

ORIGINAL

Implante de prótesis de pene en la era COVID. Seguimiento tras la cirugía y manejo de complicaciones



Manuel Alonso-Isa^{a,b,*}, Borja García-Gómez^{a,c}, Esther García-Rojo^a,
José Medina-Polo^{a,c}, Celeste Manfredi^{b,c,d}, Alfredo Rodríguez-Antolín^a
y Javier Romero-Otero^{a,b,c}

^a Departamento de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España

^b Hospital Universitario HM Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España

^c Hospital Universitario HM Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España

^d Unidas of Urología, Universidad de Campania Luigi Vanvitelli, Nápoles, Italia

Recibido el 18 de junio de 2020; aceptado el 18 de octubre de 2020

Disponible en Internet el 22 de julio de 2021

PALABRAS CLAVE

Urología;
COVID-19;
Prótesis de pene

Resumen

Objetivos: Establecer unas recomendaciones lo más seguras posibles con respecto a la implantación de prótesis peneanas, su seguimiento tras la cirugía y manejo de las posibles complicaciones durante las diferentes fases de la pandemia por la COVID-19.

Material y métodos: Diseñamos una revisión narrativa crítica de los estudios que investigan el impacto de la COVID-19 en la práctica de la urología y en la implantología de prótesis de pene. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la base de datos MEDLINE. Se utilizaron diferentes combinaciones de las siguientes palabras clave según un protocolo de texto libre: SARS-CoV-2, COVID19, COVID Urology, COVID19 surgery, penile prostheses. Fueron incluidos trabajos en idioma inglés y español, publicados hasta septiembre de 2020.

Resultados: La cirugía del implante de la prótesis de pene es una cirugía electiva que siempre debería diferirse para cuando se pueda hacer en máximas condiciones de seguridad. Sin embargo, este tipo de cirugía puede conllevar en ocasiones complicaciones que deben resolverse de manera urgente, o preferente incluso dentro de la situación de pandemia por la COVID-19.

Conclusiones: En la situación actual es importante desarrollar estrategias compartidas para evitar el daño colateral potencial de la pandemia de COVID-19 para nuestros pacientes. En el caso de la cirugía de la prótesis de pene ha de primar la seguridad del paciente, posponiéndola para evitar riesgos innecesarios o minimizando estos riesgos con todas las medidas necesarias.

© 2021 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Manuelalonsoisa@hotmail.com (M. Alonso-Isa).

KEYWORDS

Urology;
COVID-19;
Penile prostheses

Penile prosthesis implantation in the covid era. post-surgery follow up and management of complications

Abstract

Objectives: To provide recommendations regarding surgery, follow-up, and management of possible complications related to penile prostheses implantation, during the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** We designed a critical narrative review of the studies investigating the impact of COVID-19 on urology practice and on penile prosthetic implantology. A comprehensive search in the MEDLINE database was performed. Different combinations of the following keywords were used according to a free-text protocol: "SARS-CoV-2", "COVID19", "COVID Urology", "COVID19 surgery", "penile prostheses". Papers in English and Spanish language, published until September 2020 were included in the review.

Results: Penile prosthesis implantation is an elective surgery which should always be deferred when it cannot be performed in maximum safety conditions. However, it may lead to complications which must be resolved urgently even within the COVID-19 Era.

Conclusions: Currently, it is mandatory to develop shared strategies to avoid potential COVID-19-related complications for surgical patients. Penile prosthesis implantation should be deferred to avoid unnecessary risks and all preventive measures should be taken to minimize the risks in the event of non-delayable surgery.

© 2021 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A finales de diciembre de 2019 se identificó una neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China)¹. El 7 de enero 2020 los científicos chinos pudieron identificar su origen tras aislar y realizar secuenciación del genoma del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que se entregó a la OMS el 12 de enero de 2020².

