Reporte de caso

A propósito de un caso de autoamputación peneana*

Sandra Milena Toro-Herrera[1]
Gabriel Fernando Oviedo Lugo[2]
Pablo Zuleta González[3]

Resumen

Introducción: Motivados por un caso clínico, en el presente reporte se comentan algunos aspectos relacionados con la amputación genital autoinfligida en términos de descripciones, aspectos epidemiológicos y clínicos. *Método*: Reporte de caso. Se describe un caso clínico de autoamputación genital; posteriormente se realiza una discusión al respecto, utilizando para ello la información disponible en la literatura científica. Se trata de un hombre de 32 años sin antecedente de trastorno mental que se amputa el pene con un objeto cortante luego de una discusión con su pareja por infidelidad. *Resultados*: Varias características denotan factores de riesgo para la automutilación genital, como los trastornos de identidad de género, rechazo a los genitales masculinos, sentimientos de culpa relacionados con la actividad sexual y antecedentes de intentos autolesivos previos. Los diagnósticos más frecuentes son las esquizofrenias y los trastornos afectivos, seguidos de trastornos inducidos por sustancias psicoactivas. *Conclusión*: La autoamputación genital no es una situación frecuente y se ha tendido a su subregistro; sin embargo, teniendo en cuenta la alta asociación con psicopatología y con recurrencia que se reporta en la literatura mundial, es necesario realizar un adecuado estudio y seguimiento en los pacientes que presentan esta conducta.

Palabras clave: Autoamputación genital, comportamientos autolesivos, sexo masculino.

Report of a case of penile self-amputation

Abstract

Introduction: Motivated by a clinic case, this report introduces some issues related with genital self-amputation in terms of descriptions, epidemiological and clinical issues. *Methodology*: Case report describing a clinic case of genital self-amputation. The description is followed by a discussion based on the information available in the scientific literature. A man, 32 years old, with no history of mental disorder, who amputates his penis with a cutting object after

* La presentación de este caso clínico fue revisada y autorizada por el Comité de Bioética de la Clínica Nuestra Señora de la Paz.

[1] Médica, psiquiatra de la Clínica Universidad de la Sabana, docente de la Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.
[2] Médico, psiquiatría de Interconsulta y Enlace, Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Bogotá, Colombia.
[3] Médico, MSc, psiquiatra de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, profesor de cátedra de posgrado de psiquiatría de la Fundación Juan N. Corpas, profesor de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

quarreling with his mate for infidelity reasons. *Results:* Several characteristics imply risk factors for genital self-mutilation, such as gender identity disorders, rejection to male genitals, guilt feelings related to sexual activity and a history of previous self-injuries. More common diagnoses include schizophrenia and affective disorders followed by disorders induced by psychoactive substances. *Conclusion:* Genital self-amputation is not a frequent situation and has been under-recorded; however, bearing in mind the high association with psychopathology and recurrence reported in worldwide literature, it is necessary to carry out a proper study and following up of patients exhibiting this conduct.

Key words: Genital self- amputation, self-injurious behaviors, male sex.

La autoamputación genital es una situación pocas veces reportada en la literatura médica. Por esta razón, consideramos oportuna la exposición del caso observado en nuestro medio, que además involucra elementos culturales y de relación de pareja. Ello nos conduce a comprender a nuestro paciente no solo como un sujeto con un diagnóstico de eje I, sino como un ser humano cuya conducta es resultado de una compleja interacción de factores y circunstancias ocultas bajo esa "punta de *iceberg*" que constituyó su motivo de consulta. Es el segundo caso de este tipo reportado en la literatura psiquiátrica en castellano.

Presentación de caso

Paciente masculino de 32 años de edad, de origen rural e indígena, casado; habita en el área urbana desde los 14 años. Cursó hasta primero de primaria; no continuó la instrucción escolar porque la escuela era muy lejana a su vivienda y, además, era frecuente el maltrato físico durante las clases. Trabaja en un taller de ebanistería de su propiedad; pertenece a una iglesia cristiana.

