

# BOLETÍN

Sociedad Chilena de Urología

Nº4 | DICIEMBRE 2025



SCHU | 1925-2025



## HITO

Primera telecirugía de Chile

## CONGRESO CENTENARIO SCHU

Puesta al día de invitados internacionales

## RECONOCIMIENTO

Dr. Octavio Castillo nombrado Maestro Chileno de Urología



SCHU | 1925-2025

# BOLETÍN

Sociedad Chilena de Urología  
N°4 | DICIEMBRE 2025

## Directorio

### Presidente

Dr. Marcelo Kerkebe

### Vicepresidente

Dr. Enrique Elías

### Secretario

Dr. Raúl Valdevenito S.

### Tesorero

Dr. Mario Fernández

### Directores

Dr. Luis Ebel

Dr. Ignacio Morales

Dr. Rodrigo Pinochet

Dr. José Francisco López

Dr. Felipe Águila

### Past President

Dr. Fernando Marchant

### Presidentes Filiales

#### Presidente Filial Uro-Oncología

Dr. Rodrigo Canales

#### Presidente Filial de Endourología

Dr. Esteban Acuña

#### Presidente Filial Urología pediátrica

Dr. Jose Antonio Sepúlveda

#### Presidente FUFFER

Dr. Álvaro Saavedra

#### Presidente Filial Andrología

Dr. Enrique Bley

#### Editor Boletín SCHU

Dr. Ignacio Morales

#### Redacción y diseño:

B12 Comunicaciones

www.b12.cl



## Estimadas y estimados colegas,

Finalizamos un año especialmente significativo, marcado por las celebraciones de los 100 años de nuestra sociedad, cuyo broche de oro fue el **Congreso Centenario SCHU**. Este encuentro reunió a más de 600 asistentes, cifra récord para nuestros congresos, y contó de manera inédita con la participación de **25 invitados internacionales** del más alto nivel académico y científico.

En esta edición reproducimos una serie de entrevistas realizadas por representantes de nuestras filiales. Así, el **Dr. Francisco Osorio**, de la **Filial de Andrología**, conversó con el **Dr. Herman Tournaye**, pionero en el uso de espermatozoides testiculares para ICSI, quien compartió su experiencia y valiosos consejos para las nuevas generaciones.

Por su parte, el **Dr. Francisco López**, en nombre de la **Filial de Uro-Oncología**, entrevistó al **Dr. Ashish Kamat**, presidente del International Bladder Cancer Group (IBCG), y a la **Dra. Sima Porten**, uróloga oncológica de la UCSF, abordando los avances más relevantes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de vejiga, así como la importancia de la colaboración internacional en investigación.

En representación de la **Filial de Urología Funcional, Femenina y Reconstructiva**, el **Dr. Carlos Finsterbusch** conversó con el **Dr. Sanjay Kulkarni**, jefe de Urología del UroKul Hospital de India y referente mundial en urología reconstructiva, quien profundizó en técnicas quirúrgicas y en los desafíos asociados a los derechos de los pacientes en una especialidad donde los resultados pueden ser diferentes a los esperados.

El **Dr. José Antonio Sepúlveda**, presidente de la **Filial de Pediatría**, entrevistó al **Dr. Juan Manuel Moldes**, urólogo pediatra de University Hospital Rainbow Babies & Children's (EE.UU.), quien revisó su trayectoria y se refirió a la "Cirugía con compasión", concepto creado por él y que busca humanizar el acto quirúrgico.

En representación de la **Filial de Endourología**, entrevisté al **Dr. Pablo Contreras**, jefe del Servicio de Urología del Hospital Alemán de Buenos Aires, quien analizó las tendencias en el manejo de la cirugía intrarrenal. Asimismo, durante el Congreso se concretó un hito para la medicina nacional y regional: la **primera telecirugía** realizada en Chile, liderada por el Dr. Marcelo Kerkebe, hecho que es analizado en una mesa redonda conducida por el **Dr. Felipe Águila**.

Finalmente, incluimos el emotivo discurso del **Dr. Octavio Castillo** al recibir la distinción como **Maestro Chileno de la Urología**, así como también las palabras inaugurales del **Dr. Marcelo Kerkebe** en el contexto de nuestro congreso y el listado de los **trabajos premiados** en nuestro encuentro realizado en octubre.

Los invitamos a disfrutar esta última edición del año.

## Un abrazo,



*Dr. Ignacio Morales*  
*Director de SCHU*

# ÍNDICE



Primera telecirugía de Chile



Reconocimiento  
Dr. Octavio Castillo



Congreso Centenario  
SCHU

## RECONOCIMIENTO

Dr. Octavio Castillo, Maestro Chileno de Urología **04**

## CONGRESO CENTENARIO SCHU

Uro-Oncología: Entrevista Dr. Ashish Kamat y Dra. Sima Porten **05**

Urología Funcional, Femenina y Reconstructiva:  
Entrevista Dr. Sanjay Kulkarni **08**

Endourología: Entrevista Dr. Pablo Contreras **11**

Andrología: Entrevista Dr. Herman Tournaye **13**

Urología Pediátrica: Entrevista Dr. Juan Manuel Moldes **17**

Primera telecirugía en Chile **19**

Discurso inaugural Dr. Marcelo Kerkebe, Pdte. SCHU **21**

Sociales Congreso Centenario SCHU **23**

Trabajos premiados Congreso Centenario SCHU **25**

## Dr. Octavio Castillo: MAESTRO CHILENO DE UROLOGÍA

*La ceremonia en que se otorgó la distinción “Maestro Chileno de Urología” -galardón más importante de la urología nacional- al Dr. Octavio Castillo, se convirtió en uno de los momentos más emotivos del Congreso Centenario SCHU. Al recibir su reconocimiento, el homenajeadó pronunció un discurso que conmovió profundamente a toda la audiencia. A continuación, presentamos un extracto de sus palabras.*

“¿Te has preguntado alguna vez porque si soy buena persona la vida me trata mal? ¿Quién no se lo ha preguntado alguna vez? Yo me lo he preguntado muchas veces.

*Hay un dicho que dice:*

*La vida da sus batallas más duras a sus mejores guerreros.*

*La vida siempre golpea, seas buena o mala persona, no tiene nada que ver, así que anda acostumbándote. Lo hace para que te levantes y para motivarte. La vida en este sentido es injusta, pero hay una buena noticia. Es que, en el dolor, en los golpes, hay un gran aprendizaje y cuando superas esas batallas, esos golpes pasan a ser parte de ti y cuando una situación intenta volver a golpearte del mismo modo, lo esquivas y ya no lo aceptas. Esa es la buena noticia, así que alégrate cada vez que la vida pone una situación difícil delante de ti es porque saldrás de ahí más fuerte.*

*Hoy no vine a hablar de mí, vine a hablar de Vonchy. ¿Uds. saben lo que es mirar la muerte a los ojos, y no parpadear? Yo la miré dos veces y las dos*

*veces mi esposa estaba a mi lado. Primero su cáncer, quimioterapia, pelo que caía, náuseas que no terminaban. Yo llegaba de la clínica y ella me sonreía desde la cama como si yo fuera el enfermo. Nunca pidió que la salvara, solo pidió que no le soltara la mano, y no la solté porque ella me enseñó que amar es apretar más fuerte cuando todo se deshace.*

*Después nuestro hijo Francisco. El día que se fue el mundo se apagó, yo no hablaba, no comía, no vivía. Ella tampoco. Pero una noche me tomó la cara con las dos manos y me dijo: “Duele. Pero duele juntos”. Desde entonces cada mañana es un pacto. NO de palabras. De miradas que dicen Aquí sigo, contigo. Vonchy, tu no venciste el cáncer, tu venciste el miedo. Tu no trajiste de vuelta a Francisco, tu trajiste de vuelta a su padre. Este premio es de metal, tú eres de acero. Te amo, pero no como en las películas. Te amo como se ama en el infierno con las manos quemadas y sin soltar.*

*Gracias a todos, pero sobre todo, gracias a ti mi amor.*



Filial de uro-oncología

## AVANCES EN CÁNCER DE VEJIGA Y RETOS EN LA FORMACIÓN EN URO-ONCOLOGÍA

*Durante el Congreso Centenario de la SCHU, contamos con la participación de dos destacados expositores en uro-oncología: el Dr. Ashish Kamat, urólogo oncológico de MD Anderson y presidente del International Bladder Cancer Group (IBCG), y la Dra. Sima Porten, uróloga oncológica de UCSF. Con ellos conversamos sobre los avances más relevantes en diagnóstico y tratamiento del cáncer de vejiga, así como la importancia de la colaboración internacional para impulsar la investigación en este campo.*



Por Dr. José Francisco López, uro-oncólogo UC Christus y miembro Directorio SCHU.

