. El tratamiento depende principalmente de la extensión tumoral al diagnóstico, del subtipo histológico en la orquidectomía y factores de riesgo de metástasis. Uno de los tratamientos es la linfadenectomía lumboaórtica (LALA). El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia de las LALA nuestro centro.

**Metodología:** Se identificaron las LALA por cáncer testicular desarrolladas en nuestro centro entre el 2014 y julio del 2024. Se recolectaron desde los registros clínicos la información clínica, histopatológica e imagenológica y se realizó un análisis descriptivo de esta información.

**Resultados:** En el periodo estudiado se identificaron 34 pacientes con indicación de LALA primarias y post quimioterapia (QT). En el 58.8% (20) se realizó una LALA primaria principalmente por presencia de teratoma en testículo (18 pacientes). En 9 pacientes (45%) se identificó teratoma en retroperitoneo. En las LALAs post quimioterapia se reportó necrosis en el 50% (7), teratoma en 36 % (5) y tumor viable en 15% (2). En los pacientes con tumor viable se reportó seminoma y carcinoembrionario respectivamente.

**Conclusiones:** La LALA es una cirugía poco frecuente. En esta serie la presencia de teratoma en la orquidectomía sería un factor importante para indicar LALA primaria. Si bien el número de esta serie es pequeño, el porcentaje de necrosis, tumor viable y teratoma en LALA post QT es similar a lo reportado en la literatura.

## **P96) CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL MEGAPREPUICIO CONGÉNITO: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA INFANTIL DE UN CENTRO.**

Reyes Sánchez, A.(1); Cortés Cortés, C.(1); Reyes Cabalá, D.(2); Figueroa Díaz, S.(1); Sepúlveda Lenck, X.(2); Celis Lagos, S.(3);

(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile., Santiago, Chile (2): Hospital Clínico San Borja Arriarán., Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile., ,

### **INTRODUCCIÓN**

El megaprepucio congénito(MPC), es una patología urológica fácilmente confundida con la fimosis fisiológica. Dado su asociación con infecciones urinarias es importante un diagnóstico correcto para ofrecer un tratamiento adecuado. Su corrección quirúrgica es desafiante por lo que se han descrito múltiples técnicas, la mayoría con resultados estéticos regulares. Describimos a continuación los resultados de una serie de casos de MPC realizados en un único centro.

## **MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de pacientes con MPC sometidos a resolución quirúrgica entre Enero 2021 y Mayo 2024 en Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se evaluaron variables demográficas, antecedente de infección urinaria(ITU) o hidroureteronefrosis(HUN) previas, edad de cirugía, técnica quirúrgica, variables perioperatorias y resultados estéticos en base a una escala subjetiva.

## **RESULTADOS**

Se realizaron 10 cirugías por 4 cirujanas diferentes en el período descrito. La mediana de edad al diagnóstico fue de 7 meses (rango de 2-60 meses), 20% presentaban otras malformaciones asociadas y 50% antecedentes de ITU, no se observaron casos de HUN. La mediana de edad a la cirugía fue de 10 meses. 6 de las cirugías se realizaron con técnica de Cuckow y 4 con circuncisión estándar. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, mayor en la técnica de Cuckow vs la circuncisión (120 vs 90 minutos). El sangrado fue mínimo en todos los casos. Los pacientes sometidos a Cuckow requirieron más días de hospitalización (1 vs 0 días), días de sonda (4 vs 0 días) y días de vendaje compresivo (4 vs 0 días) respecto a los sometidos a circuncisión. Solo hubo una complicación CD 3 que consistió en una reintervención por dehiscencia de herida operatoria en la rama de Cuckow. Respecto al resultado estético, 5 de los sometidos a técnica de Cuckow obtuvieron resultado favorable y 1 resultado aceptable. De los sometidos a circuncisión 1 obtuvo resultado regular, 1 aceptable y 2 favorables.

## **CONCLUSIONES**

El MPC es una patología cuya corrección quirúrgica es desafiante. La técnica descrita por Cuckow es una opción que podría asociarse a mejores resultados estéticos respecto a la circuncisión. Sin embargo, es una técnica compleja que no está exenta de complicaciones.

## Índice por Título

|  |     |
|--|-----|
| ¿CÓMO HA CAMBIADO EL RIESGO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE SE SOMETEN A PROSTATECTOMÍA RADICAL? .....   | 135 |
| ¿ES RAZONABLE REALIZAR UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT (RALP) EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS?: ESTUDIO PROSPECTIVO EN CENTRO ÚNICO ...  | 117 |
| ¿PORQUE TANTO PACIENTES QUE SON POTENCIALES CANDIDATOS A UNA PRÓTESIS DE PENE NO RECIBEN UNA? - BUSCANDO LAS RAZONES EN CHILE .....  | 22  |
| ¿PUEDE UN CHATBOT AUMENTAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN VIDA? EXPLORANDO EL ROL DE CHATGPT .....  | 24  |
| ¿SON REALMENTE BENIGNOS LOS TUMORES MENORES DE 3 CM?. REVISIÓN HISTOLÓGICA DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO .....                        | 163 |
| ABORDAJE DE VESÍCULAS SEMINALES ANTERIOR VS POSTERIOR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES PRECOCES.....                               | 134 |
| ABSCESO PROSTÁTICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN 11 AÑOS ....  | 56  |
| ACCIÓN DE LA MOLÉCULA DE SÍNTESIS TETRAHIDROISOQUINOLINA SOBRE LA ACTIVIDAD MOTORA DEL DETRUSOR EN MODELO DE VEJIGA DE RATA EN CÁMARA DE ÓRGANO AISLADO .....                                  | 50  |
| ADRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSABDOMINAL EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO EN EL NORTE DE CHILE.....   | 215 |
| ALTERNATIVAS DE PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR NO METASTÁSICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LA LITERATURA .....  | 140 |
| ANÁLISIS DE PACIENTES CON COMPLICACIONES UROLOGICAS SECUNDARIAS A ENDOMETRIOSIS PROFUNDA.....  | 194 |
| ANÁLISIS DE RECIDIVA Y PROGRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR EN UN CENTRO CLÍNICO .....  | 116 |
| ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA LAPAROSCOPIA EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN TÉRMINOS DE INCONTINENCIA URINARIA, FUNCIÓN ERÉCTIL Y ESTENOSIS URETROVESICAL EN UN ÚNICO CENTRO PÚBLICO CHILENO ..... | 36  |
| APLICACIÓN DE UNA CALCULADORA DE RIESGO PARA EL SCREENING Y DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN CHILENA.....  | 37  |
| ASOCIACIÓN DE INSTALACIÓN DE CATETER URETERAL DOBLE J CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A URETERO O NEFROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA.....                                   | 185 |
| AVANCES EN NEFRECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT: INTEGRACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN 3D EN UN CASO CON LOCALIZACIÓN ANATÓMICA CONSIDERADA IRRESECABLE .....  | 90  |
| BCG NO-RESPONDEDOR. ¿QUÉ TAN FRECUENTE ES EN CHILE? ¿CÓMO LO ESTAMOS MANEJANDO? .....  | 29  |
| BIOPSIA PROSTÁTICA EN PI-RADS 5. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE BIOPSIA NEGATIVA.....   | 81  |

|   |     |
|---|-----|
| BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN CON MICRO ULTRASONIDO: EXPERIENCIA DE NUEVA<br>TECNOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CENTRO DE ALTO<br>VOLUMEN. ....      | 132 |
| BIOPSIA PROSTÁTICA POR FUSIÓN GUIADA POR MICRO ULTRASONIDO, EXPERIENCIA<br>INICIAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.....  | 138 |
| CALIDAD DE VIDA EN DONANTES DE RIÑÓN, EVALUACIÓN A LARGO PLAZO .....  | 191 |
| CAMBIOS EN LA TEMPERATURA RENAL DURANTE LA LITOTRIZIA URETEROSCÓPICA CON<br>LÁSER PULSADO DE TULIO:YAG: UN ANÁLISIS IN VITRO .....                                      | 62  |
| CANCER TESTICULAR BILATERAL DE CÉLULAS GERMINALES.....  | 53  |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE CÁNCER<br>DE CÉLULAS GERMINALES DEL TESTÍCULO ETAPA I EN UNA REGIÓN DE CHILE: 2014-2023.<br>..... | 206 |
| CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PENE EN UN HOSPITAL PÚBLICO:<br>ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS .....   | 195 |
| CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL<br>EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL .....   | 143 |
| CARACTERIZACIÓN Y MANEJO DE ABSCESOS RENALES Y PERIRRENALES. REVISIÓN DE LA<br>LITERATURA Y ANÁLISIS DE 52 CASOS.....   | 208 |
| CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS DE LAS NEFRECTOMÍAS COMO TRATAMIENTO EN<br>TUMORES RENALES EN UN CENTRO DEL ALTO VOLUMEN.....  | 142 |
| CARCINOGENICIDAD GENÉTICA DEL CÁNCER DE VEJIGA RELACIONADO CON EL ARSÉNICO:<br>DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA A LA MODELIZACIÓN MATEMÁTICA.....                             | 49  |
| CARGA FINANCIERA POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HPB EN EL SISTEMA DE<br>SALUD PÚBLICO CHILENO: ANÁLISIS BASADO EN GRUPOS RELACIONADOS DE<br>DIAGNÓSTICO (GRD)..... | 38  |
| CASO CLÍNICO: HEMATURIA INDUCIDA POR KETAMINA .....   | 210 |
| CATÉTER URETERAL JJ CON RIENDAS ¿LA ALTERNATIVA DE ELECCIÓN EN EL SISTEMA<br>PÚBLICO? .....   | 73  |
| CIRUGIA CONSERVADORA DE NEFRONAS EN TUMOR COMPLETAMENTE INTRARRENAL:<br>ABORDAJE LAPAROSCOPICO CON APOYO ECOGRAFICO INTRAOPERATORIO .....                               | 93  |
| CIRUGÍA INTRARRENAL COMBINADA: MIENTRAS MÁS TECNOLOGÍA, MEJOR CLEARANCE<br>LITIÁSICO .....  | 108 |
| CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA (RIRS) EN LITIASIS ÚNICA DE CÁLIZ INFERIOR DE 1-<br>2CM: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.....  | 63  |
| CIRUGÍA INTRARRENAL ENDOSCÓPICA RETROGRADA EN LITIASIS RENAL >2CM: CUANDO LA<br>NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA NO ES UNA OPCIÓN .....  | 184 |
| CIRUGIA RENAL PERCUTANEA DE ACCESO MINIMO CON VANIA DE IRRIGACION Y<br>ASPIRACION. EXPERIENCIA INICIAL .....  | 48  |
| CISTECTOMIA PARCIAL COMO MANEJO EN CÁNCER VESICAL: SERIE DE CASOS .....   | 164 |
| COMPARACION DE EXPERIENCIA INICIAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT<br>HUGO RAS SYSTEM VERSUS CIRUGIA CONVENCIONAL LAPAROSCOPICA: ¿ES SUPERIOR?<br>.....       | 154 |
| COMPARACION DE NEFRECTOMIA RADICAL VERSUS NEFRECTOMIA PARCIAL PARA<br>CARCINOMA DE CELULAS RENALES DE ESTADIOS CLINICOS T1B Y T2. ....                                  | 155 |



