

XXI SIMPOSI SCU

BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

PÒSTERS 2

(P13 - P21)

DIVENDRES 13 / 19:00-20:15 / SALA 2

Moderadors: Sergi Bernal i Arturo Domínguez

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Número: P13

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00263

LIMFADENECTOMIA DE RESCAT EN MALALTIA OLIGOMETASTÀSICA. CONTROL ONCOLÒGIC.

ANNA SANROMÀ¹, LLUÍS FUMADÓ¹, MÒNICA GONZÁLEZ¹, NÚRIA JUANPERE¹, JUAN SÁNCHEZ¹, ANTONI MESTRE¹, BLANCA GASA¹, ESTER RUZ¹, MARC COSTA¹, MARINA MUNARRIZ¹, JOSÉ MARIA ABASCAL¹, LLUÍS CECCHINI¹

1) Hospital del Mar - Parc de Salut Mar

OBJECTIU

Analtzar el paper i resultats a llarg plaç de la limfadenectomia de rescat en malaltia oligometastàsia post prostatectomia radical.

INTRODUCCIÓ

Entre un 20-50% dels homes post prostatectomia radical, experimentaran progressió del PSA durant el control oncològic. Confirmada la recidiva tumoral, la teràpia hormonal ha estat el tractament estàndard. Tanmateix, estudis han demostrat que pacients amb malaltia ganglionar limitada tenen millor pronòstic oncològic que aquells amb malaltia òssia o visceral i podrien beneficiar-se de la limfadenectomia de rescat, tant per parar la recurrència com per retardar l'inici de la teràpia sistèmica.

MÈTODE

Estudiem el cas d'un home de 74 any diagnosticat d'adenocarcinoma de pròstata, tractat amb prostatectomia radical i, amb persistència post-quirúrgica del PSA.

RESULTATS

En l'estudi d'extensió s'evidencia malaltia residual únicament a nivell ganglionar; pel que el comitè Uro-Oncològic decideix que és tributari limfadenectomia ilio-obturatriu bilateral de rescat. Actualment, pacient lliure de malaltia després de 33 mesos de la cirurgia de rescat.

DISCUSSIÓ

Tot i que el nombre de pacients tractats amb limfadenectomia de rescat guiada per tècniques d'imatge és encara limitat, sembla ser que aquesta teràpia endarrereix la recurrència del càncer i posposa l'inici del tractament hormonal en un nombre limitat de pacients.

Els candidats ideals a la limfadenectomia ilio-obturatriu de rescat són aquells amb nivells de PSA inferior a 4ng/mL, tumors Gleason ≤ 7 i PET-TC amb oligorecurrència a nivell ganglionar pèlvic.

Les complicacions recollides en els estudis existents mostren que la limfadenectomia de rescat és un procés ben tolerat amb un perfil de toxicitat baix.

Donat els pocs estudis i el baix nivell d'evidència científica, es difícil avaluar els paràmetres predictius i pronòstics associats amb el control oncològic a llarg terme.

Si és cert que alguns pacients recidiven post limfadenectomia, existeix un percentatge elevat de pacients que es mantenen lliures de malaltia als 5 anys. Tanmateix, la manca d'estudis prospectius randomitzats amb una mostra ample que demostrin seguretat oncològica a llarg termini, fa que l'impacte de la cirurgia de rescat sigui, encara, un paradigma a definir.

Concloent, la limfadenectomia de rescat és una opció viable en pacients amb malaltia oligometastàsica ganglionar, i, en casos seleccionats, amb resposta completa i PSA indetectable a llarg plaç. El baix nivell d'evidència demostrada, condiona la seva aplicabilitat a la pràctica clínica i, conseqüentment, la recomanació queda limitada a casos seleccionats.

