

P82) GLANSECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN EN UN TIEMPO PARA CÁNCER DE PENE LOCALIZADO: NO TODO ESTÁ PERDIDO - DESCRIPCIÓN GRÁFICA DE LA TÉCNICA Y EVOLUCIÓN-

Thorkelsen, G.¹; Brusoni, S.¹; Bruzzone, A.²; Fuentes, A.²; Arenas, J.²; Saavedra, A.^{3,2}

El cáncer de pene es una patología infrecuente, sin embargo, su mayor incidencia se encuentra en países en vías de desarrollo. Más del 90% de los casos es de tipo escamoso. Aproximadamente, el 80% de éstos se desarrollan en el prepucio o glande, siendo candidatos para cirugía conservadora, la cual permite un buen manejo oncológico y excelentes resultados funcionales. Históricamente, el cáncer de pene ha sido tratado mediante penectomía total o parcial generando un gran impacto en la calidad de vida. A continuación, presentamos gráficamente los pasos críticos de la cirugía y la evolución postoperatoria. Presentamos el caso de un hombre de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien se encontraba en controles con dermatología por condilomas en el glande y liquen escleroso. Se realiza biopsia que informa neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado, de aspecto verrucoso con signos de infección por virus papiloma humano. Al examen físico destaca lesión verrucosa blanquecina en glande que no compromete meato. Sin adenopatías inguinales palpables. Técnica de la glansectomía: Se realiza una incisión subcoronal de forma circunferencial, disecando el plano entre el glande y la fascia de Buck de las cúpulas de los cavernosos hasta dejar el glande adherido solo por la uretra/cuerpo esponjoso. Sección de la uretra inmediatamente subcoronal y envío de toda la pieza a patología. Puntos separados de eversión de la uretra y fijación del prepucio a Buck a 3 cm del neomeato uretral. En base a mediciones del lecho, se cosecha injerto de piel de muslo de 10x5 cm y 0.018 pulgadas de espesor, con dermatomo de aire. Se fija el injerto sobre las cúpulas de los cuerpos cavernosos mediante puntos separados de Vicryl 4-0. Instalación de sonda foley 16 Fr. Vendaje oclusivo tipo "bolster" que se mantiene húmedo en el post operatorio y se retira al quinto día. Previa educación sobre cuidados, es dado de alta al noveno día sin sonda foley. Se mantiene en control semanal durante 11 semanas para drenaje precoz de flictenas y curaciones. El paciente es dado alta de las curaciones con buena evolución del injerto y satisfecho.

¹: Residente Urología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²: Servicio Urología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

³: Facultad de Medicina Clínica Alemana-UDD. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.