|   |     |
|---|-----|
| COMPARACIÓN DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT Y NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y POSOPERATORIOS DE UN SOLO EQUIPO EN BRASIL..... | 159 |
| COMPARACIÓN DE SEGURIDAD EN HOLEP: CIRUJANO EN FORMACIÓN VERSUS CIRUJANO EXPERIMENTADO .....  | 171 |
| COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE VOLUMEN EN UROLITIASIS: ESTUDIO IN VITRO .....   | 14  |
| COMPARANDO LO INCOMPARABLE: ANÁLISIS DE PACIENTES Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES ENTRE UNA SERIE HISTÓRICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA Y UNA ROBÓTICA .....                                     | 133 |
| COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA TRANSRECTALES .....  | 83  |
| CONDUCTO ILEAL VS NEOVEJIGA ORTOTÓPICA: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS EN CISTECTOMÍA RADICAL.....  | 32  |
| CORPOROPLASTÍA CON RESECCIÓN DE PLACA, INJERTO Y PRÓTESIS DE PENE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE Y CURVATURAS COMPLEJAS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 15 PACIENTES CONSECUTIVOS .....              | 118 |
| CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL MEGAPREPUCIO CONGÉNITO: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA INFANTIL DE UN CENTRO. ....   | 220 |
| CUANDO EL CÁNCER DE PRÓSTATA CRUZA FRONTERAS: REPORTE DE CASO DE METÁSTASIS A TESTÍCULO.....  | 197 |
| CUANDO EL PACIENTE AMBULATORIO SE HOSPITALIZA: FACTORES PREDICTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIA NO PROGRAMADA TRAS RIRS. ....   | 181 |
| CURVA DE APRENDIZAJE DE NEFRECTOMÍAS PARCIALES ROBÓTICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO, UN ESTUDIO PROSPECTIVO.....  | 45  |
| DE LA PELVIS AL CEREBRO: DEBUT DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO CON SÍNDROME DE COLLET- SICARD .....   | 123 |
| DE LA TINTA A LA PANTALLA: ALTERNATIVAS EFICIENTES PARA REDUCIR EL IMPACTO DE LOS PÓSTERS EN EVENTOS CIENTÍFICOS.....   | 201 |
| DESARROLLO DE EXOSCOPIO DE BAJO COSTO, DEMOCRATIZANDO EL ACCESO A MICROCIURUGÍA UROLÓGICA-ANDROLÓGICA.....  | 88  |
| DESARROLLO MULTICÉNTRICO DE LINFADENECTOMÍA INGUINAL VÍDEO ENDOSCÓPICA EN EL SUR DE CHILE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA MAYOR SERIE DE CASOS PUBLICADA NACIONAL.....   | 217 |
| DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SIMULADOR DE BAJO COSTO PARA LA ENSEÑANZA DE CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA.....  | 51  |
| DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE VEJIGA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DISPARIDADES DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA. ....   | 157 |
| DETERMINANDO EL VALOR BASAL DE PSA EN HOMBRE CHILENOS COMO REFERENCIA CLÍNICA CLAVE .....   | 131 |
| DIFERENCIAS PERIOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA ABIERTA VERSUS ROBÓTICA, UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN ÚNICO CENTRO.....   | 35  |

|   |     |
|---|-----|
| DISFUNCIÓN MICCIONAL EN MUJERES: ¿ES POSIBLE DISTINGUIR CLÍNICAMENTE ENTRE OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA VEJIGA Y DETRUSOR HIPOACTIVO?.....  | 176 |
| DISFUNCIÓN NEUROGÉNICA DEL TRACTO URINARIO INFERIOR ASOCIADA A FRACTURA DE PELVIS CON COMPROMISO SACRO.....   | 192 |
| DRENAJE PENOESCROTAL COMO TRATAMIENTO DEL PRIAPISMO REFRACTARIO .....   | 23  |
| EFICACIA DIAGNÓSTICA DE CITOLOGÍA URINARIA EN CARCINOMA UROTELIAL. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....  | 162 |
| EFICIENCIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DE SISTEMA DE MORCELACIÓN HAWK EN CIRUGÍA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: ACTUALIZACIÓN DE SERIE NACIONAL.....  | 169 |
| EMBOLISMO AÉREO VENOSO DURANTE LA REALIZACIÓN DE PIELOGRAFÍA EN LA NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....   | 179 |
| ENTEROCISTOPLASTIA DE AUMENTO CON USO DE ÍLEON DISTAL EN MICROVEJIGA, UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.....  | 101 |
| ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE FIBRA DE TULIO (LFT); EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTROS PRIMEROS 62 CASOS .....   | 114 |
| ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LASER DE HOLMIO COMO CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: EXPERIENCIA INICIAL.....   | 42  |
| ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM (HOLEP) AMBULATORIA ¿ES UNA ALTERNATIVA SEGURA Y FACTIBLE?.....   | 43  |
| ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM ES SEGURA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS URINARIOS BAJOS Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA PREEXISTENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO.....  | 40  |
| ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE THULIUM PULSADO, EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS.....  | 168 |
| ESTIMANDO LA REAL INCIDENCIA DE COMPLICACIONES URETRALES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.....   | 19  |
| ETAPIFICACIÓN GANGLIONAR DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CON PET-CT PSMA EN PACIENTE DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO DESFAVORABLE.....   | 78  |
| EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA BIOPSIA POR FUSIÓN DE IMÁGENES RESONANCIA MAGNÉTICA CON ULTRASONIDO TRANSRECTAL Y LA BIOPSIA GUIADA POR MICRO-ULTRASONIDO DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO..... | 82  |
| EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD CLÍNICA DE ABIRATERONA EN DOSIS DE 250 MG CON ALIMENTOS.....  | 129 |
| EVALUACIÓN DE PRESIÓN Y TEMPERATURA INTRARRENAL DURANTE EL USO DE SUPER MINI PERCUTÁNEA.....  | 71  |
| EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL SÍNDROME DE DOLOR VESICAL PRIMARIO: LECCIONES DE 13 AÑOS DE EXPERIENCIA .....  | 172 |
| EVALUACIÓN DEL USO DEL PRIMARY SCORE PARA LA DETECCIÓN DE TUMORES ISUP 3 O MÁS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO .....   | 80  |
| EVALUANDO LA CARGA DE PROCEDIMIENTOS DESOBSTRUCTIVOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA: UN ANÁLISIS POBLACIONAL.....  | 47  |
| EXPERIENCIA CLÍNICA DE 8 AÑOS EN LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO EN HOSPITAL GENERAL.....   | 218 |

