



BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

COMUNICACIONS 3

(C18 - C26)

DISSABTE 14 / 15:30-17:00 / SALA 3

Moderadors: Helena Ascaso i Esteban Emiliani

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00304

QUINS PACIENTS HEM D'INCLOURE A L'INICIAR UN PROGRAMA DE VIGILÀNCIA ACTIVA?

ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, MARTA ALVES SANTIAGO¹, MIREIA FARGAS MADRILES¹, ARNAU SERRA DEOLA¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, JOSE VILA BARJA¹, JOSEP SEGARRA TOMAS¹

1) Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

OBJECTIUS

La dificultat a l'iniciar un programa de vigilància activa (VA) pot veure's agreujada per la falta de consens en els criteris de selecció dels pacients i la heterogeneïtat de la bibliografia disponible.

L'objectiu del nostre estudi va ser establir els criteris d'inclusió dels pacients en un protocol de VA al nostre centre, així com la comparació dels nostres resultats amb la literatura actual.

MÈTODE

Es va realitzar una anàlisi retrospectiva dels 258 pacients sotmesos a prostatectomia radical (PR) entre 2008 i 2015 al nostre centre.

Les dades clíniques prèvies al tractament del càncer de pròstata (TNM, Gleason) es van comparar amb els resultats de la peça de la PR. Igualment, es va avaluar i comparar la validesa de diferents criteris d'inclusió per VA, presents en la literatura publicada, com a proves diagnòstiques per una histologia favorable en PR (Gleason < 7 i tumor organoconfinat).

RESULTATS

De la mostra inicial, 97 pacients van complir els criteris d'inclusió.

Els resultats demostraren un "upstaging" del 3%, un "upgrading" del 25% així com un "downgrading" del 9% en la nostra població.

Els criteris de vigilància activa amb major especificitat (96%) i major valor predictiu positiu (78%) van ser: PSA < 10 ng/mL, PSA_d < 0'15, Gleason < 7 i un estadi igual o inferior a T2a.

En definitiva, en la nostra mostra 12 pacients (12'37%) haguessin complert els nostres criteris per vigilància activa, dels quals 1 (8%) estaria sobreestadiat i 2 (16%) sobregradats. Durant el seguiment (una mitja de 52'3 mesos) cap dels 12 pacients ha presentat recidiva bioquímica ni ha precisat un segon tractament.

CONCLUSIÓ

Els resultats obtinguts són comparables als de altres sèries, pel que els nostres criteris d'inclusió seleccionats semblen un bon punt d'inici per instaurar un protocol de vigilància activa (VA) al nostre centre.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00323

QUIN ÉS EL VALOR PREDICTIU D'UNA RESSONÀNCIA MAGNÈTICA MULTIPARAMÈTRICA NEGATIVA PER EXCLOURE EL CÀNCER DE PRÒSTATA EN LA BIÒPSIA?

IGNASI GALLARDO¹, LUCAS REGIS¹, RICARDO LÓPEZ¹, ENRIC MIRET¹, MERCÈ CUADRAS¹, FERNANDO DIAZ¹, ADRIÀ PIÑERO¹, ORIOL MORENO¹, SÍLVIA ROCHE¹, ANA CELMA¹, CARLOS SALVADOR¹, DAVID LORENTE¹, IVAN SCHWARTZMANN¹, JACQUES PLANAS¹, JOSE PLACER¹, ENRIQUE TRILLA¹, JUAN MOROTE¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Servei Urologia

Introducció i objectius:

La imatge per ressonància magnètica multiparamètrica (RNMmp) ha guanyat importància en el diagnòstic del càncer de pròstata (CP). Tot i així, desconeixem si els pacients amb sospita de CP i RNMmp negativa poden estalviar-se la biòpsia fiablement. L'objectiu d'aquest estudi és avaluar el valor predictiu negatiu (VPN) clínic de la RNMmp per excloure càncer en pacients amb imatges negatives prèvies a la biòpsia.

Mètode:

De Desembre de 2012 a Gener de 2017, es van realitzar prospectivament 1128 RNMmp consecutives per sospita de CP informades utilitzant la classificació PI-RADS per un uro-radiòleg expert.