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Número: P14

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00257

ELS INMUNOASSAIGS QUIMIOLUMINISCENTS NO HAN D'UTILITZAR-SE PER A MEDIR LA TESTOSTERONA SÈRICA EN PACIENTS AMB CÀNCER DE PRÒSTATA SOTMESOS A TERÀPIA DE DEPRIVACIÓ ANDROGÈNICA

ENRIC MIRET¹, LUCAS REGIS¹, MERCÈ CUADRAS¹, RICARDO LOPEZ¹, AINA SALAZAR¹, IGNASI GALLARDO¹, FERNANDO DIAZ¹, ORIOL MORENO¹, ADRIÀ PIÑERO¹, ANA CELMA¹, DAVID LORENTE¹, IVÁN SCHWARTZMANN¹, JACQUES PLANAS¹, ENRIQUE TRILLA¹, JUAN MOROTE¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebrón

Introducció:

La determinació de testosterona sèrica (TS) es recomana en pacients amb càncer de pròstata (CaP) sotmesos a teràpia de privació androgènica per avaluar la seva eficàcia i diagnosticar la resistència a la castració (RC). Un valor de TS igual o menor a 50 ng / dL és un criteri fonamental per definir RC.

Tot i que la cromatografia líquida amb espectrometria de masses (LC-MSMS) és el mètode més apropiat, els immunoassaigs per quimioluminiscència (CLIA) són àmpliament utilitzats malgrat la seva falta de precisió i reproductibilitat, atès que són automatitzables, ràpids, sensibles i econòmics.

El nostre objectiu és qüestionar la fiabilitat de la informació proveïda per la determinació de la TS mitjançant CLIA, atès que pot portar a decisions equivocades.

Material i mètodes:

Es van determinar els nivells de TS en 143 pacients amb CaP sotmesos a tractament amb agonistes de l'hormona alliberadora d'hormona luteïnitzant (aLHRH) mitjançant tècniques de LC-MSMS (Agilent Inc), Advia-Centaur CLIA (Siemens Inc) i Cobas 8000 CLIA (Roche Inc). Es va analitzar el comportament de la TS en funció del mètode utilitzat, especialment aquells casos amb TS > 50 ng / dL.

resultats:

La mediana de TS (rang) va ser de 15,0 ng/dl (2-102) amb LC-MSMS, 32,3ng/dL (10-91,6) amb AC-CLIA, p<0,001 i 10,3ng/dl (2,5-54,6) amb Cobas-CLIA, p <0,001. La testosterona sèrica determinada mitjançant LC-MSMS va ser inferior a 20ng/dl en 87 pacients (60,8%), entre 20 i 50ng/dL en 48 (33,6%) i major a 50ng/dl en 8 (5,6%). La taxa de pacients amb TS > 50ng/dl amb AC-CLIA va ser de 18,2%, mentre que amb Cobas-CLIA va ser de 1,4%, p <0,001.

Conclusions:

Els CLIA no són el mètode més precís per determinar el TS en pacients amb CaP tractats amb aLHRH. Els nostres resultats mostren que poden sobreestimar i subestimar els veritables nivells de TS mesurats amb LC-MSMS. Atès que la TS menor o igual a 50 ng/dl és un criteri fonamental per definir RC, es poden prendre decisions clíniques errònies basades en el mesurament de TS amb mètodes inadequats.

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Número: P15

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00255

L'EVALUACIÓ DE L'EFICÀCIA DE LA TERÀPIA DE DEPRIVACIÓ ANDROGÈNICA ÉS MÉS FIABLE MITJANÇANT LA DETERMINACIÓ DE L'HORMONA LUTEINITZANT. ÉS NECESSARI CANVIAR EL CONCEPTE?

ENRIC MIRET¹, LUCAS REGIS¹, RICARDO LOPEZ¹, AINA SALAZAR¹, IGNASI GALLARDO¹, FERNANDO DIAZ¹, MERCÈ CUADRAS¹, ORIOL MORENO¹, ADRIA PIÑERO¹, IVÁN SCHWARTZMANN¹, JACQUES PLANAS¹, ENRIQUE TRILLA¹, ANA CELMA¹, DAVID LORENTE¹, JUAN MOROTE¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebrón

Introducció: Els agonistes de l'hormona alliberadora d'hormona luteïnitzant (aLHRH) es consideren el tractament d'elecció en la teràpia de deprivació androgènica en el càncer de pròstata (CaP).

