

ORIGINAL

Abordaje urológico y psicológico de las complicaciones secundarias a las modificaciones estéticas peneanas



Raúl Montoya-Chinchilla^{a,*}, Álvaro Caballero-González^a, Leandro Reina-Alcaina^b,
Asensio García-Nicolás^a, Pablo Velilla-Asurmendi^c,
María Dolores Piqueras-Acevedo^a, Inés Bello-Pombo^a y Antonio Rosino-Sánchez^d

^a Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^b Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

^c Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

^d Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Recibido el 12 de diciembre de 2017; aceptado el 7 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 21 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Modificaciones
corporales no
terapéuticas;
Cirugía
reconstructiva;
Complicaciones
posquirúrgicas

Resumen

Objetivos: Dada la escasez de artículos científicos que revisen las distintas técnicas disponibles para modificaciones estéticas en el pene y que son causa de problemas uro-andrológicos posteriores, se revisa la literatura existente tras la asistencia de una infección peneana tras inyección de ácido hialurónico subcutáneo con fines estéticos.

Material y métodos: Se expone un caso de un varón de 38 años de edad sin antecedentes médicos o psiquiátricos de interés, que acude a la urgencia por presentar inflamación y abscesificación en la piel peneana tras la inyección de ácido hialurónico. Fue preciso tratamiento quirúrgico mediante denudamiento y exéresis de la piel afecta, siendo la posterior evolución satisfactoria. El análisis psicológico realizado mostró una personalidad narcisista, posiblemente secundaria a traumas en la infancia. Se ha revisado la literatura presente en bases de datos médicas, así como información disponible *on-line*.

Resultados: El aumento del tamaño del pene es una importante preocupación cultural y social, por lo que existen en el mercado distintos dispositivos para satisfacer esta demanda, entre los que destacan la fitoterapia, los ejercicios de estiramiento, pesas, bombas de vacío o dispositivos extensores. Entre las técnicas quirúrgicas descritas están la liposucción púbica, la sección del ligamento suspensorio del pene o la inyección de material autólogo o sustancias sintéticas, entre otras. Existen otras modificaciones estéticas peneanas entre las que destacan una amplia variedad de piercings genitales, tatuajes e implantes subcutáneos también denominados *pocketing* o «implantes 3D». Todas estas técnicas o modificaciones se describen en este artículo junto con sus posibles complicaciones urológicas asociadas más frecuentes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raulmontoyachinchilla@hotmail.com (R. Montoya-Chinchilla)

<https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.05.001>

1698-031X/© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Non-therapeutic body modification;
Reconstructive surgical procedures;
Postoperative complications

Conclusiones: Cada vez son más frecuentes las manipulaciones estéticas en el pene, y tanto la terminología popular como sus implicaciones médico-quirúrgicas deben ser conocidas por los urólogos y andrólogos.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Urological and psychological approach of secondary complications to penile aesthetic modifications

Abstract

Objectives: Due to the scarcity of scientific articles that review the technical alternatives available for aesthetic modifications in the penis that are the cause of subsequent uro-andrological problems, the existing literature is reviewed after the assistance of a penile infection by injection of subcutaneous hyaluronic acid with aesthetic purposes.

Material and methods: A 38-year-old male patient with no medical or psychiatric remarkable reports who came to the emergency room due to inflammation and abscess in penile skin after injection of hyaluronic acid. Surgical treatment was required and degloving and excision of affected skin was performed, with subsequent satisfactory evolution. The psychological analysis showed a narcissistic personality possibly secondary to traumas in childhood. We have reviewed the literature present in medical databases as well as information available on-line.

Results: Enlargement of the penis is an important cultural and social concern, so that there are different devices in the market to meet this demand, among them: herbal medicine, stretching exercises, weights, vacuum pumps or extensor devices. Among the surgical techniques, there have been described the pubic liposuction, the section of the suspensory ligament of the penis or the injection of autologous material or synthetic substances among others. As for the aesthetic modifications of the penis, there is a wide variety of genital piercings, tattoos and subcutaneous implants also called "pocketing" or "3D implants". All of these techniques or modifications are described in this article along with their possible associated more frequent urological complications.

Conclusions: Aesthetic manipulations in the penis are becoming increasingly popular, and both its terminology and its medical implications should be known by urologists and andrologists. community.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Mientras que en la naturaleza la importancia del pene parece radicar en su eficacia como herramienta procreadora y miccional, el ser humano lo ha ido dotando durante su desarrollo de un valor que implica aspectos físicos, sociales, psicológicos y religiosos. Las primeras civilizaciones, hace más 30.000 años, dejaron muestras de su adoración al pene, asociándose a peticiones a diferentes deidades para una apropiada fertilidad de los campos o incluso para una digna descendencia^{1,2}. En los últimos siglos los testimonios histórico-artísticos siguen manifestando una adoración/obsesión por el pene, aunque los motivos se han ido modificando con el tiempo: crear personajes de ópera de reconocido prestigio que deben mutilarse los genitales para controlar su lujuria³, realizar grafitis de penes de 6 metros en el centro de Bruselas⁴, dibujar un pene en la supuesta primera manifestación artística enviada a la Luna⁵, etc.