L'absència d'àrees sospitoses (PI-RADS1) i la presència d'àrees de baix risc (PI-RADS2) van ser considerades com RNMmp negatives. La informació de la biòpsia i la prostatectomia van ser comparades segons la classificació PI-RADS. La malaltia d'alt grau va ser definida com a grup ISUP > 1 (score Gleason > 6, CPAG). L'anàlisi univariant va ser realitzat mitjançant el test chi-quadrat o el test de Wilcoxon Rank, i el VPN va ser avaluat.

Resultats:

222 (19,7%) RNMmp van ser informades com a negatives: 130 (58,6%) van ser PI-RADS1 i 92 (41,4%), PI-RADS2. Es va diagnosticar CP en 29 (13,1%) pacients i 12 (5,4%) van ser classificats com CPAG. La taxa de detecció global en el grup PI-RADS2 va ser superior al grup PI-RADS1, 19,6% (18/92) vs 8,5% (11/130) respectivament, $p = 0,014$. La taxa de detecció del CPAG en la biòpsia va ser significativament major en el grup PI-RADS2, 8,7% (8/92) vs 3,1% (4/130), $p = 0,047$. El VPN en pacients naïve i PI-RADS1 va ser del 95,1% per CPAG, mentre que en pacients sotmesos a biòpsies repetides i PI-RADS1, el VPN va ser del 98,6%. Aquestes taxes difereixen del grup PI-RADS2: El VPN per CPAG en pacients naïve va ser del 84,4% i del 95,0% en biòpsies repetides. Quinze pacients van ser sotmesos a prostatectomia radical: 5 van presentar CPAG en la biòpsia inicial, i tots havien estat classificats com a PI-RADS2. Es va obtenir una concordança del 80% entre l'anàlisi anatomopatològic final i la biòpsia.

Conclusions:

PI-RADS2 no hauria de ser considerat com RNMmp negativa. Evitar una biòpsia a pacients sense biòpsies prèvies amb sospita clínica de CP i una zona de baixa sospita a la RNMmp pot comportar decisions clíniques errònies.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00300

LOS PUNTOS ANATÓMICOS DE REFERENCIA EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA PREOPERATORIA PREDICEN LA RECUPERACIÓN TEMPRANA DE LA CONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.

LUCAS REGIS¹, RICARDO LOPEZ¹, AINA SALAZAR¹, ENRIC MIRET¹, ANA CELMA¹, JACQUES PLANAS¹, DAVID LORENTE¹, JOSE PLACER¹, SARAI ROCHE², ENRIQUE TRILLA¹, JUAN MOROTE¹

1) Departamento de Urología Hospital Vall d Hebron 2) Institut de Diagnòstic per la Imatge Hospital Vall d Hebron

Introducción:

La incontinencia urinaria (IU) es una de las principales complicaciones tras la prostatectomía radical. Recientes modificaciones en la técnica de reconstrucción han tenido como objetivo principal cambiar la posición final de la anastomosis y los ángulos virtuales entre los puntos de referencia anatómicos. El objetivo del estudio es describir las características anatómicas, evaluadas preoperatoriamente mediante resonancia magnética multiparamétrica de 3 Tesla (RMmp 3-T), que contribuyen a la recuperación temprana de la continencia urinaria (CU) después de la prostatectomía radical asistida por robot (PRAR).

Material y métodos:

Se analizaron prospectivamente 72 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata sometidos a PRAR con reconstrucción posterior del rabdoesfero. Todos fueron sometidos a RMmp 3-T (3.0 T Trio® Siemens) antes de la cirugía. Los resultados funcionales se evaluaron mediante los cuestionarios EPIC (1, 3, 6 y 12 meses después de la cirugía) y la fecha de primera continencia autoinformada. La longitud de la uretra membranosa (LUM), el ángulo entre la LUM y el eje prostático (aLUMP) se evaluaron preoperatoriamente en imágenes sagitales ponderadas en T2. El análisis univariante y multivariante se realizó con STATA v13.1.

Resultados:

La mediana de edad fue de 63 años (47-75), la tasa de tacto rectal anormal del 31,94% y la mediana de PSA de 6,5 ng/ml (1,5-22,8). La mediana de CU evaluada con la fecha de continencia autorreferida fue de 4 semanas tras retirada de sonda uretral (0-32). Las tasas de CU basadas en la fecha de primera CU autoinformada fueron 81,48% y 90,48% a los 6 y 12 meses, respectivamente. Al considerar CU como necesidad de ≤ 1 PAD/día, esas tasas fueron 67,21%, 92,59% y 95,24% a 1, 6 y 12 meses respectivamente.