Actualment es recomana la determinació de la testosterona sèrica (TS) per avaluar la seva eficàcia i definir la resistència a la castració (RC). No obstant això, la TS no reflecteix exclusivament l'efecte de la castració mèdica donada la seva producció extratesticular. L'objectiu de l'estudi va ser examinar si els nivells de LH sèrica podrien reflectir de forma més precisa l'activitat dels aLHRH en comparació amb els nivells de TS.

Mètode

Es van determinar LH i TS mitjançant immunoassaigs de quimioluminiscència (CLIA) en 1234 pacients (cohorte de l'estudi): 488 amb CaP en tractament actiu amb aLHRH "fase ON", 303 "en fase OFF del tractament" i 300 que mai van rebre aLHRH. En una cohorte de validació de 143 pacients amb CaP (incloent 126 "ON aLHRH" i 17 "OFF aLHRH") el TS va ser determinada mitjançant cromatografia líquida amb espectrometria de masses (LC-MSMS).

L'objectiu primari de l'estudi va ser avaluar l'eficàcia i el valor de LH per definir la castració.

Resultats:

L'àrea sota la corba (AUC) per distingir pacients "ON" i "OFF" de tractament amb aLHRH va ser de 0,997 per LH sèrica i de 0,740 per TS ($p < 0,001$). El punt de tall més eficient per distingir entre els dos grups va ser 1,1 U / L.

En la cohorte de validació, les AUC de LH sèrica, TS (CLIA) i TS (LC-MSMS) van ser 1,000, 0,646 i 0,814, respectivament ($p < 0,001$). Utilitzant 1,1 U / L com a punt de tall per a LH sèrica i 50 ng / dl per TS, independentment del mètode de determinació, l'eficàcia per distingir els pacients "ON" i "OFF" va ser de 98,6%, 78,3% i 89,5%, respectivament.

Conclusions:

Independentment del mètode utilitzat, LH sèrica va ser més precisa que TS per distingir pacients "ON" i "OFF" de tractament amb aLHRH. El nivell de castració mèdica de LH sèrica és de 1,1 U / L. Suggestim que es revisi l'avaluació de l'eficàcia dels aLHRH i la definició de RC.

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Número: P16

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00325

CISTITIS RÀDICA POSTERIOR A RADIOTERÀPIA PER CÀNCER DE PRÒSTATA: FACTORS DE RISC ASSOCIATS A HOSPITALITZACIÓ I INTERVENCIÓ.

MERCADÉ SANCHEZ ASIER¹, BALAÑÀ LUCENA JOSEP¹, SANGUEDOLCE FRANCESCO¹, PISANO FRANCESCA¹, SANCHO PARDO G.², ACOSTA E.², BREDÀ ALBERTO¹, TERRITO ANGELO¹, BASILE GIUSEPPE¹, CARPIO JOSE¹, RODRÍGUEZ FABA ÓSCAR¹, PALOU REDORTA JOAN¹

1) Fundació Puigvert, Dept. of Urology, Barcelona, Spain 2) Hospital Sant Pau i Santa Creu, Dept. of Radiotherapy and Oncology, Barcelona, Spain

Introducció

La radioteràpia és un tractament de primera línia per al càncer de pròstata (CaP) primari de risc elevat o recidivant. Poden desenvolupar-se diverses efectes adversos al llarg del seguiment del pacient. La hematúria pot manifestar-se de manera agressiva, precisant hospitalització i intervencions invasives. En la següent cohort d'un sol centre s'analitza la prevalença i els factors de risc associats a l'aparició de la hematúria en cistitis ràdica.

Material i mètodes.

De gener de 2007 a maig de 2017, 1421 pacients es van sotmetre a radioteràpia com a tractament primari del CaP, adjuvant o de rescat per recurrència bioquímica. Un 6.5% (n=93) dels pacients van desenvolupar cistitis ràdica, sent el diagnòstic clínic (visita a urgències per macrohematúria) amb confirmació endoscòpica. Es van analitzar les comorbiditats dels pacients, teràpies anticoagulants, edat d'inici de la radioteràpia, indicació de la radioteràpia, fracció de dosis, volum vesical rebent 70Gy, dosis mitja en bufeta, toxicitat aguda durant radioteràpia, número d'ingressos hospitalaris i tractament per la hematúria. Es van excloure pacients amb antecedent de neoplàsia vesical. Es van dur a terme estudis univariants (T-Student i Xi-Quadrat) i multivariants (regressió de Cox); els esdeveniments a identificar van ser: hospitalització (si vs no) i temps fins hospitalització.