En todas las sociedades y épocas se han creado múltiples métodos y técnicas de modificación corporal (incluyendo los

genitales) como medios de relación entre las personas y con la cultura que les rodea. Históricamente, las motivaciones principales de modificación estética peneana (MEP) han sido religiosas, jerárquicas, estéticas, de pertenencia a grupos sociales, etc., siendo las de ámbito religioso las más conocidas. La circuncisión, ya presente en la cultura egipcia y vigente en la actualidad entre la mayoría de judíos y musulmanes, es la MEP más realizada tanto a nivel histórico como en la actualidad. La importancia de la circuncisión queda patente en el inicio del año del calendario gregoriano (el utilizado mayoritariamente por todos los países desde el siglo XVI) que se inicia todos los años el 1 de enero, probablemente derivado de la celebración de la circuncisión de Jesucristo⁶. Existen otras costumbres religiosas/culturales menos conocidas de MEP: tribus sudafricanas que permitían que sus penes fueran mordidos por serpientes venenosas con el fin de producir una inflamación crónica que engrosara su diámetro^{7,8}, tribus australianas/africanas/polinésicas que realizaban subincisiones peneanas (uretrotomías hasta la piel a nivel ventral del pene)⁹, o incluso ciertas sectas

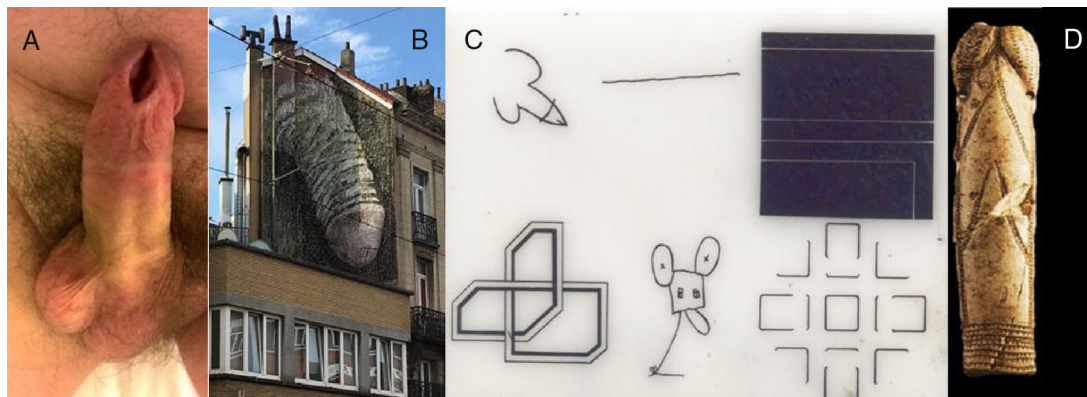


Figura 1 A. Fotografía de una subincisión peneana. B. Grafiti de un pene de 6 metros encontrado en Bruselas. C. Placa de cerámica de 1,4 × 1,9 cm conocida como «Museo lunar». Se cree que anexada a una pierna del módulo lunar del Apollo 12. D. Colgante de marfil de aproximadamente 14.000 años, encontrado en la cueva de Mas d'Azil¹.

cristianas como los valesianos que realizaban amputaciones genitales para poder eliminar la impureza del espíritu¹⁰ (fig. 1).

El culto al cuerpo (incluyendo los genitales) fue invadiendo la escena cultural durante el siglo xx, principalmente en países del primer mundo, potenciado por el consumismo, el individualismo y la razón instrumental. Con una mentalidad más liberal, las motivaciones para estas MAP pasan a ser principalmente actos de rebeldía, intentos de aumentar el placer sexual (tanto del portador como de la pareja), realizar cambios drásticos en la apariencia corporal o incluso la incorporación de piezas artísticas en el propio cuerpo¹¹⁻¹³. Este culto al cuerpo desarrolló paralelamente técnicas de cirugía estética y otras técnicas no quirúrgicas de modificación corporal, que han hecho posible las múltiples MEP presentes en la actualidad¹⁴. Como en el resto del cuerpo, las técnicas de MEP pueden provocar complicaciones más o menos graves o mutilantes, difíciles de encontrar en la escasa literatura científica de la que se dispone. Dado el interés actual del tema, su mayor presentación clínica favorecida por la globalización cultural y potenciada por un caso clínico tratado en nuestro hospital, presentamos una revisión histórica, social, clínica, psiquiátrica, psicológica y quirúrgica del culto al pene y sus complicaciones.

Caso clínico

Acudió a nuestro hospital un varón de 38 años de edad sin antecedentes médicos ni psiquiátricos de interés (salvo varias cirugías plásticas por todo el cuerpo), por dolor en el pene de varios días de evolución. Refería una presunta inyección de ácido hialurónico en el pene, 20 días atrás, en una clínica privada extranjera sin informe, con la intención de engrosamiento del diámetro del mismo, a pesar de considerar el tamaño de su pene como normal.

A su llegada presentó 38° c asociado a una elevada PCR y marcada leucocitosis. La exploración mostró un engrosamiento de todo el pene, edematoso, caliente, enrojecido y doloroso, sin claras zonas fluctuantes. Se decidió efectuar una exploración quirúrgica, encontrando un absceso subcutáneo de 3-4 cm circunferencial que se drenó mediante denudamiento peneano y varias incisiones. El tejido más

afectado, de aspecto necrótico, fue resecado y se confirmó indemnidad de planos profundos. El informe patológico mostró un tejido cutáneo y subcutáneo con intensa inflamación aguda y crónica, asociado a granulomas a cuerpo extraño, células gigantes y múltiples abscesos entremezclados con abundante material extraño basófilo. *Streptococcus* grupo B crecieron en la muestra remitida a microbiología (fig. 2).

Durante la hospitalización fue valorado por parte de psicología clínica y psiquiatría. A la exploración psicopatológica mostró un juicio de realidad correcto, sin rasgos de psicopatología aguda y con antecedentes de infancia difícil por familia desestructurada y rechazo por inclinación sexual. El cuestionario Inventario de personalidad del DSM remarcó una afectación moderada de antagonismo (manipulación, falta de honradez, grandiosidad) y desinhibición (irresponsabilidad, impulsividad, perfeccionismo), concordando ambos con el diagnóstico clínico de rasgos narcisistas de personalidad, posiblemente generados como mecanismos de defensa a los traumas relatados.

Tras cursar sin complicaciones posquirúrgicas fue dado de alta al segundo día postoperatorio con curas ambulatorias y antibiótico según el antibiograma. No acudió a consultas externas para un adecuado seguimiento.

