

DISSABTE 1 D'ABRIL DE DE 15:30 A 17:00 H

SALA 3

**COMUNICACIONS 3
(C22-C31)**

Moderadors:

J.M. Abascal

X. Ruiz

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Tipus: Oral

Número: C22

Dia: DISSABTE 1 D\ 'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00151

COMPORTAMIENTO DE LOS NIVELES DE TESTOSTERONA SEGÚN LOS NIVELES DE HORMONA LUTENINIZANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA

AINA SALAZAR GABARRO¹, LUCAS REGIS PLACIDO¹, ADRIAN TORRES VELAZQUEZ¹, ANA CELMA DOMENECH¹, RICARDO LOPEZ DEL CAMPO¹, JACQUES PLANAS MORIN¹, CARLOS SALVADOR LACAMBRA¹, JOSE PLACER SANTOS¹, ENRIQUE TRILLA HERRERA¹, DAVID LORENTE GARCIA¹, ROSER FERRER COSTA², FERNANDO DIAZ FERNANDEZ¹, IGNASI GALLARDO ANDRES¹, JUAN MOROTE ROBLES¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Servicio de Urología. 2) Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Servicio de Bioquímica.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La terapia de deprivación androgénica (TDA) con agonistas LHRH reduce la concentración sérica de LH y testosterona hasta los llamados niveles de castración. En la práctica clínica, la eficacia de la maniobra de castración se monitoriza mediante las cifras de testosterona, que deben mantenerse inferiores a 50 ng/dL. Según la farmacocinética de los agonistas LHRH, la respuesta a la TDA podría evaluarse directamente mediante la determinación de la LH. El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de testosterona en relación a los niveles de LH que reflejan la castración farmacológica real y determinar el comportamiento de la testosterona en pacientes óptimamente castrados según los valores de LH.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se analizaron de forma prospectiva las concentraciones séricas de testosterona y LH en 104 pacientes consecutivos con cáncer de próstata (CaP) en tratamiento con TDA con agonistas LHRH. La testosterona fue determinada mediante cromatografía líquida con espectrometría de masas y la LH mediante quimioluminiscencia directa. Los pacientes se clasificaron en castrados, si la LH era indetectable (<0,12 U/L), y subóptimamente castrados, si la LH era $\geq 0,12$ U/L. Se analizó el comportamiento de la testosterona y se estableció el nivel de testosterona de castración a partir del percentil 95 en los pacientes óptimamente castrados.

RESULTADOS. Setenta y cuatro pacientes (72,5%) presentaron niveles óptimos de castración. La media de testosterona en estos pacientes fue de 14,0 ng/dL (IC 95% 3-67), y en los pacientes subóptimamente castrados de 25,0 ng/dL (IC 95% 6-102), $p < 0,001$. En los pacientes óptimamente castrados el percentil 95 de las cifras de testosterona fue de 39,2 ng/dL (IC 95% 30,1-46,8) y en los castrados de forma subóptima de 92,6 ng/dL (IC 95% 82,1-98,4).

CONCLUSIONES. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con PCa en tratamiento con TDA con agonistas LHRH presentan niveles subóptimos de castración. Las cifras de testosterona en estos pacientes son más elevadas que en los pacientes correctamente castrados, hecho que podría presentar implicaciones clínicas. El nivel de testosterona de castración en pacientes correctamente castrados según los valores de LH es de 40 ng/dL.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00157

RESULTATS DE L'ÚS DE LA mp-MRI EN LA DETECCIÓ DEL CÀNCER DE PRÒSTATA

ANTONI AGUILAR RUIZ¹, JOSEP ALCOBERRO TURU¹, ARIADNA BORRAT PADRÒS¹, LOLA ESTEBA I BECH DE CAREDA¹, MERITXELL PÉREZ MÀRQUEZ¹, JUAN LLOPIS MANZANERA¹, GUENNADI BERNAL DZEKONSKI¹

1) Consorci Sanitari Terrassa (Servei Urologia i Radiodiagnòstic)

Resultats de l'ús de la mp-MRI en la detecció del càncer de pròstata.

Objectius:

Determinar la capacitat de la mp-MRI en la detecció del càncer de pròstata en pacients amb biòpsia prèvia negativa.

Material i mètodes.