### Dr. Kamat ¿Cuáles cree que son los avances más importantes en el cáncer de vejiga en los últimos 10 años?

Creo que es un gran momento para quienes estamos involucrados en el cáncer de vejiga, y es un gran momento para nuestros pacientes. Primero, el reconocimiento de que la terapia personalizada es muy importante y realmente ha madurado. Ahora tenemos las herramientas que nos permiten asignar mejor los tratamientos a los pacientes. Todavía podemos mejorar, pero la subclasificación molecular, el uso adecuado de la inteligencia artificial en patología y la orientación correcta de los fármacos realmente han madurado. En segundo lugar, las drogas. Tenemos muchos conjugados anticuerpo-fármaco nuevos, agentes de

inmunoterapia sistémicos y terapias intravesicales; por lo que ahora tenemos una explosión de ensayos clínicos y medicamentos que han sido aprobados. Y no olvidemos la tecnología. En el campo de la urología y la cirugía, la tecnología ha mejorado en lo que respecta al diagnóstico, desde las tecnologías de mejoramiento de imágenes cistos-cópicas hasta los avances en tecnología mínimamente invasiva con los robot de última generación.

### Profesor Porten, ¿qué opina sobre la cirugía robótica para la cistectomía radical?

Creo que es una herramienta importante y poderosa. Si se observan los ensayos controlados aleatorios y también la forma en que realizamos nuestra formación, nuestros residentes hoy en día son más hábiles y se sienten más cómodos con un robot, al menos en los EE. UU., y veo que esto también ocurre en todo el mundo, que con la cirugía abierta. Pero la cirugía abierta sigue siendo una herramienta muy importante.

“ La cistectomía robótica es una herramienta realmente importante, pero la cirugía abierta también sigue siendo fundamental. No creo que una sea mejor que la otra ”

**Dra. Sima Porten,**  
uróloga oncológica de UCSF



Dra. Sima Porten y Dr. Ashish Kamat

Por lo tanto, creo que la cistectomía robótica es una herramienta realmente importante, pero no creo que una sea mejor que la otra. Depende de qué sea mejor en tus manos y qué sea mejor para tu paciente. Puedes usar algunos criterios de selección y también tu propia experiencia para asegurarte de que vas a ofrecer la mejor cirugía y el mejor cuidado a ese paciente específico.

Y creo que eso es lo realmente positivo de estos nuevos estudios y de los datos aleatorizados, que muestran que ambas son opciones muy poderosas para tratar a nuestros pacientes.

**Dra. Porten usted mencionó la formación. ¿Cómo podríamos colaborar en la formación de nuestros residentes y fellows en uro-oncología? Principalmente, en cáncer de vejiga.**

Aquí es donde podemos aprovechar algunos de

nuestros grupos y colaboraciones internacionales, y hablaré principalmente sobre la formación clínica. Hice mi fellowship con el Dr. Kamat en MD Anderson, y estoy agradecido por la diversidad de formación que obtuve, desde la exposición a nuevas tecnologías hasta aprender a pensar críticamente sobre un paciente, así como cómo mantenerse al día con la nueva investigación y poder brindar el mejor cuidado posible dentro del entorno en el que te encuentras.

Ahora soy director de nuestra beca, y también dirigimos una beca en Uganda, que es un entorno de práctica completamente diferente, viendo cómo entrenamos a los urólogos allí en oncología urológica, con distintos tipos de desafíos. Creo que en el mundo actual, con la explosión de, honestamente, conferencias por Zoom, la capacidad de acceder a charlas y datos en tiempo real, ¿verdad?. Pudimos seguir lo que estaba sucediendo en ESMO, aunque estuviéramos aquí en Chile, y tener datos actualizados gracias a colaboraciones con grupos como IBCG, y también, prácticamente con medios casi de noticias como UroToday, que pueden ayudar

a mantener a los residentes y becarios informados, incluso a los profesores jóvenes.

Además, existen intercambios y colaboraciones a través de nuestra sociedad con diferentes programas de fellowships y visitas. Tenemos oportunidades en la AUA para eso. Tenemos oportunidades en la Society of Urologic Oncology. Particularmente en nuestra subsección para mujeres en oncología urológica, ofreciendo oportunidades y becas de viaje para asistir a la SUO, presentar investigaciones y datos, pero también allí aprendes y haces conexiones sobre lo nuevo y lo destacado en cáncer de vejiga.

Y creo que reuniones como esta en otros países, con una diversidad de ponentes, son muy valiosas. Aprendo muchísimo de mis colegas chilenos, colegas de Argentina, que estamos aquí, y creo que podemos seguir aprendiendo unos de otros.

## **Profesor Kamat: ¿Qué le diría a alguien que está interesado en comenzar un programa de investigación en cáncer de vejiga? ¿Qué deberían hacer en un país como Chile y cómo podrían colaborar con otros países, o tal vez con otros países de América Latina?**

Creo que lo más importante aquí, y tiene un paralelo con lo comentaba la Dra. Porten respecto a la formación, es que tiene que haber intención. Y si existe la intención de hacer colaboraciones en investigación, hay vías para que eso suceda.

Un ejemplo claro es el Profesor Mario Fernández. Se formó en MD Anderson al mismo tiempo que la Dra. Porten, y desde que volvió a Chile hemos mantenido el contacto y hemos realizado proyectos de investigación, tanto revisiones de estadísticas como estudios moleculares. Él es una parte integral del International Bladder Cancer Group, y realmente, si hay alguien aquí que de verdad quiera hacer investigación —porque he venido a Chile muchas veces y he conocido a muchas personas que dicen que les gustaría investigar— mi respuesta siempre es: acérquense a nosotros. No tengan miedo de comunicarse conmigo, con la Dra. Porten, o con cualquier persona que identifiquen en su campo y que crean que puede



**Si existe la intención de hacer colaboraciones en investigación, hay vías para que eso suceda”**

***Dr. Ashish Kamat,  
urólogo oncológico de MD Anderson y  
presidente del International Bladder  
Cancer Group (IBCG)***

guiarlos en el paradigma de investigación.

Porque nosotros estamos buscando, y como ella dijo, tanto clínica como en investigación, queremos aprender de ustedes, de su experiencia, de sus pacientes, de sus bases de datos. Por ejemplo, toda la historia del arsénico en Chile aporta muchísimo en lo que respecta a toxinas y exposición relacionadas con el cáncer de vejiga a nivel mundial.

La investigación es, por lo tanto, una vía de doble sentido, y mi mensaje para cualquiera que esté escuchando esto es: por favor, contáctense con alguno de nosotros y díganos que quieren hacer investigación, y encontraremos formas de ayudarlos a que eso suceda.

## **Profesora Porten, ¿Qué les diría a aquellos urólogos (as) jóvenes que están considerando seguir una carrera en uro-oncología?**

Creo que lo mejor de ser urólogo oncólogo es que tenemos un trabajo muy orientado a una misión. Creo que es una carrera muy gratificante. Puedes ser innovador. Puedes participar en investigación de muchas maneras diferentes. Puedes impactar la vida de los pacientes. Tienes la oportunidad y la capacidad de enseñar. Es un campo que está en constante cambio y crecimiento, y creo que realmente es excelente para cualquiera que disfrute de la creatividad y la innovación.

