

Tratamiento quirúrgico de la fractura de pene

Surgical treatment of the penis fracture

Dra. Ileana Guerra Macías,¹ Dr. Rafael Rizo Revé¹ y Dr. Salvador Hernández Cobos¹

¹ Especialistas de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 39 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y procedente de un área rural, que fue operado en el Hospital General Peltier de la República de Djibouti por habersele fracturado el cuerpo cavernoso del pene durante el coito, lo cual obligó a realizarle una incisión circunferencial subcoronal, que finalmente garantizó buenos resultados estéticos y funcionales de ese órgano genital externo.

Palabras clave: órgano genital externo, fractura de pene, cuerpo cavernoso, erección, incisión circunferencial subcoronal

ABSTRACT

The case report of a 39 year-old patient, without personal pathological history and coming from a rural area, who was surgically treated at the Peltier General Hospital of the Djibouti Republic due to a fracture in the corpus cavernosum of penis during the coitus, that forced to make him a circunferencial subcoronal incision which finally guaranteed good aesthetic and functional results of that external genital organ.

Key words: external genital organ, fracture of penis, corpus cavernosum, erection, circunferencial subcoronal incision

INTRODUCCIÓN

El pene se lesiona con mucha menor frecuencia que otras partes del cuerpo, como: abdomen, piernas, brazos y cabeza.¹⁻³

La fractura de este órgano genital o ruptura de uno o ambos cuerpos cavernosos, o el cuerpo esponjoso, es una lesión infrecuente debido a que la gran movilidad del pene flácido se convierte en un mecanismo protector frente a los traumas.⁴ Esta se produce por un traumatismo, habitualmente cerrado, sobre el pene en erección y en 10-38 % de las ocasiones se acompaña de lesión uretral.⁵⁻⁷

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque existen algunos exámenes complementarios que ayudan a confirmarlo. En la actualidad, se prioriza el tratamiento quirúrgico precoz, a fin de evitar la aparición de secuelas sexuales y urológicas, que por lo general tienen lugar en 53 % de los pacientes tratados de forma conservadora.^{8,9}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 39 años de edad, procedente de un área rural, sin antecedentes patológicos personales, atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital General Peltier de la República de Djibouti, quien refiere que una hora antes, durante el coito, escuchó un sonido de "chasquido", luego del cual el pene se volvió flácido y muy doloroso.

Examen físico

Se observó deformidad del pene debido a un gran hematoma que no dañaba el glande, pero se extendía hacia el escroto y el pubis, con incurvación central y dolor intenso. No presentaba uretrorragia ni dificultad para la micción espontánea (**figura 1**).



Figura 1. *Antes de la intervención quirúrgica*

Clínicamente se diagnosticó ruptura del cuerpo cavernoso peneano, por lo cual fue preciso realizarle una incisión circunferencial subcoronal, disecando el prepucio hasta la base del pene, donde se apreciaba una lesión en la cara dorsal del tercio medio. La línea de fractura era de 2 cm y en forma transversal.

Se exploró minuciosamente y se comprobó la ausencia de lesiones tanto en el cuerpo cavernoso izquierdo como en el cuerpo esponjoso; la sutura se hizo en forma discontinua, con material reabsorbible de vicryl 0, se colocó drenaje de Penrose y se insertó sonda vesical de Foley (No. 18), además de dejarse un vendaje compresivo en el pene (**figura 2**).



Figura 2. Después de la intervención quirúrgica

El paciente recibió antibioticoterapia por vía parenteral durante 5 días y a las 48 horas de la operación se le retiraron el cateterismo vesical y el vendaje; la evolución fue satisfactoria y egresó con buenos resultados estéticos y funcionales de ese órgano genital externo. Se le recomendó asistir a consultas y se le indicó reposo sexual durante 6 meses.