El virus se extendió rápidamente por todo el mundo, afectando a numerosos países y declarándose el estado de pandemia mundial. A partir del 24 de mayo de 2020 el número global de pacientes con COVID-19 había aumentado dramáticamente hasta 5.206.614 casos confirmados con 337.736 muertes relacionadas con la COVID-19. Concretamente en esa misma fecha en España los casos ascienden a 235.290 con 28.678 muertes, siendo este uno de los países que antes y con más dureza se vio afectado por la pandemia en Europa³.

Mientras que la mayoría de las personas con COVID-19 muestran solo cuadros leves sin complicaciones, un 15-20% de los casos experimenta enfermedad grave, ocasionando un síndrome de distrés respiratorio agudo que necesita hospitalización y oxígeno, y hasta el 5-10% pueden requerir ingreso en una unidad de cuidados intensivos³.

La pandemia por la COVID-19 supone posiblemente el mayor desafío que enfrenta la atención médica y los sistemas de salud en todo el mundo en la era moderna. La mayoría de los países han reaccionado confinando o limitando los movimientos de su población y frenando su actividad económica para minimizar la capacidad del virus de propagarse⁴. Estas medidas también han afectado a nuestra actividad diaria como sanitarios en el manejo de las enfermedades no directamente relacionadas con la infección, al

verse reducidos los recursos sanitarios personales y materiales que han sido destinados a la lucha contra la pandemia, y los cambios establecidos en los protocolos asistenciales con la finalidad de disminuir el número de contagios hospitalarios. Por todo esto la urología, y en concreto la andrología⁵, como otras especialidades, ha ido adaptándose según la fase de la pandemia, posponiendo muchos procedimientos electivos y atendiendo preferentemente aquellos considerados prioritarios, lo que se tradujo en la cancelación de una gran cantidad de cirugías, así como de servicios ambulatorios⁶⁻⁸.

Este documento establece una serie de recomendaciones sobre el implante de prótesis de pene proponiendo tiempo de cirugía, modo de seguimiento y manejo de las complicaciones de los pacientes postoperados, para adecuarlo a las necesidades impuestas por los acontecimientos recientes, con el fin de facilitar la actuación de los profesionales implicados en este nuevo escenario.

Material y métodos

El documento se basa en la escasa evidencia en la literatura sobre SARS-CoV-2 y la experiencia de los autores en el manejo de la COVID-19 en sus instituciones. Expertos en andrología y urología reconstructiva de distintas comunidades autónomas de España fueron contactados para diseñar una estrategia para reorganizar la actividad quirúrgica del implante de la prótesis de pene, así como el seguimiento del paciente postoperado y el manejo de sus complicaciones.

Se realizó una búsqueda web y en PubMed utilizando las palabras clave *SARS-CoV-2*, *COVID-19*, *COVID Urology*, *COVID19 surgery* y *penile prostheses*. Se realizó una revisión narrativa de la literatura hasta el día 5 de septiembre

de 2020 incluyendo solo artículos y documentos escritos en lengua española e inglesa.

Se ha utilizado una técnica de grupo nominal modificada debido a las restricciones extraordinarias de reunión y movilidad durante la pandemia COVID. Esta técnica es una variación estructurada de una discusión en pequeños grupos, que facilita el análisis de problemas y situaciones en general, y la obtención del consenso. Hace posible alcanzar resultados concretos en poco tiempo. El primer firmante realizó el primer borrador con las medidas adoptadas y la estrategia a seguir durante la evolución de la pandemia por la COVID-19.

Se remitió la propuesta al resto de autores, con el fin de unificar criterios y experiencias para llegar a un rápido consenso sobre la importancia relativa de las distintas actividades, problemas y soluciones. Se realizó una versión definitiva, aprobada por todos los autores, el día 25 de mayo de 2020.

Resultados

A continuación se presentan una serie de recomendaciones para el tratamiento quirúrgico y seguimiento de los pacientes con prótesis de pene en tiempos de pandemia por coronavirus SARS-CoV-2.

