

FRACTURA DE PENE: REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

* **Dr. Francisco C. Genao**
* **Dr. Teófilo Pérez García**
* **Dr. Luis Peña Lara**
* **Dr. Rodolfo Aguasvivas**

INTRODUCCION

La fractura del pene es una entidad rara(1-7). Solo se han reportado 170 casos en la literatura inglesa, según unos autores y según otros solo se han reportado 100 casos. considerándose que muchos casos no han sido reportados.

La fractura de pene se define como "una ruptura de la túnica albugínea que cubre a uno o ambos cuerpos cavernosos causado por un trauma contuso durante la erección"(3). Puede estar involucrado el cuerpo esponjoso y/o la uretra.

En 1985 Frederick Klein hizo una revisión de los traumas peneanos tanto en la vida civil como militar y encontró reportados solo 43 casos de traumas peneanos dentro de las Fuerzas Armadas americanas durante la Primera Guerra Mundial (Hugh Young). Marshal reportó 18 injurias genitales en 8,310 casos accidentales de los cuales sólo 2 fueron exclusivos de pene. Petter y Gartman en 1936 reportaron una incidencia de traumas contusos de uno en 175,000 ingresos al Jefferson Hospital en Philadelphia. Durante un período de 11 años (1972-1983) se registraron 11 casos de traumas contusos de pene en el Medical College of Virginia, 3 de los cuales fueron fracturas de pene(3).

En la República Dominicana aunque es probable se hallan presentado estos traumas no encontramos ningún caso registrado.

El mecanismo del trauma es variado, en un tercio de los casos ocurre durante el coito, el resto sucede por golpe directo al pene por doblaje forzado del órgano cuando el paciente se voltea en la cama; por manipulación al intentar una detumescencia rápida; al intentar introducirlo bruscamente en el pantalón estando en erección; empujando o azotando el pene contra el periné de la pareja y hasta por patada de caballo (1,3,7).

La túnica albugínea es una de las fascias más fuertes del ser humano. En estado de flacidez mide 2mm de grosor y durante la erección se hace mucho más delgada, de hasta 0.5mm, lo que hace al pene erecto vulnerable a los traumas(1). En un 30% de los casos puede ocurrir ruptura de la uretra, ya sea parcial o completa con la consiguiente lesión del cuerpo esponjoso (1,9).

Luego del trauma el paciente escucha un sonido de crujido o estallido, seguido de dolor, detumescencia rápida, inflamación brusca con desviación del pene contralateral a la lesión, deformidad

que Godect et al han llamado deformidad en berengena. Aparece además cambio de color de la piel debido a la infiltración de la sangre, la cual generalmente está confinada a la fascia de Buck; el hematoma puede extenderse al escroto, perineo anterior y pared abdominal inferior(5), esto si hay un desgarramiento de esta fascia, teniendo en cuenta además que esta sangre se confina al cuerpo del pene. Los pacientes usualmente no tienen dificultad para la micción, excepto cuando hay lesión de la uretra (30%) o que el hematoma y la angulación compriman esta. En estos casos puede incluso presentarse retención urinaria. En caso de uretrorragia debe descartarse una ruptura de uretra por medio de uretrografía retrógrada que junto a la cavernosografía, la historia y la observación clínica determinan el diagnóstico correcto y el tipo de manejo bien sea conservador o quirúrgico.

Los procedimientos diagnosticos a realizar son:

1. CAVERNOSOGRAFIA:

Que nos informa del desgarramiento o no de la túnica albugínea y lugar exacto, evitando en muchos casos la exploración quirúrgica innecesaria. Las complicaciones de esta no pasan de: alergia al medio de contraste; formación de hematoma y fibrosis corporal secundaria. Por fortuna estas complicaciones son muy raras.

2. LA URETROGRAFIA RETROGADA:

Debe realizarse primero en todos los casos de ruptura de pene aunque no haya sangre en el meato uretral, pues si se pasan por alto situaciones clínicas potencialmente peligrosas, puede ocurrir fuga de orina al escroto, periné y pared abdominal a través de la uretra trans-seccionada según algunos autores (1). Otros sin embargo plantean que la uretrografía solo se debe hacer en casos de sospecha de injuria uretral (2,3,7).