Estudi retrospectiu (2015-2016), de la sèrie de malalts del CST amb biòpsia prèvia negativa amb mp-MRI en els quals es realitza una nova biòpsia de pròstata (Sextant biòpsia vs Target biòpsia + sextants biòpsia) analitzant els resultats anatomo-patològics obtinguts.

Resultats:

Es revisen 178 malalts. La mitja del PSA és de 9,27. Volum prostàtic mig és de 58cc i l'edat de 66. La mitja de cilindres obtinguts és de 12

Taxa de detecció de neoplàsia és de 42%

La Sensibilitat de la mp MRI és de 60% i una especificitat del 75% amb un valor predictiu positiu del 64% i un valor predictiu negatiu del 72% (p inf 0.001)

Conclusions

Analitzant les publicacions realitzades objectivem: primer la diversitat d'estudis i la dificultat de trobar estudis amb dissenys semblants. Malgrat això observem, tenint en compte el nostre mitjà (Hospital comarcal), que les nostres dades no s'allunyen gaire de les obtingudes en centres amb molta experiència en MRI.

Creiem que hem d'insistir en la mp-MRI en malalts amb bx previes negatives i millorar la qualitat de la MRI, ecògraf, i el treball en equip de radiòlegs, patòlegs i uròlegs donat que malgrat que els resultats són bons hi ha molt marge per millorar.

ID: 00186

¿PUEDEN LAS BIOPSIAS DE PRÓSTATA DIRIGIDAS MEDIANTE FUSIÓN COGNITIVA SUSTITUIR A LAS BIOPSIAS SISTEMÁTICAS?

RICARDO LOPEZ DEL CAMPO¹, ANA CELMA DOMENECH¹, FERNANDO DIAZ FERNANDEZ¹, IGNASI GALLARDO ANDRES¹, AINA SALAZAR GABARRO¹, ADRIAN TORRES VELAZQUEZ¹, JACQUES PLANAS MORIN¹, LUCAS REGIS PLACIDO¹, JOSE PLACER SANTOS¹, SARAI ROCHE VALLES¹, INES DE TORRES RAMIREZ¹, LUIS MARIANO ESTEBAN ESCAÑO², ANGEL BORQUE FERNANDO³, JUAN MOROTE ROBLES¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebron 2) Universidad de Zaragoza 3) Hospital Universitario Miguel Servet

OBJETIVOS: La resonancia magnética multiparamétrica (RMm) ha mostrado gran utilidad detectando áreas sospechosas de cáncer de próstata (CaP), lo que ha permitido el desarrollo de las biopsias dirigidas con diferentes sistemas de fusión. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de las biopsias prostáticas sistemáticas (BPS) y de las biopsias dirigidas con fusión cognitiva (BPFC) para diagnosticar CaP y CaP de alto grado (CaPAG), así como evaluar si las BPFC podrían sustituir a las BPS.

MÉTODO: Realizamos una RMm de 3T a 348 pacientes antes de llevar a cabo una BPS de 12 cilindros. En los 314 pacientes con PIRADS \geq 2 se tomaron entre 2 y 6 cilindros extra mediante BPFC. Consideramos como CaPAG un Gleason 4+3 o superior (Grupo pronóstico de la OMS $>$ 2). Evaluamos la precisión diagnóstica de las BPS y las BPFC.

RESULTADOS: Se diagnosticó CaP en 133 pacientes (42.4%) siendo 81 (60.9%) CaPAG. Las BPS detectaron 114 CaP (36.3%) y 64 CaPAG (48.1%). Las BPFC detectaron 103 CaP (32.8%) y 71 CaPAG (53.4%). Las BPS detectaron un 85.7% de los CaP (114/133) mientras que las BPFC detectaron un 77.4% (103/133), $p < 0.001$. Las BPS detectaron un 79% de CaPAG (64/81) mientras que las BPFC detectaron un 87.7% (71/81), $p < 0.001$. 52 de los 81 CaPAG diagnosticados (64.2%) fueron detectados por las BPS y las BPFC, 19 fueron detectados sólo por las BPFC (23.5%) y 10 sólo por las BPS (12.3%). Se necesitaron 33.1 cilindros para diagnosticar un CaP con las BPS y sólo 8.5 con las BPFC, $p < 0.001$. Se necesitaron 58.9 cilindros para diagnosticar un CaPAG con las BPS y sólo 12.4 con las BPFC, $p < 0.001$.