Discusión

Uno de los problemas psicológicos más importantes del hombre actual es el tamaño de su pene, y hasta la fecha, pocos estudios han podido dejar claras unas medidas estándares. Los estudios que han intentado proponer medidas las han realizado empleado referencias diferentes entre ellos, estados del pene diferentes, etnias diferentes, etc. Parece que en los últimos años se empieza a aceptar una estandarización en la medida del pene, así como en los estados a medir: flacidez, flacidez estirada y erección. A grandes rasgos, sin entrar en mediciones exactas, parece que la media de longitud flácida podría considerarse 9-10 cm, la de flacidez estirada de 13-15 cm y la de erección de 13-15 cm (generalmente similar a la flacidez estirada). Respecto al grosor (midiendo la circunferencia del cuerpo del pene), la media en flacidez podría considerarse de 8-9 cm y en erección de 11-13 cm¹⁵⁻¹⁷.

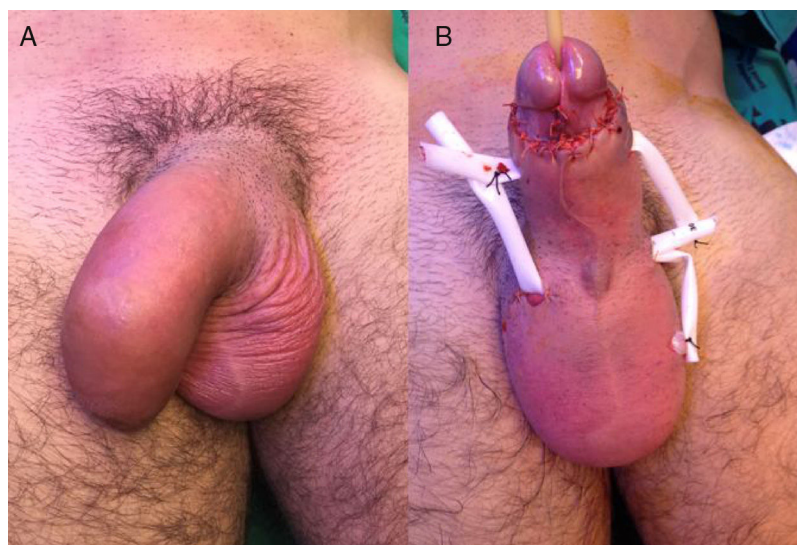


Figura 2 A. Pene aumentado de calibre con eritema, edema, caliente pero sin claras zonas fluctuantes. B. Aspecto externo tras drenaje quirúrgico y colocación de 3 drenajes subcutáneos.

Fisiológicamente el tamaño del pene no debería ser un factor decisivo para una buena satisfacción sexual femenina, ya que la longitud media de la vagina son unos 7-8 cm y además el 90% de sus terminaciones nerviosas se encuentran en el clítoris y en el primer centímetro del introito vaginal¹⁸, pero según una encuesta el tamaño del pene sí que es considerado un factor importante¹⁹. Así, para los hombres, tanto la longitud como el grosor del pene son importantes o muy importantes para satisfacer a la pareja, mientras que para las mujeres es el grosor del pene lo que parece influir claramente en su propia satisfacción sexual. Es más, tener relaciones sexuales con un pene enorme supone una de las fantasías sexuales más frecuentes tanto en hombres (34% de los encuestados desearían tenerlo) como en mujeres (29% de las encuestadas desearían que su pareja lo tuviera).

Esta necesidad, puede que autoimpuesta por el ser humano, se convierte en una fuente de ansiedad, problemas psicológicos y sociales que genera ansiedad y enfermedades reales en la práctica clínica²⁰. Estudios actuales muestran una clara relación entre sujetos con una mala percepción del tamaño de su pene y una mala calidad en las relaciones sexuales: a mismo tamaño objetivo del pene, los sujetos insatisfechos con su tamaño presentan más frecuencia de disfunción eréctil que aquellos satisfechos (77% vs 42%)¹⁹. Por otro lado, aunque personas sanas pueden realizarse cualquier técnica de MEP, parece que ciertas alteraciones psicológicas o psiquiátricas podrían hacer que un varón sea más propenso a hacerse estas modificaciones corporales, principalmente grados severos de narcisismo y de dismorfofobias peneanas. Este tipo de pacientes pueden no estar nunca satisfechos tras la MEP, pues dicha modificación se realiza sobre el cuerpo (parte encarnada y objetiva de un sujeto) y no modifica la corporalidad (experiencia personal del propio sujeto que engloba sus relaciones personales, familiares y profesionales), haciendo que su búsqueda hacia

la perfección le lleve a solicitar múltiples técnicas de modificación estética^{21,22}.

El narcisismo se caracteriza por un amor patológico de sí mismo, una sensación de tener derechos de privilegio, incapacidad de depender de otros, falta de empatía con los demás, exageración de la importancia de las aspiraciones personales, oscilación entre grandiosidad e inferioridad, dificultad en someterse a relaciones en profunda dependencia y excesiva de admiración de los demás. Puede presentarse desde rasgos propios de la personalidad normal (considerado incluso como beneficioso pues permitiría balancear la percepción individual de las propias necesidades en relación con los otros), hasta formas patológicas como el trastorno narcisista de la personalidad cuando estos rasgos se vuelven inflexibles y desadaptativos. En casos severos se recomienda iniciar psicoterapia de larga duración para intentar conseguir una mayor integración de la personalidad, aumento de la empatía y regulación emocional con uno mismo y con los otros²³.

En cambio, los trastornos dismórficos corporales, o dismorfofobias, producen una preocupación excesiva por un defecto corporal (inexistente o de escasa entidad), que produce malestar e interfiere en la calidad de vida²⁴. La dismorfofobia peneana estética o síndrome del vestuario provoca negación a desnudarse enfrente de otro hombre para evitar comparaciones de tamaño del pene, mientras que la dismorfofobia peneana funcional genera malestar y preocupación por una hipotética insatisfacción sexual a la pareja debida a un pene supuestamente pequeño¹⁶. De nuevo, estas dismorfofobias deben tratarse psicológicamente siempre que afecten negativamente la calidad de vida, siendo las técnicas más empleadas las de exposición con prevención de respuesta y la reestructuración cognitiva²⁵.