Hasta hace muy poco, el manejo conservador era el tratamiento más favorecido en los casos de fractura de pene; este consistía en ponerle una férula al pene, cateter uretral, bolsas de hielo, antibióticos y anti-inflamatorios(1,27). Se ha estimado que con este tratamiento, un 10% experimentan evolución favorable con deformidad peneana, erecciones no optimas con dificultad en el coito, además de un tiempo de hospitalización que va de 4 a 71 días. Estos inconvenientes han hecho que esta conducta conservadora halla perdido popularidad.

* **Del Servicio de Urología, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, R. D.**

Fenston fue el primero, en 1957, en sugerir un abordaje quirúrgico para el tratamiento de fractura de pene. Hoy día se sugiere que la fractura de pene debe ser tratada quirúrgicamente con cierre del defecto y uretroplastía si es necesario. Los principios de este manejo en las injurias peneanas han sido bien delimitados por Gross et al (1971) y consisten en:

1. Control del hematoma.
2. Limpieza y debridamiento del área.
3. Reparación plástica y cierre quirúrgico.
4. Antibioterapia.

A continuación presentamos un caso manejado quirúrgicamente con muy buen resultado:

DATOS GENERALES:

Masculino de 26 años de edad, soltero, obrero, de raza mestiza y nacionalidad dominicana.

HISTORIA:

El paciente refirió que en la mañana del día 7 de septiembre del año 1989, se despertó con una erección y al intentar darse vuelta en la cama sintió que el pene estalló produciéndole un gran dolor, seguido de lo cual apareció una zona de enrojecimiento y aumento de grosor del pene en la parte lateral derecha, próxima a la base, la cual fue aumentando progresivamente, por lo que decidió acudir a la emergencia del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

Al examen físico encontramos: Hematoma que ocupa casi toda la totalidad del órgano con desviación a la izquierda. Los demás datos del examen físico y antecedentes personales no aportan hallazgos importantes. Los datos de laboratorio: Hemograma urea, creatinina, glicemia y uretrografía retrógrada son normales; consideramos el diagnóstico lo suficientemente claro para no necesitar la cavernosografía (Fig. 1.).

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

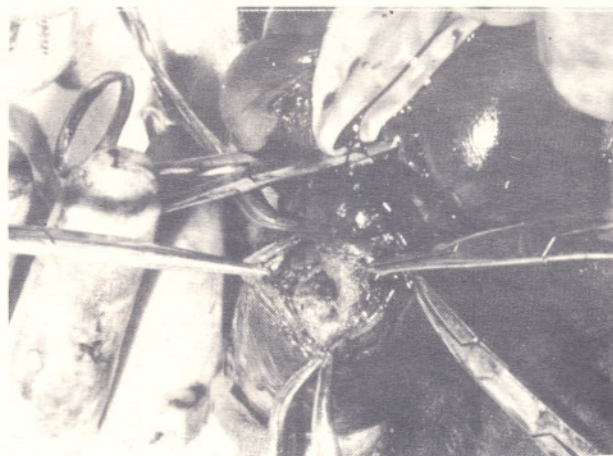
Bajo anestesia raquídea se procedió a hacer circuncisión o retracción de la piel y tejido subcutáneo hacia la base del pene,

hasta exponer el área de la lesión. Encontrándose RUPTURA DEL CUERPO CAVERNOSO DERECHO CON SU ALBUGINEA Y LA FASCIA DE BUCK de aproximadamente 2cm de diámetro (Fig. 1 y 2). Se procedió a la colocación del torniquete en la base del pene por diez minutos; haciendo luego la reparación de la túnica albugínea con prolene 3-0 con puntos separados.

Se suturó la fascia de Buck con sutura continua con el mismo hilo (Fig. 4). Se hizo erección artificial (Torniquete en la base del pene más infiltración de solución salina con aguja mariposa) siendo satisfactorios los resultados (fig. 5). Finalmente se hizo reparación de la circuncisión con crómico 3-0. Se dejó drenaje en el área de la lesión por 24 horas.



Fig. 2 Fractura de pene, obsérvese circuncisión y evacuación del hematoma.



(Fig. 3 Fractura de pene, muestra ruptura de túnica albugínea y fascia de Buck.