Los pacientes con valores de aLUMP más bajos alcanzaron CU temprana: 1 mes tras la retirada de sonda uretral, los pacientes continentales tenían una media de aLUMP de 107,21° (90,28-124,15), mientras que entre los que tenían IU era de 118,53° (IC del 95% 117,72-133,98); $p = 0,014$. A los 6 meses aLUMP fue de 114,24° (IC 95% 104,62-123,85) y 141,99° (IC 95% 126,49-157,59), respectivamente; $p = 0,015$. A los 12 meses, los pacientes continentales tenían una LUM preoperatoria de 16,06 mm (IC 95% 13,85-18,28), mientras que los pacientes con IU tenían 10,03 mm (IC 95% 8,72-12,13). No se encontraron diferencias en aLUMP a 12m, ni en LUM en el 1er o 6ºm según el estado de CU. Se realizaron análisis multivariados que incluyeron el volumen de próstata, el IMC, el estadio clínico, la ¿etapa? de imagen, el aLUMP y el LUMP. Sólo el aLUMP fue un predictor independiente de CU a los 6 meses OR 0,007 (IC 95%: 0,002-0,012), $p = 0,012$.

Conclusiones:

La evaluación de los ángulos virtuales entre los puntos de referencia anatómicos previos a la cirugía puede ayudar a definir qué pacientes recuperarán la CU precozmente, ayudando en la toma de decisiones sobre el tratamiento

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00287

UTILITAT DE LA DENSITAT DEL PSA COM A FACTOR PRONÒSTIC DE RECIDIVA BIOQUÍMICA EN PACIENTS TRACTATS AMB PROSTATECTOMIA RADICAL

MIREIA FARGAS MADRILES¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, PEDRO MARTÍNEZ MENEU², MIQUEL R SOLER RODRÍGUEZ², MARTA ALVES SANTIAGO¹, ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, ARNAU SERRA DEOLA¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, JOSE VILA BARJA¹, JOSEP SEGARRA TOMAS¹

1) Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona 2) Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina. Tarragona

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és analitzar si la densitat del PSA (PSAD), en comparació amb altres factors pronòstics del càncer de pròstata ja reconeguts, és útil com a predictor de recidiva bioquímica en pacients sotmesos a tractament quirúrgic mitjançant prostatectomia radical.

MÈTODE

Hem revisat de manera retrospectiva, període comprès entre novembre del 2007 i desembre del 2015, les dades de 233 pacients diagnosticats de càncer de pròstata tractats mitjançant prostatectomia radical a l'Hospital Joan XXIII de Tarragona. Els factors pronòstics de la supervivència lliure de recidiva bioquímica analitzats segons l'evidència científica existent han estat: la PSAD preoperatòria (volum prostàtic mesurat per ecografia transrectal durant la biòpsia de pròstata diagnòstica), la PSAD de la peça quirúrgica (pes obtingut per anatomopatologia), la classificació D'Amico preoperatòria, els valors de l'escala Gleason i l'afectació dels marges quirúrgics de la peça de prostatectomia, el valor de PSA en el moment del diagnòstic i l'estadiatge patològic (valor de T). S'han exclòs de l'estudi els pacients que havien rebut tractament previ a la intervenció i dels quals no es disposaven tots els valors necessaris esmentats. S'ha utilitzat el mètode de Kaplan-Meier per analitzar la supervivència per a cada variable i la prova de Log-rank per a comparar la supervivència lliure de recidiva bioquímica entre els grups de cada variable. S'ha realitzat la regressió de Cox per analitzar els factors associats a la recidiva bioquímica després de la prostatectomia radical.

RESULTATS

Dels 119 pacients inclosos a l'estudi, 15 van presentar recidiva bioquímica. Al comparar les corbes de supervivència per cada grup dins les variables PSAD preoperatòria per ecografia transrectal, PSAD de la peça quirúrgica, classificació D'Amico, afectació dels marges quirúrgics de la peça quirúrgica i PSA en el moment del diagnòstic observem diferències estadísticament significatives. En l'anàlisi multivariant, valors de Gleason $\geq 4+3$ a la peça quirúrgica, l'afectació dels marges quirúrgics de la peça i una PSAD de la peça de prostatectomia $> 0,3\text{ng/ml/g}$ s'associen a una major rapidesa de recidiva bioquímica posterior a la prostatectomia radical.