Resultats

45 pacients (48.4%) van ser tractats per CaP primari i 48 (51.6%) de rescat, no va haver-hi pacients tractats per adjuvència. L'edat mitja d'inici de radioteràpia i de diagnòstic de cistitis ràdica va ser 69.6 i 73.2 anys respectivament, sent el temps mitjà per al desenvolupament de 41 mesos. La mitja de visites a urgències va ser de 4.4 vegades. 45 pacients (48.4%) van precisar hospitalització, sent la mitja 1.7 vegades. Els factors associats amb la hospitalització van ser la edat d'inici de radioteràpia (p 0.033), tractament anticoagulant (p 0.005) i, en el subgrup de rescat, volum vesical rebent 70Gy (p 0.017)

Conclusió

Aproximadament la meitat dels pacients que presenten cistitis ràdica podrien requerir tractament invasiu. Els factors de risc associats al ingrés hospitalari van ser el tractament amb anticoagulants, radioteràpia, edat avançada i desenvolupament precoç de macrohematúria. Una selecció més acurada de pacients conjuntament amb mesures preventives podrien reduir la prevalença d'aquesta complicació.

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Número: P17

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00286

LIMFADENECTOMIA RETROPERITONEAL ROBÒTICA DE MASSES POSTQUIMIOTERÀPIA EN PACIENTS AMB TUMOR TESTICULAR.

ASIER MERCADÉ SÁNCHEZ¹, ÓSCAR RODRÍGUEZ FABA¹, JOSÉ DANIEL SUBIELA HENRÍQUEZ¹, JOSEP BALANÀ LUCENA¹, LLUÍS GAUSA GASCÓN¹, ALBERTO BREDÀ¹, JOAN PALOU REDORTA¹

1) Servei d'Urologi, Fundació Puigvert, Barcelona, Espanya

INTRODUCCIÓ

Les masses residuals de postquimioteràpia són considerades extremadament difícils d'eliminar fins i tot pels cirurgians laparoscòpics més experimentats. La tecnologia robòtica ha afegit una nova dimensió a la gestió d'aquests casos i ha disminuït la dificultat i la incomoditat associades a una cirurgia tan desafiant, però continua evolucionant. Presentem la nostra experiència en el tractament de la massa residual posterior a la quimioteràpia amb assistència robòtica juntament amb consells i trucs necessaris per dur a terme aquest procediment.

MÈTODES

Hem revisat retrospectivament les dades de 7 pacients intervinguts entre el 2010 i el 2016 per un mateix tipus de cirurgia de LR-R per masses residuals postquimioteràpia i descrit l'abordatge quirúrgic.

RESULTATS

La mitjana d'edat fou de 33 anys i la mitjana de l'índex de massa corporal de 24kg/m². L'estadiatge clínic definitiu va ser I en 5 pacients, IIB en 1 pacient i IIC en 1 pacient. El temps promig de cirurgia va ser de 250,71 minuts (210-300) i el promig de sagnat de 84,28ml (50-200ml). El promig d'estada hospitalària fou de 3.7 dies i la mitjana de ganglis extrets de 8 (1-16). En un cas es va requerir conversió amb minilaparotomia. No es van registrar complicacions greus (Clavien-Dindo >II) i el promig de seguiment dels pacients fou de 23 mesos (0.5-88).

CONCLUSIÓ

La LR-R és una tècnica viable en el tractament de masses postquimioteràpia per càncer de testicle, presenta una morbiditat associada a la cirurgia reduïda, una baixa taxa d'estada hospitalària i resultats oncològics a curt plaç òptims. Caldria aprofundir en el seguiment a llarg termini en futures investigacions.