Motivo de consulta: remitido para valoración psiquiátrica por riesgo de autoagresividad. *Enfermedad actual*: paciente que, luego de ser sorprendido por su esposa en una situación de infidelidad, decide de común acuerdo con ella realizarse una autoamputación peneana, para así "salvar su matrimonio" y evitar una nueva infidelidad. La pareja asiste al comercio y adquiere los elementos cortopunzantes (bisturí) para realizar la lesión. El paciente, frente a su esposa, se amputa el pene, y ante la consecuente hemorragia, deciden dirigirse a una central de urgencias, sin llevar el miembro amputado. En esta institución realizan rafia de cuerpos cavernosos y paquete vascular, además dejan cistotomía suprapúbica; luego es remitido a nuestra institución para valoración del riesgo de nueva autoagresión.

Antecedentes: niega antecedentes pre- y perinatales, de neurodesarrollo, patológicos, psiquiátricos, quirúrgicos o traumáticos. Refiere consumo de bebidas alcohólicas cada seis meses; la última ingesta fue dos meses previos a la consulta. Dice haber consumido cannabinoides hasta un año antes, con frecuencia

semanal. En la familia, la abuela materna padeció cáncer de piel, y un tío paterno y una hermana sufren retraso mental en grado no especificado.

Historia personal: es el sexto de siete hijos; su padre lo maltrataba físicamente, por lo cual huyó de la casa a los 13 años de edad. Se trasladó a la ciudad, donde aprendió el oficio actual y, finalmente, adquirió un negocio propio. Solo ha vuelto a visitar a su familia de origen en tres o cuatro ocasiones luego de su salida; mantiene una relación cercana con uno de sus hermanos, con los demás califica la relación como "lejana".

A los 6 años fue víctima de abuso sexual por parte de mujeres de su comunidad; al respecto, dice que al principio esta situación lo incomodó, pero luego lo disfrutaba y tuvo varias compañeras sexuales en la adolescencia y la edad adulta. En varias ocasiones le fue infiel a su esposa, situación de la que esta se enteró.

Su esposa lo describe como un hombre responsable ("aporta económicamente para los gastos del hogar, casi no toma, no sale mucho") y poco expresivo ("se calla todo, uno no sabe qué está pensando").

Examen físico: signos vitales dentro de límites normales; se observaban heridas quirúrgicas en buenas condiciones y cistotomía funcional.

Examen mental: se observó un hombre con porte cuidado, actitud colaboradora, alerta, orientado, euproséxico, sin alteraciones en el curso del pensamiento, sin ideación delirante. Con respecto a lo ocurrido, comentaba: "no medí las consecuencias de lo que hacía, estoy muy arrepentido y deprimido [...] lo hice por salvar mi matrimonio", presentaba ideas de muerte, sin ideas de suicidio. El afecto era de tono triste, con llanto durante la entrevista; no había alteraciones en la sensopercepción. Se evidenciaba hipoquinético, eulálico, con introspección pobre y prospección incierta.

Tratamiento instaurado y evolución: se consideró hospitalizar para supervisión del riesgo de nueva autoagresión, y se continuó el manejo antiinflamatorio y antibiótico. Permaneció hospitalizado durante 16 días, tiempo durante el cual se observan algunos elementos en abstracción y argumentación, que señalarían algunas falencias en el área de la inteligencia, sin otras variaciones importantes en el examen mental; no se vuelven a presentar situaciones de auto- o de heteroagresividad.

Impresión diagnóstica: se plantea la presencia de una reacción de ajuste, rasgos de personalidad del grupo B; se interroga un funcionamiento intelectual límite, problemas conyugales y aculturación.

Finalmente, se da salida con orden de control por consulta externa de psiquiatría y sin prescripción de psicofármacos.

Discusión

Los comportamientos autolesivos o automutilativos se definen

como la destrucción deliberada de tejido corporal sin una intención de suicidio consciente (1). Hezpertz lo describe como el daño físico directo que es claramente no amenazante para la vida del individuo, correspondiendo a fenómenos relativamente comunes en psiquiatría; los más frecuentes son las lesiones en piel y en globos oculares (2).