|  |     |
|--|-----|
| EXPERIENCIA CLÍNICA EN URETEROSCOPIA FLEXIBLE: 629 CASOS EN HOSPITAL PÚBLICO CON EQUIPOS DESCARTABLES.....   | 65  |
| EXPERIENCIA DE CISTECTOMIA RADICAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO DURANTE SUS 10 PRIMEROS AÑOS: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y PERIOPERATORIOS.....                        | 148 |
| EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ABSCESOS PROSTÁTICOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 35 CASOS.....  | 57  |
| EXPERIENCIA INICIAL DE LAS PRIMERAS 208 CIRUGIAS UROLOGICAS ASISTIDAS POR ROBOT UTILIZANDO HUGO RAS SYSTEM.....  | 214 |
| EXPERIENCIA INICIAL DE NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT HUGO RAS SYSTEM.....   | 160 |
| EXPERIENCIA INICIAL DEL USO DE APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE.....  | 85  |
| EXPERIENCIA INICIAL EN BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA REALIZADA POR URÓLOGOS EN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....   | 205 |
| EXPERIENCIA REGIONAL EN NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA.....   | 144 |
| EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN MANEJO DE ABSCESO RENAL EN HOSPITAL PÚBLICO. UN DESAFÍO EMERGENTE.....   | 58  |
| EXPLORACIÓN DE MODELO PREDICTIVO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA ISUP 3 O MÁS: LA PRECISIÓN DEL PET PSMA.....  | 76  |
| EXPOSICIÓN A CIRUGIA UROLOGICA RECONSTRUCTIVA Y FUNCIONAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION EN UROLOGIA EN CHILE.....  | 188 |
| EXPOSICIÓN A PESTICIDAS Y COMPROTAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS, CHILE.....  | 33  |
| FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE VEJIGA HIPERACTIVA POSTERIOR A RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DOCENTE. ..                        | 175 |
| FIEBRE POSTOPERATORIA, PRESENCIA NON GRATA EN EL MANEJO DE LA NEFROLITIASIS: INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES.....  | 183 |
| GLANS RESURFACING CON INJERTO DE MUCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LIQUEN ESCLEROSO DE GLANDE. REPORTE DE CASO.....   | 193 |
| HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN CIRUGÍA DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO.....  | 128 |
| HOSPITALIZACIONES POR LITIASIS URINARIA EN CHILE: ANÁLISIS DE 9 AÑOS Y CAMBIOS POST-PANDEMIA.....  | 13  |
| IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN ACELERADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL.....   | 149 |
| IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE EN SALUD PÚBLICA: DIFICULTADES Y AVANCES EN UN CENTRO ANDROLÓGICO CHILENO.....  | 21  |
| IMPLEMENTACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA EN EL NORTE DE CHILE: MANEJO URO-ONCOLOGICO EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE BAJO VOLUMEN.....                            | 125 |
| IMPLEMENTACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL COMBINADA (GEMCITABINA Y DOCETAXEL) COMO ALTERNATIVA TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASOR DE ALTO RIESGO..... | 30  |
| IMPLEMENTACIÓN DE SONDAS ABIERTAS EN HIPOSPADIAS, EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARIÁN.....  | 111 |

|   |     |
|---|-----|
| IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS INTELIGENTES EN EL SEGUIMIENTO A DISTANCIA DE CATETERES URINARIOS TIPO DOBLE J: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.....  | 182 |
| IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLANTILLA DE PROTOCOLO DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA: RESULTADOS PRELIMINARES .....   | 27  |
| IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA RUTA CLÍNICA DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: UN MODELO DE GESTIÓN EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA DE REFERENCIA EN CHILE.....  | 117 |
| INCIDENCIA DE UPSTAGING EN RE-RTU VESICAL Y QUÉ SUCEDE SI NO SE REALIZA: HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF ENTRE LOS AÑOS 2014-2024 .....  | 28  |
| INCIDENCIA DE VARIANTES HISTOLÓGICAS DE CÁNCER DE VEJIGA EN RTU-V EN DOS HOSPITALES DE LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA .....   | 145 |
| INFLUENCIA DE LOS BORDES POSITIVOS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL EN RESULTADOS ONCOLÓGICOS INTERMEDIOS PARA SOBREVIVENCIA .....   | 121 |
| INHIBIDORES DE SGLT2 E INCIDENCIA DE UROLITIASIS EN UNA POBLACIÓN DE CHILE .....  | 17  |
| INICIOS Y EXPERIENCIA ACTUAL EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS DOPPLER DE PENE EN MANOS DEL URÓLOGO.....  | 112 |
| INTERACCIONES MICROBIANAS ENTRE INTESTINO Y SISTEMA URINARIO: REVELANDO SU IMPACTO EN LOS CÁLCULOS RENALES .....  | 15  |
| LASER DE HOLMIO DE ALTA POTENCIA VS LASER DE TULIO PULSADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO .....  | 64  |
| LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA (VEIL) EN CÁNCER DE PENE (CAP): EXPERIENCIA INICIAL DE DOS CENTROS DEL NORTE DE CHILE .....   | 209 |
| LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR EN CENTRO DE SALUD PRIVADO CHILENO. COHORTE DE 10 AÑOS.....  | 219 |
| LINFADENECTOMÍA PÉLVICA UNILATERAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA: CREACIÓN DE UN NOMOGRAMA.....   | 75  |
| LONGITUD DE URETRA MEMBRANOSA PREVIO A PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO PREDICTOR DE INCONTINENCIA URINARIA POSTQUIRÚRGICA.....  | 46  |
| MANEJO DE COLECCIÓN QUILOSA POSTERIOR A RESECCIÓN DE MASA RESIDUAL POST-QUIMIOTERAPIA: USO DEL PARCHE AUTÓLOGO DE SANGRE PERIFÉRICA .....   | 200 |
| MANEJO DE LA ESTRECHEZ URETRAL FEMENINA MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL.....   | 61  |
| MANEJO SUBÓPTIMO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HOMONO-SENSIBLE EN LA SALUD PÚBLICA DE CHILE. RESULTADOS SOBRE EL USO DE INTENSIFICACIÓN A LA TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDRÓGENICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.... | 84  |
| MARGEN QUIRÚRGICO Y RECIDIVA LOCAL SEGÚN ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO DE TUMORECTOMÍA RENAL; LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO.....   | 150 |
| MELANOMA URETRAL FEMENINO PRIMARIO CON METÁSTASIS GANGLIONARES: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....   | 204 |
| MÉTODOS DE ASPIRACIÓN EN ENDOUROLOGÍA: EL NUEVO PILAR TERAPÉUTICO PARA LOGRAR EL STONE FREE.....  | 106 |
| MINI SLING Y PROTESIS DE PENE PARA EL TRATAMIENTO DE LA CLIMACTURIA .....   | 86  |

|   |     |
|---|-----|
| MINIPERC EN LITIASIS DE CÁLIZ SUPERIOR, ¿ES UN DESAFÍO REALIZARLO EN DECÚBITO SUPINO? .....   | 110 |
| MODELO DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DEL COMPONENTE NO SEMINOMA DE CÁNCER TESTICULAR EN IMÁGENES DE ULTRASONIDO .....                              | 52  |
| MORBILIDAD EN GENITOPLASTIAS DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA.....   | 177 |
| MUERTE PREMATURA POR CÁNCER GENITOURINARIO EN CHILE. ESTIMACIÓN DE IMPACTO EN PRÓXIMA DÉCADA.....   | 54  |
| MUJERES EN UROLOGÍA EN CHILE: SITUACIÓN ACTUAL.....   | 55  |
| NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT DE ALTA COMPLEJIDAD UTILIZANDO VERDE DE INDOCIANINA PARA LA ESCISIÓN DE 8 TUMORES. ....                              | 91  |
| NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA VS. ASISTIDA POR ROBOT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO.....                                    | 152 |
| NEFRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA CON USO DE ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA EN TUMOR CON TROMBO TUMORAL .....   | 92  |
| NEFRECTOMÍAS PARCIALES EN MASAS RENALES PEQUEÑAS.....   | 156 |
| NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA CON HOLEP: IMPLEMENTACIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO. ....   | 115 |
| OBSTRUCCIÓN URETERAL POR PROYECTIL CON RESOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA POR RETROPERITONEOSCOPIA.....  | 104 |
| PARTICIPACIÓN DE URÓLOGAS Y URÓLOGOS EN LOS EQUIPOS DE PISO PÉLVICO DE LA RED PÚBLICA DE SALUD CHILENA.....   | 178 |
| PATOLOGÍA UROLÓGICA EMERGENTE: IMPACTO EN LA VÍA URINARIA DEL USO CRÓNICO DE KETAMINA - TUSSI.....  | 60  |
| PET-CT/PSMA COMO PREDICTOR DE COMPROMISO GANGLIONAR EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO.....                                   | 77  |
| PLASMOCITOMA TESTICULAR PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.....   | 213 |
| PRÁCTICAS EN BIOPSIA PROSTÁTICA EN URÓLOGOS CHILENOS.....   | 126 |
| PROGRAMAS ACOTADOS DE FORMACIÓN EN HOLEP ¿EL CAMINO PARA ACORTAR LA BRECHA EN CHILE? ANÁLISIS INICIAL DE RESULTADOS EN UN CENTRO ÚNICO .....                | 170 |
| PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI: REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 50 CASOS.....  | 124 |
| PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA PRESERVADORA DE ESPACIO DE RETZIUS .....   | 97  |
| PULVERIZANDO UN CÁLCULO RENAL, ¿QUE LÁSER ELEGIR? ESTUDIO EXPERIMENTAL. ....  | 66  |
| RADIACIÓN DURANTE EL ESTUDIO PERIOPERATORIO DE UROLITIASIS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN. ¿ESTAMOS CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE RADIACIÓN? ..... | 74  |
| RECONSTRUCCIÓN DE ESTENOSIS URETERAL POST URETEROSCOPIA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON SISTEMA RAS HUGO™ . PRIMER REPORTE EN LA LITERATURA. ....      | 103 |
| RELACIÓN ENTRE DENSIDAD DE ANTÍGENO, PI-RADS Y PRIMUS COMO PREDICTOR DE LESIONES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS .....  | 130 |