Àrea temàtica: Tumor germinal i retroperitoni

Número: P18

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00310

TUMOR TESTICULAR DE CÈL·LULES DE LEYDIG

MARINA MUNARRIZ¹, ALEJANDRO GARCIA¹, GHITA TAGHMOUTI², GASA BLANCA¹, RUZ ESTHER¹, COSTA MARC¹, SANROMÀ ANNA¹, CECCHINI LLUIS¹

1) Hospital del Mar, Urologia 2) Hospital del Mar, Anatomia Patològica

INTRODUCCIÓ

Els tumors de cèl·lules de Leydig són infreqüents, suposant només el 1-3% de tots els tumors testiculars. Presentem un cas clínic que il·lustra aquesta entitat.

CAS CLÍNIC

Home de 25 anys sense antecedents patològics a destacar que consulta per dolor testicular dret. A l'exploració física no es palpa cap nòdul testicular i presenta una ginecomàstia lleu. Aporta una ecografia que informa de nòdul sòlid hipoecòic de 6 mm al testicle dret, amb un testicle contralateral normal. Es completa l'estudi amb una ressonància magnètica on es veu una imatge nodular de 6.9 mm hipointensa en T2, isointensa en T1 i amb captació homogènia de contrast. Els marcadors tumorals són negatius (α -fetoproteïna 1.6 ng/ml, β HCG < 2 UI/l i LDH 27 UI/l). A l'estudi hormonal destaca una lleu elevació de l'estradiol (42.65 pg/ml), amb LH, FSH, testosterona i progesterona normals (610 ng/dl, 7.01 UI/l, 4.57 UI/l i 0.63 ng/ml respectivament). En la tomografia computeritzada toraco-abdominal no s'objectiven adenopaties ni imatges suggestives de metàstasis. Davant la sospita d'un tumor testicular estromal, es realitza una tumorectomia per inguinotomia. L'estudi peroperatori confirma la presència d'un tumor de cèl·lules de Leydig benigne delimitat per una pseudocàpsula. L'estudi anatomopatològic definitiu confirma l'absència de criteris de malignitat. En el control analític al mes es normalitzaren els nivells d'estradiol (41 pg/ml).

CONCLUSIONS

El tumor de cèl·lules de Leydig s'associen en un 80% dels casos a alteracions hormonals i en un 30% a ginecomàstia. El 90% dels casos són benignes. Els pacients joves amb nòduls testiculars petis associats a ginecomàstia o alteracions hormonals cal sospitar un tumor testicular no germinal i realitzar una tumorectomia amb estudi peroperatori.

Àrea temàtica: Andrologia

Número: P19

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00332

CORPOROPLASTIA CON INJERTO DE TACHOSIL

SERGI BEATO GARCÍA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, RAÚL COCERA RODRÍGUEZ¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, LLUIS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Peyronie incluye las técnicas de plicatura para curvaturas no complicadas menores de 60º y las corporoplastias peneanas con injerto para pacientes con curvaturas complejas. Aún no se ha encontrado el injerto ideal, por lo que pueden usarse diversos tipos de parches: injertos autólogos (mucosa oral o túnica albugínea), xenoinjertos (submucosa intestinal porcina o pericardio bovino) e injertos sintéticos como TachoSil. El injerto con TachoSil (injerto auto-adhesivo de colágeno-fibrinógeno-trombina) es una alternativa con potenciales ventajas (menor tiempo quirúrgico, menor complejidad quirúrgica, menor precio) pero no hay estudios prospectivos que lo avalúen. Describimos la experiencia de nuestro centro en la utilización de injerto de TachoSil, dentro de un estudio multicéntrico en el que han participado 11 centros Españoles.

Material y métodos

Entre septiembre de 2016 y enero de 2018 se han incluido en nuestro centro 9 pacientes que cumplen los criterios de inclusión para el estudio: enfermedad de Peyronie con más de 45º de incurvación o deformidad compleja, con buena función eréctil previa. Se recogen datos preoperatorios, intraoperatorios y postquirúrgicos (seguimiento a los 3 y 6 meses postIQ).