Y a mí me ha encantado. Ha sido fantástico, y creo que puedes hacerlo y aun así tener otras cosas importantes en tu vida. Familia, tengo dos hijos, de 15 y 13 años. Aun así puedes realizar otras actividades que sean importantes para ti. Hay tiempo, y hay tiempo para hacer cosas importantes, y esta es una de ellas.

Dr. Sanjay Kulkarni, Jefe de Urología de UroKul Hospital de India:

## “El primer principio de la cirugía ES NO HACER DAÑO”

*El Dr. Sanjay Kulkarni, Jefe de Urología de UroKul Hospital de India, es una autoridad mundial en urología reconstructiva. Fue presidente de la Sociedad Urológica de la India y de la Sociedad Internacional de Urología. Además, es miembro honorario del Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra. En esta entrevista habló sobre las claves a la hora de crear técnicas quirúrgicas y de cómo enfrenta los derechos de los pacientes en una especialidad donde los resultados pueden ser diferentes a los esperados o el plan quirúrgico original se debe cambiar en plena cirugía.*



**Nuestros pacientes esperan resultados que a menudo no coinciden con las expectativas quirúrgicas, especialmente en el área reconstructiva. ¿Cómo aborda usted las consultas pre-operatorias con los pacientes?**

**E**n nuestra unidad de urología en India, explicamos al paciente el consentimiento y realizamos un consentimiento en video para cada paciente; conversamos y queda grabado. También le explicamos todas las complicaciones y le decimos que la tasa de éxito de la uretroplastia está alrededor del 85 al 90%, y que un 5% de los pacientes puede necesitar una DVIU y otro 5% puede necesitar una segunda cirugía. Todo esto se explica y se graba en el idioma del propio paciente,

porque en India tenemos múltiples lenguas, y solo entonces firma el formulario de consentimiento. Así que, si veo unos 10 pacientes, puede que uno no esté satisfecho con el resultado; pero si se lo hemos explicado previamente, entonces no nos va a causar muchos problemas.

**¿Puede ofrecer algún consejo para los cirujanos o los médicos en formación en este campo sobre cómo planificar y ser flexibles para modificar el plan quirúrgico original?. Por ejemplo, ¿Qué hace usted cuando encuentra que toda la uretra está cicatrizada, que no hay uretra sana, pero de todas formas necesita realizar la cirugía?**

Cada vez que realizamos una cirugía, muchas veces tenemos que cambiar el plan en la mesa y se lo explicamos al paciente de antemano: el cirujano decidirá en el quirófano qué tipo de cirugía será necesaria. Supongamos que queremos planificar cierto tipo de cirugía; ocasionalmente podemos necesitar hacer una cirugía robótica, y si estoy realizando una uretroplastia con mucosa bucal para este caso, en ocasiones puedo tener que hacer una uretero-calicostomía y, muy rara vez, si la función renal es deficiente, quizá una nefrectomía. Eso debe explicarse previamente, pero le decimos al paciente que es decisión del cirujano de cómo manejar la situación en ese instante.



Por Dr. Carlos Finsterbusch, Filial Fuffer SCHU

**¿Es una forma de pensar sobre qué hacer o es solo entrenamiento? Se necesitan muchos casos, pero también se necesita conocer más técnicas de las que probablemente uno ha realizado en su vida.**

Creo que debemos discutir todas las posibles complicaciones y cómo enfrentarlas en el quirófano. Todas las alternativas se explican al paciente de antemano, pero uno debe tener experiencia para manejar cualquier problema que surja durante la cirugía.

**En este momento estamos viviendo una revolución en las estructuras uretrales con los balones recubiertos de cobertura de Paclitaxel. A veces una cirugía que antes estaba reservada para el experto ahora podría ser realizada por un urólogo general. Pero sabemos que el balón tiene muy pocas indicaciones; la evidencia es clara. Sin embargo, he visto muchos usos del balón distintos al uso aprobado. ¿Qué opina usted?**

La mayoría de los urólogos en el mundo son endo-urólogos, no urólogos reconstructivos y tratan al paciente inicialmente con una estenosis uretral. Muchos pacientes no quieren someterse a una uretroplastia de inmediato; prefieren evitar la cirugía si es posible. Y entonces, el balón recubierto con cobertura de Paclitaxel, es un ejemplo donde la literatura actual sugiere que la tasa de éxito sin necesidad de dilatación a cuatro o cinco años se sitúa alrededor del 70-75%.

Además de la estenosis uretral, se ha propuesto su uso para la próstata agrandada. También vemos pacientes con estenosis del cuello vesical tras prostatectomía radical. Por lo tanto, las indicaciones del balón recubierto con cobertura de Paclitaxel podrían aumentar. Quizá algún día se use para la estenosis uretral, no lo sé. Debemos seguir verificando lo que es posible. En última instancia, es el paciente quien decide lo que quiere,

pero debemos explicarle que puede haber fracasos y cómo manejarlos. Es posible que aún necesiten cirugía después de algunos años.

**A veces no existe una técnica perfecta, no se cuenta con evidencia sólida o no hay un cirujano completamente entrenado disponible. ¿Cómo enfrenta los derechos del paciente en estas condiciones?**

El primer principio de la cirugía es no hacer daño. Hacemos todo lo que consideramos mejor para el interés del paciente. ¿Cómo invento nuevas operaciones? Muy buena pregunta. Cuando tenemos un problema complejo, primero vamos a los libros y leemos sobre el tema. Luego revisamos revistas científicas, después vemos videos en YouTube, grupos de WhatsApp, etc. Y al final del día, te preguntas: 'Si yo fuera el paciente, ¿estaría dispuesto a someterme a esta cirugía?'

Le doy un ejemplo: siempre hago esta pregunta en reuniones de urología. ¿Cuántos urólogos se someterían a una RTU de próstata (TRP)? Pocos. ¿Y a una nefrolitotomía percutánea (PCNL)? Igualmente pocos. Como urólogo, yo no me sometería a una TRP o PCNL. Entonces, si yo no estoy dispuesto, busco alternativas. Debemos ofrecer las mismas alternativas al paciente. Esto es un avance, esto es innovación, porque es lo mejor para el paciente. Así es como se inventan nuevas operaciones: pensando en uno mismo como paciente, preguntándose si uno se sometería a la misma cirugía.

“ Esto es un avance, esto es innovación, porque es lo mejor para el paciente. Así es como se inventan nuevas operaciones: pensando en uno mismo como paciente, preguntándose si uno se sometería a la misma cirugía.”

**Dr. Sanjay Kulkarni,**  
**Jefe de Urología de UroKul Hospital de India.**

**¿Qué le gustaría decir a todos los urólogos interesados en cirugía reconstructiva?**

La uretroplastia o cirugía reconstructiva genitourinaria es una especialidad que está progresando muy rápido. El número de urólogos que realizan únicamente uretroplastia es muy pequeño en el mundo. Su trabajo será reconocido globalmente. Tienen la oportunidad de innovar, porque ahora surgen nuevas enfermedades y se desarrollarán nuevas técnicas.

La mayoría de los avances en urología provienen de avances en ingeniería: robots, balones recubiertos de Pachytextel, mini-PCNL, láseres, etc. Ahora vemos más estenosis ureterales tras el uso de láseres de alta potencia, por lo que debemos realizar más uretroplastias robóticas con mucosa bucal.

La mejor parte de la cirugía reconstructiva genitourinaria es que los pacientes suelen ser jóvenes y sanos, y la tasa de éxito es bastante buena. Si falla, tenemos alternativas para tratarlos. Generalmente, los pacientes no mueren a causa de la cirugía; son jóvenes y sanos. Esto permite al cirujano operar, regresar a casa y dormir tranquilo. Si haces muchas cirugías abdominales, puede haber filtraciones intestinales o urinarias, distensión y noches sin dormir para el cirujano, lo cual no ocurre en urología reconstructiva.