CONCLUSIÓN: Las BPFC detectan más CaPAG de manera mucho más eficiente. Aún así, dejan un 12.3% de los CaPAG sin diagnosticar, por lo que no se pueden dejar de realizar las BPS. Estamos desarrollando un nomograma incluyendo el resultado de la RMm, el volumen prostático, el PSA y el tacto rectal para intentar predecir el riesgo de CaP y evitar la realización de algunas BP.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00214

ANÀLISI DE FACTORS PRONÒSTICS A LA SUPERVIVÈNCIA EN MALalts TRACTATS AMB ENZALUTAMIDA COM A PRIMERA LÍNIA DEL CÀNCER DE PRÒSTATA RESISTENT A LA CASTRACIÓ METASTÀTIC

LETICIA DE VERDONCES¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, ARTURO DOMÍNGUEZ¹, ENRIQUE GALLARDO², TERESA BONFILL², VÍCTOR DE PEDRO³, DARÍO GARCÍA¹, MARTA CAPDEVILA¹, NAIM HANNAOUI¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, VÍCTOR PAREJO¹, MARIO ROSADO¹, YOUNES FADIL¹, CLARA CENTENO¹, PAULA PLANELLES¹, CARLOS ABAD¹, EDUARDO VICENTE¹, ÀNGEL PRERA¹, JOAN PRATS¹

1) Urologia. Corporació Sanitària Parc Taulí 2) Oncologia. Corporació Sanitària Parc Taulí 3) Farmàcia. Corporació Sanitària Parc Taulí

INTRODUCCIÓ

Enzalutamida ha demostrat un augment de la supervivència global com a tractament de primera línia en malalts afectats per un càncer de pròstata resistent a la castració metastàtic(CPRCm) oligosimptomàtic.

OBJECTIUS

Valorar quins factors afecten la supervivència de malalts tractats amb enzalutamida per un CPRCm oligosimptomàtic previ a quimioteràpia.

MATERIAL I MÈTODES

S'ha realitzat un estudi retrospectiu de 20 pacients que han rebut enzalutamida com a primera línia d'un CPRCm des de la data de la seva aprovació fins a febrer del 2017.

S'han exclòs 2 malalts que havia pres anteriorment abiraterona i Ra223 i 8 malalts tractats amb quimioteràpia prèviament.

S'inclouen 5 malalts amb metastasis visceral que no eren tributaris per edat o comorbiditats a tractament amb quimioteràpia.

S'han analitzat variables que poden influir en la supervivència global.

RESULTATS

La mitjana d'edat dels pacients a l'inici del tractament va ser de 84.15 anys.

El 60% presentaven un Gleason \geq 8. El 30% presentaven metastasi al diagnòstic de càncer de pròstata. El 80% eren ECOG \geq 1. El 55% eren asimptomàtics(BPI=0).

La mediana de PSA a l'inici d'enzalutamida és de 78.93ng/ml. El 55% corresponen a pacients amb un PSA a l'inici d'enzalutamida $<$ 80 ng/ml.

El 55% van presentar una reducció del 50% del PSA inicial. Un pacient presentava metastasis retroperitoneals, 14 metastasi òssies i 5 metastasis visceral.

La mitjana de seguiment és de 6.87 mesos. 12 pacients estan vius(11 continuen amb enzalutamida), 6 pacients han sigut èxits a causa del càncer de pròstata i 2 per altres causes.

L'anàlisi de supervivència univariant per mitjà de Kaplan-Meier ha mostrat diferències estadísticament significatives en les medianes de supervivència respecte al Gleason $<$ 8 i \geq 8(NA vs 12.025 m; p=0.04), la presència de metastasis visceral (12.02 vs 3.35 m; p=0.044), l'ECOG \geq 1(18.52 vs 11.79 m;p=0.005) i la reducció del 50 % del PSA(4.92 vs 15.9 m;p=0.002).

La presència d'un metastasi al diagnòstic del càncer de pròstata no ha mostrat diferències significatives (12.02 vs 5.84 m;p=0.73), ni el temps d'hormonsensibilitat $<$ 12 m(15.9 vs 5.84 m;p=0.71) ni un ECOG \geq 1(NA vs 12.025 m;p=0.156) ni la presència de símptomes(15.9 vs 5.8 m;p=0.074), tot i que s'han apropat a la significança.