|   |     |
|---|-----|
| REPLICACIÓN DE TÉCNICA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA A LAPAROSCOPIA.<br>DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS.....  | 95  |
| REPORTE DE CASOS: INSTALACIÓN DE DETOUR® - URETER ARTIFICIAL .....  | 18  |
| RESECCIÓN TRANS URETRAL DE PRÓSTATA VERSUS ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER<br>HOLMIUM EN HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA MENORES A 80 CC, ¿CUÁL TIENE<br>MEJORES RESULTADOS? .....  | 166 |
| RESULTADO DE LA PRESERVACIÓN DE LAS ARTERIAS BULBARES DURANTE LA<br>URETROPLASTÍA ANASTOMÓTICA PARA LA LESIÓN URETRAL POR FRACTURA DE PELVIS 20<br>RESULTADOS DE LA URETEROLITECTOMÍA ENDOSCÓPICA (UE) EN PACIENTES CON<br>UROSEPSIS PREVIAMENTE DRENADA: ANÁLISIS PAREADO..... | 67  |
| RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR TRATADOS<br>CON BCG. REVISIÓN DE 20 AÑOS.....   | 146 |
| RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR TRATADOS CON<br>DOSIS REDUCIDA DE BCG.....  | 161 |
| RESULTADOS PERI-OPERATORIOS DE CISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA: EXPERIENCIA DE 23<br>AÑOS DE UN HOSPITAL ASISTENCIAL TERCIARIO.....   | 153 |
| RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y PATOLÓGICOS EN LINFADENECTOMÍA INGUINAL POR<br>CÁNCER DE PENE: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICA ABIERTA Y VIDEO-ENDOSCÓPICA..   | 203 |
| RIESGO DE PROGRESIÓN A CÁNCER DE PRÓSTATA EN ASAP Y PIN ALTO GRADO. ¿CÓMO<br>CONTROLARLOS? .....  | 137 |
| ROL DE LA URETROTOMÍA INTERNA COMO OPCIÓN DE RESCATE, EN RECIDIVA DE<br>ESTRECHEZ URETRAL CORTA Y AISLADA, POSTERIOR A UNA URETROPLASTÍA.....   | 190 |
| ROL DEL PET-CT PSMA EN LA ESTADIFICACIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA:<br>¿SUPERIOR A LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA?.....  | 79  |
| RTU-V PARA INSTALACION DE STENT URETERAL EN PACIENTE CON OBSTRUCCION<br>URETERAL MALIGNA .....  | 186 |
| SARCOMA SINOVIAL DEL EPIDÍDIMO: UN CASO SINGULAR DE TUMOR PARATESTICULAR  | 199 |
| SATISFACCIÓN A LARGO PLAZO DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TESTICULARES EN<br>ADULTOS.....   | 212 |
| SCHWANNOMA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL: ENTIDAD POCO FRECUENTE Y DIFÍCIL DE<br>IDENTIFICAR .....  | 216 |
| SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA AMBULATORIA EN MASA<br>RENAL SÓLIDA METASTÁSICA .....   | 149 |
| SEGURIDAD Y EFICACIA EN NEFROLITOTOMÍA FLEXIBLE (RIRS) EN PACIENTES DE ALTO<br>RIESGO QUIRÚRGICO ASA 3 Y 4 EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL .....  | 180 |
| SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA: UNA<br>TRANSICIÓN DE THULEP A HOLEP EN UN SOLO CENTRO .....  | 41  |
| SERIE DE CASOS PROSPECTIVOS DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIO:<br>RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y FUNCIONALES EN UNA SERIE DE 134 PACIENTES EN<br>CENTRO ÚNICO. ....   | 165 |
| SHOCK ANAFILÁCTICO COMO PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS RENAL.....  | 211 |
| SÍNDROME DE ELSBERG SECUNDARIO A INFECCIÓN POR VHH -7 Y EPSTEIN-BARR EN<br>PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....   | 174 |

|  |     |
|--|-----|
| SLING AJUSTABLE RETROPÚBICO VULKO: INNOVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA MASCULINA.....   | 89  |
| SOBREVIDA GLOBAL EN CISTECTOMÍA RADICAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO NACIONAL.....  | 31  |
| TASA DE ÉXITO Y COMPLICACIONES DE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA SEGÚN PUNTAJE DE GUY.....   | 72  |
| TÉCNICA DE DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA.....  | 100 |
| TERAPIA PROSTATICA CON VAPOR DE AGUA REZUM. EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS .....   | 39  |
| TIPS QUIRÚRGICOS PARA ACCESO AL ESPACIO RETRO PROSTÁTICO DE DENONVILLIERS POR VÍA PERINEAL .....   | 94  |
| TRANSICIÓN DE PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA A CIRUGÍA ROBOTICA CON HUGO RAS SYSTEM .....  | 34  |
| TRASPLANTE COMBINADO CARDIO-RENAL SIMULTÁNEO. REPORTE DEL PRIMER CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. ....                            | 187 |
| TRASPLANTE RENAL ASISTIDO POR ROBOT EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO .....  | 105 |
| TRATAMIENTO INTRARENAL BILATERAL SIMULTÁNEO CON TÉCNICAS PERCUTÁNEAS Y RETRÓGADA .....   | 109 |
| TRIFECTA EN LAS NEFRECTOMÍAS PARCIALES LAPAROSCÓPICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE.....   | 141 |
| TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PROSTATICO: REPORTE DE UN CASO .....  | 196 |
| UPGRADING Y PATOLOGIA ADVERSA EN UNA SERIE CONTEMPORANEA DE CANCER DE PROSTATA DE BAJO RIESGO SOMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL.....                               | 121 |
| URETEROPLASTÍA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO .....  | 99  |
| URETEROPLASTÍA LAPAROSCÓPICA CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL .....   | 98  |
| UROLOGÍA A TRAVÉS DE GOOGLE TRENDS: TENDENCIAS DE BÚSQUEDA DE LOS CHILENOS EN SALUD URINARIA .....   | 206 |
| USO DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA PERITUMORAL EN TUMORES PEQUEÑOS PARA REEMPLAZAR EL CLAMP DEL HILIO RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA ..... | 44  |
| USO DE BALON MEDICADO CON PACLITAXEL PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS URETERAL EN UN HOSPITAL PUBLICO, EXPERIENCIA INICIAL .....  | 189 |
| USO DE BCG EN CÁNCER VESICAL NO MÚSCULO INVASOR, EXPERIENCIA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA.....   | 139 |
| USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETERMINAR LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA LITIASIS URINARIA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.....          | 16  |
| USO DE MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL ASOCIADO A TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON COMO PREDICTOR DE MUSCULO INVASIÓN EN CÁNCER DE VEJIGA. ....                      | 26  |
| USO DE PET PSMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO CON CARACTERÍSTICAS DESFAVORABLES. RESULTADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE. ....                 | 79  |
| USO DE UN MODELO 3D PARA LA PLANIFICACIÓN Y CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. ....                           | 120 |

|   |     |
|---|-----|
| UTILIDAD DEL TACTO RECTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA DE PRÓSTATA EN LA ERA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA.....       | 136 |
| VAINA DE ACCESO URETERAL DURANTE LA URETEROSCOPIA FLEXIBLE EN PACIENTES CON SEPSIS URINARIA PREVIA ¿ES REALMENTE NECESARIA?.....                          | 68  |
| VAINA DE SUCCIÓN ASPIRATIVA PERCUTÁNEA EN MINI NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA-ECIRS.....   | 107 |
| VARIABILIDAD EN LA DEFLEXIÓN DEL URETEROSCOPIO FLEXIBLE AL UTILIZAR VAINAS DE ACCESO URETERAL DE SUCCIÓN FLEXIBLES Y NAVEGABLES. UN ESTUDIO EX VIVO. .... | 70  |
| VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER RENAL: CARACTERIZACIÓN DE UNA SERIE NACIONAL.....   | 158 |



## Índice por Autor

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Abad, J.....                   | 63, 65, 180, 181, 184         |
| Acevedo, C. ....               | 32, 81, 136, 138              |
| Acevedo, E.....                | 67, 127                       |
| Acosta, A. ....                | 114                           |
| Acuña Galvez, E.....           | 48, 93, 125, 209              |
| Acuña Madrid, J.....           | 72, 198                       |
| Acuña, J.....                  | 38, 42                        |
| Affeld Perez, M.....           | 217                           |
| Affeld, M. ....                | 216                           |
| Aguila, F.....                 | 181                           |
| Águila, F.....                 | 63, 65, 106, 180, 184         |
| Alarcon, L. ....               | 195                           |
| Alcaraz Asencio, A. ....       | 116, 157                      |
| Alcaraz, A.....                | 86                            |
| Alcaráz, A.....                | 105                           |
| Alcolado, C. ....              | 163, 208                      |
| Alcolao, C. ....               | 57                            |
| Alfambra, H. ....              | 86, 116                       |
| Alfaro, A. ....                | 195                           |
| Aliaga, A. ....                | 76, 80, 92, 96, 122, 149, 203 |
| Alliende, C. ....              | 75, 76, 80, 149               |
| Altamirano Villarroel, J. .... | 117                           |
| Altamirano, J. ....            | 139                           |
| Alvear Godoy, M. ....          | 209                           |
| Alvear, M.....                 | 177                           |
| Alves, K.....                  | 159                           |
| Andriola Pérez, M.....         | 148                           |
| Andriola, M. ....              | 106, 175, 218                 |
| Andrusco Fidalgo, A.....       | 209                           |
| Andrusco, A.....               | 177                           |
| Arancibia, A. ....             | 57, 163, 167                  |
| Arancibia, B. ....             | 36, 74                        |
| Aravena, M.....                | 51                            |
| Araya Salcedo, F. ....         | 209                           |
| Araya, F. ....                 | 177                           |
| Arenas, J.....                 | 189                           |
| Arias Ahumada, G.....          | 148                           |
| Arias Castro, E. ....          | 123                           |
| Arias Orellana, E. ....        | 80, 84, 187                   |
| Arias, E. ....                 | 162                           |
| Armisen, R.....                | 49                            |