En la mayoría de los artículos disponibles en la literatura, la autoamputación peneana está descrita en el contexto de las psicosis y se concibe como un fenómeno poco común. En la mitología fenicia, Eshmún, referido como un ser incomparablemente bello, fue visto por la diosa Astronoe mientras se encontraba de caza, y ella se prendó a él apasionadamente. Eshmún, para no acceder a sus deseos, se castró con un hacha, lo que causó su muerte; pero la diosa le restituyó la vida y le puso entre los dioses.

Existen relatos históricos sobre amputación genital en la Roma antigua, como parte de algunos rituales religiosos, donde los sacerdotes la consideraban como un supremo sacrificio de la vida sexual a favor de la emoción y en retribución a los dioses. Así mismo, existen reportes de mutilación genital grupal en una secta de aborígenes australianos. En la literatura, la poesía y el cine existen algunas referencias a este fenómeno, como se ve en la ópera *Parsifal*, del compositor alemán Richard Wagner (1813-1883), basada en el poema épico medieval del mismo nombre, cuyo personaje, Klingsor, un caballero de la Orden del rey Amfortas, no puede controlar su libido, así llega a castrarse para poder acceder a la hermandad de caballeros protectores del Santo Grial (3,4).

En la novela autobiográfica de Elfriede Jelinek, *La pianista* (1983), llevada al cine por Michael Haneke en el 2001, se narra una historia en primera persona de fantasías sadomasoquistas y el sufrimiento de la protagonista en su camino a la autodestrucción, con una escena explícita de automutilación genital (5).

De acuerdo con la revisión realizada por Greishleimer en 1979, existe una importante heterogeneidad clínica, y este acto es realizado por pacientes con diferentes entidades diagnósticas e incluso por personas sin previo diagnóstico psiquiátrico (6). Desde el primer reporte en 1901 hasta este momento se han descrito 110 casos en la literatura inglesa, y los alcances de las lesiones varían desde simple laceraciones hasta amputación completa; la amputación de pene y escroto es un fenómeno más raro, pero descrito en algunas publicaciones (7).

Este es el caso de un varón que inicia las primeras mutilaciones a los 6 años, y a los 35 años se amputó los testículos, escroto y pene (8); esta condición de amputación completa ocurre en el 10% de los casos de autoamputación genital. Se reportan también en la literatura algunos episodios de amputación genital en

mujeres. Aun cuando la incidencia de comportamientos autolesivos en general es más frecuente en mujeres, es posible que se reporte con más frecuencia la amputación genital en hombres, por el impacto dramático implícito en la castración (9).

Aunque las características de la mayoría de los reportes de caso de automutilaciones genitales femeninas incluyen abortos autoinducidos o inserción de cuerpos extraños, un reporte de caso describe a una mujer que tenía conductas masturbatorias con unas tijeras (10). Alao, en 1999, describe un caso en el que una mujer de 23 años de edad, con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de personalidad, se introdujo una navaja en la vagina de forma repetitiva; así, se produjo laceración y hemorragia profusa genital, sin encontrarse elementos de corte psicótico o disociativo en su evaluación. Había sufrido abuso sexual y maltrato físico por parte de su padrastro, y cuando cumplió los 17 años se dedicó a la prostitución (11).

En relación con la disposición de las partes amputadas, la mayoría de los pacientes no muestran interés en recuperarlas o buscar atención médica para reimplantación, como sucede en el actual reporte; en varios casos se describe que los pacientes arrojan los órganos al sanitario o los queman. Incluso, existen reportes de dos casos de autofagia (12,13).

Desde el punto de vista epidemiológico, no contamos con datos exactos sobre la prevalencia de la automutilacion genital. Desde principios del siglo XX hasta 1979 existen 53 casos reportados en la literatura inglesa, descritos por Grelisheimer y Groves (6). Entre 1979 y 1986 se publican cuatro casos más (14). Existen otros reportes en la literatura alemana y japonesa (tabla 1). En la literatura española encontramos cuatro casos en publicaciones especializadas en urología.