No ha mostrat diferències en relació a un PSA $<$ 80 vs \geq 80 ng/ml a l'inici del tractament(15.9 vs 12.025 m; p=0.52)

CONCLUSIONS

A la nostra sèrie els malalts amb un Gleason \geq 8, la presència de metastasis visceral, un ECOG \geq 1, i una reedució de PSA \geq 50 % han mostrat una menor supervivència en el grup de malalts tractats amb enzalutamida com a primera línia d'un CPRCm.

La presència de metastasis al diagnòstic de càncer de pròstata, un temps d'hormonsensibilitat $<$ 12 m, un ECOG \geq 1 i la presència de símptomes s'han apropat a la significança estadística i podria ser que no s'hagi assolit per la petita mostra poblacional.

Un valor PSA \geq 80 ng/ml no s'ha associat a una pitjor supervivència global.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00217

ANÀLISI DE FACTORS PRONÒSTICS A LA SUPERVIVÈNCIA EN MALalts TRACTATS AMB ABIRATERONA COM A PRIMERA LÍNIA D'UN CÀNCER DE PRÒSTATA RESISTENT A LA CASTRACIÓ METASTÀTIC

LETICIA DE VERDONCES¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, ARTURO DOMÍNGUEZ¹, ENRIQUE GALLARDO², TERESA BONFILL², VÍCTOR DE PEDRO³, DARIO GARCÍA¹, NAIM HANNAOUI¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, CARLOS ABAD¹, CLARA CENTENO¹, MARTA CAPDEVILA¹, VÍCTOR PAREJO¹, MARIO ROSADO¹, PAULA PLANELLES¹, YOUNES FADIL¹, EDUARDO VICENTE¹, ÀNGEL PRERA¹, JOAN PRATS¹

1) Urologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. 2) Oncologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. 3) Farmàcia. Corporació Sanitària Parc Taulí.

INTRODUCCIÓ

Abiraterona(AA) ha demostrat un augment de la supervivència global(SG) com a tractament de primera línia en malalts afectats per un càncer de pròstata resistent a la castració metastàtic(CPRCm) oligoasimptomàtic.

OBJECTIU

Valorar els factors que afecten la SG de malalts tractats amb AA com a 1a línia per un CPRCm oligoasimptomàtic.

MÈTODE

Estudi retrospectiu de 28 pacients tractats amb AA des de 2012 a 2016. S'han exclòs 12 pacients amb docetaxel previ.

S'han analitzat variables que poden influir en la SG i s'ha avaluat el paper de la detecció precoç de CPRCm revisant les diferències entre els pacients que van iniciar AA entre 2012-14 i 2015-16.

RESULTATS

La mitjana d'edat a l'inici d'AA fou de 80.3 anys. La mediana de PSA al diagnòstic de CP fou 31.1 ng/ml.

El 55.6% tenien un Gleason ≥ 8 , el 40.7 % M1 al diagnòstic de CP. El 66.7% eren del grup 2 de Miller, el 55.6% ECOG 0 i 70.4% asimptomàtics.

La mediana de PSA a l'inici d'AA fou 33.9 ng/ml. El 74.1 % tenien un PSA a l'inici d'AA < 80 ng/ml i el 51.7% una reducció $\geq 50\%$ del PSA inicial.

La mitjana de seguiment és de 12.65 mesos. 13 pacients continuen vius (9 amb AA), 10 èxits pel càncer de pròstata i 5 per altres causes.

L'anàlisi de supervivència univariant ha mostrat diferències en les medianes de SG respecte a l'ECOG ≥ 1 (18.52 vs 7.48 m; p=0.008) i el PSA ≥ 80 a l'inici d'AA (18.52 vs 5.84 m; p=0.003).

Els malalts simptomàtics amb un BPI ≥ 1 han presentat una SG més baixa (15.8 vs 5.19 m; p=0.16), però no s'ha arribat a la significança.

Paradoxalment, pacients amb un Gleason < 8 han mostrat una menor SG tot i no arribar a la significança (14.22 vs 18.52 m; p=0.069).