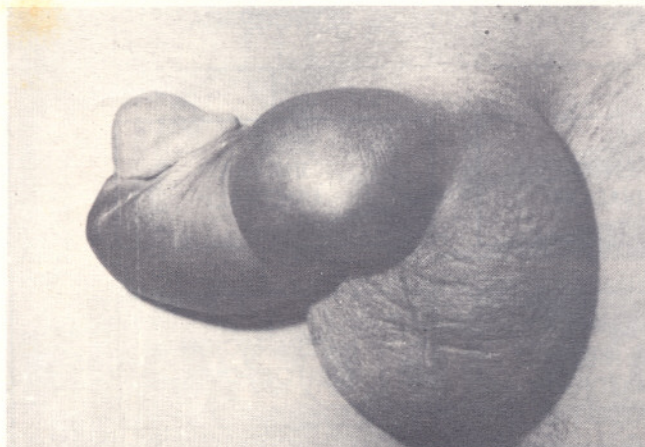


Fig. 1. Fractura de Pene. Obsérvese el signo de la berengena.



Fig. 4. Fractura de Pene. Reparación del defecto con prolene 3-0.



Fig. 5. Fractura de Pene. 4to. día postquirúrgico, erecciones satisfactorias.



EVOLUCION POST-QUIRURGICA:

Al segundo día post-quirúrgico el paciente presenta una significativa disminución del edema y el dolor, además presenta erección, la cual el califica de normal aunque dolorosa. Al sexto día post-quirúrgico es dado de alta de sala para seguimiento por consulta. En esta área fue visto en dos ocasiones, presentando una favorable evolución. Fue dado de alta hospitalaria a los 26 días post-quirúrgico, refiriendo erección satisfactoria.

DISCUSION

Corroborando lo antes dicho, respecto a que la fractura de pene es una entidad rara no encontramos antecedentes registrados en el archivo del Servicio de Urología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Los autores consultados solo reportaron 170 casos en la literatura inglesa(3), mientras otros hablan de solo 100 casos, haciendo la observación de que la entidad ha sido probablemente sub-registrada.

Ahora, con respecto a la uretrografía, somos partícipes de la conducta propuesta por Klein(3), que plantea que solo se haga en los casos de uretrorragia que sugiere lesión uretral, aunque en nuestro caso fue el único procedimiento que se realizó y que resultó normal.

La cavernosografía debe ser realizada en todo paciente que se sospeche fractura de pene (1,3,7). Lo ayuda a tener un diagnóstico preciso, que determinará el manejo quirúrgico en los casos de fractura evidente, conservador en los casos que no se demuestre desgarro de la túnica albugínea. En nuestro caso no realizamos cavernosografía debido a que los datos clínicos y la uretrografía fueron suficientes para tener un diagnóstico preciso

de la lesión.

Uno de los aspectos más controvertidos de la fractura de pene lo es el tratamiento (conservador-quirúrgico), sin embargo la mayoría de los autores contemporáneos (incluyéndonos), consideramos que el manejo quirúrgico es el de elección en los casos en que se compruebe desgarro de la "túnica albugínea" y el tratamiento conservador en los que no halla desgarro demostrable.

BIBLIOGRAFIA:

1. Codec, Cirl J. Reiser, Richard and Logush, Adrian Z. The Erect Penis Injury Prone Organ. *The Journal of Trauma*. 28:124-126, 1988.
2. Grayhack, J. T. Ed. *The year book Urology*, Chicago: Year Book Medical Publishers. P. 312, 1972.
3. Klein, Frederick A., Smith, Vernon and Miller Norman. Penile fracture. *Diagnosis and Manegement. The Journal of Trauma*, 25:1090-92, 1985.
4. Mc. Aninch, J. *Injuries to the Genitourinary Tract*. En Smith's D. R. Ed. *General Urology*, 13, N.Y.; a Lange Medical Book, 1988.
5. Peters P. G.; Sagalowsky, A. I. *Traumatismo Genitourinario*. Campbell, Ed. *Urology*, 5ta. Ed. Argentina: 1986, No. 1,1334-1338.
6. Tanajo, E. A. and Smith, D. R., *Urology En: Dumphy, J. E. y Way L. W. Eds.: Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico*, 2da. Ed. México, D. F.
7. Westes, M. Liber, J. Schulman, C. C.: *Fracture of the Penis. Conservative versus Surgical Tratment. Eur. Urol.* 13: 166-168, 1987.