

El uso de antibióticos de amplio espectro constituye el principal tratamiento de la pyleflebitis. Se requieren pautas prolongadas de al menos 6 semanas de duración, adecuándolas en función de los resultados microbiológicos obtenidos y las complicaciones. En casos seleccionados se optará por tratamiento invasivo (quirúrgico, drenaje percutáneo o endoscópico)¹. En nuestro caso, la paciente fue valorada por cirugía general en repetidas ocasiones. Sin realizarse intervención quirúrgica por buena evolución clínica con tratamiento médico en el primer ingreso y, por la evolución clínica tórpida y dificultada en el segundo ingreso con deterioro funcional severo precoz e irreversible.

Es controvertido el uso y la duración de la terapia anticoagulante, se recomendaría en casos de trombosis extensas, estados de hipercoagulabilidad y fiebre persistente a pesar de antibioterapia óptima para acelerar la recanalización portal y minimizar el desarrollo de complicaciones^{4,6}.

En las últimas décadas con el desarrollo de nuevas pruebas de imagen, se ha incrementado el número de casos publicados. Es crucial, un diagnóstico lo más preciso y precoz posible con objetivo de disminuir la mortalidad y la tasa de complicaciones, ya que, sin tratamiento óptimo la morbimortalidad del proceso es inasumible.

Bibliografía

1. Belhassen García M, Gómez Munuera M, Pardo Lledias J, Velasco-Tirado V, Perez-Persona E, Galindo-Perez I, et al. Pylephlebitis: Incidence and prognosis in a tertiary hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:350-4.
2. Chirinos JA, García J, Alcaide ML, Toledo G, Baracco GJ, Lichtstein DM. Septic thrombophlebitis: diagnosis and management. *Am J Cardiovasc Drug*. 2006;6:9-14.

3. Wang YF, Chang CC, Lee TC, Shih IL, Lien WC, Chen SJ, et al. Recent trend of pylephlebitis in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* liver abscess as an emerging etiology. *Infection*. 2013;41:1131-43.
4. Choudhry A, Baghdadi Y, Amr M, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: A review of 95 cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20:656-61.
5. Perez Bru S, Nofuentes-Riera C, García Marín A, Luri-Prieto P, Morales-Calderón M, García García S. Pileflebitis: una extraña pero posible complicación de las infecciones intrabdominales. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83:501-5.
6. Menéndez Sánchez P, Gambi Pisonero D, Villarejos Campos P, Martín Fernández J. Tromboflebitis séptica de la vena porta secundaria a colecistitis aguda. *Cir Cir*. 2010;78:439-41.
7. Tsao YT, Lin SH, Cheng CJ, Chang FY. Pylephlebitis associated with acute infected choledocholithiasis. *Am J Med Sci*. 2006;332:85-7.
8. Ames J, Federle M. Septic Thrombophlebitis of the Portal Venous System: Clinical and Imaging Findings in Thirty Three Patients. *Dig Dis Sci*. 2011;56:2179-84.

Sofía Alejandra González Chávez*,
Vicente Romero Estarlich, Susana Muñoz Yépez,
Francisco Javier Ortiz Alonso y José Antonio Serra Rexach

Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio
Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sof.ale.c15@hotmail.com
(S.A. González Chávez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.06.003>
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Necrosis total de pene por cuidado inapropiado del colector urinario externo



Total penile necrosis due to inappropriate care of condom catheter

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un paciente de 78 años de edad. Antecedente de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, artrosis generalizada e implante de prótesis total de cadera derecha. Índice de Barthel de 30/100, no camina, con deterioro cognitivo moderado. Sin pareja, vive en una residencia. Presenta incontinencia urinaria de urgencia y utiliza colector urinario externo.

Ingresa por descompensación de la insuficiencia cardíaca. En el examen el pene presenta una gangrena seca que afecta toda su circunferencia con una línea clara de demarcación constrictiva provocada por la excesiva presión ejercida para asegurar la fijación del condón en la base del pene (fig. 1). No presenta sensibilidad, y los pulsos distales a la constricción están ausentes. El escroto, los testículos y los parámetros bioquímicos son normales. El Doppler peneano muestra ausencia de vascularización. Se retira el colector urinario y se medica con antibióticos de amplio espectro. Se efectúa la penectomía y cistostomía suprapúbica. No presenta complicaciones postoperatorias.

Los colectores urinarios son dispositivos externos de drenaje urinario principalmente indicados en pacientes postrados e incontinentes sin residuo posmiccional¹. Varias complicaciones se han descrito en la literatura, incluyendo irritación de la piel, maceración, ulceración, reacciones alérgicas, infecciones del tracto urinario, formación de fistulas, edema peneano, isquemia localizada y gangrena²⁻⁵.