La presència de M1 al diagnòstic de CP, el temps de hormonosensibilitat, el grup de risc de Miller, ni la reducció $\geq 50\%$ del PSA no han impactat en la SG.

S'han trobat diferències significatives en les medianes de SG entre els malalts que van iniciar AA al període 2012-14 i 2015-16 (13.73 vs NA; p=0.037).

Els pacients del període 2015-16, han mostrat una mediana de PSA a l'inici d'AA més baix (14.5 vs 74.3 ng/ml; p=0.007), més malalts amb M1 al diagnòstic de CP (66.7 vs 22.2%; p=0.035) i una proporció de Gleason ≥ 8 que no ha arribat a la significança (80 vs 44.4%; p=0.074). No hem trobat diferències en quant a l'ECOG i els símptomes entre períodes.

CONCLUSIONS

A la nostra sèrie, un PSA ≥ 80 ng/ml a l'inici d'AA i un ECOG ≥ 1 s'ha associat a una menor SG en el grup de malalts tractats amb AA com a primera línia d'un CPRCm.

La presència d'un CPRCm asimptomàtic s'ha apropat a la significança i potser no s'ha assolit per una manca de mostra. El Gleason ha mostrat un efecte paradoxal tot i no arribar a la significança.

El període de tractament ha influït a la SG. Els pacients del període 2015-16, tot i tenir més pacients M1 al diagnòstic de CP i una tendència a un Gleason més elevat, tenen una SG més alta. Es podria explicar per l'efecte per la identificació precoç d'aquests pacients que es reflecteix un PSA més baix a l'inici d'AA en aquest període.

ID: 00218

TRATAMIENTO GUIADO POR LA IMAGEN DE LA RECIDIVA GANGLIONAR DESPUES DE PROSTATECTOMIA RADICAL POR CANCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

DANIEL CAMACHO ROVIRA¹, ANAT ANDREA MELNICK¹, JORGE HUGUET¹, FRANCESC CASAS¹, JUAN MANUEL CORRAL¹, CARLOS NICOLAU¹, PILAR PAREDES¹, ANTONIO ALCARAZ¹

1) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

INTRODUCCIÓN

El avance en técnicas de imagen está permitiendo el diagnóstico y localización precoz de recidivas tumorales después del fracaso a un tratamiento local. En este contexto, autores sugieren que pacientes con recidiva ganglionar después de prostatectomía radical (PR) pueden beneficiarse de una linfadenectomía de rescate (LDNR) o de radioterapia (RT)

OBJETIVOS

Analizar nuestra serie de pacientes con diagnóstico de recidiva ganglionar después de PR tratados con LDNR o RT

MATERIAL

Y

MÉTODOS

Entre 2013 y 2017 se incluyeron 18 pacientes con edad media de 69 años. Estadio patológico de PR: 10pT2, 8pT3, 9pN0, 1pN1 y todos gleason > 7, excepto 2. Trece recibieron RT de rescate. El diagnóstico se hizo mediante PET-Colina en 14 pacientes. En 5 se realizó LDNR extendida bilateral y en 13 RT sobre adenopatías con 3-6 de deprivación androgénica (DA) adyuvante. Se definió respuesta bioquímica tras LDNR como: PSA < 0.2ng/ml, y tras RT: disminución del PSA > 50% (sin efecto de la DA) respecto al valor pre-tratamiento. Se definió recidiva bioquímica tras la LDNR como: PSA > 0.20ng/ml y en aumento, y tras RT: aumento > 10% del PSA respecto al valor pre-tratamiento.

RESULTADOS

Las recidivas ganglionares se diagnosticaron a una mediana de 33m de la PR, mediana de PSA de 3,06ng/ml (rango 0,57-8,3) y se localizaron en pelvis. LDNR (n=5): se resecaron una mediana de 14,8 ganglios (rango 6-25) siendo una media de 8,6 (rango 0-24) positivos. El PSA fue inferior al pre-quirúrgico en 4 pacientes y hubo 1 respuesta bioquímica. Con un seguimiento medio de 22,6 meses 4 presentaban recidiva bioquímica. RT (n=13): se obtuvo respuesta bioquímica en 12 pacientes. Con un seguimiento medio de 27 meses, 10 están libres de recidiva bioquímica, 1 no ha respondido y 2 presentan recidiva bioquímica. No se observaron complicaciones ni toxicidad destacable durante ambos tratamientos.