Dr. Pablo Contreras, jefe del Servicio de Urología del Hospital Alemán de Buenos Aires:

**“Podemos tratar litiasis aspirando a través de una vaina, pero esto puede cambiar cuando APAREZCAN NUEVAS HERRAMIENTAS”**



**Lo que se viene en el manejo de la cirugía intrarenal fue parte del análisis que realizó el Dr. Pablo Contreras -uno de los invitados internacionales del Congreso Centenario SCHU- en entrevista que realizó el Dr. Ignacio Morales, vicepresidente de la Filial de Endourología y Director SCHU.**

La cirugía intrarenal vive un momento de cambios acelerados. En pocos años, la incorporación de sistemas de succión en ureteroscopía flexible pasó de ser una novedad para convertirse en una herramienta que está modificando la práctica clínica en distintos centros de la región.

Mayor seguridad, mejor control de presión intrarenal y una creciente posibilidad de abordar cálculos más grandes por vía retrógrada han abierto un nuevo escenario para los endourólogos. Sin embargo, este avance no está exento de preguntas: ¿Cuáles son sus límites reales?, ¿hasta dónde puede llegar la succión con las herramientas actuales?, ¿qué tecnologías podrían transformar nuevamente este campo en el corto plazo?

En este contexto, el Dr. Pablo Contreras, jefe del

Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina y recién distinguido como Miembro Honorario de SCHU, conversó con el Dr. Ignacio Morales, Director de SCHU y vicepresidente de la Filial de Endourología, durante el Congreso Centenario SCHU.

**¿La succión está cambiando los paradigmas del manejo de la litiasis?**

La succión llegó para quedarse y ha empezado a cambiar algunos paradigmas. Da más seguridad, mejora la tasa de libre litiasis y permite tratar cálculos por vía retrógrada cada vez de mayor volumen. ¿Dónde están los límites? Sinceramente, no lo sabemos todavía. Estamos aprendiendo y acumulando evidencia.

## ¿La succión podría desplazar a la cirugía percutánea?

La tendencia es hacer competir las técnicas, pero no corresponde. Nada desplaza completamente a lo anterior. La litotricia lleva 40 años y sigue vigente. Las nuevas tecnologías vienen a sumar, no a eliminar. En centros privados, donde hay más herramientas, probablemente la mayoría de las litiasis grandes terminarán resolviéndose por vía retrógrada con dispositivos de succión.

## ¿Prefieres aspirar por la vaina o a través del ureteroscopio?

Estamos en la mitad del camino. Usamos lo que tenemos hoy, pero en un año tendremos más opciones. Lo que sí sabemos es que aspirar baja la presión, mejora el flujo y reduce los fragmentos. Si es por vaina o ureteroscopio, habrá que esperar. Hoy es más cómodo aspirar con vaina, pero eso puede cambiar. O sea, podemos tratar litiasis de una manera más efectiva aspirando a través de una vaina, pero esto puede cambiar cuando aparezcan nuevas herramientas.

## ¿Recomendarías alguna vaina en particular?

No. Todas tienen fortalezas y debilidades. Algunas toleran mejor el colapso, otras miden presión, otras suben mejor por el uréter. Hay que probar varias y elegir con cuál uno se siente más cómodo. Pero estamos en un momento de transición: lo que hoy nos gusta probablemente será superado pronto.



Por Dr. Ignacio Morales, vicepresidente de la Filial de Endourología y Director SCHU.

“ La succión llegó para quedarse y ha empezado a cambiar algunos paradigmas. Da más seguridad, mejora la tasa de libre litiasis y permite tratar cálculos por vía retrógrada cada vez de mayor volumen”

*Dr. Pablo Contreras,  
Hospital Alemán de Buenos Aires,  
Argentina.*

## ¿La succión resuelve el problema del cáliz inferior?

No. Ninguna tecnología ha resuelto completamente el cáliz inferior. El ángulo sigue siendo un desafío para llegar y para extraer fragmentos. Hay nuevas ideas, como hidrogel que capturan fragmentos y luego son aspirados, pero pensar que una herramienta solucionará todas las litiasis es irreal. En Latinoamérica los centros públicos enfrentan litiasis muy grandes y listas de espera largas. Muchas tecnologías avanzan más rápido en el ámbito privado. Por eso, las estrategias tradicionales siguen siendo muy vigentes en los sistemas con menor acceso tecnológico.

## ¿Cuáles son los puntos clave para quienes están comenzando en endourología?

Como todo procedimiento nuevo, la succión tiene trucos que hay que aprender. Por lo tanto, mi mensaje es: seguir las recomendaciones del fabricante, ver videos instructivos, entrenar en centros de alto volumen, mantener presión negativa adecuada (alrededor de 200 milímetros de mercurio), garantizar buena irrigación para que el flujo extraiga los fragmentos y usar la energía láser con criterio, considerando la temperatura. Mientras no tengamos sistemas automatizados que regulen flujo, presión y energía —o inteligencia artificial que nos permita ‘acelerar sin pensar’— debemos ser muy meticulosos en cada variable.

Dr. Herman Tournaye, Director Científico de Brussels IVF y Profesor de la Vrije Universiteit Brussel (VUB):

## “Todavía existen muchas incógnitas EN LA INFERTILIDAD MASCULINA”



*Pionero en rescatar espermatozoides en los testículos de pacientes con Klinefelter y uno de los primeros en el mundo en rescatar espermatozoides testiculares y utilizarlos para FIV/ICSI, el Dr. Tournaye, Director Científico de Brussels IVF y Profesor de la Vrije Universiteit Brussel (VUB), es un referente mundial en andrología. Durante su visita a Chile, repasó los principales hitos de su carrera y compartió valiosos consejos para las nuevas generaciones de andrólogos y andrólogas.*

### **Profesor Tournaye, ¿podría contarnos sobre su trayectoria profesional y cómo se interesó en el campo de la Andrología y la Biología Reproductiva?**

**D**éjeme contarle un secreto. Yo soy gineco-obstetra, no urólogo de formación, pero cuando era estudiante de medicina siempre hacía rotaciones en el departamento con Robert Schoysman. Él también era ginecólogo, pero microcirujano, y tenía un gran interés en

la infertilidad masculina. Cuando me incorporé al centro en Bruselas, mi nuevo jefe me dijo: “Tú trabajaste con Dr. Schoysman, así que deberías tener interés en la Andrología Reproductiva. Desde ahora te enfocarás en el área masculina dentro de nuestro centro.” Y así fue como empezó todo.

### **¿Quién cree usted que ha influido más en su desarrollo profesional?**

Rob Schoysman, porque fue quien me introdujo en la andrología, y gracias a eso mi carrera se convirtió en Andrología Reproductiva.



Por Dr. Francisco Osorio Martini, Urólogo -  
Andrólogo Clínica Alemana de Santiago y Socio  
Titular SCHU. Fellow de Andrología Brussels IVF/  
VUB.

## Mirando hacia atrás, ¿cuáles considera que han sido los hitos o avances más importantes en su carrera?

Personalmente, creo que la introducción de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) en nuestro centro fue el gran avance, aunque yo no estaba directamente involucrado en el laboratorio donde Gianpiero Palermo desarrollaba la técnica. Yo estaba intentando usar pentoxifilina para mejorar la fertilización en FIV tradicional, pero yo era el clínico que atendía a los hombres, así que rápidamente terminé involucrado en la aplicación clínica de la ICSI.

## Y usted también fue uno de los primeros en utilizar espermatozoides testiculares para realizar ICSI.

En los primeros años hubo una publicación en el Reino Unido sobre el uso de espermatozoides testiculares en hombres con azoospermia obstructiva, post vasectomía. Y yo comencé a hacer lo mismo. Pero a veces uno encuentra un paciente con diagnóstico equivocado y en realidad no es obstructivo. Aun así, encontraba espermatozoides, y desde ese momento empecé a hacerlo de manera intencionada.