En vistas a poder hacer una revisión exhaustiva de las diferentes técnicas de MEP, se han agrupado en

técnicas no invasivas y técnicas invasivas (no quirúrgicas y quirúrgicas).

Técnicas de modificación estética peneana no invasivas

Las técnicas de *pseudoalargamiento* son las más sencillas, a la vez que seguras, y consisten en modificar la zona púbica para que, sin modificar la longitud real peneana, impresione de un mayor tamaño. Esto se consigue generalmente con el rasurado del vello púbico y con la realización de dietas para adelgazamiento, lo que conlleva una reducción del volumen de grasa a nivel prepúbico.

En parafarmacias existen muchos tipos de complementos vitamínicos asociados a *fitoterapia* (*Neosize XL VigRX Prosolution...*) confeccionados con extractos de múltiples plantas medicinales (raíz asiática de ginseng, fruto de serenoa, fruto de hawthorne, extracto de corteza de catuaba...) que aseguran y garantizan la vasodilatación de los cuerpos cavernosos, incrementan la producción de testosterona, favorecer el alargamiento y engrosamiento, mejorar la erección, etc. A día de hoy ninguno de estos productos se encuentra avalado por la Agencia Española del Medicamento ni por la FDA. Lamentablemente sus beneficios no han sido adecuadamente analizados, pero tampoco parecen provocar ningún efecto secundario alarmante²⁶.

Unas de las técnicas no quirúrgicas posiblemente más conocidas son los *ejercicios de estiramiento*, siendo el más empleado el jelqing. De origen árabe e importado a Estados Unidos en los años 70, el jelqing son ejercicios realizados sobre el pene cuyos movimientos recuerdan al ordeñar las ubres de una vaca. Debe aplicarse calor (agua de ducha o toalla caliente) sobre el pene y realizar los movimientos de ordeño, evitando comprimir el glande, durante 5-10 minutos. Después se procede al enfriamiento del pene. No se recomiendan más de 3 sesiones semanales. Los defensores de la técnica aseguran que los movimientos provocan compresión de los cuerpos cavernosos, generando microrroturas en la musculatura lisa y un beneficio posterior de remodelado tisular²⁷. No hay estudios suficientemente serios que avalen esta técnica, aunque sí se han descrito ciertas complicaciones como dolor infrapúbico o disfunción eréctil secundaria a disfunción venooclusiva²⁸.

El *empleo de pesas* es otra de las técnicas más frecuentes y antiguas (hay constancia de su uso en tribus africanas antiguas y entre samuráis^{29,30}). Consiste en colocar un anillo de plástico o silicona alrededor del surco balano-prepucial. Del anillo cuelga un pequeño peso de entre 50-120 g que, al colgar estira el pene y se cree que favorece el remodelado peneano. Se recomienda el uso de pesas progresivamente más pesadas y no prolongarlo más de 8 horas al día. Se recomienda un día de descanso tras 2 días de empleo de pesas. También se han ideado diferentes tipos de ejercicios de levantamiento de las pesas (no más de 10 repeticiones). Una variante con gran éxito comercial en la actualidad son las pesas magnéticas, consistentes en 2 perlas magnéticas que se ajustan a una banda de silicona sobre la que se fijan diferentes pesas metálicas. De nuevo, no hay datos de su posible beneficio, aunque sí se describen complicaciones como desgarros tisulares, Petequias e incluso necrosis cutánea peneana²⁶.

Las *bombas de vacío*, conocidas por su eficacia demostrada para el tratamiento de la disfunción eréctil, han aumentado su uso en los últimos años y han empezado a emplearse para intentar mejorar el tamaño peneano, sin encontrar evidencias de su eficacia para ello³¹. El vacío generado en el dispositivo (ya sea de forma manual o automática), provoca un aumento de presión en los vasos cavernosos, lo que genera una erección artificial que se puede prolongar impidiendo la fuga venosa colocando un anillo siliconado a modo de torniquete en la base peneana. Se han descrito complicaciones como dolor, incapacidad de eyacular, Petequias, hematoma o pérdida de sensibilidad en el glande, sobre todo cuando se aplican presiones superiores a 3 kg/cm³².

Por último cabe destacar los *dispositivos extensores*, que generan una tracción continua al pene, de forma que se cree que rompe las uniones intercelulares y favorece una redistribución de la arquitectura cavernomatosa. Existen de 2 clases: tracción pura y tracción asociada a vacío. El extensor de tracción pura más conocido quizás sea el *Jes Extender*, aunque el mejor estudiado es el *Andro-Penis*. Suelen ser dispositivos que generan tracción desde la base del pene hasta el surco balanoprepucial de forma progresiva (también existen extensores que realizan tracción a la pierna o a la cadera). Se realizó un estudio que demostró un aumento de la longitud de flacidez (basal y estirada) en 2 cm aproximadamente, aunque no modificaba ni el tamaño en erección ni el grosor peneano tras utilizar el *Andro-Penis* al menos 4 horas diarias durante 6 meses³³. Los extensores de tracción asociados a vacío tienen como máximo exponente el *Phallosan forte*, dispositivo extensor aprobado por la FDA, que consiste en un sistema de vacío que se une a un cinturón que será el que genere la tracción hacia la pelvis (lo que facilita su uso ambulatorio). En 2007 se demostró tanto un aumento de longitud en flacidez como de engrosamiento tras la aplicación de más de 3 horas al día durante 6 meses³⁴. En los últimos años se ha comercializado el *Cono Mágico*, que es una pieza de silicona que se adapta al glande y permite una tracción al pene desde el cono y no desde el surco balanoprepucial, lo que parece ser más cómodo para sus usuarios. Las complicaciones descritas para los dispositivos extensores son muy escasas y de carácter leve (petequias/hematomas y molestias peneanas autolimitadas) que se hacen más frecuentes si además asocian bombas de vacío³⁵ (fig. 3).