CONCLUSIONES

La LDNR y la RT en pacientes con recidiva ganglionar después de PR son factibles. Es preciso un seguimiento más prolongado para objetivar su potencial beneficio. Será difícil comparar ambos tratamientos por los diferentes criterios de respuesta utilizados y por el uso de DA en tratados con RT.

Dia: DISSABTE 1 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 3

Horari: de 15:30 a 17:00 h

ID: 00229

ÉS LA BIÒPSIA DE PRÒSTATA UNA CAUSA DE L'EMPITJORAMENT DE LA QUALITAT DE VIDA DELS NOSTRES PACIENTS?

ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, ARNAU SERRA DEOLA¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, JOSÉ VILA BARJA¹, JOSEP SEGARRA TOMÁS¹

1) HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA

OBJECTIU

La biòpsia de pròstata transrectal (BPTR) és el procediment *gold standard* en el diagnòstic del càncer de pròstata (CaP) amb efectes secundaris poc freqüents però ben establerts. En els darrers anys, la disfunció erèctil (DE) i els símptomes del tracte urinari inferior (STUIs) també es postulen com a possibles efectes secundaris, que podrien ser rellevants en pacients diagnosticats de CaP en vigilància activa. L'objectiu d'aquest estudi és conèixer la influència de les BPTR sobre els STUIs, la DE, el dolor i l'angoixa en els pacients al nostre centre.

MÈTODE

Estudi prospectiu en què es va sol·licitar als pacients sotmesos a BPTR sota anestèsia local, entre octubre de 2015 i abril de 2016 al nostre centre, autocomplimentar el "International Prostate Symptom Score (IPSS)", el "International Index of Erectile Function (IIEF-5)", la escala visual analògica del dolor (EVA) i el "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)" prèviament a la biòpsia, a la setmana, al mes i als 4 mesos posteriors.

Es comparen les puntuacions dels qüestionaris per pacients amb primera biòpsia o amb biòpsies prèvies, i en cada moment de l'estudi respecte a la puntuació basal, amb el test de Wilcoxon, així com si hi ha diferències en les puntuacions entre els dos grups amb el test d'U de Mann-Whitney.

RESULTATS

Del total de 57 pacients inicials, 50 pacients van complimentar els qüestionaris. La mitja d'edat de la mostra va ser de 63'48 anys, amb interval de cilindres biopsiats entre 12 i 24 per pacient, i un 8% de complicacions agudes. La indicació més freqüent de la biòpsia va ser un PSA elevat (74%).

No va hi haver diferències en quant a la proporció de diagnòstic de CaP entre els dos grups (amb o sense biòpsies prèvies) ($\chi^2=0'700$).

La puntuació en l'IPSS mostra una tendència a l'augment en pacients amb biòpsies prèvies, en el primer mes (16'54 vs 11'58, $p=0'038$) i mantenint-se als quatre mesos (17'08 vs 10'19, $p=0'07$). Resultats similars s'observen en l'ítem de qualitat de vida (QoL), on l'empitjorament en pacients amb biòpsies prèvies respecte al grup contrari es manté als 4 mesos del procediment (3'92 vs 2'67, $p=0'039$).

La puntuació IIEF-5 mostra un descens global al llarg de l'estudi respecte a l'estat basal en el grup no biopsiat prèviament, mantenint-se als 4 mesos ($p=0'07$).

No hi ha diferències en quant al dolor en els diferents grups ni en els diferents temps de l'estudi.

Destaca l'ascens de l'angoixa en tots dos grups, i especialment en el grup dels pacients no biopsiats prèviament als 7 dies del procediment ($p=0'037$) i respecte al grup contrari (47'17 vs 29'93, $p=0'012$).

CONCLUSIÓ

Els resultats obtesos donen suport a què pacients amb biòpsies prèvies experimenten un empitjorament dels STUIs que es manté als 4 mesos del procediment, no obstant són els pacients amb una primera biòpsia els que presenten augment en la puntuació del IIEF5 que també es manté als 4 mesos de seguiment, així com un empitjorament en el STAI a la setmana del procediment.