Así que, cada hombre que veía con azoospermia y testículos pequeños, le decía: “Intentemos,

intentemos”. Y finalmente, la publicación de 1995 —aunque con una serie pequeña— sigue siendo un referente.

Hubo un paciente que vino desde Nueva York y cuando estuvo en Bruselas, justo frente a mí en la consulta, me di cuenta de que tenía síndrome de Klinefelter. Le dije: “Klinefelter... según todos los textos que aprendimos en la escuela de medicina, lo siento, pero no podemos ayudarte”. Y recuerdo que me respondió: “Doctor, no vine desde Nueva York hasta aquí para que me diga eso. Por favor inténtelo.” Y encontré espermatozoides. Su FSH estaba por encima de 100, tenía testículos del tamaño de un maní, y aun así encontré espermatozoides. Nunca lograron un embarazo, pero los espermatozoides eran viables. Y desde ese momento empezamos a intentarlo en todos los casos de Klinefelter, y en algunos funcionó.

## Usted también ha sido fundamental en el avance de las técnicas de reproducción asistida para la infertilidad masculina. ¿Cuál de estas innovaciones es la que más orgullo le genera?

Probablemente la criopreservación testicular prepuberal. En cierto momento recibí luz verde del comité ético para comenzar a almacenar tejido testicular de niños, especialmente en aquellos casos en los que la quimioterapia iba a ser esterilizante. Era realmente un escenario blanco o negro.

Y ahora, en diciembre de 2024, realizamos el primer injerto de ese tejido en uno de los pacientes que había almacenado su tejido cuando era niño —creo que de ocho años—.

Se preservó el tejido testicular, y ahora estamos esperando los resultados.

## Durante muchos años usted ha sido el jefe de uno de los centros de medicina reproductiva más grandes del mundo. ¿Cómo integra su centro la atención clínica con la investigación de laboratorio y la docencia en la práctica diaria?

Básicamente somos parte de una universidad, lo que

significa que hay una Facultad de Medicina justo al lado. Y en cuanto a investigación, trabajamos muy estrechamente con todo el grupo científico. Tienen una unidad de espermatogénesis, una unidad de ovario, distintos departamentos. Y siempre trabajamos en binomio: un jefe clínico en contacto directo con el jefe del laboratorio. Por ejemplo, en mi caso —androgía reproductiva, criopreservación prepuberal, el trabajo en Klinefelter— eran también áreas principales de investigación en la universidad.

## En los últimos 20 o 25 años, muchos residentes chilenos han pasado por su centro. ¿Qué opina sobre el nivel de la medicina reproductiva en Chile?

Siempre estuvimos muy felices de recibir colegas chilenos, porque todos estos médicos chilenos están muy bien formados, son de alto nivel, alta calidad. Siempre son bienvenidos en Bruselas. El nivel de lo que se puede hacer aquí en Chile en medicina reproductiva también es muy alto.

## ¿Qué tan importante es para usted el enfoque multidisciplinario?

Creo que en medicina reproductiva es fundamental; realmente es la clave del éxito.

A veces los pacientes me preguntan: “Doctor, ¿usted hará la punción ovárica? ¿Usted hará la biopsia testicular?”. Y yo les digo: “No, lo siento, solo puedo ser bueno en una cosa”. Es un trabajo en equipo. Y como jefe de departamento, la idea es tener a la mejor persona en cada etapa del tratamiento. Necesitas un equipo para sacar lo mejor de cada uno.

## En el Congreso de SCHU usted nos dio una charla muy interesante sobre el panorama de la infertilidad masculina en 2025. ¿Qué nos puede contar sobre los puntos clave de esa presentación?

Que aún existen muchas lagunas en nuestro conocimiento. Por ejemplo, la prevalencia de la infertilidad masculina: nadie lo sabe realmente.



**Es fundamental trabajar en equipo, porque al fin y al cabo la infertilidad involucra tanto al hombre como a la mujer”**

***Dr. Herman Tournaye,  
Director Científico de Brussels IVF y  
Profesor de la Vrije Universiteit Brussel  
(VUB)***

Todos citan trabajos de los años 80 y 90, pero mientras tanto, quizás debido a factores ambientales, puede haber un descenso en la calidad espermática, por lo que uno esperaría que la infertilidad masculina fuera más prevalente de lo que dicen los estudios de hace 40 años.

Por otro lado, ¿realmente existe un descenso? Gran signo de interrogación también. Es muy controvertido si realmente hay un descenso.

Y en cuanto a los tratamientos, me temo que lo único que ha ocurrido hasta ahora ha sido la FIV y la ICSI.

Existen muchos tipos de tratamientos, y quizás algunos se desarrollen en el futuro.

Pero, como se ve, los pacientes mismos envejecen y realmente buscan un tratamiento muy rápido. Pero a veces los tratamientos pueden tardar años antes de mostrar realmente resultados.

## ¿Qué puntos clave nos puede contar sobre su charla acerca del síndrome de Klinefelter?

Tuve la suerte de ser el primero en encontrar espermatozoides en los testículos de pacientes con Klinefelter. Y luego, también allí, comenzamos en Bruselas a almacenar tejido prepuberal, porque los pacientes con Klinefelter pierden sus células madre al entrar en la pubertad. La idea era: quizá podamos salvarlas, congelarlas, preservarlas y más adelante trasplantarlas. Ahora bien, el trasplante probablemente no sea la mejor opción debido

a la esclerosis y la fibrosis. Pero en los últimos años, hay un investigador proveniente de Irán; él fue formado allí, trabajamos juntos cuando estaba en Ámsterdam, y ahora se encuentra en Estados Unidos. Él está cultivando las células madre de pacientes con Klinefelter. Y aunque en este momento no hay otros que puedan hacer lo mismo, él afirma y ha publicado que, con el tiempo, en el cultivo in vitro de células madre 47XXY, aumenta la proporción de células que portan solo X o solo Y. Es decir, cometen errores en la mitosis de manera beneficiosa. Así que, quizá eventualmente se pueda producir espermatozoides in vitro a partir de estas células madre, que, de alguna manera, realicen una corrección genética in vitro. Tal vez eso sea posible. Entonces se podría argumentar que, desde la infancia, tal vez deberíamos recolectar estas células madre, preservarlas y almacenarlas para futuros cultivos in vitro, pero eso sigue siendo una gran incógnita.