Técnicas de modificación estética peneana invasivas no quirúrgicas

Existen multitud de *piercings peneanos* dependiendo de la estructura anatómica perforada y del modo que se realice, así destacan el tipo Príncipe Alberto (uno de los más solicitados, que perfora la cara ventral de la uretra glandular), el Ampallang (uno de los más antiguos, que perfora el glande dorsalmente sin atravesar la uretra), el Apadravya (que atraviesa el glande y la uretra de forma dorso-ventral), el Dydoes (colocación de uno o varios piercings que perforan la corona glandular dorsal), el Frenum (que perfora el frenillo), el Foreskin (que perfora el prepucio) o el Hafada (que perfora el escroto)³⁶. Aunque no se considera una práctica específica homosexual, es posible que haya una mayor frecuencia de

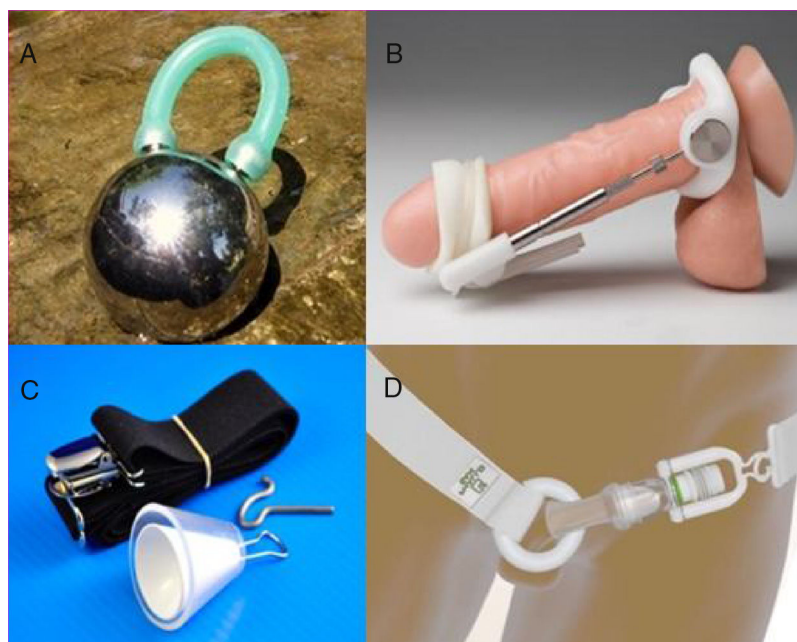


Figura 3 A. Ejemplo de pesa magnética. B. Jes extender. C. Cono mágico. D. Phallosan forte.

alguno de los tipos descritos (Frenum, Ampallang y Príncipe Alberto) en dicho colectivo³⁷.

Los *tatuajes genitales o grabados fálicos* se han realizado en el cuerpo del pene, en el prepucio, en el escroto y hasta en el glande³⁸. Aunque hay quien cree que estos tatuos «son capaces de despertar o aumentar el deseo de la persona que los contempla»¹¹, otros tatuados los utilizan como signo de pertenencia a diferentes subgrupos del BDSM, o simplemente para emplear su pene para realizar figuras en relieve³⁹.

La introducción de objetos bajo la piel (ya sea completamente subcutánea o transcutánea dejando parte del objeto implantado fuera de la piel) es conocida como *pocketing o implantes 3D*, y tiene una vertiente peneana conocida con diferentes términos según su localización: *pearl beading/pearling* en países anglosajones, *Fang muk* en Tailandia, *bolas Chagan* en Corea o *bolas Tancho* en Japón. Esta introducción de objetos orgánicos (perlas, huesos...) o sintéticos (metal, plásticos, siliconas...) bajo la piel del pene se ha realizado en múltiples culturas desde hace varios siglos, como se puede apreciar en los textos originales de Kama Sutra⁴⁰⁻⁴². Las formas más frecuentemente utilizadas son esferas/perlas (chaquira o perlado) y barras/varillas (costillas genitales), aunque se han visto formas más o menos caprichosas en menos ocasiones⁴³. La introducción de estos objetos suele realizarse mediante la realización de 2 incisiones y alojando entre ellas el objeto a implantar, dejando un vendaje compresivo durante unos días. En ambientes menos preparados (locales clandestinos, ambientes carcelarios...) se crea un bolsillo subcutáneo con los objetos de los que se dispongan (a veces con plásticos calentados que se moldean en bisturís improvisados) donde se introduce el objeto a implantar⁴⁴. El contexto carcelario parece ser propenso a este tipo de MEP en ciertos países, destacando algunos miembros de la Yakuza cuyos

implantes sirven o servían para demostrar lealtad, años de encarcelamiento o pertenencia a un clan determinado⁴².

Las complicaciones derivadas de estas técnicas suelen ser infecciones de mayor o menor afectación, problemas de cicatrización, alergias a los componentes empleados o pérdida de sensibilidad peneana, aunque también se han descrito ETS derivadas de lesiones cutáneas a la pareja, rotura de preservativos, transmisión de hepatitis B o tétanos, priapismo no isquémico por fístula arteriovenosa tras tatuaje peneano o incluso erosiones y desgarros uretrales-cutáneos durante el coito^{42,45-47} (fig. 4).

Técnicas de modificación estética peneana invasivas quirúrgicas

Desde que en 1971 se publicó la primera cirugía reconstructiva para el micropene en población pediátrica; la cirugía estética peneana (CEP) ha ganado interés por parte del público general, de forma similar a la cirugía estética de los pechos femeninos, aunque actualmente no hay ninguna sociedad médica que apruebe este tipo de cirugías por no poder encontrar técnicas suficientemente seguras o eficaces¹⁷, por lo que se realizan en el ámbito privado con las implicaciones médico-legales que suponen, así como la importante falta de datos (tanto de eficacia como de complicaciones)⁴⁸. Este tipo de CEP están indicadas en un porcentaje muy limitado de los pacientes: pene enterrado congénito, micropene verdadero o en pacientes que vayan a ser sometidos a colocación de prótesis peneana¹⁵. El resto de pacientes que solicitan una CEP deben de recibir un adecuado asesoramiento psicosexual, una adecuada información de los tamaños considerados normales y una adecuada información sobre las expectativas quirúrgicas, así como de las posibles complicaciones de la técnica. Tras este



Figura 4 A. Piercing tipo Príncipe Alberto y 2 dydyes³⁶. B. Tatuaje de dragón aprovechando el pene para el cuello y la cabeza³⁹. C. Pieza de plástico proveniente de un cepillo de dientes y conformada como un hueso de perro que se muestra extruida⁴⁷. D. Pocketing peneano con 2 formas: corazón (lado derecho) y estrella (lado izquierdo).

tipo de asesoramiento cerca del 96% de los pacientes declina este tipo de cirugía^{16,17,48}.

