

INFORME DE CASO

Anestesia en paciente con trauma de pene. Presentación de un caso

Anesthesia in a patient with penile trauma. Report of a case

Anestesia em paciente com trauma peniano. Apresentação de um caso

Karell Piñón García¹, José Antonio Pozo Romero², Mayda Correa Borrell³

¹ Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Asistente. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Cuba. Email: yudelky.cmw@infomed.sld.cu ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1336-1396>

² Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Cuba. Email: japozo.cmw@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7057-3897>

³ Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Auxiliar y Consultante. Investigadora Auxiliar. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Cuba. Email: mcorrea@mad.cmw.sld.cu ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0048-6920>

RESUMEN

Se reportó un caso de paciente masculino, blanco, 34 años de edad, con antecedentes de salud, fumador inveterado, que durante relación sexual con su esposa, escuchó un chasquido, presentó dolor agudo e intenso en el pene, acompañado de pérdida de erección, rápido aumento de volumen y cambio de coloración, por lo que acudió al Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, diagnosticándose fractura de pene. Mediante anestesia regional espinal, se realizó tratamiento quirúrgico, obteniendo resultados favorables con egreso 24 horas después. La fractura de pene es una entidad poco frecuente en nuestro medio, de no ser diagnosticada y tratada de forma precoz, podría influir en el futuro del paciente.

Palabras clave: fractura de pene; anestesia regional espinal; tratamiento quirúrgico

ABSTRACT

A case of male patient was reported, white, 34 years old, with health history, inveterate smoker, who during sexual intercourse with his wife, heard a click, presented acute and intense pain in the penis, accompanied by loss of erection, rapid increase in volume and color change, so he went to the University Hospital "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey, diagnosed penile fracture. Through spinal regional anesthesia, surgical treatment was performed, obtaining favorable results with discharge 24 hours later. The fracture of the penis is a rare entity in our environment, if not diagnosed and treated early, it could influence the future of the patient.

Keywords: penis fracture; spinal regional anesthesia; surgical treatment

RESUMO

Um caso de paciente do sexo masculino, branco, 34 anos, com uma história de saúde, fumador inveterado, que durante a relação sexual com sua mulher, ouviu um estalo, apresentou dor aguda e intensa no pênis, acompanhada de perda da ereção foi relatada, rápido aumento no volume e mudança de cor, então ele foi para o Hospital Universitário "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey, diagnosticado fratura peniana. Através de anestesia regional espinal, foi realizado o tratamento cirúrgico, obtendo-se resultados favoráveis com alta 24 horas após. A fratura do pênis é uma entidade rara em nosso meio, se não diagnosticada e tratada precocemente, poderia influenciar o futuro do paciente.

Palavras-chave: fratura do pênis; anestesia regional espinal; urgência urológica

INTRODUCCIÓN

La fractura de pene o fractura de cuerpos cavernosos, es una urgencia urológica poco frecuente.⁽¹⁾ Es difícil precisar la incidencia de esta enfermedad, pues muchos casos no publicados y probablemente muchos pacientes no consultan por tratarse de una situación embarazosa.⁽²⁾ Hasta 1988, en la literatura científica se habían cuantificado 100 casos; Tsang reportó que hasta 1992, habían sido reportados 180 casos.

El diagnóstico de la fractura de pene es clínico. Esta se describe como la ruptura de la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos por un traumatismo cerrado. De modo más común, el paciente aqueja sensación de chasquido acompañado de dolor, detumescencia y luego edema y deformidad del pene. El tratamiento más aceptado es el quirúrgico precoz, que consiste en la exposición y rafia de los cuerpos cavernosos.⁽³⁾ El 30 % de los pacientes afectados, además presentan lesión de la uretra anterior,⁽¹⁾ la gravedad del trauma está en que puede generar disfunción eréctil y estenosis uretral en los casos con ruptura completa.⁽⁴⁾