Cirugía de implante de prótesis de pene

- Ingreso del paciente, si es posible, la misma mañana de la cirugía para acortar la estancia hospitalaria.
- Elegir la técnica quirúrgica que asocie menor estancia hospitalaria y menos complicaciones, y seleccionar técnicas mínimamente invasivas.
- Siempre que se pueda se debe evitar la anestesia general, en el caso del implante de prótesis de pene la anestesia epidural o el bloqueo regional son opciones válidas y preferibles.
- Es preferible, de cara a una menor estancia hospitalaria, realizar el procedimiento como una cirugía menor ambulatoria.
- Realizar diagnóstico de PCR para la COVID-19 previo a la cirugía.
- La cirugía de prótesis de pene no suele ser una urgencia quirúrgica, por lo que, en casos de alerta sanitaria la indicación es demorarla. Estaría indicado en fase I (normal).
- Sin embargo, se considera cirugía urgente o preferente en pacientes con complicaciones posquirúrgicas graves que precisen corrección quirúrgica (infecciones, isquemia y extrusión).
- Deben utilizarse las medidas de prevención de contagio durante la cirugía portando en caso de ser necesario los adecuados equipos de protección individual.
- Se debe reducir al mínimo el personal en contacto con el paciente.
- Priorizar aquellos pacientes con menores factores de riesgo para tener complicaciones o infectarse por la pandemia.

Consideraciones generales de manejo posquirúrgico

- Minimizar la estancia en el hospital fomentando el alta temprana en menos de 24 horas y el control ambulatorio.
- Realizar protocolos de seguimiento estandarizados a los pacientes postoperados.
- Fomentar unas medidas de manejo homogéneas entre distintos niveles asistenciales (hospitalización, consulta y curas con enfermería) para minimizar las visitas y las complicaciones y optimizar resultados.
- En caso de urgencia sanitaria plantear la utilización de método de comunicación entre atención primaria y urología usando historia clínica electrónica u otros métodos para minimizar el desplazamiento de los pacientes.
- Promover el uso de la teleconsulta, especialmente en el seguimiento de los pacientes.
- Promover la utilización de la receta electrónica.

Discusión

Cirugía de implante de prótesis de pene

El implante de una prótesis de pene constituye el último escalón terapéutico en el tratamiento de la disfunción eréctil, aunque existen situaciones determinadas en que esta cirugía puede ser el tratamiento primario de elección (p. ej. priapismo refractario y evolucionado o disfunción eréctil asociada a deformidad grave del pene por enfermedad de Peyronie)⁹.

No se modifican las indicaciones quirúrgicas previas a la pandemia por la COVID-19. No obstante, debemos tener en cuenta que, dado el carácter electivo de esta cirugía, en tiempos de pandemia solo se realizaría en los escenarios de fase I (normal), ya que en los escenarios de fase II, III, IV y V (alerta leve, moderada, grave y emergencia) (tabla 1) tan solo estarían indicadas las cirugías oncológicas y las preferentes, urgentes o emergentes^{5,10,11}.

Se priorizarán aquellos pacientes con menores comorbilidades y factores de riesgo quirúrgicos para evitar hospitalizaciones prologadas, y también con menor riesgo de padecer una sintomatología grave en el caso de infectarse de SARS-CoV-2 (pacientes menores de 65 años, sin enfermedades crónicas cardíacas ni pulmonares, no fumadores, no diabéticos e inmunocompetentes)¹².

Cirugía de las complicaciones posquirúrgicas

La estandarización de la técnica quirúrgica en los implantes de prótesis de pene y las mejoras en los dispositivos han reducido las tasas de complicaciones por todas las causas a menos del 5%. Aunque la mayoría suelen ser leves y se pueden resolver con tratamiento conservador, sin necesidad de pasar de nuevo por quirófano, existen complicaciones y pueden afectar en gran medida la morbilidad y la calidad de vida de los pacientes, y que precisen de cirugía urgente para ser resueltas adecuadamente¹³.