A día de hoy las implicaciones psicológicas de la realización de las CEP (cómo afecta a la propia imagen corporal o a la sexualidad de los pacientes) no están claras, por lo que deben contraindicarse ante cualquier rastro de alteraciones psicológicas importantes¹⁶.

Dentro de las técnicas quirúrgicas se encuentran las técnicas de alargamiento y las técnicas de engrosamiento, a menudo empleadas en un mismo acto quirúrgico.

Para el *alargamiento peneano quirúrgico* muchas son las técnicas descritas, desde liposucciones abdominopúbicas (la más segura, rápida y empleada, pero con muy escasos resultados descritos^{7,48} hasta cirugías experimentales multidisciplinares de gran imaginación (inserciones de trozos de cartílagos costales entre el glande y la punta de los cuerpos cavernosos con el consiguiente entumecimiento glandular por estiramiento neurovascular dorsal)¹⁶, siendo la CEP mas empleada la sección del ligamento suspensorio asociada a la realización de un colgajo cutáneo.

El ligamento suspensorio es crucial en el soporte y estabilización del pene erecto. La sección de las fibras centrales respetando las laterales, para permitir una adecuada angulación y estabilidad durante el coito¹⁸, permite un movimiento del cuerpo del pene hace adelante y hacia abajo alcanzando una longitud en flacidez cercana a la que se consigue en erección, sin modificar la longitud en erección. Para evitar reinserciones ligamentosas es frecuente asociar diferentes procedimientos quirúrgicos (colocar colgajos entre el periostio púbico y el tejido graso pericordal, colocar pequeñas prótesis testiculares en la base del pubis) o emplear dispositivos de vacío o de tracción peneana en el periodo posquirúrgico¹⁷. De forma rutinaria, tras la realización de esta sección ligamentosa, se realiza un colgajo cutáneo, siendo el más empleado el avance en V-Y invertidas¹⁶. Los datos publicados de estos procedimientos son escasos y difíciles de objetivar, ya sea por medición de longitudes diferentes, o por asociarlos a otros procedimientos. Parece que existe poca ganancia de longitud en flacidez (1,5 cm aproximadamente) y una satisfacción personal bastante baja^{7,16}.

Una de las pocas revisiones de las complicaciones encontradas tras alargamientos de pene fue publicada por Alter, donde describe las reintervenciones realizadas a 19

pacientes durante 3 años seguidos. Las complicaciones más frecuentes consultadas fueron cicatrices anchas e hipertróficas púbicas del avance V-Y, concavidad sin vello en la región suprapúbica, pérdida de longitud peneana, nódulos grasos en la cicatriz, escrotización peneana (enterramiento del pene flácido por el escroto), disminución de la sensibilidad tanto en el cuerpo del pene como en el glande y deformidades en la base del pene, pérdida del ángulo pubopeneano o cicatrices antiestéticas. Incontinencia urinaria, impotencia, infecciones de herida, hematomas, linfedemas y dolor peneano persistente fueron las complicaciones quirúrgicas menos frecuentes. La técnica más frecuentemente empleada para la corrección de complicaciones quirúrgicas fue la inversión completa o parcial del colgajo V-Y⁴⁹.

El *engrosamiento peneano quirúrgico* o faloplastia de engrosamiento puede conseguir mejorar el grosor peneano tras la inyección de diversos tipos de materiales autólogos o sintéticos. Aunque estas CEP suelen realizarse asociadas a las cirugías de alargamiento, no se recomienda su combinación, ya que la inflamación/edema posquirúrgico que aparece tras la inyección de sustancias dificulta la fijación de los sistemas de tracción necesarios tras las cirugías de alargamiento.

El injerto de grasa autóloga es uno de los procedimientos más empleados, dadas las características del injerto y la necesidad de repetir el proceso tras la reabsorción del mismo. El tejido graso es extraído del propio paciente mediante microliposucción de la zona abdominal o suprapúbica, y tras una emulsión y centrifugado se inyecta en el espacio comprendido entre la piel y la fascia de Buck, repartiéndola por todo el cuerpo del pene. Se ha descrito aumento de la circunferencia peneana entre 1 y 1,5 cm⁵⁰. Las complicaciones más frecuentemente observadas tras esta técnica son formaciones nodulares (debido a licuefacción, calcificación o necrosis de la grasa), incurvaciones peneanas o asimetrías peneanas⁵¹.

Las sustancias sintéticas que suelen emplearse son colágeno, silicona, ácido hialurónico o polimetilmetacrilato⁴⁸. Las láminas de colágeno se colocan sobre la cara dorsal del pene tras su denudación y crean una estructura de sostén o andamiaje para que se desarrolle un nuevo tejido conjuntivo que será el que finalmente proporcione un mayor grosor (descrito hasta 2 cm de aumento)⁵².