Resultados

La edad media de los pacientes fue 55,33 años. Todos los pacientes tenían una placa única dorsal, con un tamaño medio de 23,2mm, que ocasionaba una curvatura media de 86,66º. Todos los pacientes incluidos tenían una enfermedad estable de al menos 6 meses. La duración media de la cirugía es de 98,9 min, con resolución intraoperatoria de la curvatura en todos los casos sin requerir otras técnicas complementarias para su corrección. En 3 casos (33%) se ha objetivado edema o hematoma resueltos conservadoramente. No se han evidenciado complicaciones vasculares o infecciones en el postoperatorio. La función eréctil se mantiene estable tras la cirugía (IEEF preIQ 15,14 vs 17,7 a los 6 m y EHS preIQ 3,14 vs 2,86 a los 6 m), mientras que la escala PDQ presenta clara mejoría en los controles a los 6 meses (42,9 preIQ vs 21,7 a los 6m). El 100% de los pacientes consideran que la curvatura ha desaparecido totalmente o casi totalmente a los 6 meses. Todos los pacientes refieren mejoría con la intervención (el 57% refieren mucha mejoría frente al 43% restante que refiere pequeña mejoría). Se objetiva acortamiento peneano en todos los pacientes (71,4% pacientes mayor de 2cm). En cuanto a las preguntas de satisfacción, el 71,4% de los pacientes están satisfechos con la intervención y el 100% repetiría la misma intervención.

Conclusiones

El parche con TachoSil es una buena alternativa para el tratamiento de la enfermedad de Peyronie con curvaturas complejas o mayores de 60º consiguiendo buenos resultados estéticos y funcionales y sin complicaciones importantes. Por estos motivos, creemos que puede incluirse como otra opción dentro del abanico terapéutico de la enfermedad de Peyronie.

Àrea temàtica: Andrologia

Número: P20

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00243

UPSIZING DE LES PRÒTESIS DE PENIS DESPRÉS DEL RECANVI PER DISFUNCIÓ MECÀNICA

RAUL COCERA RODRIGUEZ¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, JOAQUIM SARQUELLA GELI², CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, JOSE FRANCISCO SUAREZ NOVO¹, JOSVANY SANCHEZ CURBELO², LLUIS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUES JULIA¹, EDUARD RUIZ CASTAÑÉ²

1) Hospital Universitari de Bellvitge 2) Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓ

Les pròtesis de penis (PP) són un tractament eficaç per a la disfunció erèctil (DE) refractària. Malgrat això, alguns implants requeriran la seva revisió per disfunció mecànica. Encara que existeix consens en què solem implantar cilindres de major longitud en el recanvi (upsizing), no hi ha dades que ho corroborin ni ho quantifiquin.

OBJECTIU

El nostre objectiu és avaluar si es produeix upsizing després del recanvi de les PP per disfunció mecànica, quantificar la magnitud del mateix i analitzar què factors influeixen.

MATERIAL I MÈTODES

Hem realitzat un estudi observacional retrospectiu multicèntric sobre substitució de PP per disfunció mecànica entre juny de 1991 i octubre de 2017. Es van incloure pacients en els quals teníem el tipus i la grandària d'ambdues pròtesis. Es va excloure el reemplaçament de PP de menys de 12 mesos i el reemplaçament a causa d'infecció. Anàlitzem edat, comorbiditat, etiologia, grandària, tipus de pròtesi i temps transcorregut entre tots dos procediments.