CONCLUSIONS

El nostre estudi ha demostrat una marcada associació entre una elevada PSAD de la peça quirúrgica i una reducció de la supervivència lliure de recidiva bioquímica. Per tant, podria ser una eina útil aplicable a valorar la necessitat de teràpia adjuvant precoç posterior al tractament amb intenció radical. Tot i així, calen estudis prospectius amb major evidència per confirmar-ne la seva aplicació a la pràctica clínica habitual.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00298

IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN LA SUPERVIVENCIA GLOBAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA CON DEBUT METASTÁSICO TRATADOS CON SUPRESIÓN ANDROGÉNICA

MARIO ROSADO URTEAGA¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ ¹, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA¹, DARÍO GARCÍA ROJA¹, ENRIQUE GALLARDO DÍAZ², TERESA BONFILL ABELLA², IRMGARD COSTA TRACHSEL³, ÁNGEL PRERA VILLASECA¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, CARLOS ABAD GAIRIN¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, LETICIA DE VERDONCES ROMÁN¹, VÍCTOR PAREJO CORTÉS¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, ANNA FERRAN CARPINTERO¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Servicio Urología Hospital Universitari Parc Tauli - Sabadell 2) Servicio Oncología Hospital Universitari Parc Tauli - Sabadell 3) Servicio Anatomía Patológica Hospital Universitari Parc Tauli - Sabadell

INTRODUCCIÓN

La sarcopenia es un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de la musculatura esquelética y de la fuerza. Se relaciona con la edad y es un predictor de resultados quirúrgicos. Los procesos oncológicos se asocian a la pérdida de masa magra debido a un aumento del catabolismo producido por el metabolismo tumoral, la presencia de un estado inflamatorio asociado a otros efectos mediados por el tumor como la anorexia, fatiga, deterioro del estado funcional y la inmovilidad. Por dichos motivos, la sarcopenia se ha asociado a la mortalidad en algunos procesos oncológicos.

MÉTODO

Estudio retrospectivo del período 2008-2015 de los pacientes afectados de cáncer próstata con debut metastásico que únicamente iniciaron terapia de privación androgénica para valorar si la presencia de sarcopenia puede ser un factor pronóstico. Se usó el cálculo del HUAC (Hounsfield Unit Average Calculation). Dicha variable se obtiene mediante la densidad media (en unidades Hounsfield) y el área media (en cm²) de ambos psoas a nivel de L3 a través de una TC.

RESULTADOS

Un total de 70 pacientes se diagnosticaron en dicho período de un adenocarcinoma de próstata metastásico. La edad media de los pacientes es de 74.07 +/- 9.28 años. La mediana de PSA al diagnóstico fue de 68.25 ng/ml (rango intercuartil 29.38-274.05). 65 pacientes (92.8%) presentaban un Gleason $\geq$ 8. 6 (8.5%) pacientes se presentaron como metástasis retroperitoneales, 58(82.8%) metástasis óseas (M1 óseas), 6 (8.5%) metástasis viscerales (M1 viscerales). De los pacientes con M1 óseas, 32 pacientes (55.17%) presentaban 10 ó más metástasis. La mediana de supervivencia fue de 32.13 meses. La mediana de HUAC fue de 20.3 UH (rango intercuartil 15.54-22.76).

En el estudio univariante el valor HUAC, el número de M1 óseas, la presencia de M1 viscerales, la presencia de escape a la supresión androgénica tuvieron impacto significativo en la supervivencia global.

Posteriormente se realiza un estudio multivariante de las variables significativas en el univariante junto con el Gleason y el cambio porcentual del PSA a los 6 meses. En el resultado multivariante ni el cambio del PSA a los 6 meses ni la presencia de un escape a la supresión androgénica tuvieron impacto en la supervivencia. En cambio, la supervivencia global se vio afectada por el número de M1 óseas, la presencia de M1 viscerales, el Gleason y el HUAC. El HUAC presentó una HR 0.902 (IC 95% 0.835-0.973, p=0.008), el score Gleason presentó una HR 2.001 (IC 95% 1.020-3.923, p=0.044), el número de M1 óseas presentó una HR 1.573 (IC 95% 1.103-2.43, p=0.012) y el número de M1 viscerales una HR 7.404 (IC 95% 2.233-24.549, p=0.001).