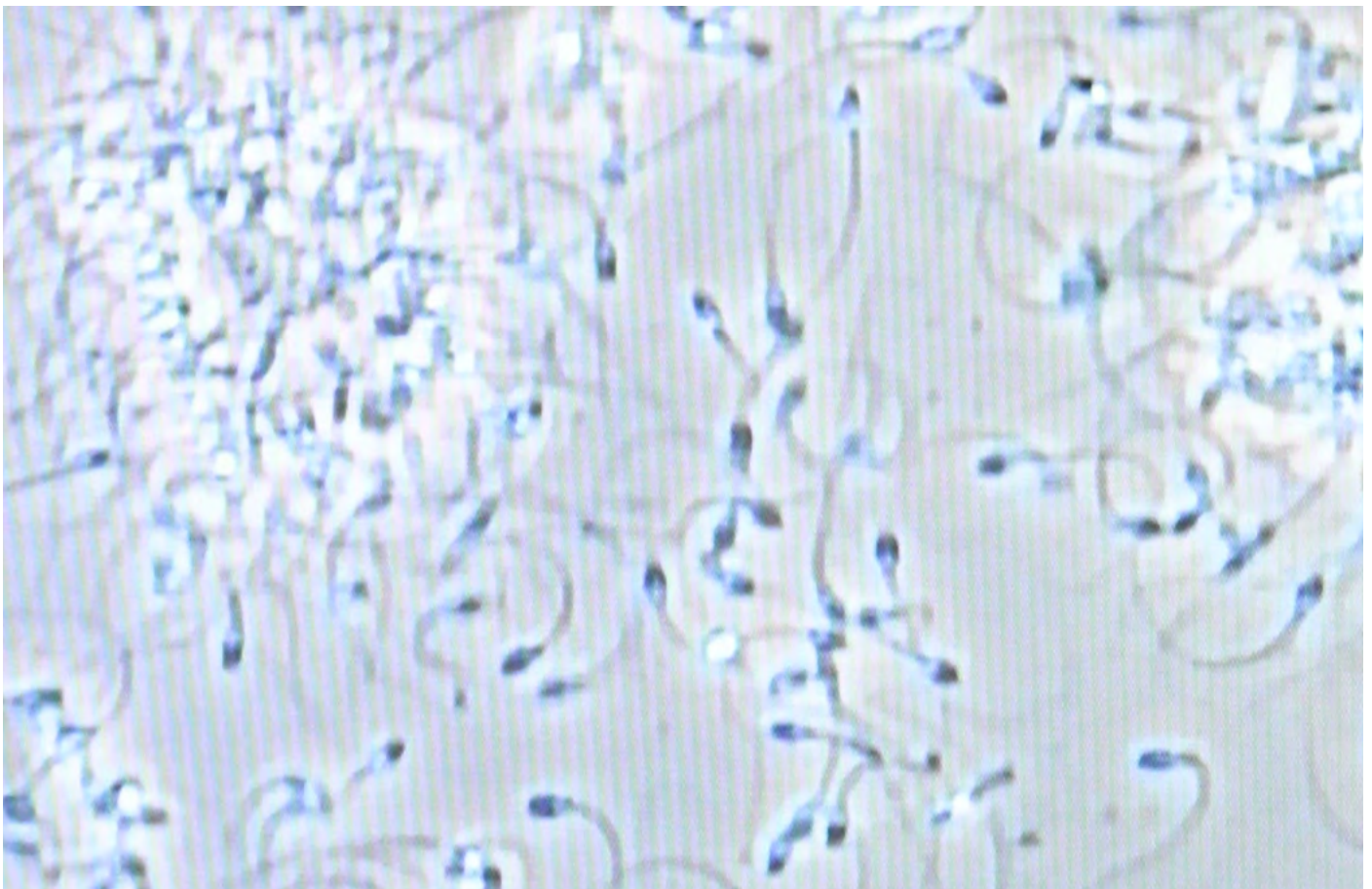
### **¿Qué consejo daría a los jóvenes urólogos o andrólogos que comienzan su carrera en medicina reproductiva?**

Creo que deben ser abiertos con sus pacientes. Si un paciente tiene una buena idea, sígala, tal como lo hice yo con la historia del síndrome de Klinefelter.

### **Desde su perspectiva, ¿qué habilidades o mentalidad deberían desarrollar los próximos especialistas para tratar la infertilidad masculina?**

Creo que todos tienen sus propias habilidades, pero es fundamental trabajar en equipo, porque en medicina reproductiva, al fin y al cabo, la infertilidad involucra tanto al hombre como a la mujer.

Por lo tanto, como ginecólogo, debes estar al tanto de lo que sucede en el hombre, y viceversa. Así que creo que las habilidades que deberían desarrollar los urólogos incluyen también tratar de comprender lo que ocurre con la pareja femenina: conocer todo sobre la reserva ovárica, el impacto de la edad, porque hay una interrelación tan grande que no se pueden enfocar solo en uno de los dos miembros de la pareja.



Filial Pediatría

## **CIRUGÍA CON COMPASIÓN: una práctica quirúrgica con enfoque humano**



Dr. Juan Manuel Moldes, urólogo pediatra de University Hospital Rainbow Babies & Children's, EE.UU.

***El Dr. Juan Manuel Moldes, urólogo pediatra de EE.UU, creó el concepto "Cirugía con compasión" y bajo ese mismo concepto, desarrolló la "Pausa de Compasión Quirúrgica". Un breve e intencional momento de reflexión que se introduce justo después del procedimiento de Time Out. Esta pausa se centra tanto en el paciente como en el equipo quirúrgico. En esta entrevista realizada por el Dr. José Antonio Sepúlveda, presidente de la Filial de Pediatría de SCHU, el Dr. Moldes hace un repaso de su trayectoria y relata cómo surgió este concepto.***

**L**a relación entre técnica quirúrgica y vínculo humano suele abordarse como dos mundos separados. Sin embargo, el Dr. Juan Manuel Moldes, urólogo pediatra de University Hospital Rainbow Babies & Children's, EE.UU

ha desarrollado un concepto que busca integrar ambas dimensiones: la "Cirugía con Compasión", una propuesta que invita a detenerse por un instante antes del acto quirúrgico para reconocer al paciente, al equipo y el propósito común de cuidar.

## ¿Cómo llegaste a la urología pediátrica? ¿Fue una decisión temprana o un proceso progresivo?

Nunca pensé que iba a dedicarme a la urología pediátrica. Comencé por cirugía general de adultos, luego hice cirugía pediátrica y ahí descubrí que la urología infantil me atraía profundamente: por el tipo de pacientes, las malformaciones congénitas y la importancia de la reconstrucción. Fue un camino gradual hasta dedicarme exclusivamente a esta área.

## ¿Cómo fue asumir responsabilidades administrativas tan joven?

En Sudamérica, ser jefe implica sumar tareas, no reemplazarlas. No dejé de operar; al contrario, recibí casos más complejos. Fue un período muy exigente, asistencial y administrativamente. La clave fue rodearme de un equipo sólido: nadie puede hacerlo solo.

## ¿Qué te motivó a dejar un hospital tan prestigioso como el Italiano? ¿Cómo ha sido adaptarte a EE.UU.?

A los 54 años ya había alcanzado el techo profesional dentro de ese sistema. Me motivó la búsqueda de



Entrevista realizada por Dr. José Antonio Sepúlveda, presidente de la Filial de Pediatría de SCHU.

“ Creamos este concepto de la cirugía compasiva y de la pausa compasiva que es ese momento que hacemos en el quirófano”

*Dr. Juan Manuel Moldes,  
University Hospital Rainbow Babies &  
Children's, EE.UU.*

nuevos desafíos. La adaptación en EE.UU. fue dura: idioma, sistema, cultura. Pero clínicamente no me he sentido limitado; al contrario, la ausencia de presiones económicas o sociales me ha permitido ser más creativo y generar nuevos proyectos.

## ¿Cómo surge la idea de la Cirugía con Compasión?

Nació como una búsqueda personal. Sentía que algo faltaba en mis días de quirófano. Meditaba, entrenaba la compasión y empecé a incorporar silenciosamente esos momentos antes de operar. Cuando llegué a Cleveland decidí hacerlo explícito: verbalizar ese instante de conexión humana. La reacción fue increíble: anesthesiólogos, enfermeros... todos profundamente conmovidos. Ahí entendí que era una necesidad compartida.

No se trata de ritualizar la cirugía, sino de recordarnos quién está frente a nosotros y la importancia de estar realmente presentes. La técnica es fundamental, pero también lo es la conexión humana.

Creamos este concepto de la cirugía compasiva y de la pausa compasiva que es ese momento que hacemos en el quirófano. Ya se practica en Sudáfrica, España y Colombia. Cada vez que hablo de esto hay mucha gente que se entusiasma porque creo que en nuestro entrenamiento quirúrgico hemos aprendido a tomar distancia de eso y, según mi experiencia es todo lo contrario.