El objetivo de este artículo es describir el manejo anestesiológico de un paciente que se le realizó tratamiento quirúrgico precoz por presentar una fractura de pene en el Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" de la provincia de Camagüey, pues se asume que es importante que los profesionales de la salud, sobre todo el médico general se apropie de las bases diagnósticas y terapéuticas de esta emergencia urológica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco de 34 años de edad, fumador inveterado, acudió al servicio de urgencia debido a que durante relación sexual con su esposa realizó movimiento brusco, luego de escuchar un chasquido, presentó dolor agudo e intenso en el pene, acompañado de pérdida de erección, rápido aumento de volumen y cambio de coloración (Figura 1).

Al examen físico se constató aumento de volumen, ligero dolor a palpación, cambios de coloración, área equimótica en toda la circunferencia, compatible con hematoma.

Se diagnosticó clínicamente fractura de pene, se realizaron complementarios de urgencia para tratamiento y exploración quirúrgica inmediata.



Fig. 1. Hematoma peneano en forma de berenjena.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: hematócrito: 0,38 %; glucemia: 5,6 mmol/l; tiempo: coagulación 8 segundos; tiempo sangramiento: 1 segundo; grupo y Rh: O positivo.

El urólogo de guardia hizo el anuncio para el tratamiento quirúrgico del paciente. La valoración preanestésica ofreció la siguiente información: En la exploración física: vía aérea Mallampati I; cuello largo, cilíndrico, tráquea central y desplazable; frecuencia respiratoria 12 respiraciones por minuto, no estertores pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, frecuencia cardíaca 106 latidos por minuto, tensión arterial 120/70 mmHg, llenado capilar de dos segundos y columna vertebral sin alteraciones.

Estado físico, según la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) II: enfermedad sistémica leve, sin limitación de su capacidad funcional. El riesgo quirúrgico era regular. Se premedicó con ondansetrón 4 mg, ranitidina 50 mg, hidrocortisona 100 mg y diclofenaco 75 mg intravenoso. Durante el periodo transanestésico los signos vitales iniciales fueron: frecuencia cardíaca (FC) 96 latidos por minuto (lpm); presión arterial (PA) 120/80 mmHg; temperatura 36,0 °C; saturación periférica de oxígeno de la hemoglobina 100 %; monitoreo tipo II de acuerdo con los lineamientos de la ASA: electrocardiografía derivación DII, oximetría de pulso/pletismografía (SpO₂); presión arterial no invasiva en miembro superior derecho.

Se realizó anestesia regional espinal, utilizando bupivacaína hiperbárica 10 mg y morfina 0,3 mg y se lograron los resultados anestésicos deseados. Se colocó catéter nasal con oxígeno al 100 % a 4 L/min.



Fig. 2. Imagen transoperatoria donde se observa la fractura de los cuerpos cavernosos.

Durante el acto quirúrgico el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable. Se realizó incisión dorsal, retracción del prepucio, denudación del pene hasta la raíz, visualizándose ruptura de cuerpo cavernoso (Figura 2), rafia del mismo, evacuación del hematoma, se completó circuncisión y se dejó drenaje. El tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 20 minutos, el sangrado final fue de 50 ml. El paciente se egresó del quirófano con estabilidad hemodinámica (PA 110/80 mmHg; FC 87 lpm; SpO₂ 100 % y 10 puntos en la escala de Alderete (recuperación posanestésica).

DISCUSIÓN DEL CASO

Los estudios consultados^(4,5) coinciden al revelar que el diagnóstico de la fractura de pene es fundamentalmente clínico, aunque se reconoce la utilidad de algunos exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico, tales como: cavernosografía, ecografía de partes blandas, ecografía Doppler a color, resonancia magnética, e incluso uretrografía retrógrada ante una posible lesión uretral. La cavernografía posibilita la detección de extravasamiento de sangre en la zona de la fractura, pero se recomienda la cistoscopia flexible intraoperatoria.⁽⁶⁾

Los autores de este artículo seleccionaron la anestesia regional espinal para la reparación quirúrgica inmediata de la fractura de pene. El fármaco anestésico que se utilizó fue la bupivacaína hiperbárica y coadyuvante la morfina, lo que posibilitó el alcance de una analgesia eficaz posoperatoria.