CONCLUSIÓN

En nuestra serie de pacientes afectados de adenocarcinoma de próstata con debut metastásico tratados únicamente de inicio con privación androgénica, el HUAC al diagnóstico de la enfermedad como reflejo de la presencia de sarcopenia tuvo impacto significativo en la supervivencia global.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00303

SEGUIMENT TELEFÒNIC EN ELS PACIENTS D'UROLOGIA

HECTOR LOPEZ LLAURADO¹, MARCIAL BERRIOS QUINTERO¹, TEODORO DI CAPUA TELESKA¹, CATERINA FERNANDEZ RAMON¹, JOSEP MA. MALET CARRERAS¹, ANNA PALAZZETTI¹

1) ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA

Objectius:

Donar a conèixer un sistema nou de treball en el nostre servei, el seguiment telefònic (ST). Els objectius són disminuir la pressió assistencial a consultes externes (CCEE) i disminuir els desplaçaments, l'absentisme laboral i millorar l'experiència dels pacients.

Mètode:

El ST s'ha iniciat al nostre servei l'octubre de 2017. Els pacients candidats de ST, són aquells que es troben bé i que requereixen proves complementàries de seguiment o repetició de proves. En aquest cas, se'ls ofereix la possibilitat d'informar dels resultats per via telefònica. Serà el mateix metge que li proposa qui trucarà al pacient (agenda pròpia). Es voluntari i reversible i es segueixen normes de confidencialitat. Si el pacient accepta, se li organitzen les proves i la cita telefònica.

Candidats a ST: a) Pacients amb patologies oncològiques: seguiment després de tractaments primaris (PSA, ecografies, TAC...) b) Patologies benignes: controls de PSA, litiasi, símptomes urinaris, controls post-vasectomia, etc.

No es proposa ST en pacients complexos o que requereixen visita mèdica.

Els requeriments administratius són dos:

a) un administratiu que controla tot el procés: programa les proves sol·licitades i la cita telefònica i comprova que el dia de la trucada les proves estiguin fetes.

b) una agenda dels pacients programats (es fa a CCEE).

Al pacient se li recordarà la cita telefònica per carta i per SMS (7 dies i 1 dia abans). S'inclouen pacients des de CCEE i el gabinet de cistoscòpies (resultats de citologies).

El dia de la trucada, després d'identificar el pacient, es donen els resultats i es sol·liciten noves proves si es creu convenient. També permet fer altres actuacions com receptar, activar el "diagnòstic ràpid", fer interconsultes i donar l'alta. Al finalitzar, es pot seguir dins del ST o en cas que el metge ho creu oportú o el pacient ho sol·liciti, fer tornar al pacient a visita presencial, en 1-2 setmanes.

Resultats

L'acceptació de ST del pacients candidats és molt alta i valorada molt satisfactòriament.

El 99% dels pacients estan pendents de la trucada i contesten al telèfon.

El temps mig per trucada són 3 minuts.

La taxa de continuïtat (seguir en ST i no tornar a visita presencial) és molt alta.

El període de seguiment del ST és curt (6 mesos), tot i així, la ratio de trucades telefòniques/visites presencials ja és d'un 20% de l'activitat a CCEE.

Cada uròleg inclou uns 10 pacients setmanals a ST. Això, permet un alleujament de consultes presencials per servei d'unes 3 hores setmanals.

Conclusions

La implementació del ST al nostre treball assistencial, genera un alleujament de la pressió assistencial a CCEE i una millora en l'atenció al pacient. La taxa d'acceptació per part del pacient a entrar en aquest sistema és molt alta així com la taxa de continuïtat en el mateix.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00290

MANIOBRAS ADYUVANTES EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE PARA MEJORAR LOS RESULTADOS ESTÉTICOS Y FUNCIONALES

CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, LUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

La cirugía protésica de pene es el tratamiento definitivo para aquellos pacientes con disfunción eréctil refractaria al tratamiento médico. A pesar de que asocia tasas de satisfacción >90%, se sabe que los hombres con enfermedad de Peyronie, índice de masa corporal >30 kg/m² o aquellos intervenidos previamente de prostatectomía radical presentan tasas de satisfacción menores que la población general. Los motivos principales de insatisfacción son la pérdida subjetiva de la longitud del pene y la flacidez del glande. Ante esta circunstancia, se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas adyuvantes para mejorar los resultados estéticos y funcionales tras el implante.