La gangrena total del pene debido al uso de un colector urinario externo es una complicación muy rara. Se han descrito menos de una decena de casos en la literatura mundial⁶⁻⁹. En nuestro paciente, la gangrena seca del pene se produjo debido al efecto constrictor prolongado de la banda adhesiva para asegurar una mejor fijación en la base del pene. El mecanismo del desarrollo de



Figura 1. A) Necrosis de pene. B) Vista macroscópica de pieza de penectomía total.

la gangrena es similar al estrangulamiento por objetos metálicos. El efecto torniquete causa la congestión del pene por la disminución en el drenaje venoso y linfático. Si el efecto torniquete continúa, el flujo arterial también se ve comprometido, lo que resulta en isquemia progresiva y gangrena del pene. Dado que los adultos mayores suelen tener cambios arteriales ateroscleróticos subyacentes y comorbilidad, hay interferencia en el flujo de las arterias peneanas distales. Cualquier grado de obstrucción resulta en una mayor disminución del flujo sanguíneo a las arterias del pene y posteriormente lleva a una gangrena peneana. La mayoría de estas complicaciones aparecen fuera del ámbito sanitario donde el uso de este tipo de dispositivos queda en manos del propio paciente y del personal no sanitario.

El diagnóstico de esta condición se basa principalmente en el examen clínico, que incluye la evaluación de la temperatura local, el color, la sensibilidad y el pulso distal a la constricción de la banda. El estudio Doppler color del pene es útil para identificar el pulso y el flujo distal a la banda de constricción. La aplicación correcta y el cuidado rutinario de los catéteres de preservativos es importante para prevenir esta complicación. Es importante la educación o instrucción acerca del empleo de este tipo de dispositivos, tanto al propio paciente como al personal que se encarga de su atención. Se deben seguir algunas importantes pautas para el uso de colectores externos¹⁰.

La piel del pene debe ser inspeccionada una hora después de aplicar el colector para asegurar que el mismo no esté demasiado apretado. Es conveniente la movilización del dispositivo al menos una vez al día y la aplicación de la banda de fijación en zonas de piel diferentes con el fin de evitar los efectos de la misma sobre una única área de la piel de pene. Además es importante incidir en un adecuado aseo de la región genital con agua y jabón y su posterior secado. Se debe seleccionar en cada paciente el tamaño apropiado del colector. El condón debe enrollarse suavemente y aplicarse cinta adhesiva en la base de pene sin aplicar excesiva presión. El colector debe cambiarse cada 48 h.

Si el paciente es asistido inmediatamente al inicio del problema, el pene puede ser rescatado mediante el retiro inmediato del dispositivo. La penectomía total y la uretostomía perineal son necesarias si se ha establecido la gangrena. La derivación suprapúbica está aconsejada en pacientes inestables.

La gangrena peneana resultante de un condón aplicado incorrectamente es una condición rara pero seria. El diagnóstico inmediato y el tratamiento temprano son esenciales para evitar devastadoras consecuencias. La mejor forma de prevenir el problema es manteniendo una higiene estricta y el monitorización frecuente del

dispositivo. Es muy importante que todas las personas involucradas en el cuidado de estos pacientes sean conscientes de las complicaciones potenciales asociadas con el uso del colector urinario externo.

Bibliografía

1. Gray M, Skinner C, Kaler W. External collection devices as an alternative to the indwelling urinary catheter: Evidence-based review and expert clinical panel deliberations. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43:301-7.
2. Jayachandran S, Mooppan UM, Kim H. Complications from external (condom) urinary drainage devices. *Urology.* 1985;25:31-4.
3. Palmero Martí JL, Bonillo García MA, Pacheco Bru JJ, Alapont Alacreu JM, García Reboll L, Jiménez Cruz JF. Necrosis de piel de pene como complicación al uso de colector urinario. *Actas Urol Esp.* 2003;27:155-8.
4. Al-Awadhi NM, Al-Brahim N, Ahmad MS, Yordanov E. Giant fibroepithelial polyp of the penis associated with long-term use of condom catheter. Case report and literature review. *Can J Urol.* 2007;14:3656-9.
5. Dwivedi AK, Singh S, Goel A. Massive urethral diverticulum: A complication of condom catheter use. *Br J Nurs.* 2012;21:S20-2.
6. Steinhart G, McRoberts JW. Total distal penile necrosis caused by condom catheter. *JAMA.* 1980;244:1238.
7. Rehman M, Rab SM. Penile necrosis caused by condom catheter. *J Pak Med Assoc.* 1988;38:193-4.
8. Kawoosa NU. Isolated gangrene of the penis in a paraplegic patient secondary to a condom catheter. *Indian J Surg.* 2011;73:304-6.
9. Özkan HS, İrkoren S, Sivrioğlu N. Penile strangulation and necrosis due to condom catheter. *Int Wound J.* 2015;12:248-9.
10. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Lurvink H, Pearce I, Vahr S. Male external catheters in adults - Urinary catheter management - Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology Nurses. [consultado 14 Feb 2018] Disponible en: <http://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/Male-External-Catheters-in-Adults.LR.pdf>; 2016.

José Luis Amorone Leiva^{a,*}, Dora María Agüero^b,
Claudia Caballero González^a y María Cecilia Postiglione^c

^a Sección de Urogeriatria, Servicio de Urología, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno, Argentina

^b Sección de Nefrogeriatria, Servicio de Nefrología, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno, Argentina

^c Departamento de Ecografía, Hospital Federico Falcón, Pilar, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseluis@amorone.com (J.L. Amorone Leiva).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.004>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.