|                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| Ascanio Rojas, J. ....       | 93, 125, 209                    |
| Ascorra H., S. ....          | 58                              |
| Ascorra, S. ....             | 55, 71                          |
| Astroza E., G. ....          | 13, 67, 68, 201, 207            |
| Astroza, G. ....             | 16, 56, 66, 103                 |
| Avila Diaz, C. ....          | 77                              |
| Ávila, C. ....               | 31, 46, 138, 143                |
| Avilés, N. ....              | 130, 132                        |
| Ayala Castro, C. ....        | 18, 137                         |
| Baixauli, M. ....            | 86                              |
| Barahona, J. ....            | 63, 65, 180, 181, 184           |
| Barrera, D. ....             | 182                             |
| Barreto, N. ....             | 90, 91                          |
| Barretto, N. ....            | 159                             |
| Barría Oyarce, S. ....       | 123                             |
| Barrientos, V. ....          | 20                              |
| Barrios, G. ....             | 80, 84, 162                     |
| Barroso Salvestrini, J. .... | 115, 156                        |
| Barroso, J. ....             | 41, 165                         |
| Basaure B., M. ....          | 54                              |
| Bascur Moenen-locoz, L. .... | 217                             |
| Benítez Filselcker, A. ....  | 148                             |
| Benitez, A. ....             | 92, 106, 138, 181, 184          |
| Benítez, A. ....             | 145                             |
| Benítez-filsecker, A. ....   | 130                             |
| Benitez-filselcker, A. ....  | 65                              |
| Benítez-filselcker, A. ....  | 46, 63, 100, 132, 180, 203, 218 |
| Bermúdez, H. ....            | 92                              |
| Bernal Riquelme, J. ....     | 94                              |
| Bernal, J. ....              | 61, 89, 189                     |
| Bernier Bórquez, P. ....     | 96                              |
| Bernier, P. ....             | 61, 75, 82, 122                 |
| Berríos, N. ....             | 51                              |
| Bezama, P. ....              | 80, 84, 162                     |
| Biancardi Kosler, S. ....    | 166                             |
| Billik, J. ....              | 179                             |
| Blackburn Bersezio, S. ....  | 37, 152                         |
| Bogado, J. ....              | 74                              |
| Bonomo Fuenzalida, J. ....   | 60                              |
| Bonomo, J. ....              | 114                             |
| Borgna, V. ....              | 195                             |
| Borja Niama, A. ....         | 116, 157                        |
| Boysen, S. ....              | 124, 133, 135                   |
| Brandau, C. ....             | 98                              |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Bravo Izurieta, J. ....        | 144                                      |
| Bravo, J. ....                 | 26, 33, 121, 140, 210                    |
| Briceño, F. ....               | 195                                      |
| Brito Gonzalez, F. ....        | 60                                       |
| Brito, F. ....                 | 61                                       |
| Brusoni, S. ....               | 16, 34, 56, 200                          |
| Bruzzo, A. ....                | 23                                       |
| Bustamante Valenzuela, P. .... | 93, 125, 209                             |
| Bustamante, A. ....            | 29, 30, 41, 75, 92, 149, 165             |
| Bustamante, C. ....            | 80, 84, 162                              |
| Cabello, J. ....               | 44, 64, 109                              |
| Cabello, R. ....               | 44                                       |
| Cáceres, C. ....               | 38                                       |
| Calazans, L. ....              | 91                                       |
| Calderon, D. ....              | 74, 161, 191, 212                        |
| Calderón, D. ....              | 36, 128, 170                             |
| Calvo Bernasconi, I. ....      | 168                                      |
| Calvo De La Barra, C. ....     | 19, 47, 172                              |
| Calvo, I. ....                 | 52, 174                                  |
| Calvo, N. ....                 | 86                                       |
| Cament, R. ....                | 187                                      |
| Campodonico, J. ....           | 24                                       |
| Campos Villagra, D. ....       | 178                                      |
| Campos, D. ....                | 35, 45                                   |
| Campos, R. ....                | 20, 190                                  |
| Canales Rojas, R. ....         | 60, 148                                  |
| Canales, R. ....               | 218                                      |
| Cañas Ramirez, R. ....         | 77                                       |
| Cañas, R. ....                 | 81, 88, 136                              |
| Cancino Bustos, C. ....        | 116, 157                                 |
| Cancino, C. ....               | 105                                      |
| Cañoles, R. ....               | 53, 206                                  |
| Carbonell, E. ....             | 86, 116                                  |
| Cariaga, C. ....               | 187                                      |
| Caro, I. ....                  | 22                                       |
| Carrasco Sanchez, F. ....      | 217                                      |
| Carrasco, D. ....              | 149                                      |
| Carrasco, J. ....              | 179                                      |
| Carrasco, M. ....              | 216                                      |
| Carreño, C. ....               | 104, 204                                 |
| Carrillo, I. ....              | 36, 74, 99, 102, 128, 161, 170, 191, 212 |
| Castiglioni, E. ....           | 13, 16, 24, 68, 218                      |
| Castillo, J. ....              | 195                                      |
| Castro, D. ....                | 205                                      |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Catalán Ancic, G. ....      | 115, 156                                      |
| Catalán, G. ....            | 29  |
| Celis Lagos, S. ....        | 220   |
| Celis, S. ....              | 111   |
| Chong, G. ....              | 76, 80  |
| Cid, D. ....                | 33  |
| Cifuentes Arévalo, M. ....  | 50, 60, 94, 178                               |
| Cifuentes Jorquera, F. .... | 50  |
| Cifuentes, M. ....          | 61  |
| Consigliere, L. ....        | 63, 65, 180, 181, 184                         |
| Cordoba Pedreros, J. ....   | 217   |
| Coria, D. ....              | 78, 83, 133, 135, 186                         |
| Cornejo, C. ....            | 211   |
| Cornejo, V. ....            | 36, 74, 99, 102, 128, 129, 161, 170, 191, 212 |
| Corral, J. ....             | 86  |
| Cortés Cortés, C. ....      | 97, 152, 220                                  |
| Cortés, C. ....             | 35, 45  |
| Cortés, D. ....             | 130, 132                                      |
| Costa, M. ....              | 86  |
| Coz, F. ....                | 78, 79, 83, 124, 133, 135, 171                |
| Coz, L. ....                | 186   |
| Cristi, J. ....             | 76, 80  |
| Cuesta, N. ....             | 70, 71, 104, 204, 213                         |
| Cuevas Seguel, P. ....      | 146, 158                                      |
| Cuevas, P. ....             | 53, 98, 206                                   |
| D'anna, M. ....             | 86  |
| De La Fuente, R. ....       | 179   |
| De La Llera, J. ....        | 63, 65, 180, 181, 184                         |
| De Oliveira Costa, A. ....  | 209   |
| De Oliveira, A. ....        | 177   |
| Del Valle, F. ....          | 13  |
| De'll Oro, A. ....          | 172   |
| Delvalle, F. ....           | 189   |
| Díaz Carnot, M. ....        | 60  |
| Díaz, G. ....               | 104, 204, 213                                 |
| Díaz, J. ....               | 117   |
| Díaz, J. ....               | 139   |
| Díaz, M. ....               | 220   |
| Díaz, V. ....               | 211   |
| Domenech, A. ....           | 79, 124, 133                                  |
| Dominguez Argomedo, R. .... | 85, 95, 150                                   |
| Domínguez Argomedo, R. .... | 123, 141                                      |
| Domínguez, G. ....          | 175   |
| Dominguez, J. ....          | 24, 34, 154, 155, 160, 194, 214               |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Domínguez, R. ....               | 134  |
| Donoso Machuca, E. ....          | 107, 115, 156  |
| Droguet Gimpel, J. ....          | 217  |
| Dueñas, L. ....                  | 67, 68   |
| Duhalde, K. ....                 | 117  |
| Duran G., L. ....                | 58   |
| Duran García, L. ....            | 169  |
| Duran García, L. ....            | 18, 73   |
| Durán García, L. ....            | 137  |
| Durruty Bostelmann, J. ....      | 18, 137  |
| Ebel Sepúlveda, L. ....          | 146, 153, 158, 165   |
| Ebel, L. ....                    | 53, 98, 206  |
| Elorrieta, V. ....               | 218  |
| Eltit Soler, I. ....             | 123, 141, 198  |
| Eltit, I. ....                   | 29, 30, 38, 41, 42, 75, 76, 80, 82, 95, 118, 122, 134, 149, 165, 176 |
| Escobar Urrejola, S. ....        | 129, 161, 170  |
| Escobar, M. ....                 | 17, 28   |
| Escobar, S. ....                 | 36, 74, 99, 102, 128, 191, 212                                       |
| Espinoza, B. ....                | 197  |
| Espinoza, C. ....                | 14, 28, 104, 204, 213  |
| Espinoza, M. ....                | 211  |
| Estay Miquel, R. ....            | 129  |
| Estrela, J. ....                 | 91   |
| Falcon, C. ....                  | 117  |
| Falcón, C. ....                  | 139  |
| Farías, A. ....                  | 33   |
| Farías, J. ....                  | 106  |
| Fasani M., M. ....               | 58   |
| Fasce, R. ....                   | 108, 110, 133, 135, 171, 183   |
| Fernández Villavicencio, S. .... | 123, 141, 197  |
| Fernández, A. ....               | 187  |
| Fernandez, J. ....               | 133, 135   |
| Fernández, J. ....               | 78, 79, 83, 124  |
| Fernandez, M. ....               | 41, 49, 149, 165   |
| Fernández, M. ....               | 29, 30, 75, 140  |
| Ferreira, P. ....                | 159  |
| Figueroa Díaz, S. ....           | 220  |
| Figueroa, S. ....                | 111  |
| Flores Torres, F. ....           | 146, 153, 158, 165   |
| Flores Uzcategui, G. ....        | 185  |
| Flores, F. ....                  | 53, 98, 206  |
| Flores, M. ....                  | 29   |
| Foneron B., A. ....              | 53, 206  |
| Foneron Burgos, A. ....          | 146, 153, 158, 165   |