ID: 00159

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN URGENTE ANTE EL PRIAPISMO ISQUÉMICO

CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, JOSEP TORREMADÉ BARREDA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, BEGOÑA REBECA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

El priapismo isquémico es la variante más frecuente de priapismo y supone una emergencia médica que requiere tratamiento urgente. Nuestro objetivo es exponer el algoritmo terapéutico que utilizamos en nuestro centro y presentar con clips de vídeo todas las maniobras quirúrgicas asociadas.

Protocolo de actuación

Ante el paciente que consulta a urgencias por priapismo, realizaremos una historia clínica y exploración física detallada, un análisis para descartar trastornos hematológicos y confirmaremos el diagnóstico de priapismo de bajo flujo mediante gasometría.

Si el paciente acude con <6h de evolución la primera maniobra será la instilación de fenilefrina intracavernosa a altas dosis (400mcg-1000mcg). Si presenta >6h de evolución o fracasa la primera maniobra realizaremos aspiración y lavados de los cuerpos cavernosos con suero fisiológico administrando posteriormente alfa-adrenérgico (vídeo).

Cuando el tratamiento local y farmacológico fracasa, como primera maniobra terapéutica realizamos un shunt distal tipo Winter (vídeo). Este shunt nos permite asimismo obtener muestra para estudio anatomopatológico que nos informará de la viabilidad del tejido cavernoso. Si resulta infructuoso y llegamos al umbral entre las 12 y las 36 horas, podemos realizar shunts distales tipo T-Shunt (vídeo) seguido de Corporal Burnett Snake maneuvers (vídeo). A pesar de ser maniobras más agresivas, creemos que estas asocian a un mayor índice de resolución del priapismo y evitan posteriores maniobras proximales.

Pasadas 36-48 horas del inicio del priapismo y/o confirmación histológica de necrosis extensa del tejido músculo-sinusoidal nos planteamos dos escenarios. Si el paciente no está interesado en la función sexual realizamos shunts proximales tipo Quackels para conseguir la destumescencia del pene (vídeo). En caso contrario, dado que el pronóstico funcional es muy pobre, no realizamos otras maniobras en el pene y optamos por el implante precoz de una prótesis de pene (vídeo).

Conclusiones

El priapismo isquémico conlleva necrosis tisular por lo que requiere de intervención inmediata. Tradicionalmente, había una tendencia conservadora en cuanto al manejo terapéutico que muchas veces resultaba insuficiente. Según nuestra experiencia, creemos necesario una actitud inicial más agresiva y en casos de mal pronóstico optar por el implante precoz de prótesis de pene y así mejorar los resultados funcionales del paciente.

ID: 00161

VARICOCELECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA: ANÁLISIS COMPARATIVO CON LA VARICOCELECTOMÍA MACROQUIRÚRGICA CONVENCIONAL

JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB¹, JOSE TORREMADÉ BARREDA¹, JOSE FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, RAUL COCERA RODRIGUEZ¹, LUIS RIERA CANALLS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos:

El varicocele es la causa más frecuente de infertilidad masculina corregible y el tratamiento estándar es la varicocelectomía. En nuestro centro incorporamos recientemente el abordaje microquirúrgico del varicocele y el objetivo del presente estudio es determinar las diferencias en resultados clínicos y analíticos entre la varicocelectomía microquirúrgica (VMI) y la macroquirúrgica (VMA) convencional.

Material y métodos:

Se realiza un estudio comparativo entre la VMA y la VMI en el período comprendido entre 01/2013 y 12/2016. Incluimos pacientes con varicocele clínico y alteración en parámetros seminales. Analizamos datos correspondientes a la edad, lateralidad y grado del varicocele, volumen testicular, técnica quirúrgica, parámetros seminales pre y post tratamiento y recidiva.

Resultados:

Entre 01/2013 y 12/2016 se realizaron en nuestro centro 46 varicocelectomías, excluyéndose del estudio a 12 pacientes por falta de seguimiento. De los restantes 34, 19 (55,9%) se intervinieron de VMA (18 retroperitoneal y 1 inguinal) y 15 (44,1%) de VMI subinguinal.