Método

Presentamos una serie descriptiva de distintas técnicas accesorias al implante de prótesis de pene empleadas en nuestro centro con el fin de mejorar los resultados estéticos y funcionales.

Resultados

En cuanto a las maniobras para corregir la curvatura del pene, el algoritmo terapéutico más descrito consiste en realizar modeling (figura 1) a aquellas curvaturas >30° tras la implantación de la prótesis de pene (PP). Si tras esta maniobra persiste una curvatura >30°, se realizarán técnicas de plicatura o incisión (figura 2) que se asociarán al uso de injertos o no según si el defecto en la albúginea es >2 cm o <2 cm respectivamente. Para evitar la disminución de la longitud del pene, se han utilizado técnicas de reducción de la piel pene-escrotal (figura 3), la lipectomía suprapúbica (figura 4), la resección del ligamento suspensorio (figura 5), la corporoplastia de aumento o el uso de prótesis como extensor de longitud. Finalmente, existen maniobras para evitar el *floppy glans syndrome* como podrían ser la fijación del glande (figura 6) o la faloplastia distal.

Conclusiones

Mediante la realización de maniobras quirúrgicas adyuvantes, podemos mejorar las tasas de satisfacción a nivel estético y funcional de los pacientes a los que implantamos una PP.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: 15: 30 A 17: 00 H

ID: 00294

EXPERIÈNCIA EN L'ABORDATGE QUIRÚRGIC DE LA CURVATURA PENIANA

NATÀLIA PICOLA BRAU¹, JOSEP TORREMADÉ BARREDA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, RAUL COCERA RODRIGUEZ¹, SERGI BEATO GARCIA¹, HÈCTOR RAMOS REINA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i Objectius: La curvatura peniana presenta una incidència d'entorn al 10% en la població general. Comporta un impacte molt significatiu en el pacient, tant des del punt de vista sexual com psicològic, naixent d'aquí la necessitat d'un bon abordatge de la malaltia. Tot i que s'han proposat múltiples tractaments mèdics, actualment el maneig quirúrgic és el més efectiu.

L'objectiu principal d'aquest estudi és revisar les diferents tècniques quirúrgiques emprades per al tractament de la curvatura peniana en el nostre centre i avaluar-ne els seus resultats.

Material i Mètodes: Hem realitzat un estudi observacional retrospectiu dels pacients amb curvatura peniana intervinguda entre el febrer del 2012 i el març del 2018 a l'Hospital Universitari de Bellvitge. S'han recollit variables demogràfiques dels pacients, etiologia, tipus i grau de curvatura. A més, hem avaluat la tècnica aplicada, complicacions i resultats.

Resultats: En aquest període s'ha intervingut 108 pacients amb un seguiment mig de 9 mesos (1-63 mesos). Dels 108 pacients revisats, 96 (88.9%) eren d'origen adquirit secundaris a la malaltia de Peyronie i 12 (11.1%) eren d'origen congènit. La mitjana d'edat en el moment de la cirurgia era de 55 anys (18-76 anys). El grau de curvatura oscil·lava entre 30 i 100°. La curvatura congènita més freqüent era ventral (n=9;75%), mentre que l'adquirida era dorsal (n=66;68.8%). La tècnica quirúrgica més emprada ha estat la plicatura/plàstia de la túnica albugínia (n=69;63.9%), seguida d'incisió/escissió de placa i col·locació d'empelt (n=20;18.5%), pròtesi de penis (n=15;13.9%) i rotació de cossos cavernosos (n=4;3.7%). Previ a la cirurgia, 69(63.9%) pacients tenien bona funció erètil, 22(20.4%) necessitaven iPDE5, 3(2.8%) injeccions intracavernoses i 14(12.9%) no responien a mesures mèdiques. Després de la cirurgia, 9 (8.3%) necessitaren augment de l'escala terapèutica.

20 (18.5%) pacients tingueren complicacions postquirúrgiques: hipoestèsia del gland (n=14;13%), recuperant-se totalment en 9 (64.3%) i parcialment en la resta 5 (35.7%); granuloma o molèsties pels punts de sutura (n=2;1.9%), hematoma (n=1;0.9%), hiperestèsia del gland (n=1;0.9%), edema parafrimòtic requerint de postectomia (n=1;0.9%) i escurçament sever del penis que impossibilita la penetració (n=1;0.9%). Cap cas presentà infecció de la ferida quirúrgica.