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Foneron V., A.....          | 53, 206                             |
| Foneron Villarroel, A. .... | 146, 153, 158, 165                  |
| Foneron, A.....             | 98                                  |
| Franco, C. ....             | 44                                  |
| Frenk, C. ....              | 21, 32, 46, 100, 106, 130, 132, 145 |
| Frías Muñoz, S. ....        | 137                                 |
| Fuentes Carrión, M. ....    | 18, 137                             |
| Fuentes, A. ....            | 23, 61, 143                         |
| Fulla Ortiz, J. ....        | 37, 97                              |
| Fullá Ortiz, J. ....        | 152                                 |
| Fulla, J.....               | 15                                  |
| Fullá, J.....               | 35, 45                              |
| Gallegos, H. ....           | 16, 26, 189                         |
| Gallegos, I. ....           | 81, 130, 132, 136, 145              |
| Gárate Ortega, S.....       | 146, 158                            |
| Gárate, R. ....             | 81, 136                             |
| Gárate, S.....              | 98                                  |
| García, A.....              | 38                                  |
| García, J.....              | 16                                  |
| García, M.....              | 104, 204                            |
| Garrido, M.....             | 82                                  |
| Gatica Cuthill, T. ....     | 152                                 |
| Gatica, T. ....             | 131                                 |
| Gavilán Leñam, D. ....      | 40, 43                              |
| Gavilán, D. ....            | 53, 206                             |
| Giacaman, I. ....           | 119                                 |
| Gil, A.....                 | 130, 132                            |
| Giménez, B.....             | 35, 45                              |
| Gomez Lobo Roa, C.....      | 148                                 |
| Gomez- Lobo, C.....         | 175                                 |
| Gomez, I.....               | 38                                  |
| Gómez, I. ....              | 134                                 |
| Gomez, R.....               | 190                                 |
| Gómez, R.....               | 20, 192                             |
| Gonzalez B., M. ....        | 54                                  |
| Gonzalez Yepes, C. ....     | 157                                 |
| Gonzalez, A.....            | 22                                  |
| Gonzalez, C.....            | 116                                 |
| González, C.....            | 105                                 |
| Gonzalez, D. ....           | 15                                  |
| González, F. ....           | 211                                 |
| Gorena Palominos, M.....    | 217                                 |
| Gorena, M. ....             | 149                                 |
| Grañén, C. ....             | 86                                  |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Guerrero Carmona, M.....      | 148   |
| Guerrero, P.....              | 99, 102, 128, 161                             |
| Guerrero, R. ....             | 33  |
| Gurovich Herrera, J. ....     | 77  |
| Gurovich, J.....              | 88, 106, 138, 145, 203                        |
| Guzmán Carmona, M. ....       | 197   |
| Guzmán, S. ....               | 79, 124, 133, 135                             |
| Hartmann Arnouts, J. ....     | 18, 137                                       |
| Hassi Roman, M. ....          | 85  |
| Hassi Román, M. ....          | 123, 141, 198                                 |
| Hassi, M.....                 | 95, 134                                       |
| Hausmann, C.....              | 205   |
| Hausmann, C.....              | 208   |
| Henríquez Guerrero, P. ....   | 166   |
| Henriquez Montoya, D.....     | 77  |
| Henríquez Rissios, J. ....    | 73  |
| Henríquez, D. ....            | 31, 100, 130, 132, 143, 203                   |
| Henríquez, H. ....            | 52  |
| Henríquez, I.....             | 52  |
| Henriquez, P.....             | 57, 163, 205, 208                             |
| Herrera, L. ....              | 80, 84, 162                                   |
| Hohf, P.....                  | 57, 163, 166, 185, 205, 208                   |
| Horn, C. ....                 | 78, 79, 83, 124, 133, 135, 171, 186           |
| Huete, I.....                 | 172   |
| Humerez, V.....               | 20, 190                                       |
| Iacobelli Ovalle, A. ....     | 78, 79, 83, 124, 133, 135                     |
| Iacobelli, A.....             | 171, 186                                      |
| Ibañez, H. ....               | 44, 55, 220                                   |
| Iglesias, T. ....             | 128, 212                                      |
| Infante Leon, I. ....         | 18  |
| Infante, I.....               | 171   |
| Iñiguez Robles, S.....        | 77  |
| Iñiguez, S. ....              | 31, 117, 143                                  |
| Iñiguez, S. ....              | 139   |
| Íñiguez, S. ....              | 100, 203                                      |
| Innocenti Jimenez, G. ....    | 60  |
| Inostroza A., C. ....         | 54  |
| Inzunza N., J. ....           | 54  |
| Iturriaga Villarroel, C. .... | 166   |
| Iturriaga, C.....             | 57, 163, 185, 205, 208                        |
| Izquierdo Pinto, I.....       | 186   |
| Izquierdo, I. ....            | 78, 79, 83, 108, 110, 124, 133, 135, 171, 183 |
| Izquierdo, L.....             | 105   |
| Jaime, J.....                 | 179   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Jamis, F.....               | 155, 214                                    |
| Jaque Jaque, C.....         | 125   |
| Jofre, F.....               | 57, 65, 163, 180, 181, 185, 208             |
| Jofré, F.....               | 63, 166, 184, 205                           |
| Juri, D. ....               | 38  |
| Kerkebe Lama, M. ....       | 85, 150                                     |
| Kerkebe, M.....             | 88, 95                                      |
| Kirmayr, M.....             | 74, 191                                     |
| Kompatzki, Á. ....          | 220   |
| Kramer, F.....              | 104, 204                                    |
| Krebs, A. ....              | 92  |
| Labarca, Y. ....            | 51  |
| Labra, A. ....              | 76, 80                                      |
| Lara Escribá, D.....        | 217   |
| Lara Goddard, C. ....       | 217   |
| Lara, C. ....               | 149   |
| Lara, D. ....               | 149   |
| Larena Huguet, F. ....      | 37  |
| Larenas Huguet, F. ....     | 97, 152                                     |
| Larenas, F. ....            | 35, 45, 81, 136                             |
| Larrañaga Riquelme, M. .... | 144   |
| Larrañaga, M. ....          | 26, 33, 44, 62, 64, 121, 140, 182, 210, 220 |
| Leal Céspedes, V.....       | 146   |
| Leao, N. ....               | 91  |
| Leão, N. ....               | 90, 159                                     |
| Ledezma, R.....             | 32, 81, 114, 138, 145                       |
| Leiva, P. ....              | 117   |
| Leyton Naranjo, R.....      | 18, 137                                     |
| Libano, L.....              | 194   |
| Lima, R.....                | 90, 91                                      |
| Lindsay, C. ....            | 26, 140                                     |
| Lira, N. ....               | 104, 204, 213                               |
| Lizana, N. ....             | 26, 33, 140                                 |
| Lobos Sepulveda, C. ....    | 217   |
| Lobos, R.....               | 80, 84, 162                                 |
| Lopez Radtke, V.....        | 72  |
| López Radtke, V.....        | 123, 141, 197                               |
| Lopez, D.....               | 195   |
| Lopez, F.....               | 214   |
| López, F. ....              | 127   |
| Lopez, G. ....              | 52  |
| López, J.....               | 27  |
| Lopez, L. ....              | 21  |
| López, L. ....              | 108, 110, 183                               |