La fractura de pene de modo más común es transversal, distal al ligamento suspensorio del pene, unilateral, aunque pueden dañarse ambos cuerpos cavernosos según la complejidad del trauma, la longitud

varía entre 0,5 y 4 cm.^(7,8) La mayoría de los pacientes expresan que perciben un "chasquido" seguido de dolor, detumescencia, hematoma y deformidad del pene.

El examen físico del pene puede apreciarse que la sangre contenida dentro de los cuerpos cavernosos se extravasa y deforma el pene, lo que se expresa con el "signo del rodado" y el hematoma en "berenjena" o "como una morcilla,"^(9,10) el primero se describió como la presencia de un coágulo adyacente a la zona de fractura, palpable como una tumefacción tenue y firme, sobre la cual puede rodar la piel del pene.^(9,10)

Se plantean diversas hipótesis para argumentar la cinemática del trauma en la fractura de pene.^(1,11) Esta se ha relacionado con la práctica de posturas del Kama Sutra, entre las que se asume que la de mayor riesgo es la conocida como "cowgirl" o vaquera, porque, durante esta el hombre se posiciona en decúbito supino y la mujer encima de él, la que durante la ejecución del movimiento sexual aplica todo su peso corporal sobre el pene erecto. En esta posición el hombre no tiene posibilidad para interrumpir la actividad de la mujer, y si se produce una penetración incorrecta y un movimiento disarmónico entre ambos actores, se produce la rotura de la túnica porque el pene se doble, golpee contra el periné o la sínfisis del pubis.^(1,11)

Cotrina C⁽¹²⁾, hizo otras propuestas, asumió que la fractura de pene ocurre al practicar el acto sexual en la posición o estilo perrito; además planteó que incide en hombres que se levantan con erección y doblan el pene de un modo brusco para disimularla u ocultarla por vergüenza.

El colectivo de urólogos y anesthesiólogos que brindaron atención al paciente tomaron la decisión consensuada de aplicar tratamiento quirúrgico inmediato. Guerra Macías I *et al*⁽⁵⁾ publicó que la actitud conservadora ocasiona secuelas sexuales: disfunción eréctil, incurvación peneana, erecciones dolorosas y urológicas: sobreinfección del hematoma peneano, estenosis de uretra y fístula arteriovenosa.

Para el tratamiento quirúrgico de la fractura de pene resultó conveniente el uso de anestesia regional espinal, con la que se logró en el paciente estabilidad cardiorrespiratoria y la necesaria relajación para la exploración quirúrgica, con menor incidencia de complicaciones, además se evitó la exposición del paciente a los riesgos inherentes a la anestesia general, sobre todo en este paciente que era fumador inveterado y tenía riesgos de broncoespasmo durante el manejo de la vía aérea y la administración de agentes anestésicos intravenosos.

Otro beneficio del uso de la anestesia regional espinal es que es una técnica que posibilita el uso más racional de sangre, el comienzo rápido del bloqueo sensitivo y motor, acortó el tiempo quirúrgico y el uso de menos cantidad de fármacos anestésico local en comparación con la anestesia regional epidural.

La bupivacaína hiperbárica posibilitó el alcance de un bloqueo motor y sensitivo adecuado, de inicio rápido y duración prolongada, sin necesidad de otro agente anestésico. La morfina intratecal generó analgesia eficaz durante el postoperatorio y permitió la deambulación precoz.