90 (83.3%) pacients tingueren correcció complerta de la curvatura, quedant 18 (16.7%) amb curvatura residual, sent en 13(12.1%) de <20° (sense requerir en cap cas reintervenció) i 5(4.6%) de 20-40° (requerint només un cas la realització de nova corporoplàstia).

Conclusions: Avui en dia es disposa d'un ampli ventall de tècniques quirúrgiques per al tractament de la curvatura peniana. En la nostra sèrie de casos, l'abordatge quirúrgic, malgrat no estar exempta de complicacions, ha demostrat ser una bona opció terapèutica i, en la majoria dels casos, aporta un resultat funcional i estèticament satisfactoris pels pacients.

ID: 00288

EXPERIÈNCIA INICIAL EN UN PROGRAMA D'IMPLANTACIÓ SINCRÒNICA DE PRÒTESIS DE PENIS I CORRECCIÓ D'INCONTINÈNCIA URINÀRIA.

PUJOL GALARZA, LAIA (1); TORREMADE BARREDA, JOSEP (1); CAMPS LLOVERAS, NARCIS (1); MARTINEZ BAREA, VIRGINIA (1); FIOL RIERA, MARIA (1); FERREIRO PAREJA, CRISTINA (1); COCERA RODRIGUEZ, RAUL (1); RIERA CANALS, LLUÍS (1); VIGUÉS JULIÀ, FRANCESC (1)

1) Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓ

La incontinència urinària (IU) i la disfunció erètil (DE) són complicacions freqüents després de la prostatectomia radical (PR). En casos d'IU d'esforç i DE refractària al tractament mèdic, el tractament d'elecció és el quirúrgic podent-se realitzar de manera simultània.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és valorar els resultats obtinguts al nostre centre en la implantació de pròtesis de penis (PP) i correcció quirúrgica de la incontinència urinària simultània, així com fer una descripció de la tècnica quirúrgica i el tipus de material protèsic implantat.

MATERIAL I MÈTODE

Hem realitzat un estudi descriptiu retrospectiu i observacional entre juny de 2013 i desembre de 2017. Durant aquest període hem intervingut 7 malalts, tots ells amb IU i DE post PR, en 4 casos la PR havia estat oberta, 2 laparoscòpica i 1 robòtica. 1 malalt havia rebut tractament complementari amb RDT, 3 malalts havien requerit cervicotomia per estenosi de l'anastomosi (estable en el moment de la IQ) i a un malalt se li havia implantat un Advance XP previ sense milloria de la IU.

RESULTATS

L'edat mitja dels pacients va ser de 62 anys (53-70). En tots els casos es va implantar una PP AMS 700 LGX, en 6 d'ells associat a un esfínter urinari artificial (AUS) AUS 800 i en 1 cas un cabestrell suburetral Advance XP.

La via d'abordatge per a la implantació de PP va ser escrotal en 6 casos, d'aquests 3 es va implantar l'esfínter via perineal, en 2 casos via escrotal i en 1 es va implantar un Advance XP. En 1 cas es va implantar la pròtesi per via infrapúbica i l'AUS per via perineal.

El temps quirúrgic mig ha estat de 141 min (70-180 min) i el temps mig d'estança hospitalària de 2'4 dies (2-3).

No s'han observat complicacions intra ni post-operatòries, només 1 malalt (AUS post Advance XP) va presentar una retenció aguda d'orina en el postoperatori immediat sent possible la retirada de sonda vesical posteriorment sense incidències. La taxa d'infecció i de revisió quirúrgica ha estat del 0%.

Amb un seguiment mig de 22'28 mesos (2-51) la satisfacció dels malalts ha estat molt bona en tots els casos, sent el 100% de les PP funcionants i un grau de curació de la IU del 85'7% (0 o safety PAD).

CONCLUSIONS

El tractament sincrònic de la DE i IU és una opció quirúrgica que ofereix uns resultats quirúrgics funcionals satisfactoris. Tot i la nostra sèrie limitada de pacients, la nostra corba d'aprenentatge en aquesta tècnica no ha suposat un augment en la taxa d'infecció ni de complicacions.