En estos casos publicados en la literatura se encuentra que el rango de distribución por edades es de 20 a 39 años. Los diagnósticos psiquiátricos encontrados incluyen psicosis primarias y secundarias, trastornos graves de personalidad y trastorno de identidad de género. En la revisión realizada por Greilsheimer y Grovesel, el 87% de los casos observados hasta 1979 fueron clasificados dentro de los trastornos psicóticos al momento del acto. El diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia (51%), seguido de trastornos del estado de ánimo (19%), psicosis orgánicas-tóxicas (17%); además, se encontró en un 25% intoxicación alcohólica concomitante. El grupo de pacientes no psicóticos estaba compuesto por trastornos graves de personalidad y trastornos de identidad de género (6).

Otros de los síntomas reportados en casos de amputación genital se asocian con elementos de tipo delirante, relacionados con experiencias religiosas. Algunos de los fenómenos religiosos psicóticos ocurren

en el contexto de éxtasis místicos, ejemplificado en un caso reportado por Zislin y colaboradores, en el que un hombre americano presenta un episodio psicótico agudo al llegar a Israel y dice recibir una revelación por la televisión evangélica; posteriormente cree que su ser interior había abandonado su cuerpo y renacido en el pueblo de Israel. Como parte integral de su deseo de servir a Dios y liberarse a sí mismo de la lujuria, intenta castrarse con base en la interpretación literal del Evangelio; en relación con casos de este tipo, dos pasajes de la biblia (Mateo 19:12 y Mateo 18:8) se han citado para justificar la automutilación: "Pues algunos son eunucos porque nacieron así; a otros los hicieron así los hombres; y otros se han hecho así por causa del reino de los cielos. El que pueda aceptar esto, que lo acepte" (Mateo 19:12). "Si tu mano o tu pie te hace pecar, córtalo y tíralo. Es mejor que entres en la vida manco o cojo, que teniendo dos manos y dos pies, ser echado en el fuego eterno" (Mateo 18:8) (20).

Las complicaciones de la autoamputación genital varían en relación con la extensión del daño realizado. Una condición común es la hemorragia, que puede ser fatal. Otras incluyen fístulas urinarias, infecciones locales, contracturas uretrales y sensación anormal distal a la anastomosis (24,25).

Respecto a los tratamientos, los objetivos iniciales deben corresponder a restablecer la estructura y funcionalidad del pene, la preservación de la funcionalidad androgénica testicular y la evaluación, tratamiento y seguimiento psiquiátrico. La primera reimplantación exitosa del pene fue reportada en 1962 (26). Actualmente se considera el apoyo con técnicas quirúrgicas microvasculares, fundamental para mejorar el pronóstico. Este procedimiento puede ser exitoso si se realiza en las primeras 16 horas (21), aclarando que la autoamputación no se considera una contraindicación para su realización (27,28).

En relación con el caso del paciente descrito, el DSM-IV-TR permite una formulación cultural, que al ser aplicada a este paciente plantea que considera a la comunidad paez como su origen, aunque manifiesta no compartir ya sus normas o su idioma. Explica que la amputación genital no es algo aprendido en su etnia y que de hecho podría generar castigo por los miembros de su comunidad. Dice creer en la medicina alopática y esperar que de allí se derive su recuperación (29).

Desde la perspectiva psicopatológica individual y de pareja, se destaca la solicitud de la mujer como primer motivo para que este paciente considere la amputación. Al no existir casos similares en la literatura en los términos de tiempo y motivación, la explicación psicopatológica está por considerarse. Podemos decir que la relación de la pareja sobre las acciones sexuales de este individuo sentaron las bases de la negociación

Tabla 1. Características psicopatológicas de algunos casos de autoamputación genital en hombres, reportados en la literatura