CONSIDERACIONES FINALES

La aplicación de anestesia regional espinal para el manejo anestesiológico del paciente con fractura de pene asegura la efectividad del tratamiento quirúrgico de esta emergencia urológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda-Millán DA, Manrique-Mejía O, Capera-López C, Donoso-Donoso W. Fractura bilateral de cuerpos cavernosos con sección completa de uretra anterior. Reporte de caso y revisión de conceptos actuales sobre el manejo quirúrgico. Rev Fac Med [en línea]. 2018 [citado 20 Abr 2019]; 66(4):635-8. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n4.65917>
2. Casco S, Soto-Veja E, Arroyo C. Lesiones de pene: reporte de 4 casos. Rev Mex Urol [en línea]. 2016 [citado 22 Abr 2019]; 76(6):378-82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007408516300696>
3. Lever-Rosas CD, Pérez-Barbosa PF, García-Núñez LM, Chávez-Rodríguez JJ. Fractura de pene. Reporte de un caso. Rev San Mil [en línea]. 2017 [citado 22 Abr 2019]; 56(4):177-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75860>
4. Núñez Roca A, Rodríguez Collar TL, García Monzón JA, Carrillo González S, Martínez Ramos G. Fractura de pene. Estudio de 10 años. Rev Cubana Med Mil [en línea]. 2010 [citado 22 Abr 2019]; 39(3-4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol39_3-4_10/mil04310.htm
5. Guerra Macías I, Rizo Revé R, Hernández Cobos S. Tratamiento quirúrgico de la fractura de pene. MEDISAN [en línea]. 2011 [citado

- 22 Abr 2019]; 15(2): 252-255. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000200017&lng=es
6. Long JA. Traumatismos de la uretra posterior y anterior: diagnóstico y tratamiento. EMC-Urología [en línea]. 2017 [citado 22 Abr 2019]; 49(3):1-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761331017860540>
 7. Moya-Sánchez E, Medina-Benítez A, Medina-Salas V, Fernández-Navarro L. Trombosis parcial segmentaria de cuerpo cavernoso: hallazgos por imagen. Radiología [en línea]. 2018 [citado 22 Abr 2019]; 60(6):508-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833818300146>
 8. Pineda-Murillo J, Sánchez-Bermeo AF, Martínez-Carrillo G, Torres-Aguilar J, Viveros-Contreras C. Unusual cavernous body break: results of timely surgical management. Cir Ciruj [en línea]. 2019 [citado 22 Abr 2019]; 87(1):79-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84498>
 9. Marrero Santos LA, Quevedo Ronda RA, Tundidor Bermúdez ÁM. Fractura de pene. Presentación de un caso clínico. Rev 16 de Abril [en línea]. 2017 [citado 22 Abr 2019]; 55(261):31-6. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/448
 10. Palacios Gracia RE. Incidencia de traumatismo uretral iatrogénico a realizar en el Hospital General del Guasmo Sur en el periodo 01/01/2017-31/12/2017 [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31347>
 11. Uribe AJF. Cavernosopatía Traumática Aguda (CTA) trauma peneano en un grupo de 38 pacientes en un consultorio de medicina sexual durante 20 años de experiencia (1998-2018). Rev Urol Colom [en línea]. 2018 [citado 22 Abr 2019]; Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-1681085>
 12. Cotrina C. Compromiso de la función eréctil posterior al tratamiento quirúrgico por fractura de pene en pacientes atendidos en los servicios de Urología del HNAAA y HNGAI de Julio 2014 a Junio de 2017 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3680>
 13. Maldonado-Dorantes S, Arellano-Cuadros R, Hernández-León O, Martínez-Carrillo G. Manejo y evolución de la ruptura de cuerpos cavernosos en el Hospital Juárez de México. Bol Electr [en línea]. 2017 [citado 22 Abr 2019]; 32(2):47. Disponible en:

https://cmu.org.mx/media/cms_page_media/55/BOLETIN-2-2017%20ELECTRONICO-172-31-jul.pdf#page=8

Recibido: 2 de junio de 2019

Aprobado: 15 de julio de 2019