Las diferentes intervenciones quirúrgicas relacionadas con el implante o las complicaciones de la prótesis de pene quedan agrupadas en la tabla 2.

Tabla 1 Escenarios/fases de la pandemia por Coronavirus SARS CoV-2 y cirugía

Escenarios/fases	I (casi normal)	II (alerta leve)	III (alerta media)	IV (alerta alta)	V (emergencia)
% de pacientes COVID hospitalizados y en UCI	< 5%	5-25%	25-50%	50-75%	> 75%
Triaje en urgencias	No	Sí	(pacientes con síntomas respiratorios vs. otros)		
Recursos	No impacto	No impacto, pero recursos reservados dada la alerta de la pandemia	Impacto en recursos, con plantas de hospitalización y camas de UCI reservadas para la pandemia	Impacto en recursos y en profesionales de la salud	Impacto significativo con camas limitadas de UCI y de recursos de soporte ventilatorio
Actividad quirúrgica	Normal	Urgencias oncológicas (si la escalada es ascendente, considerar acciones de la fase III) Benignos preferentes (solo considerar si nos encontramos en fase de desescalada)	Urgencias oncológicas (- Si < 3 meses compromete la supervivencia - No opción de neoadyuvancia como alternativa - No necesidad de estancia prolongada en UCI)	Urgencias	Urgencias no diferibles, y tras un triaje preoperatorio basado en el comité de ética

Tabla 2 Clasificación de la cirugía de prótesis de pene (PP) en la pandemia por la COVID-19

Emergencia	< 1 h	Shock séptico o hemorrágico relacionado con el implante de PP
Urgencia	< 24 h	Infección de la herida quirúrgica o infección/absceso del dispositivo que condiciona sepsis Hemorragia posquirúrgica sin criterios de shock Isquemia de glande grave o refractaria a medidas conservadoras
Urgente electiva (alta prioridad)	< 4 semanas	Drenaje quirúrgico de hematoma de gran tamaño o con datos de complicación (sobreinfección, dolor importante) Retirada de PP infectada Retirada de PP en casos de erosión uretral Retirada de PP en casos de extrusión Cirugía para recolocar el reservorio en caso de herniación acompañada con dolor mantenido Colocación de PP en casos de priapismo refractario a maniobras conservadoras o de larga evolución
Electiva (prioridad intermedia)	1-3 meses	Cirugía para recolocar la bomba en casos que quede poco accesible o genere molestias (por ejemplo, al sentarse) Cirugía para recolocar el reservorio en caso de herniación no complicada y defecto estético. Recambio tras rotura de la PP Corrección del glande hipermóvil o <i>Floppy glands</i>
Diferible (baja prioridad)	> 3 meses	Retirada de PP por neuralgia o dolor persistente incapacitante - Colocación de PP de forma electiva - Retirada de PP por neuralgia o dolor persistente leve

En caso de precisarse la cirugía para resolver las complicaciones, de prioridad intermedia o de baja prioridad, solo se llevará cabo en caso de que el paciente sea negativo para la SARS-CoV-2, y nunca si este es positivo o sospechoso para la infección. El paciente ingresará en planta no COVID con la intención de evitar el contagio durante su estancia hospitalaria.

Para ello se considerarán pacientes negativos para SARS-CoV-2 los que reúnan todas estas condiciones:

- Ausencia de clínica compatible con infección por SARS-CoV-2 en los últimos 14 días.
- No haber presentado contacto estrecho con una persona con diagnóstico de COVID-19 en los últimos 14 días.
- PCR para SARS-CoV-2 negativa en las últimas 72 horas.
- Resultados de pruebas complementarias no sospechosos de infección por SARS-CoV-2¹⁴.