No hubo diferencias significativas en las características basales de ambos grupos. 33 (97,1%) de los varicoceles fueron izquierdos y 1 (2,9%) derecho. 5 (14,7%) pacientes presentaban varicocele grado I; 13 (38,2%) grado II; 13 (38,2%) grado III y 3 (8,8%) no especificado. 14 (41,2%) pacientes tenían asimetría testicular. La edad media fue en VMI 27,1 (18-41) vs VMA 28,7 (18-40) años ($p=0,54$). La concentración espermática pre-operatoria en VMI $30,1 \pm 35,6 \text{ } 10^6/\text{mL}$ vs VMA $25,6 \pm 19,9 \text{ } 10^6/\text{mL}$ ($p=0,64$), y la movilidad progresiva a+b en VMI $17,7 \pm 13,6\%$ vs VMA $16,5 \pm 10,1\%$ ($p=0,77$).

La concentración post-varicocelectomía fue en VMI $29,16 \pm 33 \text{ } 10^6/\text{mL}$ vs VMA $45,6 \pm 55,5 \text{ } 10^6/\text{mL}$ ($p=0,32$) y la movilidad progresiva a+b fue en VMI $26,4 \pm 20,1\%$ vs VMA $27,7 \pm 20,4\%$ ($p=0,85$). Objetivamos una tendencia no significativa a la mayor presencia de recidiva en la VMA (26,3%) vs la VMI (6,7%) ($p=0,15$).

Conclusiones:

Asumiendo la curva de aprendizaje de la VMI objetivamos resultados en mejoría de los parámetros seminales comparables con la VMA clásica. Aunque no significativa, existe una tendencia a la menor presencia de recidiva en la VMI, consistente con lo descrito en la literatura.

ID: 00166

Estudio radiológico de las complicaciones de los reservorios de prótesis peneanas

LAIA PUJOL¹, JOSEP TORREMADÉ¹, NATALIA ROMERO¹, CRISTINA FERREIRO¹, JAIME FERNANDEZ-CONCHA¹, NAHUM CALVO¹, FRANCESC VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

En la implantación de prótesis peneanas de tres componentes, la colocación del reservorio en el espacio de Retzius o en localización ectópica requiere experiencia debido a que se trata de una maniobra ciega. Pueden lesionarse vísceras y estructuras vasculares, así como localizarlo en un espacio incorrecto que facilite la herniación del mismo. En ocasiones estas complicaciones pasan inadvertidas durante la intervención y requieren de un estudio diagnóstico que confirme estas alteraciones.

Material y métodos

Se revisa de forma retrospectiva datos correspondientes al implante de los reservorios de prótesis peneanas durante el período 2009-2016. Se analizan datos referentes al tipo de prótesis, técnica quirúrgica, complicaciones asociadas intraoperatorias y estudios radiológicos realizados. El objetivo del estudio es valorar el posicionamiento correcto y anómalo de los reservorios mediante TC helicoidal.

Resultados

En el período a estudio se han implantado un total de 117 prótesis peneanas, incluyéndose únicamente en la revisión 97 prótesis de 3 componentes. El tipo de prótesis utilizado fue: 78 (80.4%) AMS 700 LGX/CX/CXR con reservorio esférico, 4 (4.1%) AMS 700 LGX con reservorio Conceal y 15 (15.4%) Titan Touch con reservorio Cloverleaf. En el 95.9% se implantó el reservorio en localización convencional laterovesical /imagen1/ y en 4.1% de localización ectópica (2 casos de localización media-baja /imagen2/ y 2 casos de localización lateral-alta /imagen3/). No se han objetivado complicaciones intraoperatorias vasculares ni viscerales asociadas al reservorio. Durante el seguimiento de los pacientes se han objetivado un 4.1% de complicaciones asociadas al reservorio, confirmándose todas ellas mediante TC (2 herniaciones del reservorio, 1 hidrocele secundario a la compresión del cordón inguinal y 1 hernia inguinal directa /imagen4,5,6,7/)

Conclusiones

La implantación del reservorio durante el implante de prótesis de pene es una maniobra con un bajo índice de complicaciones. A pesar de ello, las molestias excesivas, el mal estado clínico del paciente o el mal funcionamiento de la prótesis nos deben hacer pensar en estas complicaciones. El TC helicoidal sin contraste nos ofrece una buena valoración anatomoradiológica de los reservorios, siendo asequible y de gran utilidad en la toma de decisiones clínicas.