RESULTATS

Va haver-hi 142 reemplaçaments, complint criteris d'inclusió solament 85. L'edat mitjana en el primer implant va ser de 51,7 anys (24-73 anys). L'etiologia principal va ser la disfunció erèctil vasculogènica en 59 pacients (69,4%), seguida de cirurgia pèlvica 15 (17,6%) (prostatectomia radical-10, cistectomia radical-4, cirurgia colorrectal-1), malaltia de Peyronie 5 (5,9%), neurològica 5 (5,9%) i priapisme en un cas. 23 pacients (27,1%) eren diabètics i el temps mitjana per al reemplaçament va ser de 98 mesos (16,5-271 mesos). El tipus de PP primari va ser PP no inflable en 27 casos (31,8%), PP inflable d'una peça en 15 (17,6%), PP inflable de dues peces en 29 (34,1%), PP inflable de tres peces en 12 (14,1 %) i PP inflable de tres peces amb expansió de longitud en 2 (2,4%). La longitud mitjana del PP primari va ser de 19.6 +/- 1.8 cm i la longitud mitjana del PP secundari va ser de 21.1 +/- 2.1 cm, amb un augment mig d'1.5 +/- 1.5 cm ($p < 0.000$). En 60 casos (70,6%) es va realitzar l'ampliació, en 14 (16,5%) es van implantar cilindres de la mateixa longitud i en 11 (12,9%) es van implantar cilindres més petits. L'etiologia, l'edat ($p = 0,36$), la diabetis ($p = 0,17$) i el temps transcorregut entre els procediments ($p = 0,12$) no es van correlacionar amb un major augment de grandària. Solament el tipus de PP primari es va associar amb major augment de grandària (PP inflable de dues peces ($p = 0,013$) i PP inflable de tres peces amb expansió de longitud ($p = 0,048$)).

CONCLUSIONS

En la substitució de PP a causa de disfunció mecànica podem dur a terme el upsizing en un gran nombre de pacients. En les nostres dades, el tipus de PP primari es va associar amb la presència de major augment de grandària.

Àrea temàtica: Cirurgia reconstructiva

Número: P21

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 2

Horari: 19:00 A 20:15

ID: 00271

POSTECTOMIA, UNA CIRURGIA DE RESIDENT?

ANNA FERRAN CARPINTERO¹, CARLOS ABAD GAIRÍN¹, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA¹, LETICIA DE VERDONCES ROMAN¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, VÍCTOR PAREJO CORTÉS¹, MARIO ROSADO URTEAGA¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, ÀNGEL PRERA VILASECA¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

Introducció

La postectomia és una cirurgia molt freqüent que normalment es realitza amb anestèsia local i habitualment és el procediment quirúrgic idoni per l'inici de la formació quirúrgica dels residents.

En gent gran, la causa més freqüent de fimosi és el liquen esclerós que es caracteritza per un procés inflamatori crònic de la pell d'origen desconegut que pot afectar al prepuci, gland, meat uretral i fossa navicular. En alguns casos, una liquenificació excessiva pot requerir d'un procediment més complex que la postectomia simple habitual.

Cas clínic

Presentem el cas d'un home de 84 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, diabetis mellitus, fibril·lació auricular en tractament anticoagulant amb apixaban i lleu demència frontotemporal que consulta per incontinència urinària secundària a fimosis puntiforme severa.

A l'exploració, s'evidencia un prepuci escleròtic completament adherit al gland amb impossibilitat per a la retracció per líquen i amb dificultat per la identificació de la uretra.

Davant dels problemes derivats de la dificultat per a la micció i les lesions cutànies secundàries al bolquer, es decideix realitzar una postectomia de forma programada.

Sota anestèsia locorregional es realitza una incisió circumferencial al voltant del meat uretral i es disseca per plans fins a poder identificar el cos esponjós i els cossos cavernosos. Es resseca teixit fibroescleròtic del gland i fossa navicular, realitzant glandectomia parcial i meatoplàstia, amb la reconstrucció d'un neogland amb el teixit cicatricial del gland residual sense fer un injert autòlog de pell. Es completa el procediment amb una zetaplàstia a nivell de pubis i una escrotoplàstia romboidal per tal de permetre realitzar la sutura de pell.

El pacient és donat d'alta als 7 dies amb bona evolució posterior i sense complicacions. Després de 9 setmanes ha tingut una cicatrització favorable i manté miccions confortables.

L'anatomia patològica ha confirmat la presència de balanitis crònica amb canvis liquenoides sense identificar signes de malignitat.

Conclusions

Davant d'algunes fimosis severes, la postectomia pot ser un procediment més complex de l'habitual. L'exploració física inicial a consultes pot facilitar la planificació d'aquesta cirurgia, i el coneixement de tècniques de cirurgia reconstructiva pot ser un bon recurs per ajudar-nos a realitzar el procediment de forma favorable.