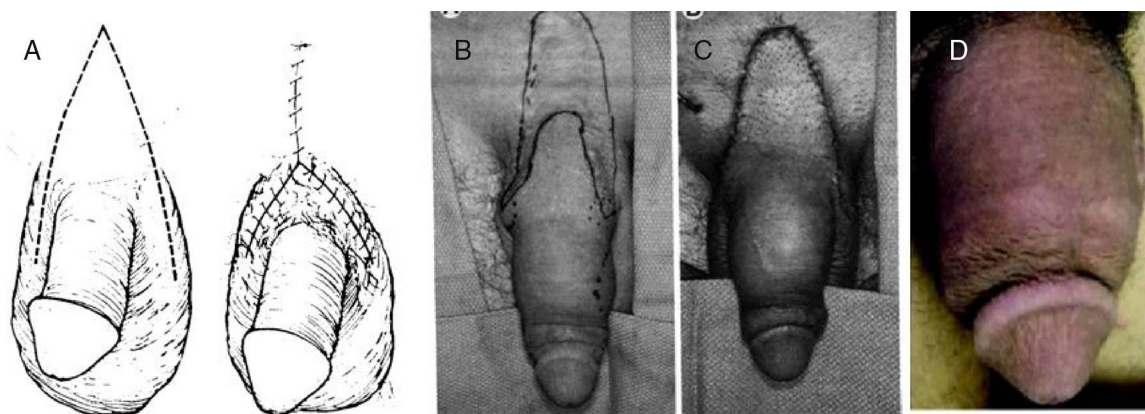


Figura 5 A. Colgajo cutáneo tipo «avance V-Y invertidas»⁴⁹. B. Cicatrización anómala con nódulo (marcada con trazo continuo) asociada a nódulos de grasa (marcada con líneas punteadas)⁴⁹. C. Aspecto tras la reparación completa de las lesiones de la imagen B⁴⁹. D. Engrosamiento peneano a los 9 meses de tratamiento con 6 tandas de inyecciones de silicona líquida⁵³.

Aunque los estudios realizados con inyección de silicona han mostrado un aumento de grosor peneano de hasta 2,5 cm⁵³, esta técnica está en desuso dada la alta tasa de complicaciones encontrada, siendo las más frecuentes la aparición de granulomas, migración del material inyectado, deformaciones peneanas, pérdida de la sensibilidad y disfunción eréctil⁵⁴.

La inyección de ácido hialurónico se ha utilizado principalmente para el engrosamiento del glande. Los estudios realizados tras inyectar 2 cc en el glande describen un aumento del grosor de 1,5-3 cm (con una disminución del 15% en 5 años), con buena satisfacción sexual, incluso mejorando la eyaculación precoz de algunos de los pacientes⁵⁵. Las complicaciones descritas suelen ser tardías y poco frecuentes (granuloma por cuerpo extraño, inclusión quística epidérmica)^{56,57}. La inyección de ácido hialurónico también se ha empleado en el engrosamiento peneano, encontrándose resultados satisfactorios con un aumento del grosor de hasta 4 cm. Aunque suele describirse como una técnica segura, hay descritas complicaciones tempranas generalmente relacionadas con flemonización/abscesificación subcutánea en la localización de la inyección que pueden resolverse con o sin drenaje quirúrgico⁵⁸ (fig. 5).

Conclusiones

En el siglo XXI el culto al cuerpo está en auge, exigiendo a muchas personas una modificación estética que, sin saberlo, puede generarle más complicaciones que atractivos estéticos. Es importante como médicos conocer la cultura y sociedad actual, asesorando a los pacientes de las múltiples complicaciones que pueden encontrar si desean realizar cualquier tipo de intrusión a su cuerpo, desde sencillos ejercicios de alargamiento, hasta complejas cirugías multidisciplinarias pasando por inyecciones subcutáneas de sustancias más o menos estudiadas.

Con vistas a descartar alteraciones psicológicas o incluso psiquiátricas, más o menos graves en pacientes que exijan algún tipo de cirugía estética peneana, es recomendable un adecuado asesoramiento psicológico.

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

- Angulo JC, García-Díez M, Martínez M. Phallic decoration in paleolithic art: Genital scarification, piercing and tattoos. *J Urol*. 2011;186:2498–503.
- Angulo-Cuesta J, García-Díez M. Diversidad y sentido de las representaciones masculinas fálicas paleolíticas de Europa occidental. *Actas Urol Esp*. 2006;30:254–67.
- Wikipedia. Parsifal [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Parsifal>
- La Vanguardia [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/internacional/20160923/41508179910/murales-sexuales-pene-bruselas.html>
- MOMA [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.moma.org/collection/works/62272?locale=en>
- Wikipedia. Feast of the Circumcision of Christ [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Feast_of_the_Circumcision_of_Christ
- Vardi Y, Har-Shai Y, Gil T, Gruenwald I. A critical analysis of penile enhancement procedures for patients with normal penile size: Surgical techniques, success, and complications. *Eur Urol*. 2008;54:1042–50.
- Live Science [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <http://www.livescience.com/4489-penis-myths-debunked.html>