## TELECIRUGÍA EN CHILE: El hito que abre un nuevo capítulo en la medicina chilena



Marcelo Contreras, subgerente comercial de Cencomex, Dr. Roberto Vilches, uroncólogo del Instituto Nacional del Cáncer y Clínica Meds y Dr. Felipe Águila, director de SCHU

**En una mesa redonda organizada por SCHU se analizó el impacto de la primera telecirugía realizada en Chile, el avance tecnológico de las nuevas plataformas robóticas y los desafíos técnicos y formativos que marcarán el futuro quirúrgico del país.**

**E**n una mesa redonda convocada por el doctor Felipe Águila, director de SCHU, participaron el uroncólogo del Instituto Nacional del Cáncer y Clínica MEDS, Roberto Vilches, y el subgerente comercial de Cencomex, Marcelo Contreras, encargado de impulsar el área de robótica y laparoscopia. El encuentro tuvo como motivación central el reciente hito que marcó a la medicina nacional: la primera telecirugía realizada en Chile, un avance que abre una nueva etapa para la práctica clínica y la formación de especialistas. Consultado sobre la relevancia de este logro, el doctor Roberto Vilches destacó que se trata de un antes y un después para la cirugía nacional. A su

juicio, este tipo de intervenciones “aportan mayor seguridad” y amplían las posibilidades de apoyo remoto mediante teleprompting. Explicó que el proyecto se gestó en Clínica MEDS de La Dehesa, bajo el liderazgo del cirujano robótico Marcelo Kerkebe, y que las nuevas plataformas —particularmente el sistema Omnibot— han permitido avanzar hacia la cirugía a distancia.

Actualmente, MEDS cuenta con un centro de entrenamiento en cirugía robótica, con dos plataformas y simuladores disponibles para urólogos y otros especialistas. Este desarrollo formativo fue clave para ejecutar la telecirugía presentada durante el congreso centenario de la especialidad.

## Tecnología china y futuro quirúrgico

Por su parte, Marcelo Contreras analizó el vertiginoso desarrollo tecnológico de origen chino, señalando su notable capacidad “para replicar, modificar y actualizar productos de manera rápida y eficiente”. Destacó que estas soluciones no solo complementarán la práctica clínica, sino que también potenciarán la educación médica, considerando que empresas como Génesis ya trabajan con plataformas de inteligencia artificial que, según anticipa, transformarán la cirugía en los próximos años.

Consultado respecto a los requerimientos técnicos para realizar telecirugía, el ejecutivo enfatizó la necesidad de una línea de conexión dedicada y estable, ya que las redes convencionales no garantizan un estándar de imagen adecuado. Subrayó además que la latencia debe ser menor a 200 microsegundos, umbral crítico para la seguridad del procedimiento. De masificarse con fines educativos, agregó, será indispensable que el Estado asegure conectividad de fibra óptica robusta en los hospitales públicos.

## Formación, equidad y acceso para todo Chile

“La enseñanza será fundamental para entregar mayor seguridad a los pacientes”

**Dr. Felipe Águila,**  
*director de SCHU*

El doctor Roberto Vilches resaltó el rol clave que jugará la docencia en el despliegue de la robótica. Estimó que en un plazo de cinco años la presencia de plataformas robóticas será habitual en el país, lo que hará aún más urgente garantizar equidad en el acceso, considerando que el 80% de los pacientes pertenece al sistema público y vive en regiones.

La telecirugía, afirmó, ofrecerá un soporte decisivo para quienes inicien su curva de aprendizaje y contribuirá a que los programas de cirugía robótica que se implementen a lo largo de Chile sean más seguros. “La enseñanza será fundamental para entregar mayor seguridad a los pacientes”, señaló.

Este hito no solo marca un avance tecnológico, sino que proyecta un nuevo estándar de seguridad, formación y acceso para el sistema de salud chileno.



Dr. Marcelo Kerkebe, Presidente de SCHU:

## “En esta Sociedad los hombres y mujeres pasan, PERO EN CIEN AÑOS EL RUMBO SIGUE SIENDO EL MISMO”

*Hace poco más de un mes fuimos testigos de un congreso de primer nivel que conmemoró los cien años de nuestra Sociedad. Uno de los momentos memorables fue la ceremonia de inauguración encabezada por el Dr. Marcelo Kerkebe, Presidente de SCHU, quien destacó los sólidos cimientos construidos por quienes lo antecedieron y el legado que quienes integran esta Sociedad dejarán a las siguientes generaciones. Todo ello bajo un objetivo común: la búsqueda constante de la excelencia en la Urología Chilena.*

### A continuación reproducimos un extracto de su discurso inaugural:

“Tengo el honor de inaugurar el Congreso Chileno de Urología más ambicioso de nuestra historia, luego de más de dos años de planificación y trabajo para que este Congreso Nacional, en el año del centenario de nuestra sociedad, esté verdaderamente a la altura de este acontecimiento. Este Congreso trasciende a este presidente y a este directorio de lujo que me toca encabezar, a los que quiero agradecer por su apoyo incondicional y su constante trabajo en pos de nuestra sociedad (...) (...) No es un congreso más, y debe reflejar lo que la Sociedad Chilena de Urología ha construido durante

estos 100 años de vida. Por ello fue fundamental apoyarnos en la experiencia, la visión y los consejos de nuestros predecesores (...)

(...) Gracias a ello, hoy contamos con la participación inédita de 25 invitados internacionales, que han viajado desde India, Europa, Estados Unidos y América Latina. En nombre de la Sociedad Chilena de Urología, gracias por hacer un espacio en sus agendas y acompañarnos en esta celebración tan significativa. En el contexto americano, somos la tercera sociedad urológica más antigua, después de la AUA (1902) y la SAU (1923). Y, a nivel mundial, somos la décima. Todo un logro para un país que llevaba poco más de 100 años de existencia soberana, con una población pequeña y en el fin del mundo.

Esto define lo que ha sido la Sociedad Chilena de Urología: una corporación cuyo objetivo primordial ha sido el desarrollo científico de la especialidad, al más alto nivel, sin acobardarse ante los desafíos, tal es así que la 1ra acción fue la Revista Chilena de Urología, dirigida por el Profesor Eduardo Moore, quien en su editorial escribió: “Es un gran paso el que han dado los jóvenes urólogos, del que no pueden sentirse más que satisfechos los profesores, porque este paso no es más que un triunfo que redundará en bien de la enseñanza, en el avance de la ciencia médica y en el perfeccionamiento del arte de curar.”

Han pasado 44 presidentes y muchos directorios. Y esas palabras, escritas hace 100 años, siguen definiendo nuestro propósito: la educación de nuestros jóvenes, acercando el más alto nivel científico mundial al alcance de nuestros urólogos y urólogas.

En esta Sociedad los hombres y mujeres pasan, pero en 100 años de vida el rumbo es el mismo. Cada presidente aporta su visión, su grano de arena, pero



sin desviar el objetivo: la búsqueda constante de la excelencia en la Urología Chilena.

(...) Quiero terminar hablándole al directorio del futuro, al presidente del mañana. Seguramente hoy está aquí quizás sea una becada de 1er año en su primer congreso; tal vez un pasante haciendo méritos y soñando con entrar a la beca; un residente de último año que quizás se inspire con algunas de las conferencias y se decida por una subespecialidad, o un joven urólogo, una post becada que tal vez en este congreso se acerque a alguno de nuestros profesores invitados y se consiga un fellowship en el extranjero.

Para ustedes hemos trabajado durante 100 años. Hoy ya no solo existe la Revista; también están el Manual, la Videoteca, las reuniones científicas, los cursos de residentes, los cursos de filiales, las becas para formarse en el extranjero y los convenios con sociedades amigas.

(...) Estoy seguro de que uno de los que está sentado hoy aquí estará en este podio en 25 años más, con esta medalla en el pecho, dando el discurso inaugural de su 1er congreso como presidente. Y tal vez recuerde que, un presidente



**No es un congreso más, y debe reflejar lo que la Sociedad Chilena de Urología ha construido durante estos 100 años de vida. Por ello fue fundamental apoyarnos en la experiencia, la visión y los consejos de nuestros predecesores”**

***Dr. Marcelo Kerkebe,  
presidente de SCHU.***

en el Congreso del Centenario, lo había señalado como parte del futuro.

