

FRACTURA DE PENE: APORTACIÓN DE UN CASO

P. GIL MARTÍNEZ, A. BORQUE FERNANDO, P. VALDIVIA NAVARRO,
L. RODRÍGUEZ VELA, L.A. RIOJA SANZ

Servicio de Urología. Hospital "Miguel Servet". Zaragoza.

PALABRAS CLAVE:

Pene. Traumatismos. Fractura. Cirugía inmediata.

KEY WORDS:

Penis. Injuries. Fractures. Immediate operation.

Actas Urol Esp. 24 (3): 272-274, 2000

RESUMEN

La rotura traumática de los cuerpos cavernosos del pene es una urgencia urológica rara. Presentamos un caso de este traumatismo peneano, tratado de forma quirúrgica de urgencia, con buenos resultados morfológicos y funcionales.

ABSTRACT

Traumatic rupture of the corpus cavernosum of the penis is rare, and has been reported infrequently. We present a case with this type of trauma, with immediate surgical management, with good morphologic and functional results.

Se define la fractura de pene (F.P.) como la rotura de la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos, debido a un traumatismo peneano cerrado. Puede asociarse a lesión del cuerpo esponjoso o de la uretra. Patológicamente consiste en la aparición de una herida en la túnica albugínea, la cual se adelgaza durante la erección, produciéndose así un hematoma peneano habitualmente por debajo de la fascia de Buck¹. Los datos clínicos que siguen a la lesión peneana son característicos, e incluyen sonido de chasquido, dolor inmediato, tumefacción, equimosis peneanas, y desviación del pene hacia el lado opuesto a la lesión². Se trata de una emergencia urológica rara, que no siempre es comunicada³. Fue descrita por primera vez en 1925 por Malis, y desde entonces hasta 1996 existían aproximadamente 250 referencias en la Literatura⁴.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 26 años, de origen magrebí, ingeniero agrónomo de profesión, remitido al Servicio de Urgencias de nuestro hospital 12 horas después de sufrir un traumatismo peneano cerrado, consistente en un desplazamiento forzado en sentido ventral del pene erecto, durante una manipulación nocturna en estado de semi-inconsciencia. El paciente oyó un sonido semejante a un chasquido, junto con aparición de tumefacción peneana, coloración amoratada y desaparición de la erección. No presentó molestias miccionales, uretrorragia ni hematuria. En la exploración destacó un gran hematoma limitado al cuerpo del pene, que respetaba el glande (Fig. 1).

Se practicó, sin otras pruebas complementarias, una exploración quirúrgica de urgencia mediante una incisión circular subcoronal, previa

colocación de un catéter Foley 12 F., para prevenir lesiones uretrales inadvertidas durante la exploración quirúrgica. Se evacuó un gran hematoma por debajo de la fascia de Buck, identificándose una laceración transversal ventral en la túnica albugínea del cuerpo cavernoso derecho de 3 cm de longitud, tercio proximal, que abarcaba aproximadamente 180° de la circunferencia del cavernoso (Fig. 2). Existió también una pequeña fisura de 1 cm en la porción ventral del cuerpo cavernoso izquierdo. El cuerpo esponjoso se apreció intacto. Debido a la gran longitud de la lesión albugínea se optó por una sutura irreabsorbible de polipropileno monofilamento de 3/0 (Prolene), para garantizar la estanqueidad de la reconstrucción albugínea. Se extrajo el catéter Foley al concluir la intervención, colocándose un vendaje compresivo peneano y una cistostomía suprapúbica. A la semana del post-operatorio reanudó erecciones normales. Con 4 meses de seguimiento, mantiene una vida sexual normal, apreciándose sin embargo una pequeña área fibrosa en la región de la sutura irreabsorbible, pero sin incurvaciones ni deformidades peneanas en la erección.

DISCUSIÓN

Los traumatismos peneanos son raros, debido a su localización bien protegida en la cintura pelviana, y a su gran movilidad. Durante la erección, la túnica albugínea se adelgaza desde los 2 mm (flacidez) hasta 0,5-0,25 mm, lo cual predispone a la lesión peneana si se aplican fuerzas anormales. El mecanismo lesional es habitualmente una fuerza roma directa, con una súbita incurvación del pene² (Tabla I). La presentación clínica es bastante típica, existiendo habitualmente antecedente de un acto sexual violento o de una manipulación peneana inconsciente, seguido de un dolor súbito, audición de un chasquido, detumescencia rápida, formación de un hematoma y deformidad del pene. Las dificultades miccionales, uretrorragia o hematuria aparecen sólo en un 22% de casos, debido a compresión uretral por el hematoma peneano, o por lesión uretral directa⁴. Existen otros tipos particulares de traumatismos peneanos cerrados (roturas de arteria, vena superficial o profunda dorsales del pene), en los cuales la etiología y los datos exploratorios son indistinguibles de la fractura peneana⁴.