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| López, P.....               | 80, 84, 162  |
| Lopez, V.....               | 78   |
| López, V.....               | 186  |
| López-ponce De León, L..... | 81, 136  |
| Loyola Muñoz, M.....        | 123, 141, 197  |
| Loyola, M.....              | 38, 42, 134  |
| Luz Montecinos, D.....      | 123, 141, 198  |
| Luz, D.....                 | 134  |
| Lyng, R.....                | 41, 92, 165  |
| Lyon Errázuriz, J.....      | 18, 137  |
| Mac Millan Soto, G.....     | 94   |
| Madariaga, M.....           | 130, 132   |
| Majerson, A.....            | 103, 154, 160, 214   |
| Maldonado Alvarez, F.....   | 168  |
| Maldonado, F.....           | 55, 120, 139   |
| Mandujano, F.....           | 78, 83, 133, 135, 186  |
| Manterola, C.....           | 23, 27, 34, 56, 66, 89, 103, 154, 155, 160, 188, 189, 194, 214 |
| Manzanares Sánchez, V.....  | 80, 84, 187  |
| Manzanares, V.....          | 162  |
| Marchant Bustos, P.....     | 168  |
| Marchant Martínez, Á.....   | 156  |
| Marchant, A.....            | 127, 214   |
| Marchant, Á.....            | 27   |
| Marchant, F.....            | 63, 65, 106, 138, 180, 181, 184                                |
| Marchant, P.....            | 64   |
| Marchetti, P.....           | 64   |
| Marconi, M.....             | 22, 88, 119  |
| Marió Guzmán, C.....        | 166  |
| Mario, C.....               | 163  |
| Marques, L.....             | 90   |
| Márquez, I.....             | 79   |
| Marquez, R.....             | 57, 163, 205, 208  |
| Márquez, R.....             | 166  |
| Martinez Corral, M.....     | 107  |
| Martinez Osorio, C.....     | 37   |
| Martínez Osorio, C.....     | 152  |
| Martínez, C.....            | 35, 45, 86   |
| Martinez, D.....            | 13   |
| Martínez, F.....            | 183  |
| Massouh, R.....             | 20, 190, 192   |
| Massu, R.....               | 15   |
| Matheu, R.....              | 86   |
| Medina, J.....              | 187  |
| Mejias Briceño, A.....      | 185  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Mejias Briceño, O. ....   | 96, 107, 115, 185                         |
| Mejías Briceño, O. ....   | 156                                       |
| Mejias, A. ....           | 163, 208                                  |
| Mejías, A. ....           | 57, 166, 205                              |
| Mejías, O. ....           | 75  |
| Menchaca Cruzat, R. ....  | 148                                       |
| Menchaca, R. ....         | 175, 218                                  |
| Mendoza, E. ....          | 133, 135                                  |
| Mercader Barrull, C. .... | 116                                       |
| Mercader Barull, C. ....  | 157                                       |
| Miller, A. ....           | 15  |
| Miranda, D. ....          | 30, 149                                   |
| Miranda, M. ....          | 46  |
| Mohr, E. ....             | 63, 81, 106, 136, 138, 145, 180, 181, 184 |
| Mohr-oelckers, E. ....    | 65  |
| Molina Pine, B. ....      | 156                                       |
| Molina Pire, B. ....      | 115                                       |
| Mondaca, C. ....          | 57, 163, 166, 205, 208                    |
| Montenegro, J. ....       | 161, 191, 212                             |
| Mora, R. ....             | 57, 163                                   |
| Moraga Barra, C. ....     | 217                                       |
| Morales Butteler, J. .... | 115                                       |
| Morales, C. ....          | 99, 102, 108, 110, 183                    |
| Morales, I. ....          | 79, 108, 110, 124, 133, 183               |
| Morán Valenzuela, D. .... | 148                                       |
| Morán, D. ....            | 218                                       |
| Moreno Figueroa, S. ....  | 112                                       |
| Moreno, N. ....           | 67, 89, 154, 155, 160, 200, 201, 207, 214 |
| Moreno, S. ....           | 44, 52, 89, 120, 199                      |
| Moura, D. ....            | 159                                       |
| Moya, F. ....             | 32, 81, 136                               |
| Moyano, N. ....           | 17  |
| Mülchi, C. ....           | 104, 204                                  |
| Muní, M. ....             | 86  |
| Muñoz Hernandez, J. ....  | 125                                       |
| Muñoz Huerta, S. ....     | 185                                       |
| Muñoz Pérez, I. ....      | 217                                       |
| Muñoz, B. ....            | 211                                       |
| Muñoz, N. ....            | 211                                       |
| Muñoz, S. ....            | 205                                       |
| Musquera, M. ....         | 105                                       |
| Nápole, H. ....           | 104, 204                                  |
| Narvaez Fuentes, P. ....  | 116, 157                                  |
| Narvárez, P. ....         | 105                                       |

|                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| Navarrete Lara, M. ....    | 146, 158                           |
| Navarrete Ponce, F. ....   | 167                                |
| Navarrete, F. ....         | 57, 163, 208                       |
| Navarrete, M. ....         | 53, 98, 206                        |
| Navarro C., R. ....        | 13, 24, 67, 68, 172, 200, 201, 207 |
| Navarro Genta, M. ....     | 39                                 |
| Navarro Sepulveda, G. .... | 94                                 |
| Nova Orostica, A. ....     | 144                                |
| Nova, A. ....              | 121                                |
| Olavarría, T. ....         | 102                                |
| Olivares, R. ....          | 44                                 |
| Olivares, V. ....          | 55, 120, 199                       |
| Oliver, E. ....            | 197                                |
| Olmedo Ramos, T. ....      | 60                                 |
| Olmedo, T. ....            | 46, 138, 145                       |
| Ondarza, C. ....           | 104, 204                           |
| Opazo Manríquez, V. ....   | 193                                |
| Oporto Uribe, S. ....      | 148                                |
| Orellana Salinas, N. ....  | 85, 150                            |
| Orellana, J. ....          | 210                                |
| Orellana, S. ....          | 36, 95, 99, 102                    |
| Orio Alvarez, M. ....      | 217                                |
| Oriz Roldan, F. ....       | 144                                |
| Ormeño, C. ....            | 74                                 |
| Orrego Álvarez, J. ....    | 123                                |
| Ortega, J. ....            | 51                                 |
| Ortiz, L. ....             | 22, 119, 200                       |
| Orvieto Sagredo, M. ....   | 96, 118                            |
| Orvieto, M. ....           | 75, 76, 80, 82, 122                |
| Osorio Martini, F. ....    | 115, 156                           |
| Ossandón, E. ....          | 136                                |
| Otalola, H. ....           | 75                                 |
| Otaola Arca, H. ....       | 115, 118, 156                      |
| Otaola, H. ....            | 92, 122                            |
| Otaola-arca, H. ....       | 41, 76, 80, 82, 96, 165            |
| Oyanedel Farías, F. ....   | 116, 157                           |
| Oyanedel Farías, F. ....   | 146, 153, 158, 165                 |
| Oyanedel Muñoz, P. ....    | 18, 137                            |
| Oyanedel, F. ....          | 53, 98, 105, 206                   |
| Padron, L. ....            | 197, 215                           |
| Pagés, R. ....             | 86                                 |
| Palacios Díez, J. ....     | 50                                 |
| Palma, C. ....             | 22, 88                             |
| Paluz, F. ....             | 104, 204                           |

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Panthier, F. ....          | 14                                    |
| Parada Aguirre, V. ....    | 73                                    |
| Parada Bahamondes, F. .... | 123, 141, 197                         |
| Parada, F. ....            | 42, 134                               |
| Parada, V. ....            | 71, 182                               |
| Paredes Poblete, A. ....   | 50                                    |
| Parra Montes, C. ....      | 50                                    |
| Parra, J. ....             | 86                                    |
| Parrao, D. ....            | 26, 33, 121, 140, 210                 |
| Pauchard, F. ....          | 14, 17, 28, 66, 70, 71                |
| Pérez Fentes, D. ....      | 107                                   |
| Peri, L. ....              | 86, 105                               |
| Pfeifer E., J. ....        | 58                                    |
| Pfeifer Esparza, J. ....   | 73                                    |
| Pfeifer, J. ....           | 44, 55, 120                           |
| Phillip, S. ....           | 31, 143                               |
| Pieressa Pizarro, N. ....  | 217                                   |
| Pieressa, N. ....          | 149                                   |
| Piñats Diaz, N. ....       | 72, 85, 150, 169                      |
| Piñats, N. ....            | 95                                    |
| Pinho, F. ....             | 90, 91                                |
| Pinho, M. ....             | 90                                    |
| Pino, C. ....              | 213                                   |
| Pino, M. ....              | 149, 216                              |
| Pinochet, R. ....          | 29, 30, 75, 76, 80, 82, 118, 122, 149 |
| Pinto Martinez, U. ....    | 93, 125, 209                          |
| Pinto, I. ....             | 220                                   |
| Pizzi, P. ....             | 174                                   |
| Poblete Gonzalez, R. ....  | 60                                    |
| Poblete Mora, M. ....      | 73                                    |
| Poblete, M. ....           | 70, 71, 120, 220                      |
| Poblete, R. ....           | 78, 114                               |
| Punte Menendez, T. ....    | 156                                   |
| Punte Menéndez, T. ....    | 115                                   |
| Quilodrán, F. ....         | 28, 104, 204                          |
| Quiñones Rivera, C. ....   | 85, 150                               |
| Quintana, E. ....          | 80, 84, 162                           |
| Ramirez Quintero, J. ....  | 185                                   |
| Ramírez Quintero, J. ....  | 73                                    |
| Ramírez Rocha, G. ....     | 123, 141, 198                         |
| Ramírez, G. ....           | 42, 134                               |
| Ramírez, J. ....           | 80, 84, 162, 182, 187                 |
| Ramirez, R. ....           | 143                                   |
| Ramos, C. ....             | 131                                   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Recabal, P.....             | 117, 139  |
| Reyes Cabalá, D.....        | 220   |
| Reyes Sánchez, A.....       | 37, 152, 220  |
| Reyes Sanchez, E.....       | 169   |
| Reyes, A.....               | 35, 45  |
| Reyes, D.....               | 111   |
| Ribal Caparro, M.....       | 157   |
| Ribal Caparros, M.....      | 116   |
| Roa, R.....                 | 23  |
| Robson Jofré, J.....        | 97, 148   |
| Robson, J.....              | 100   |
| Rocheft, A.....             | 195   |
| Rodriguez Christian, D..... | 115   |
| Rodríguez Christian, D..... | 156   |
| Rodriguez Troncoso, J.....  | 217   |
| Rodríguez, C.....           | 216   |
| Rodriguez, M.....           | 175   |
| Rojas Becerra, J.....       | 148   |
| Rojas C., E.....            | 54  |
| Rojas Castiglione, I.....   | 156, 176  |
| Rojas Castiglioni, I.....   | 115   |
| Rojas Ossa, V.....          | 170   |
| Rojas Pincheira, A.....     | 60  |
| Rojas Salas, A.....         | 209   |
| Rojas Varas, J.....         | 209   |
| Rojas, A.....               | 16, 23, 27, 34, 56, 61, 89, 103, 143, 154, 155, 160, 188, 189, 194, 214 |
| Rojas, I.....               | 61, 165   |
| Rojas, J.....               | 99, 102, 128, 177, 218  |
| Rojas, M.....               | 17, 213   |
| Rojas, V.....               | 36, 74, 99, 102, 128, 191, 212  |
| Roman Sobarzo, J.....       | 77, 150   |
| Román, C.....               | 35, 44  |
| Román, J.....               | 31, 100, 130, 132, 143, 203   |
| Romero Peña, Y.....         | 193   |
| Rourke, K.....              | 19, 47  |
| Rozental De Mayo, M.....    | 85  |
| Rubio, G.....               | 191   |
| Ruiz Espinosa, T.....       | 115, 156  |
| Ruiz, A.....                | 28  |
| Ruiz, I.....                | 28  |
| Ruiz, R.....                | 86  |
| Ruiz, T.....                | 51  |
| Ruiz-tagle, D.....          | 185   |
| Ruz, K.....                 | 26  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Saavedra Zamora, Á. ....  | 176                                      |
| Saavedra, A. ....         | 61, 149, 188, 189                        |
| Saavedra, Á. ....         | 23, 89                                   |
| Saavedra, C. ....         | 26, 33, 121, 140                         |
| Saens Navarrete, P. ....  | 94                                       |
| Saenz, S. ....            | 36, 74, 128, 191, 212                    |
| Sáenz, S. ....            | 99, 102, 161, 170                        |
| Saez, G. ....             | 80, 84                                   |
| Sáez, G. ....             | 162, 187                                 |
| Saez, I. ....             | 133, 135                                 |
| Sáez, I. ....             | 78, 79, 83, 124, 171, 186                |
| Saez, N. ....             | 21                                       |
| Said, D. ....             | 79                                       |
| Saldivia Zaror, D. ....   | 37, 97, 152                              |
| Salgado, L. ....          | 34, 154, 155, 160, 214                   |
| Salvadó Besnier, J. ....  | 168                                      |
| Salvado, J. ....          | 62, 66, 109                              |
| Salvadó, J. ....          | 44, 64, 70, 71, 182                      |
| Salvador, N. ....         | 216, 217                                 |
| San Martín Mohor, D. .... | 153, 165                                 |
| Sánchez, A. ....          | 15                                       |
| Sánchez, C. ....          | 15, 131                                  |
| Sánchez, R. ....          | 216                                      |
| Sandoval Ramirez, J. .... | 18                                       |
| Sandoval Ramírez, J. .... | 137                                      |
| Sandoval, C. ....         | 117, 139                                 |
| Sanhouse, R. ....         | 121                                      |
| Sanhueza, J. ....         | 145                                      |
| Sanhueza, L. ....         | 51                                       |
| Santana, D. ....          | 90, 91                                   |
| Santander, D. ....        | 21, 88                                   |
| Santis, J. ....           | 27                                       |
| Schalper, M. ....         | 36, 74, 99, 102, 128, 161, 170, 191, 212 |
| Schaub, A. ....           | 31, 46, 63, 106, 138, 143, 180, 181, 184 |
| Schaub-cantin, A. ....    | 65                                       |
| Schultz, M. ....          | 29, 149                                  |
| Segebre, J. ....          | 145                                      |
| Segura Díaz, F. ....      | 40, 43                                   |
| Segura, F. ....           | 53, 206                                  |
| Sepúlveda Díaz, F. ....   | 50                                       |
| Sepúlveda Lenck, X. ....  | 220                                      |
| Sepúlveda Moraga, S. .... | 197                                      |
| Sepúlveda, F. ....        | 55                                       |
| Sepulveda, V. ....        | 197                                      |