9. Wikipedia. Penile subincision [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Penile_subincision
10. Wikipedia. Valesianos [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Valesianos>
11. Tatuajes eróticos sensuales [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <http://www.piercings-tatuajes.com/tatuajes-eroticos-sensuales/>
12. Vice [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.vice.com/es.mx/article/la-perla-el-secreto-sexual-de-los-cubanos>
13. Tatoo ganso [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <http://tattooganso.es/body-art-modificaciones-.html>
14. Tubert S. Culte del cos o culte de la imatge? L'Espill. 2009;39:87–100.
15. Shaeer O, Shaeer K. Impact of penile size on male sexual function and role of penile augmentation surgery. *Curr Urol Rep.* 2012;13:285–9.
16. Colombo F, Casarico A. Penile enlargement. *Curr Opin Urol.* 2008;18:583–8.
17. Dillon BE, Chama NB, Honig SC. Penile size and penile enlargement surgery: A review. *Int J Impot Res.* 2008;20:519–29.
18. Panfilov DE. Augmentative phalloplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30:183–97.
19. Shaeer O, Shaeer K. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Male homosexuality among Arabic-speaking internet users in the Middle East-2010. *J Sex Med.* 2014;11:2414–20.
20. Francoeur R, Perper T, Scherzer N. A descriptive dictionary and atlas of sexology. 1st ed. New York, NY: Greenwood Press; 1991.
21. Kernberg O. La patología narcisista hoy. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 1992;13-14:101–54.
22. Tubert S. Culto a la imagen sacrificio del cuerpo. En: del Val Valdivieso MI, Gallego Franco H, editores. Las huellas de Foucault en la historiografía: poderes, cuerpos y deseos. 1.ª ed. Barcelona: Icaria; 2013. p. 73–100.
23. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist.* 2006;61:271–85.
24. Mondaini N, Ponchiotti R, Gontero P, Muir GH, Natali A, Di Loro F, et al. Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res.* 2002;14:283–6.
25. Salaberria K, Borda M, Amor PJ, Echeburúa E. Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2000;5:27–43.
26. WebMD [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.webmd.com/men/guide/penis-enlargement-does-it-work#1>
27. Thunder's place [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.thundersplace.org/agrandamiento-del-pene/la-historia-del-querido-metodo-jelq.html>
28. Hsu GL, Hsieh CH. Venous occlusive dysfunction in young patients resulting from jelqing maneuver: Long-term results of penile venous stripping surgery. *J Sex Med.* 2012;9:123.
29. Salud sexual masculina [Internet]. Disponible en: <http://www.saludsexualmasculina.org/como-agrandar-el-pene/pesas/>
30. Maestría sexual [Internet]. Disponible en: <http://maestrialsexual.com/como-alargar-el-pene-rapido-y-de-forma-natural-con-la-pesa-magnetica/>
31. Kazem M, Hosseini R, Alizadeh F. A vacuum device for penile elongation: Fact or fiction? *BJU Int.* 2005;97:777–8.
32. Yuan J, Hoang AN, Romero CA, Lin H, Dai Y, Wang R. Vacuum therapy in erectile dysfunction-science and clinical evidence. *Int J Impot Res.* 2010;22:211.
33. Gontero P, Di Marco M, Giubilei G, Bartoletti R, Pappagallo G, Tizzani A, et al. A pilot phase-II prospective study to test the 'efficacy' and tolerability of a penile-extender device in the treatment of 'short penis'. *BJU Int.* 2009;103:793–7.
34. Wylie KR, Eardley I. Penile size and the small penis syndrome? *BJU Int.* 2007;99:1449–55.
35. Levine LA, Newell M, Taylor FL. Penile traction therapy for treatment of Peyronie's disease: A single-center pilot study. *J Sex Med.* 2008;5:1468–73.
36. Tatuantes [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.tatuantes.com/piercing-en-el-pene/>
37. The chain gang [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <https://www.thechaingang.com/blog/gay-genital-piercing/>
38. Wikipedia. Genital tattooing. [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Genital_tattooing
39. Tatoo dragon peneano [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: <http://photos1.blogger.com/img/215/3208/640/dragontat-111.jpg>
40. Norton SA. Fijian penis marbles: An example of artificial penile nodules. *Cutis.* 1993;51:295–7.
41. Stankov O, Ivanovski O, Popov Z. Artificial penile bodies—from Kama Sutra to Modern Times. *J Sex Med.* 2009;6:1543–8.
42. Yap L, Butler T, Richters J, Malacova E, Wand H, Smith AME, et al. Penile implants among prisoners. A cause for concern? *PLoS One.* 2013;8:e53065.
43. Wikipedia. Subdermal implant [Internet; consultado Nov 2017]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Subdermal_implant.
44. Fischer N, Hauser S, Brede O, Fisang C, Müller S. Implantation of artificial penile nodules-a review of literature. *J Sex Med.* 2010;7:3565–71.
45. Thomson N, Sutcliffe CG, Sirojrn B, Sintupat K, Aramratana A, Samuels A. Penile modification in young Thai men: Risk environments, procedures and widespread implications for HIV and sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect.* 2008;84:195–7.
46. Zargooshi J, Rahmanian E, Motae H, Kohzadi M. Nonischemic priapism following penile tattooing. *J Sex Med.* 2012;9:844–8.
47. Flynn RM, Jain S. A domino effect? The spread of implantation of penile foreign bodies in the prison system. *Urol Case Rep.* 2014;2:63–4.
48. Vardi Y, Gruenwald I. The status of penile enhancement procedures. *Curr Opin Urol.* 2009;19:601–5.
49. Alter GJ. Reconstruction of deformities resulting from penile enlargement surgery. *J Urol.* 1997;158:2153–7.
50. Alter GJ. Augmentation phalloplasty. *Urol Clin North Am.* 1995;22:887–902.
51. Nguyen A, Pasyk KA, Bouvier TN, Hassett CA, Argenta LA. Comparative study of survival of autologous adipose tissue taken and transplanted by different techniques. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85:378–86.
52. Alter GJ. Penile enhancement. *Advances in urology.* Chicago, IL: Mosby Year Book; 1996. p. 225–54.
53. Yacov Y, Alexander T, Roman G, Oded K. Short-term results of incremental penile girth enhancement using liquid injectable silicone: Words of praise for a change. *Asian J Androl.* 2007;9:408–13.
54. Narins RS, Beer K. Liquid injectable silicone: a review of its history, immunology, technical considerations, complications, and potential. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118 Suppl:77.
55. Kwak TI, Jin MH, Kim JJ, Moon DG. Long-term effects of glans penis augmentation using injectable hyaluronic acid gel for premature ejaculation. *Int J Impot Res.* 2008;4:425–8.
56. Shaeer O, Shaeer K. Delayed complications of gel injection for penile girth augmentation. *J Sex Med.* 2009;7:2072–8.
57. Fukuda H, Endo H, Katsuzaki J, Mukai H. Development of nodules on the glans penis due to hyaluronic acid filler injection. *Eur J Dermatol.* 2016;26:416–7.
58. Coskuner ER, Canter HI. Desire for penile girth enhancement and the effects of the self-injection of hyaluronic acid gel. *J Cutan Aesthet Surg.* 2012;5:198–200.