COMENTARIOS

El traumatismo peneano se debe casi siempre a posiciones viciosas durante el coito, golpes directos sobre el órgano o lesiones autoinfligidas durante la masturbación; pero siempre con el pene erecto.¹⁻³ La causa de la fractura es la súbita angulación de los cuerpos cavernosos, con el consiguiente aumento de la presión dentro de ellos.^{4,5}

De hecho, el diagnóstico de esta lesión es característico, pues siempre ocurre durante el coito, con el pene erecto, en cuyo instante el paciente oye un sonido similar a "crac", seguido de un intenso dolor en el órgano, incurvación de este hacia el lado contrario de la fractura y tumescencia inmediata. Rápidamente el pene aumenta de volumen por el edema y gran hematoma que lo deforma, de modo que puede palparse un defecto en su diáfisis.^{6,7}

La fractura del cuerpo cavernoso puede ser única o bilateral, sin afectar el cuerpo esponjoso; pero es posible que este último también se dañe y entonces se presenten uretrorragia e imposibilidad miccional. La primera se diagnostica básicamente mediante la información consignada en la historia clínica y a través de la exploración física;⁸⁻¹⁰ pero en los casos dudosos puede recurrirse a otras pruebas como cavernosografía, ecografía, resonancia magnética e incluso uretrocistografía retrógrada o miccional ante posible existencia de lesión uretral.⁹ Antiguamente, el tratamiento era conservador: cateterismo uretral, vendaje compresivo, analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos, asociados a la prescripción de diazepam o dietilestilbestrol para controlar las erecciones.^{3, 6, 10}

La actitud conservadora ocasiona secuelas sexuales: disfunción eréctil, incurvación peneana, erecciones dolorosas y urológicas: sobreinfección del hematoma peneano, estenosis de uretra y fístula arteriovenosa, entre otras;⁶⁻¹⁰ pero además de ello, el paciente recupera más tardíamente la actividad sexual y se prolonga su estadía hospitalaria.³⁻¹⁰

Actualmente se recomienda el tratamiento quirúrgico precoz, consistente en evacuar el hematoma peneano, reparar el desgarró albugíneo y eliminar las posibles lesiones asociadas.⁴⁻⁷ A los efectos, la técnica quirúrgica más ampliamente utilizada y eficaz se basa en la incisión circunferencial subcoronal, con denudación del pene hasta su base, después de lo cual debe mantenerse una vía de drenaje por 2 días cuando menos e insertar sonda vesical para evitar erecciones durante el sueño.⁸⁻¹⁰ Entre los cuidados posoperatorios figuran: uso de antibióticos, analgésicos y sedantes para evitar erección, así como suspensión de la actividad sexual durante 6 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Losanoff J, Neal Durwood E, Jones J. Penile injury. *J Urol* 2001; 166 (4):1388-9.
2. Mydlo JH, Gershbein AB, Macchia RJ. Nonoperative treatment of patients with presumed penile fracture. *J Urol* 2001;165:424-5.
3. Blunt penetrating and ischemic injuries to the penis. *J Urol* 2002;168(4):1433-43. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352411>> [consulta: 12 febrero 2009].
4. Luzuriaga J, Arauz Pérez E, Parra Ramos F. Fractura de pene: urgencia urológica. *Educ Méd Contin* 2003;22(3):83-7.
5. Mujica JC, Zamora C, Serva L, Szemat R, Diéguez V, Luna MT. Traumatismo de pene en el Hospital "Domingo Luciani". *Rev Venezolana Cir* 2005;58(3):97-101.
6. Cabrera Mendieta R. Trauma de pene y su reconstrucción por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Escuela "Antonio Lenin Fonseca". Managua, 2005. <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/cirurgia_general/update/TRAUMA%20DE%20PENE.pdf> [consulta: 12 febrero 2009].
7. Selvaggi G, Elander A. Penile reconstruction. *Curr Opin Urol* 2008;18(6):589-97 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832944>> [consulta: 12 febrero 2009].
8. Turpin F, Hoa D, Faix A, Filhastre M, Mazet N, Rouanet de Vigne Lavit JP. IRM de la verge: intérêt dans le bilan post-traumatique. *J Radiol* 2008;89(3 Pt 1):303-1008.
9. Ghilan AM, Al-Asbahi WA, Ghafour MA, Alwan MA, Al-Khanbashi OM. Management of penile fractures. *Saudi Med J* 2008;29(10):1443-7. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18946570>> [consulta: 12 febrero 2009].
10. Maruschke M, Lehr C, Hakenberg OW. Traumatic penile injuries-mechanisms and treatment. *Urol Int* 2008;81(3):367-9.

Recibido: 5 de marzo del 2010

Aprobado: 6 de abril del 2010

Dra. Ileana Guerra Macías. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.
Teléfono: 346301