Fuente	Circunstancias asociadas	Diagóstico clínico
Lennon, 1963 (15)	42 años, amputación peneana con objeto cortante, en proceso de divorcio	Trastorno afectivo bipolar, episodio de manía
Lennon, 1963 (15)	60 años, amputación testicular bilateral, expresión de culpa excesiva asociada con actividad sexual en la juventud	Trastorno depresivo, episodio grave con psicosis
Greilsheimer y Groves, 1979 (6)	23 años amputación del tercio distal peneano con objeto cortante en el contexto de un delirio místico	Esquizofrenia
Schneider y Harrison, 1965 (16)	29 años, remoción peneana seguida de amputación testicular en el año previo, deseo de feminización	Trastorno de identidad de género Trastorno psicótico no especificado
Kushner, 1967 (17)	35 años, lesión autoinfligida peneana inicial con amputación posterior; luego realiza ritual con fuego, cinco años después se corta los testículos, dijo haber estado obedeciendo a Mateo 18:7-9	Esquizofrenia
Kushner, 1967 (17)	Amputación testicular bilateral, posterior a un largo periodo de planeación	Esquizofrenia

Waugh, 1986 (14)	31 años, amputación peneana y testicular relacionada con elementos culposos hacia la masturbación, con delirio bíblico asociado	Esquizofrenia
Nakaya, 1996 (18)	38 años, amputación de pene y testículos; los arrojó al inodoro en un acto de liberación de sus impulsos sexuales	Esquizofrenia
Mishra y Kar, 2001 (7)	56 años, paciente que presenta episodio depresivo grave asociado con sintomatología urinaria, historia de ideación suicida que realiza amputación del pene y escroto	Trastorno depresivo
Myers y Nguyen, 2001 (19)	Amputación testicular bilateral posterior a lectura de Mateo 18:7-9	Esquizofrenia
Zislin, 2002 (20)	25 años, amputación peneana en el contexto de un delirio místico al llegar a una peregrinación a Israel procedente de los Estados Unidos	Trastorno esquizoafectivo
Ajape et al., 2010 (21)	22 años, amputación peneana posterior a fracaso académico, antecedente de trastorno depresivo mayor	Trastorno depresivo mayor recurrente
Millan-González, 2012 (22)	32 años, autodisección genital motivada por una profunda distorsión de la imagen corporal, sin evidencia de psicosis, según la evaluación clínica y de pruebas psicológicas	Trastorno de identidad de género
Schwerkoske, 2012 (23)	62 años, antecedente de orquidectomía electiva cuatro años antes de la presentación del cuadro de autoamputación peneana, realizada con una navaja haciendo alusión al pasaje bíblico Mateo 19:12	Trastorno afectivo bipolar I

para conservar la relación de pareja y facilitar la amputación peneana. La decisión límite sin posibilidad de retorno en este paciente no es contemplada por él en su narrativa inicial, así la consideración futura de la vida del paciente muestra un desbalance grave, el cual anticipa un problema adaptativo severo.

La prospección del paciente se construye al momento de la evaluación psiquiátrica en la búsqueda de disminuir la tensión y la agresión en que vive con su pareja debido a su comportamiento sexual y a su idea de imposibilidad de modificación de comportamiento. La sexualidad propia y la identificación del pene como objeto causal de tensión pasa a ser secundaria y descartable para él y para la pareja; se limitan, adicionalmente, las opciones sexuales del paciente y no así las de la mujer, quien preserva su sexualidad íntegramente.

Comentario final

La amputación genital autoinfligida es un fenómeno poco frecuente, que ocurre en ambos sexos y que tiende a ser subreportado. Existe una alta comorbilidad psicopatológica en las personas que realizan este acto, con un porcentaje bajo de pacientes en los que no se puede configurar una categoría nosológica (30). Es necesaria una intervención activa por el grupo de psiquiatría de enlace en el hospital general, pues, como se comentó anteriormente, las técnicas quirúrgicas modernas le dan la posibilidad al paciente de una reparación funcional; también, es importante brindar apoyo al grupo interdisciplinario tratante, por las reacciones emocionales que generan este tipo de pacientes. A pesar de las dificultades para la estimación del riesgo de amputación genital, dada la recurrencia descrita en la literatura como factor de riesgo, es necesario un seguimiento exhaustivo del paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente.