No obstante, existirán casos en los que habrá que realizar cirugía urgente¹⁵. Esto puede ser debido fundamentalmente^{13,16}:

- Hemorragia posquirúrgica anemizante especialmente en pacientes anticoagulados/antiagregados.
- Infección posquirúrgica (1-4%) que condicione sepsis, teniendo mayor riesgo aquellos pacientes diabéticos o inmunodeprimidos.
- Isquemia de glándula (<1%) que condicione una extensa y rápida necrosis y/o aquella refractaria a tratamientos conservadores (cámara hiperbárica, inhibidores de la 5-fosfodiesterasa y calor local).
- Riesgo de extrusión (1-6%) de los cilindros de la prótesis, que puede afectar los cuerpos laterales distales, la uretra, el glándula y otras estructuras cercanas. En el caso de erosión más infección o erosión uretral se debe explantar todo el dispositivo.

En dichos casos se recomienda esperar a la confirmación de ausencia de infección por coronavirus SARS-CoV-2 mediante PCR de exudado nasofaríngeo. En caso de que la estabilidad hemodinámica del paciente no lo permita, y si el paciente es en ese momento sospechoso o positivo para coronavirus, la cirugía debe llevarse a cabo en un quirófano con medidas excepcionales entre las que se incluyen⁷:

- El personal de quirófano debe reducirse al mínimo e imprescindible.
- Todo el personal debe portar equipos de protección individual.

Finalmente, se ha descubierto ARN de SARS-CoV-2 en muestras de orina, sin embargo, carecemos de evidencia sobre su posible transmisión a través de este fluido. Por ello, se recomienda por el momento una actitud expectante a este respecto, manteniendo todas las medidas de seguridad mencionadas en caso de contacto con la orina de un paciente positivo para coronavirus, ya sea en las maniobras de puesta o retirada de la sonda o durante una intervención quirúrgica¹⁷.

Seguimiento del paciente postoperado

Independientemente de la fase de la pandemia en la que nos encontremos es deseable acortar la estancia hospitalaria todo lo que sea posible. Se intentará tras las cirugías sin complicaciones dar el alta al paciente antes de 24 horas.

Para favorecer el alta temprana sería conveniente evitar la colocación de drenajes. El uso de un vendaje postoperatorio tipo *mummy wrap*¹⁸ nos ofrece una gran ventaja, previniendo la formación de hematomas sin necesidad de drenajes, por lo que lo consideramos de elección.

Si el paciente precisa de tratamiento antibiótico intravenoso y está estable, y con la fiebre controlada, se preferirá la administración diaria ambulatoria del mismo en hospitales de día para evitar el tiempo de exposición y el riesgo que conllevaría un ingreso.

La primera cura tras el implante de prótesis de pene (1-3 días) ha de realizarse en la consulta del urólogo para descartar complicaciones tempranas. Si no presenta complicaciones podemos diferir la siguiente visita a 3-4 semanas después cuando, si es posible, entrenaremos al paciente en el manejo de la misma. Estas visitas han de realizarse en ausencia de acompañantes y favoreciendo que el paciente espere lo menos posible a ser atendido⁷.

Gracias al uso de la telemedicina podemos tener la capacidad de establecer una comunicación no presencial con el paciente (vídeo-visitas, e-Consultas de pacientes, seguimientos telefónicos). Implementar este tipo de tecnología requiere una infraestructura de sistema de registro médico electrónico, plataformas audiovisuales, tecnología de información institucional, inversión en hardware, capacitación de proveedores y personal, formación de pacientes, la participación de los pacientes y los cuidadores y la integración de la codificación¹⁹.

Aunque en muchos casos aún no hemos podido perfeccionar esta herramienta en el seguimiento del paciente tras la cirugía de prótesis de pene, la deberíamos tener en cuenta, ya que nos permite seguir en contacto y detectar posibles complicaciones o situaciones de alarma de forma temprana sin exponer al paciente a numerosas visitas, minimizando el riesgo de contagio²⁰.