Claro que para entonces eso ya será historia.



# Postales del exitoso CONGRESO CENTENARIO SCHU

*Fueron cuatro días intensos, marcados por emociones, reencuentros entre colegas y amigos, entretenidas actividades sociales y potentes plenarios a cargo de 25 invitados internacionales de alto nivel, junto a destacados profesores nacionales. Con una asistencia récord de 600 participantes y un salón de exposición que nos permitió recorrer los principales hitos de los 100 años de historia de SCHU. Sin duda que el Congreso Centenario fue un evento memorable.*





# TRABAJOS LIBRES PREMIADOS EN EL CONGRESO CENTENARIO SCHU

*Este año el Congreso Centenario recibió un récord de 339 trabajos libres, superando ampliamente las cifras habituales y evidenciando el creciente interés y compromiso de la comunidad urológica. La calidad general fue muy destacada por su aporte, rigor y excelencia, y aquí presentamos a los proyectos que obtuvieron los máximos reconocimientos.*

## Categoría Póster

### **Primer lugar: (premio inscripción nacional):**

#### **P031 Modelo ex vivo para entrenamiento de ecografía y punción renal**

Sofía Itiziar Ascorra Hormaechea (1); Beatriz Rivera Santos (2); José Miguel Villena Hidalgo (3); Vicente Parada A (4); Matías Poblete M (4); Felipe Urrea (4); José Antonio Salvado Besnier (4)  
(1): Universidad Finis Terrae (2): Universidad Mayor (3): Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida (4): Clínica Santa María

### **Segundo lugar:**

#### **P102 Descripción epidemiológica del cáncer testicular en Chile entre 2002 y 2023**

Stefan Jaederlund (1); Javiera González (1); Juan Fernández (1); Agustín Fuentes (1); Belén Paul (1); Ignacio Dinamarca (1); Juan Pablo Barroso Salvestrini (2); Francisco Javier Osorio Martini (2)  
(1): Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (2): Clínica Alemana de Santiago

### **Tercer lugar:**

#### **P093 Longitud de uretra membranosa previo a prostatectomía radical como predictor de incontinencia urinaria postquirúrgica**

Cristóbal Ávila (1); Andrés Benítez-Filselcker (1); Roberto Vilches (2); Maximiliano Miranda (3); Tomás Olmedo (4)  
(1): Residente Urología, Universidad de Chile (2): Servicio Urología, Instituto Nacional del Cáncer (3): Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universidad de Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile

## Categoría Video

### **Primer lugar (inscripción internacional AUA- EAU):**

#### **V36 Monitorización de presión intrarrenal en nefrolitotomía percutánea: de la teoría a la práctica**

Cristóbal Ávila (1); Andrés Benítez Filselcker (1); Felipe Águila (2); Fernando Marchant (2)  
(1): Residente de Urología, Universidad de Chile (2): Servicio de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile

### **Segundo lugar (pasaje internacional AUA – EAU):**

#### **V30 Prostatectomía radical laparoscópica & complicaciones intraoperatorias: #loquecamoslosurologos**

Andrea Rojas Salas (1); Alan Sirebrenik Gateño (2); Diego Soler Andonie (1); Ulises Pinto Martínez (3); Javier Ascanio Rojas (3); Paz Bustamante Valenzuela (3); Esteban Acuña Gálvez (3); Álvaro Vera Veliz (4)  
(1): Hospital San Juan de Dios (2): Clínica Red Salud (3): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás (4): Hospital Dr. Antonio Tirado Lanás - Hospital San Juan de Dios

## **Tercer lugar (inscripción nacional):**

### **V14 Nefrectomía parcial laparoscópica en tumores complejos, lecciones aprendidas**

Alejandro Foneron (1); Andrés Steuer (2); Hernán Toledo (3); Felipe Oyanedel (3); Luis Ebel (1); Andrónico Foneron (1); Luis Troncoso (1); Francisca Flores (1); Marcelo Navarrete (3); Pablo Cuevas (3); Sebastián Gárate (3); Thomas Wagner (3); Marcelo de la Fuente (3)

(1): Hospital Base Valdivia, Clínica Alemana Valdivia, Universidad Austral de Chile (2): Escuela de Medicina Universidad Austral de Chile (3): Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile

## **Categoría Oral**

## **Primer lugar (inscripción internacional AUA – EAU):**

### **O45 Impacto de una política pública (GES) orientada a disminuir la mortalidad por cáncer testicular en Chile**

Jonathan Walbaum (1); Alberto Fuentes (1); Alejandro Rojas (1); Andrés Acosta (1); Cristóbal Antúnez (1); Josefa Santis (1); Nicolás Moreno (1); Enzo Castiglioni (1); Carla Manterola (1); Javier Domínguez (1)

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile

## **Segundo lugar (pasaje internacional AUA – EAU):**

### **O10 Influencia de los factores hereditarios y ambientales en la agresividad del cáncer de próstata**

Juan Cristóbal Bravo (1); Diego Parrao (2); Catalina Saavedra (2); Román Lay (2); Renata Guerrero (2); Matías Larrañaga (1); Gonzalo Valero (1)

(1): Hospital Franco Ravera Zunino (2): Universidad de O`Higgins

## **Tercer lugar (inscripción nacional):**

### **O50 Impacto de la exposición a arsénico en mutaciones somáticas del cáncer de vejiga: estudio genómico comparativo entre pacientes de Antofagasta y Santiago**

Mauricio Fernández (1); Patricio Valdebenito (2); Kizzy Alfaro (3); Katherine Marcelain (4); Alejandro Blanco (1); Lorena Abarzúa (1); Karla Westenenk (5); Bárbara Mino (6); Paulina Aguilar (3); Aída Maya (2); Alberto Bustamante (5); Marcela Schultz (6); Ricardo Armisen (1); Mario Fernández (7)

(1): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (2): Urología, Hospital Regional de Antofagasta (3): Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta (4): Depto. Oncología Básico Clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. (5): Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (6): Anatomía Patológica, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (7): ICIM, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo / Urología, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

**Revisa cada uno de los trabajos premiados en este link:**

**<https://schu.cl/LibroResumenes-Urologia2025>**

Sanitas®

# TALOXA®

Tadalafilo 5 y 20 mg

**FIRMEZA QUE TE ACOMPAÑA |**



**LÁMINAS BUCODISPERSABLES.**

**PRESENTACIÓN ÚNICA X 5 LÁMINAS.**

**TAMBIÉN EN COMPRIMIDOS.**

**FÁCIL ADMINISTRACIÓN.**

**BIOEQUIVALENTE, EFICAZ Y SEGURO.**

**B Bioequivalente**

## Sanitas®



**Instituto Sanitas S.A.**, desde sus orígenes, ha mantenido un compromiso permanente con el desarrollo de productos farmacéuticos de alta calidad, vigentes y confiables para la práctica clínica actual. Nuestro propósito ha sido, y continúa siendo, aportar herramientas terapéuticas que apoyen una labor médica más eficiente y alineada con los avances bioquímicos y farmacológicos que marcan el estándar global.

A lo largo de más de **100 años** de trayectoria en el mercado nacional, **Instituto Sanitas S.A.** se ha consolidado como una compañía de prestigio, reconocida por la calidad, seguridad y eficacia de sus productos. Hoy contamos con un portafolio amplio y actualizado, diseñado para responder a las diversas necesidades de los pacientes y al quehacer clínico de los profesionales de la salud en Chile.

Reafirmamos nuestro compromiso con la excelencia y con seguir acompañando a la comunidad médica en su labor de diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud de todos los chilenos.



[www.sanitas.cl](http://www.sanitas.cl)

[@institutosanitasoficial](https://www.instagram.com/institutosanitasoficial)

[@institutosanitaschile](https://www.facebook.com/institutosanitaschile)