Referencias

1. Feldman M. The challenge of self mutilation; a review. Compr Psychiatry. 1988;29:252-69.
2. Herpertz S. Self injurious behaviors. Act Psych Scand. 1995;36:57-68.
3. Batta A. Opera: compositores, obras e intérpretes. Barcelona: Ed Konemann; 2000.
4. Schweiztzer I. Genital self-amputation and the Klingsor syndrome. Aust N Z J Psychiatry. 1990;24:566-9.
5. Jelinek E. La pianista. Barcelona: Mondadori; 1993.
6. Greilsheimer H, Groves J. Male genital self mutilation. Arch Gen Psychiatry. 1979;36:441-6.
7. Mishra B, Kar N. Genital self amputation for urinary symptom relief or suicide? Indian J Psychiatry. 2001;43:342-4.
8. Blacker KH. Wong N. Four cases of autocastration. Arch Gen Psychiatry 1963: 8 : 169-76.
9. Favazza AR, Conterio K. Female self-mutilators. Act psych Scand. 1989;79:283-9.
10. Favazza AR. Masturbation or mutilation? Medical aspects of human sexuality. 1991;25:45-6.
11. Alao A, Yolles J, Huslander W. Female genital self- mutilation. Psychiatr Times. 1999;50:971.

12. Koops E, Puschel K. Self mutilation and autophagia. Arch fur Kriminologie. 1990;186:29-36.
13. Mendez R, Kiely WF, W Morrow JW. Self-emasculation. J Urol. 1972;107:981-5.
14. Waugh AC. Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. Br J Psychiatry. 1986;149:656-9.
15. Lennon S. Genital self mutilation in acute mania. Med J Aust. 1963;50:79-81.
16. Schneider SF, Harrison SI, Siegel BL. Self castration in a man with cyclic changes in sexuality. Psychosom Med. 1965;27:53-70.
17. Kushner AW. Two cases of auto-castration due to religious delusions. Br J Med Psychol. 1967;40:293-8.
18. Nakaya M. On background factors of male genital self mutilation. Psychopathology. 1996;29:242-8.
19. Myers W, Nguyen M. Autocastration as a presenting sign of incipient schizophrenia. PsychiatrServ. 2001;52:685-6.
20. Zislin J, Katz G, Raskin S, et al. Male genital self mutilation in the context of religious belief: The Jerusalem Syndrome. Trasncult Psychiatry. 2002;39:257-64.
21. Ajape AA, Issa BA, Buhari OI, et al. Genital self mutilation. Ann Afr Med. 2010;9:31-4.
22. Millán-González R. Mutilación genital en paciente transexual: manifestación de un espectro psicopatológico imprecisamente definido? Rev. Colomb. Psiquiatr. 2012;19:624-34.
23. Schwerkoske J, Caplan J, Benford D. Self mutilations and biblical delusions: a Review. Psychosomatics. 2012;53:327-33.
24. Rajaian S, Gopalakrishnan G, Kekre NS. Autoamputation of penis due to advanced penile carcinoma. Urology. 2010;75:253-4.
25. Ozturk A, Kilinc M, Guven S, et al. Penile replantation after self mutilation. Int Urol Nephrol. 2009;41:109-11.
26. Best JW, Angelo JJ, Milligan B. Complete traumatic amputation of the penis. J Urol. 1962;87:134-8.
27. De Silva-Gutiérrez A, Osorio-Campos J, Arcos-Marchín M, et al. Autoamputación de glande secundaria a estrangulación peneana causante de necrosis isquémica. Rev Mex Urol. 2008;68:341-6.
28. Chou EK, Tai YT, Wu CI, et al. Penile replantation, complication management and technique refinement. Microsurgery. 2008;28:153-6.
29. First MB, Pincus HA, Frances A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. IV Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2003.
30. Oviedo G, De la Espriella R, Zuleta P, et al. Genital Self amputation in psychiatry. 15th World Congress of Psychiatry WPA, Buenos Aires, Argentina. Poster Session PO5.80

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 26 de julio de 2012
Aceptado para publicación: 16 de agosto de 2012

Correspondencia
Sandra Milena Toro-Herrera
Universidad de la Sabana
Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá.
Chía, Cundinamarca, Colombia
sandratohe@clinicaunisabana.edu.co