Conclusiones

La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 supone un escenario sin precedente en la medicina moderna. La cirugía del implante de la prótesis de pene es electiva y debe diferirse hasta la fase I de la pandemia. Sin embargo, algunas complicaciones relacionadas con la prótesis de pene requieren cirugía urgente. Se debe minimizar el riesgo de contagio del paciente en el seguimiento, minimizando su presencia en el hospital y haciendo uso de la telemedicina.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Bogoch II, Watts A, Thomas-Bachli A, Huber C, Kraemer MUG, Khan K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan China: Potential for international spread via commercial air travel. *J Travel Med.* 2020;27, <http://dx.doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.
2. Hui DS, Azhar IE, Madani TA, Ntoumi F, Kock R, Dar O, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health-The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan China. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis.* 2020;91:264–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>.
3. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet] [consultado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.
4. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27, <http://dx.doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.
5. Fraile A, Moncada Iribarren I, Chantada Abal V, Fernández-Pascual E, Romero Otero J, Alonso-Isa M, et al. [Andrology and penile cancer Recommendations during COVID-19 pandemia]. *Arch Esp Urol.* 2020;73:395–404.
6. Margel D, Ber Y. Changes in urology after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Eur Urol Focus.* 2020;EUF-912:3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2020.05.001>.
7. Puliatti S, Eissa A, Eissa R, Amato M, Mazzone E, Dell'Oglio P, et al. COVID-19 and urology: A comprehensive review of the literature. *BJU Int.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/bju.15071>.
8. Chan MC, Yeo SEK, Chong YL, Lee YM. Stepping forward: Urologists' efforts during the COVID-19 outbreak in Singapore. *Eur Urol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2020.03.004>.
9. Salonia A, Bettocchi C, Carvalho J, Corona G, Jones TH, Kadioglu A, et al. Sexual and reproductive health EAU guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam. 2020. ISBN 978-94-92671-07-3. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/sexual-and-reproductive-health/>.
10. Recommendations from the Spanish Society of Surgery (AEC) | [aecirujanos.es](https://www.aecirujanos.es) [Internet]. [citado 25 May 2020]. Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/Recommendations-from-the-Spanish-Society-of-Surgery-AEC.es.1.158.html>.
11. Recommendations from the EAU Sexual and Reproductive Health Guidelines Panel applicable during the COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Covid-19-EAU-Sexual-Health-recommendations.pdf>.
12. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021>.
13. Scherzer ND, Dick B, Gabrielson AT, Alzweri LM, Hellstrom WJG. Penile prosthesis complications: Planning prevention, and decision making. *Sex Med Rev.* 2019;7:349–59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.04.002>.
14. Protocolo de actuación para cirugía durante la fase de transición de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2. Grupo de Trabajo Hospital 12 de Octubre. Madrid:2020. <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/03/3.-12-DE-OCTUBRE.pdf>.
15. Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, de Nunzio C, et al. Urology practice during COVID-19 pandemic. *Minerva Urol E Nefrol Ital J Urol Nephrol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.23736/S0393-2249.20.03846-1>.
16. Levine LA, Becher EF, Bella AJ, Brant WO, Kohler TS, Martinez-Salamanca JI, et al. Penile prosthesis surgery: Current recommendations from the International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13:489–518, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.017>.
17. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, Low JG, Tan SY, Loh J, et al. Epidemiologic features and clinical course of patients infected with SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA.* 2020;323:1488–94, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3204>.
18. Henry GD. Surgical techniques: The Henry Mummy Wrap™ and the Henry Finger Sweep™ surgical techniques. *J Sex Med.* 2009;6:619–22, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01200.x>.
19. Smith WR, Atala AJ, Terlecki RP, Kelly EE, Matthews CA. Implementation guide for rapid integration of an outpatient telemedicine program during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Surg.* 2020;231, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.030>, 216–222.E2.
20. Gadzinski AJ, Ellimootil C. Telehealth in urology after the COVID-19 pandemic. *Nat Rev Urol.* 2020;17:363–4, <https://doi.org/10.1038/s41585-020-0336-6>.