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| Sepúlveda, X.....            | 111                            |
| Sferrazza Miliotto, G. ....  | 197                            |
| Silva Bittner, D.....        | 115                            |
| Silva Cornejo, M. ....       | 144                            |
| Silva, C. ....               | 186                            |
| Silva, F. ....               | 159                            |
| Silvão, R. ....              | 90, 91, 159                    |
| Soler Soler, S. ....         | 209                            |
| Soler, S. ....               | 177                            |
| Soto Cornejo, G. ....        | 141                            |
| Soto, F. ....                | 121, 210                       |
| Soto, G.....                 | 218                            |
| Soto, R.....                 | 205                            |
| Sotomayor Carrillo, M. ....  | 39                             |
| Sotomayor, M. ....           | 179                            |
| Soublett Rivas, O. ....      | 85                             |
| Souper Moreno, R.....        | 96                             |
| Souper, R.....               | 75, 82, 122, 189               |
| Sousa, L. ....               | 90, 91, 159                    |
| Sovino Brown, F. ....        | 93, 209                        |
| Stein, C. ....               | 41, 82, 165                    |
| Steuer Flández, A. ....      | 153, 165                       |
| Steuer, A.....               | 158                            |
| Stoppel, S. ....             | 183                            |
| Storme, O.....               | 32, 114                        |
| Subiabre, M.....             | 98                             |
| Sureda, J.....               | 86, 116                        |
| Tagle, R.....                | 121                            |
| Tapia, A. ....               | 183                            |
| Testa Sklofsky, I.....       | 18                             |
| Testa Sklovsky, I. ....      | 137                            |
| Thorkelsen, G. ....          | 54                             |
| Tirreau, D. ....             | 161, 191, 212                  |
| Toffanari Araya, J.....      | 193                            |
| Toledo Jaureguiberry, H..... | 146, 153, 158, 165             |
| Toledo, H.....               | 53, 98, 206                    |
| Toloza, H. ....              | 36, 74, 99, 102, 128, 161, 170 |
| Torrado, K.....              | 80, 84, 162                    |
| Torremadé, J. ....           | 86                             |
| Torres, M.....               | 197, 215                       |
| Torres, T. ....              | 191, 212                       |
| Traxer, O.....               | 14                             |
| Troncoso Schifferli, L. .... | 146, 153, 158, 165             |
| Troncoso, L.....             | 53, 98, 206                    |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Troncoso, P. ....             | 200, 214                                  |
| Trucco, C. ....               | 34, 214                                   |
| Umaña Rodriguez, J. ....      | 217                                       |
| Umaña, J. ....                | 149                                       |
| Umanzor, P. ....              | 188                                       |
| Urnia, N. ....                | 35  |
| Urrea, F. ....                | 62, 64, 109                               |
| Urrutia Varela, S. ....       | 217                                       |
| Urrutia, C. ....              | 46, 130, 132, 139                         |
| Urrutia, S. ....              | 149, 216                                  |
| Valenzuela Arancibia, C. .... | 181                                       |
| Valenzuela Grau, F. ....      | 116, 157                                  |
| Valenzuela Grau, R. ....      | 209                                       |
| Valenzuela V., R. ....        | 54  |
| Valenzuela Viale, R. ....     | 217                                       |
| Valenzuela, C. ....           | 63, 65, 106, 180, 184                     |
| Valenzuela, R. ....           | 105, 177                                  |
| Valeria T., C. ....           | 54  |
| Valero Fuentealba, G. ....    | 144                                       |
| Valero, G. ....               | 121                                       |
| Vargas Rojas, V. ....         | 156                                       |
| Vargas, B. ....               | 172                                       |
| Vecka, K. ....                | 191, 212                                  |
| Vega Avalos, A. ....          | 77  |
| Vega Sepúlveda, F. ....       | 217                                       |
| Vega, A. ....                 | 31, 100, 130, 132, 143, 203               |
| Vega, F. ....                 | 149                                       |
| Vejar, N. ....                | 14  |
| Velarde Ramos, L. ....        | 60, 193                                   |
| Velarde, L. ....              | 20, 190, 192                              |
| Velasco, A. ....              | 44, 199, 220                              |
| Velásquez Larraín, L. ....    | 37, 97                                    |
| Velásquez, L. ....            | 35, 45                                    |
| Venegas, J. ....              | 104, 204                                  |
| Ventimiglia, E. ....          | 14  |
| Vera Arroyo, N. ....          | 144                                       |
| Vera Veliz, A. ....           | 93, 125, 209                              |
| Vera, A. ....                 | 177                                       |
| Vera, G. ....                 | 201                                       |
| Vera, M. ....                 | 117                                       |
| Veragua Orrego, R. ....       | 94  |
| Verdugo, C. ....              | 24, 34, 154, 155, 160, 172, 188, 207, 214 |
| Vicherat Mattar, C. ....      | 60  |
| Vicherat, C. ....             | 175, 218                                  |



|                              |   |
|------------------------------|---|
| Vidal, A. ....               | 139   |
| Vidal, Á. ....               | 117   |
| Vilaseca Cabo, A. ....       | 116, 157  |
| Vilaseca, A. ....            | 105   |
| Vilches Paez, R. ....        | 77, 150   |
| Vilches, R. ....             | 31, 46, 100, 143, 203                                     |
| Villafranca, P. ....         | 52  |
| Villalba, E. ....            | 86  |
| Villanueva Figueroa, M. .... | 148   |
| Villanueva, M. ....          | 32, 175   |
| Villena H., J. ....          | 58  |
| Villena, J. ....             | 62, 64, 174, 199  |
| Vinay, J. ....               | 21  |
| Vivaldi, B. ....             | 78, 79, 83, 124, 133, 135, 186                            |
| Vizueta, E. ....             | 181   |
| Vizuetete, E. ....           | 63, 65, 180, 184  |
| Walbaum, J. ....             | 23, 27, 34, 56, 61, 89, 103, 154, 155, 160, 188, 194, 214 |
| Walton-díaz, A. ....         | 77  |
| Walton-díaz, A. ....         | 31, 100, 130, 132, 143, 203                               |
| Westendarp, M. ....          | 53, 206   |
| Westenenk, K. ....           | 29, 30, 82  |
| Yaime, H. ....               | 215   |
| Yévenes, S. ....             | 79  |
| Zambrano, N. ....            | 29, 30, 41, 92, 165                                       |
| Zaninovic, I. ....           | 83  |
| Ziomkowski, A. ....          | 90, 91, 159   |
| Zollinger, L. ....           | 90, 159   |
| Zúñiga, Á. ....              | 220   |