TABLA I

ETIOLOGÍA DE LA FRACTURA PENEANA

	Karadeniz ²	Asgari ³
Nº pacientes	21	32
Maniobras sexuales (coito)	1 (3%)	11 (52%)
Masturbación	-	3 (14%)
Caída al suelo con pene erecto	6 (19%)	-
Manipulación inconsciente	25 (78%)	4 (19%)
Rodar en la cama	-	3 (14%)

El diagnóstico se realiza mediante los datos típicos de anamnesis y exploración física, seguido de exploración quirúrgica peneana subcoronal inmediata. Algunos autores defienden la cavernosografía (en la mesa operatoria), para demostrar el lugar exacto de la lesión y planificar la estrategia quirúrgica². La extravasación de contraste extracorporal es diagnóstica, pero pueden existir falsos negativos por el rápido taponamiento de la herida albugínea por un coágulo². Otros autores^{3,4} no realizan la cavernosografía rutinariamente ya que en muchas ocasiones es difícil de interpretar, puede acarrear riesgos de reacciones alérgicas al contraste yodado y muchas veces retrasa la exploración quirúrgica. La uretrografía retrógrada debe ser realizada sólo si el paciente presenta dificultad en el vaciado, hematuria macroscópica o uretrorragia. En estas circunstancias el cateterismo uretral deberá ser evitado ante el riesgo de convertir una rotura uretral parcial en completa. Las lesiones uretrales son habitualmente pequeñas y parciales. Se colocará una cistostomía suprapúbica temporal como primera medida. La reparación uretral primaria se realizará sólo en aquellos casos de rotura uretral completa demostrada en la uretrografía retrógrada⁶.

Existe una gran controversia sobre el manejo inicial de los pacientes con F.P. En las primeras descripciones se propugnaba un tratamiento conservador⁷, mediante vendaje compresivo, aplicación de hielo local, agentes fibrinolíticos (estreptokinasa, estreptodornasa), tripsina,... etc. Sin embargo, 10-30% de las F.P.



FIGURA 1. Gran hematoma peneano que respeta glande.

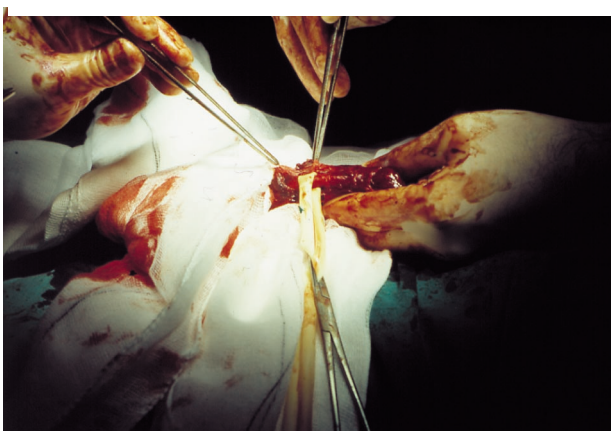


FIGURA 2. Laceración transversal de 3 cm de longitud en la túnica albugínea del cuerpo cavernoso derecho.

tratadas de forma conservadora presentan a largo plazo deformidad peneana, erecciones subóptimas, dificultades en el coito, y una estancia hospitalaria significativamente mayor⁵. De esta forma, el tratamiento más

comúnmente aceptado de la F.P. es la exploración quirúrgica inmediata, habitualmente mediante una incisión circular subcoronal, realizando evacuación del hematoma, control de la hemorragia, reparación primaria de la herida cavernosa y de las lesiones uretrales (si las hay). Se consigue así una estancia hospitalaria más reducida, y un rápido retorno a la actividad sexual⁴.

REFERENCIAS

1. ÖZEN HA, ERKAN I, ALKIBAY T: Fracture of the penis and long-term results of surgical treatment. *Br J Urol* 1986; **58**: 551-552.
2. KARADENIZ T, TOPSAKAL M, AMMAN A: Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome. *Br J Urol* 1996; **77**: 279-281.
3. ASGARI MA, HOSSEINI SY, SAMADZADEH B: Penile fractures: evaluation, therapeutic approaches and long-term results. *J Urol* 1996; **155**: 148-149.
4. ESTERLIT A, CHAIMOWITS G, TZABARI A: Fracture of the penis: results of an immediate surgical approach. *Urol Int* 1996; **57**: 62-64.
5. KALASH SS, YOUNG JD: Fracture of the penis: controversy of surgical versus conservative treatment. *Urology* 1984; **24**: 21-24.
6. NICOLAISEN GS, MELAMUD A, WILLIAMS RD: Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. *J Urol* 1983; **130**: 917-919.
7. FARAH RN, STILES R, CERNY JC: Surgical treatment of deformity and coital difficulty in healed traumatic rupture of the corpora cavernosa. *J Urol* 1978; **120**: 118-120.

Dr. P. Gil Martínez
C/ Zurita, 4 - 5º A
50001 Zaragoza

(Trabajo recibido el 10 Junio de 1999)